

Versicherungsrechtliche Regelungen im Rahmen der Lebendorganspende

(von Frau Eva Schroth und Prof. Dr. Uwe Heemann)

Durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG) vom 01.08.2012 haben sich der Versicherungsschutz und die finanzielle Absicherung des Lebendorganspenders deutlich verbessert und wurde nun insbesondere auf eigene Rechtsgrundlagen gestellt.

Zuständig für alle Fragen rund um die Lebendspende ist die Empfängerkrankenkasse (gesetzlich oder privat), sie ist daher der primäre Ansprechpartner. Die Empfängerkrankenkasse ist zuständig für die Leistungen an den Lebendorganspender.

Die wichtigsten Neuregelungen im Überblick

§ 27 Abs. 1a SGB V Krankenbehandlung

Leistungsansprüche des Spenders bei einer nach §§ 8 und 8a TPG **rechtmäßig** erfolgenden-**komplikationslosen** – Spende:

Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung, dazu gehören:

- ambulante und stationäre Behandlung
- medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften (Verdienstaufschlag) als Krankengeld nach § 44 a SGB V
- Erforderliche Fahrkosten (ohne Zuzahlung durch den Spender)
- und darüber hinaus auch die in § 27 Abs. 1 S. 2 SGB V aufgeführten Leistungen, sofern diese notwendig sind, z.B. Anspruch auf Haushaltshilfe.

Merke: Der Leistungsanspruch eines potentiellen Spenders entspricht grundsätzlich dem eines tatsächlichen Spenders.

Merke: Keine Einschränkung des Spenders bzgl. seiner krankenversicherungsrechtlichen Absicherung (z.B. aufgrund einer privaten Krankenvoll- oder Krankenzusatzversicherung des Spenders), d.h. insoweit bestehende weitergehende Leistungsansprüche werden von der Empfängerkrankenkasse übernommen (umfassen sowohl Sach- und Dienstleistungen, z.B. Chefarztbehandlung, Zweibettzimmer etc. als auch Geldleistungen, z.B. Krankentagegeld, Wahltarifkrankengeld).

Besonderheiten bei einer komplikationslosen Lebendorganspende:

- **Organempfänger ist privat krankenversichert:**
Es gilt die Selbstverpflichtung des Verbandes der privaten Krankenversicherung vom 09.02.12. Die Absicherung des Organspenders ist Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers (§ 192 Abs. 1 VVG)¹. Leistungen an Lebendorganspender wie gesetzliche Krankenversicherung, ebenso Erstattung des Verdienstausfalles auf entsprechenden Nachweis hin und Erstattung der geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung (in Höhe und Zeit keine Begrenzung).
- **Organempfänger ist nicht krankenversichert:**
Regelung im SGB XII (Sozialhilfe). § 48 SGB XII verweist hier auf die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Umfang der Leistung der Krankenhilfe richtet sich nach §§ 27 ff SGB V, insbesondere gilt § 27 Abs. 1a SGB V.
- **Organempfänger ist Beihilfeberechtigter:**
Anspruch des Spenders auf Krankenbehandlung entsprechend § 27 Abs. 1a SGB V.

Besonderheiten bei Spenden mit Auslandsbezug

Grundsatz: Die im Rahmen des § 27 Abs. 1a SGB V vorgesehenen Leistungsansprüche gelten auch für Spender aus dem Ausland, wenn sie einem hier Versicherten ein Organ spenden (Grundsatz der Zuständigkeit der Empfängerkrankenkasse).

Besonderheiten im Zusammenhang mit Lebendorganspenden innerhalb der EU, des EWR(Island, Lichtenstein, Norwegen) bzw. der Schweiz: Hier gilt die Empfehlung **Nr. 51 der Verwaltungskommission**, sie befasst sich mit den finanziellen Aspekten grenzübergreifender Spenden. Danach besteht ein Vorrang der Leistungspflicht des zuständigen Trägers des Lebendorganspenders (im Gegensatz zur deutschen Regelung).

Im Einzelnen:

-Spender ist aus der EU, EWR bzw. Schweiz- Empfänger ist GKV- versichert:

Grundsätzlich: Leistungsanspruch nach § 27 Abs. 1a SGB V.

Aber: Vorrang der Leistungspflicht des zuständigen Trägers des Organspenders. Um hier einen Wertungswiderspruch zu vermeiden, erstattet die zuständige Empfängerkrankenkasse die notwendigen Sachleistungen, wenn kein Sachleistungsanspruch des Spenders hinsichtlich des normalen Trägers seiner Versicherung im Ausland besteht. (Problem:

¹ Der Spender hat Anspruch auf die Leistungen nach § 27 Abs.1a SGB V(vgl.oben).Der Versicherungsstatus des Spenders bleibt unberührt, vielmehr ist die Absicherung in den Versicherungsschutz des Organempfängers miteinbezogen, ist also Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers. Die Kosten der ärztlichen Leistungen für den Spender werden mit dem tariflichen Erstattungssatz und dem sich aus der GoÄ sowie dem Krankenhausentgeltgesetz ergebenden Umfang erstattet

Sicherstellung der Kostenübernahme zeitaufwendig und z.T. nicht umfassend; werden z.B. Fahrkosten vom zuständigen Leistungsträger nicht erstattet, obwohl eine Leistungspflicht ansonsten gegeben ist, erstattet diese auch nicht die Krankenversicherung des Empfängers, d.h. in einer solchen Konstellation sollte man sich bzgl. der Kostenübernahme detailliert bei der Krankenversicherung informieren!).

- Spender ist GKV- versichert- Empfänger aus dem Ausland (EU, EWR, Schweiz):

Hier besteht **kein Anspruch** auf Leistungen nach § 27 Abs. 1a SGB V.

Der Versicherungsträger des ausländischen Empfängers ist für die Übernahme der Kosten und die Erstattung des Verdienstauffalls zuständig. Um Versorgungslücken zu vermeiden, wenn z.B. kein Anspruch auf Erstattung des Verdienstauffalls durch den ausländischen Träger besteht, ist dieser nach § 44 a SGB V (siehe auch dort) durch die Krankenkasse des Spenders zu erstatten (in Anlehnung an die Empfehlung Nr. 51 der Verwaltungskommission)².

² Die EU sieht in ihrer Empfehlung Nr. 51 vor, dass die grundsätzliche Zuständigkeit für die Kostenübernahme bei der Spenderkrankenkasse liegt(also das genaue Gegenteil der deutschen Regelung), hier will man der EU-Empfehlung entgegenkommen, v.a. sollen dadurch Versorgungslücken vermieden werden.

§ 3a Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG)- Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Spenden von Organen

Im Falle der **Arbeitsunfähigkeit** hat der Spender **Anspruch auf Lohnfortzahlung** durch den Arbeitgeber für insgesamt 6 Wochen (§ 3a EFZG), der Krankengeldanspruch (§ 44a SGB V) ruht in dieser Zeit.

Nach formlosem Antrag hat der Arbeitgeber wiederum einen Anspruch gegen die Empfängerkrankenkasse auf Erstattung des an den Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgelts, sowie die hierauf entfallenden vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung.

Den Arbeitnehmer (Spender) trifft hier eine **Mitwirkungspflicht** gegenüber seinem Arbeitgeber (unverzögliche Mitteilung aller notwendigen Fakten, die zur Durchsetzung des Erstattungsanspruchs des Arbeitgebers erforderlich sind, wie: Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Organspende, Angabe der zuständigen Krankenkasse des Organempfängers).

Die Arbeitsverhinderung infolge einer Organspende stellt nun eine **unverschuldete Arbeitsunfähigkeit** dar.

Die Regelung des § 3a EFZG gilt entsprechend für die **private Krankenversicherung des Organempfängers** (Selbstverpflichtung des Verbandes der privaten Krankenversicherung vom 09.02.12).

§ 3a EFZG gilt daneben auch für den **Beihilfeträger** des Organempfängers (für die Beihilfeträger der Länder gilt die Regelung wohl analog), sowie für den **Träger der Heilfürsorge** des Organempfängers.

Wichtig: Anspruchszeiten nach § 3a EFZG sind nicht auf den 6- wöchigen Anspruch nach § 3 EFZG (bei sonstiger Krankheit) anzurechnen.

Merke: Keine Wartezeit, d.h. Anspruch auf Lohnfortzahlung besteht ab Beginn einer Beschäftigung.

Merke: Die Entgeltfortzahlung nach § 3 a EFZG entfällt mit dem Tag des Leistungsträgerwechsels (so bei Eintritt eines **Gesundheitsschadens** und damit eines **Versicherungsfalles i.S.d. gesetzlichen Unfallversicherung, § 12 a SGB VII**).

Besonderheiten bei § 3 a EFZG bzgl. des Spenders:

- Entgeltfortzahlungsanspruch besteht auch bei **geringfügig Beschäftigten**
- **Kurzarbeit:** Entgeltfortzahlungsanspruch besteht in Höhe des reduzierten Entgelts, daneben besteht ein Krankengeldanspruch nach § 44 a SGB V.
- **Freiwilliges, soziales oder ökologisches Jahr:** kein Anspruch nach § 3a EFZG, da kein Arbeitnehmer. Sie erhalten eine Fortzahlung des „Taschengeldes“ innerhalb der ersten 6 Wochen der Erkrankung.
- **Spender ist Beihilfeberechtigter(Beamter):** EFZG gilt nicht, der Spender erhält seine Dienstbezüge weiter vom Dienstherrn.

§ 44 a SGB V – Krankengeld bei Lebendspende von Organen

Krankengeld nach § 44a SGB V ist „lex specialis“ zum Krankengeld nach §44Abs.1 SGB V, d.h. es erfolgt keine Anrechnung der Dauer des Krankengeldbezugs.

Es erfolgt grundsätzlich eine **volle Erstattung** des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts (d.h. weitergehende Erstattung als nach § 44 SGB V) bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung, dieser liegt derzeit bei **€ 4050.-, d.h. täglich bei € 135.-**. Darüber hinaus besteht eventuell eine weitergehende Erstattung nach § 27 Abs. 1a SGB V (hier ist auf den im Versicherungsvertrag/ Wahltarif des Spenders individuell vereinbarten Versicherungsschutz abzustellen, vgl. bereits oben).

Dauer des Anspruchs auf Krankengeld: für den Zeitraum des **Ausfalles von Arbeitseinkünften** (gilt für die **Arbeitsunfähigkeit** aufgrund des **komplikationslosen** Verlaufs der Organspende).

Leistungsträger ist wiederum die Krankenkasse des Empfängers. Ist der Empfänger privat versichert, ergibt sich der Anspruch aus der Selbstverpflichtung des Verbandes der privaten Krankenversicherung vom 09.02.12.

Auf eine Mitgliedschaft des Spenders mit Anspruch auf Krankengeld kommt es nicht an. **Voraussetzung** ist alleine, dass eine im Rahmen des TPG erfolgende Organspende den

Spender arbeitsunfähig macht (d.h. auch gesetzlich nicht krankenversicherte Personen- insbesondere privat versicherte Personen- haben einen **Anspruch nach § 44 a SGB V**).

Die **Mitgliedschaft des Spenders in der gesetzlichen Krankenversicherung** bleibt für die Dauer des Anspruchs weiter bestehen, **§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V**.

Besonderheiten im Hinblick auf den Spender in Bezug auf § 44 a SGB V:

- Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist nicht zu berücksichtigen, nur entgangenes regelmäßiges Arbeitsentgelt.
- Kurzarbeit: auch (Lohnsteuer- und sozialversicherungsfrei) umgewandelte Entgelte zu berücksichtigen.
- Teilnehmer an einem Freiwilligendienst: wird grundsätzlich in Höhe des regelmäßig erzielten „Nettoarbeitsentgelts“ (vgl. oben „Taschengeld“) gewährt.
- Künstler und Publizisten: Berechnung des Krankengeldes erfolgt nach den letzten 12 Monaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende.
- § 8 KVLG: Betriebshilfe an landwirtschaftliche Unternehmer anstelle des Krankengeldes nach § 44 a SGB V, diese wird zunächst von der Krankenkasse des Spenders bezahlt, jene hat dann wiederum einen Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse des Organempfängers.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II: kein Verdienstausschlag, kein § 44 a SGB V, da Leistungen der Bundesagentur unterhaltssichernde Leistungen darstellen.
- Sozialhilfeempfänger: kein § 44 a SGB V, dieser erhält unterhaltssichernde Leistungen vom Sozialamt (kein Verdienstausschlag!).
- § 44 Abs.2 SGB V gilt im Rahmen des § 44 a SGB V nicht, d.h. Personen, für die ein Krankengeldanspruch an sich nicht besteht, haben den **speziellen Krankengeldanspruch nach § 44 a SGB V** (z.B. hauptberuflich Selbständige ohne Wahlerklärung, geringfügig Beschäftigte, beschäftigte Rentner, ALG II- Bezieher in einer Nebentätigkeit, Studenten).
- Spender mit Auslandsbezug (vgl. auch oben): ist der **Empfänger** aus der EU, EWR (Island, Lichtenstein, Norwegen), Schweiz, besteht – wenn kein Anspruch auf Erstattung des Verdienstausschlages durch den ausländischen Träger gegeben ist- ein Anspruch nach § 44 a SGB V durch die Krankenkasse des Spenders (in Anlehnung an die Empfehlung Nr. 51 der Verwaltungskommission), damit sollen Versorgungslücken vermieden werden. Besteht aber ein (eventuell auch nur teilweiser) Anspruch auf Erstattung des Verdienstausschlages nach den nationalen Rechtsvorschriften des Empfängers, liegt keine Versorgungslücke für den Spender vor, d.h. es erfolgt auch keine weitergehende- vollständige- Erstattung des Verdienstausschlages durch die Krankenversicherung des Spenders. Hier ist eine detaillierte Information bei der Krankenversicherung bzgl. der Kostenübernahme dringend angeraten.

- Ausländer bleibt für die gesamte Dauer bis zur Spende (mit notwendigen Wartezeiten) in Deutschland, obwohl er arbeitsfähig ist: kein Anspruch nach § 44 a SGB V, da dieser nur für Zeiten der **Arbeitsunfähigkeit** zu gewähren ist.

Leistungen der Krankenkasse bei Wechsel der Krankenkasse oder Tod des Organempfängers:

Hier ist die Krankenkasse leistungspflichtig, bei welcher zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung die Versicherung des Organempfängers besteht.

Wechselt der Empfänger in die private Krankenversicherung ist diese zuständig, wenn zum Zeitpunkt der Leistungserbringung die Versicherung bereits bestand.

Verzieht der Empfänger ins Ausland: dortige Krankenversicherung oder vorherige zuständig.

Bei Tod des Empfängers: Zuständigkeit der zuletzt bestehenden Versicherung des Empfängers.

Merke zudem: Darüber hinaus bleibt die Mitgliedschaft des Lebendorganspenders in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen (§ 192 Abs. 1 Nr. 2a SGB V)

§§ 2 Abs. 1, Nr.13 b, 12 a SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung

Absicherung des Lebendspenders bei Komplikationen (Gesundheitsschaden)

Die gesetzliche Unfallversicherung umfasst **alle gesundheitlichen Schäden des Spenders**, die über die **regelmäßig** mit einer Spende entstehenden Beeinträchtigungen hinausgehen und im ursächlichen Zusammenhang damit stehen.

Der Eintritt eines solchen Gesundheitsschadens wird als **Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung fingiert (§ 7 SGB VII)**.

Der Spender ist hier kraft Gesetzes versichert, dies gilt unabhängig vom Versicherungsstatus des Spenders (§ 2 Abs. 1 Nr. 13 b SGB VII).

Auf den zeitlichen Abstand zwischen Spende und Gesundheitsschaden kommt es grundsätzlich nicht an.

Ebenso besteht eine Leistungspflicht für Schäden infolge der **spendenbedingten Erhöhung des Erkrankungsrisikos**.

Wichtig: Es gilt nunmehr die **gesetzliche Vermutung der Ursächlichkeit der Gesundheitsbeeinträchtigung durch die Lebendspende**. Beweisprobleme des Spenders werden dadurch vermieden (§ 12 a Abs. 1 S.2 SGB VII).

Die gesetzliche Unfallversicherung ist **vorrangig leistungspflichtig, § 11 Abs. 5 SGB V**, (Subsidiarität der gesetzlichen Krankenversicherung), d.h. bei Folgeerkrankungen dürfte regelmäßig die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben sein, eine Leistungspflicht der Krankenkasse des Spenders, wie in § 27 Abs. 1a S. 5 SGB V vorgesehen, scheint daneben kaum denkbar.

§ 12 a SGB VII gilt auch **rückwirkend für Fälle seit 1.12. 1997**(Einführung des TPG) (§ 213 Abs. 4 SGB VII). Nach dem eindeutigen Wortlaut wird dabei auf den **Eintritt des Gesundheitsschadens** abgestellt, nicht auf den Zeitpunkt der Spende.

Merke: Die Spende von Organen steht grundsätzlich **nur unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn sie nach den rechtlichen Vorgaben des Transplantationsgesetzes (TPG)** vorgenommen wird, d.h. eine **rechtmäßige Organspende i.S.d. § 8 TPG** vorliegt.

Besonderheiten, hier insbesondere die unfallversicherungsrechtliche Absicherung von ausländischen Spendern:

Mögliche Konstellationen:

- Ein im Ausland lebender Organspender kommt nach Deutschland zur Organspende: die **versicherte Tätigkeit ist die Organspende** (stellt Anknüpfungspunkt dar), der ausländische Spender ist hier versichert (§ 2 Abs. 3 S. 4 SGB VII).
- Ein Spender mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland spendet im Ausland: es besteht grundsätzlich ein Versicherungsschutz, der Versicherungsschutz gilt hier weltweit (§ 2 Abs. 3 S. 5 SGB VII in Verbindung mit § 2 Abs. 1 Nr. 13 b SGB VII). Die vom Gesetzgeber vorgesehene Anknüpfung an das TPG dürfte in diesen Fällen aber schwierig werden (Anwendungsbereich des TPG alleine in Deutschland) und ist noch nicht abschließend geklärt (vgl. auch M. Woltjen in MedSach110, 3/2014, S.108).

In beiden Fällen sind auch **Vor- und Nachuntersuchungen** eingeschlossen, egal wo sie stattfinden.

Insgesamt kann angemerkt werden, dass sich eine „weite“ Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) ergibt, hier besteht insbesondere noch Klärungsbedarf: So ist ein Anwendungsfall für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach einer Organspende, wie er in § 27 Abs. 1 a SGB V vorgesehen ist und zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führen soll, kaum vorstellbar, zumal die medizinische Rehabilitation auch im Leistungsspektrum der GUV enthalten ist und Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation wohl nur bei Komplikationen (also bei Beeinträchtigungen, die über das regelmäßig zu erwartende Maß hinausgehen) in Betracht kommen.

Die Regelung des § 27 Abs. 1a SGB V läuft auch insoweit ins Leere, als bei Folgeerkrankungen nach einer Lebendspende die Kosten von der Krankenversicherung des Spenders zu tragen sind, sofern die Leistungen nicht nach § 11 Abs. 5 SGB V ausgeschlossen sind, also kein Leistungsfall der GUV vorliegt (§ 27 Abs. 1a, S.5 SGB V). Ein solcher Fall ist aber praktisch nicht denkbar, da Folgeerkrankungen bei der Lebendspende stets Ausdruck eines Gesundheitsschadens sind und damit ein Leistungsfall der GUV vorliegt (vgl. auch R. Freudenstein in MedSach 110, 3/2014).

Fazit:

Abschließend ist anzumerken, dass obige Ausführungen lediglich eine „Richtschnur“ bezüglich der versicherungsrechtlichen Absicherung des Lebendorganspenders nach derzeit geltendem Recht darstellt und keinesfalls umfassend alle auftretenden Probleme erfassen kann, zumal auch einige Problempunkte noch nicht abschließend geklärt sind (so z.B. Zuständigkeitsprobleme der Versicherungsträger- gesetzliche Krankenversicherung oder gesetzliche Unfallversicherung- in Grenzfällen) und es daher umso wichtiger erscheint, sich gerade in Zweifelsfällen immer an die zuständige Krankenversicherung zu wenden, um Fragen hinsichtlich der Kostenübernahme zu klären. Eine Haftung kann aus den gemachten Ausführungen nicht übernommen werden.

(von Frau Eva Schroth und Prof. Dr. Uwe Heemann)

Stand Januar 2015