



Versicherungsrechtliche Absicherung des Spenders eines Lebendorgans

Als Spender eines Lebendorgans helfen Sie einem anderen Menschen, gehen aber gleichzeitig auch ein gesundheitliches Risiko ein, über das Sie von Ihren behandelnden Ärzten aufgeklärt wurden oder noch aufgeklärt werden. Dieses Merkblatt soll Sie informieren, inwieweit dieses gesundheitliche Risiko versicherungsrechtlich abgesichert ist beziehungsweise inwieweit Ihnen durch die Lebendspende entstandenen Kosten ersetzt werden.

A. Welche Kosten können bei einer Lebendspende anfallen?

1. Kosten für ärztliche Leistungen und eine gutachterliche Stellungnahme

1.1 Ärztliche Voruntersuchung

Bevor eine Lebendspende durchgeführt werden kann, muss durch einen Arzt festgestellt werden, ob Sie als Spender geeignet sind. Dabei macht sich Ihr Arzt auch ein Bild, ob Sie als Organspender durch die Lebendspende (voraussichtlich) nicht über das eigentliche Operationsrisiko hinaus gefährdet oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt werden.

1.2 Organentnahme und die stationäre Nachbehandlung

Nach diesen Voruntersuchungen und einer gutachterlichen Stellungnahme einer Kommission (vergleiche A. Ziffer 1.4) erfolgt die Entnahme des

Organs, das Sie spenden wollen. Im Falle einer Nierenspende müssen Sie zum Beispiel bei komplikationslosem Verlauf der Organentnahme etwa 10-14 Tage weiter stationär ärztlich betreut werden.

1.3 (Ambulante) Nachbetreuung

Wenn Sie ein Organ spenden wollen, müssen Sie sich zu einer lebenslangen Nachbetreuung bereit erklären (§ 8 Abs. 3 S. 1 Transplantationsgesetz – TPG). Nach Organentnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus wird bei ärztlichen Nachuntersuchungen die Funktion des (verbliebenen) Organs kontrolliert (vergleiche § 115 a Abs. 2 S. 7 in Verbindung mit S. 4 Sozialgesetzbuch V – SGB V). Hierbei handelt es sich beispielsweise um die verbleibende Niere oder das verbleibende Leberteil bei einer Lebersplittspende. Nachdem eine Organentnahme für den Spender auch seelisch belastend sein kann, kann in manchen Fällen zu den Kontrolluntersuchungen auch eine psychologische Betreuung gehören (§ 10 Abs. 2 Nr. 5 TPG).

1.4 Gutachterliche Stellungnahme

Vor der Organentnahme sieht das TPG vor, dass eine nach Landesrecht zuständige Kommission (Lebendspendekommission) überprüft, ob die Lebendspende freiwillig und unentgeltlich erfolgt (§ 8 Abs. 3 S. 2 TPG). Sie werden in Bayern von dieser Kommission zu einem Gespräch geladen, indem Sie als Spender und auch der Organempfänger, zu den Motiven befragt werden, aus denen heraus Sie sich für eine Lebendspende entschieden haben. Nach einer landesrechtlichen Verordnung ist für das Tätigwerden der Kommission im Falle einer durchgeführten Lebendspende an den Träger dieser Kommission ein Betrag von 900 € zu bezahlen.

2. Reisekosten und Verdienstausschluss

2.1 Reisekosten

Eine Lebendspende kann in Bayern an sechs verschiedenen Zentren, sogenannten Transplantationszentren, durchgeführt werden. Diese befinden sich in den Städten Augsburg, Erlangen, München, Regensburg und Würzburg. Je nachdem wo Sie als Spender Ihren Wohnsitz haben, entstehen Ihnen für die erforderlichen Voruntersuchungen (A. Ziffer 1.1) und die eigentliche Organentnahme (A. Ziffer 1.2), aber auch für die späteren jährlichen Kontrolluntersuchungen (A. Ziffer 1.3) Fahrt- und eventuell sogar Übernachtungskosten.

2.2 Verdienstaussfall

Sind Sie als Spender des Organs berufstätig, haben Sie neben den Fahrt- und Übernachtungskosten auch einen Verdienstaussfall. Sind Sie angestellt, ist Ihr Arbeitgeber nicht verpflichtet, Ihnen während der Zeiten, die sie nicht arbeiten, weil Sie zum Beispiel einen Voruntersuchungstermin wahrnehmen, den Arbeitslohn weiter zu zahlen (vergleiche § 3 des Gesetzes über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall in Verbindung mit § 3 Abs. 2 der Arbeitsunfähigkeit-Richtlinien). Dies bedeutet zudem, dass Ihr Arbeitgeber in diesen Zeiträumen für Sie auch keine Sozialversicherungsbeiträge für die gesetzliche Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung entrichten muss. Sie erhalten nach den gesetzlichen Regelungen auch kein Krankengeld durch Ihre Krankenkasse.

3. Finanzielle Folgen bei Komplikationen während und/oder nach der Organentnahme

Jeder ärztliche Eingriff, auch die Lebendspende, ist mit medizinischen Risiken verbunden, die der Sie behandelnde Arzt auch bei größter ärztlicher Sorgfalt nicht verhindern kann. Spenden Sie eine Niere, können zum Beispiel Wundinfektionen auftreten, die einen längeren stationären Auf-

enthalt nach der Lebendspende oder aber die ambulante Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt erforderlich machen.

Wenn eine solche Komplikation auftritt, entstehen Kosten für die Heilbehandlung, eventuell Fahrtkosten zum behandelnden Arzt und unter Umständen auch ein Verdienstaussfall.

B. Wer übernimmt welche Kosten?

1. Bei komplikationslosem Verlauf

Ansprechpartner für alle unter A. Ziffer 1 bis 2 genannten Kosten ist die Krankenkasse. Allerdings nicht Ihre Krankenkasse, sondern die Krankenkasse des Organempfängers, da alle anfallenden ärztlichen Untersuchungen erforderlich sind, um eine Lebendspende durchzuführen und damit letztlich nicht im Interesse Ihrer, sondern im Interesse der Gesundheit des Organempfängers durchgeführt werden (vergleiche Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 12.12.1972 (3 RK 47/70)).

Unterscheiden müssen Sie dabei, ob der Empfänger der Lebendspende gesetzlich oder privat krankenversichert ist.

Letztlich ist es immer ratsam, bereits vor Beginn der Voruntersuchungen Kontakt mit der Krankenversicherung des Organempfängers aufzunehmen und zu klären, ob und in welchem Umfang Leistungen erbracht werden. Sofern dies möglich ist, lassen Sie sich die Kostenübernahme schriftlich bestätigen.

1.1 Der Empfänger der Lebendspende ist privat krankenversichert

Nachdem der Leistungsumfang einer privaten Krankenversicherung unterschiedlich sein kann, kann nur durch eine Überprüfung des Versicherungsvertrages des Empfängers geklärt werden, ob und in welcher Höhe

die private Krankenversicherung die Kosten der Lebendspende übernimmt. Ist kein ausdrücklicher Ausschluss im Vertrag zu finden, so werden regelmäßig die Kosten für die ärztliche Behandlung (A. Ziffer 1.1 bis Ziffer 1.3) und die gutachterliche Stellungnahme (A. Ziffer 1.4) übernommen. Sie dürfen dabei allerdings nicht vergessen, dass ein Privatversicherter (nur) einen Erstattungsanspruch für Arztrechnungen in Höhe des sich aus der Gebührenordnung für Ärzte und des Krankenhausentgeltgesetzes ergebenden Umfangs hat.

Gesondert müssen Sie abklären, inwieweit die private Krankenversicherung Reisekosten beziehungsweise einen Verdienstausschlag (A. Ziffer 2.) vergütet. In vielen Fällen wird hier aufgrund des Versicherungsvertrages keine Erstattung gewährt.

1.2 Der Empfänger der Lebendspende ist gesetzlich versichert

1.2.1 Ärztliche Leistungen und gutachterliche Stellungnahme

Die gesetzliche Krankenversicherung des Empfängers übernimmt die Kosten sämtlicher Voruntersuchungen des potentiellen Organspenders zur Prüfung der medizinischen und sonstigen im TPG geregelten Voraussetzungen der Lebendspende, wie zum Beispiel der Kosten für die gutachterlichen Stellungnahme (A. Ziffer 1.4). Diese werden auch dann getragen, wenn es später zu keiner Organspende kommt. Auch die Nachbetreuungskosten werden als „nachwirkende Leistungspflicht“ von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Als Organspender sind Sie grundsätzlich von Zuzahlungen wie zum Beispiel der Praxisgebühren befreit beziehungsweise bekommen diese erstattet.

1.2.2 Reisekosten

Von der gesetzlichen Krankenkasse erhalten Sie darüber hinaus auch die Fahrtkosten ersetzt, die Ihnen zur Wahrnehmung der Voruntersuchungen, der eigentlichen Organspende und der Nachbetreuung entstehen. Diese Fahrten werden nämlich als Teilmaßnahme bzw. Nebenleistung der für

den Organempfänger erforderlichen Krankenbehandlung angesehen. Deshalb werden die Fahrtkosten von der gesetzlichen Krankenversicherung des Organempfängers ebenfalls vollständig, d.h. ohne Zuzahlung durch Sie, übernommen.

Beachten Sie jedoch, dass die Fahrtkosten von der gesetzlichen Krankenkasse nur erstattet werden, wenn sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind (vergleiche § 12 SGB V). Dies kann dazu führen, dass Ihnen zwar die Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln, nicht jedoch eine Fahrt zu einer Nachsorgeuntersuchung mit dem Taxi bezahlt werden kann. Sollten Sie unsicher sein, ob das Taxi bezahlt wird, bietet sich auch hier eine Rückfrage bei der Krankenkasse an.

Für Fahrten mit dem privaten PKW können pro Kilometer 0,22 € erstattet werden.

1.2.3 Verdienstaussfall

Eine Erstattung des Verdienstaussfalls, der Ihnen im Zusammenhang mit der Organspende entsteht, ist im Gesetz nicht vorgesehen. Nach ständiger Rechtsprechung muss allerdings der dem Spender infolge der **Organentnahme** entstandene Verdienstaussfall von der gesetzlichen Krankenversicherung des Empfängers ersetzt werden. Die Erstattung erfolgt dabei in Höhe des **nachgewiesenen** ausgefallenen Nettoentgelts. Begrenzungen, wie sie etwa für das Krankengeld vorgesehen sind, werden dabei nicht vorgenommen. Die Erstattung ist im Übrigen auch unabhängig davon, ob Sie selbst Arbeitnehmer oder Selbständiger sind.

Beachten Sie auch hier, dass Sie vorab die Einzelheiten mit der Krankenkasse klären sollten. Dies gilt z.B. für die Form des Nachweises eines Verdienstaussfalls bei Selbstständigen ebenso, wie für die Frage, ob auch der Verdienstaussfall im Zusammenhang mit Voruntersuchungen und der vom Gesetz vorgeschriebenen Nachsorge gezahlt wird.

Klären Sie zudem ab, wie sich die durch die Transplantation bedingten Fehlzeiten, für die Sie einen Verdienstausschlag erleiden, auf Ihren Sozialversicherungsschutz auswirken. Insbesondere ist wichtig, ob die gesetzliche Krankenkasse des Organempfängers Ihnen in diesem Zeitraum Ihre Sozialversicherungsbeiträge (gesetzliche Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) bezahlt. Besteht kein Anspruch auf Arbeitsentgelt (s. unter A. Ziffer 2.2), so gilt ein dennoch fortdauerndes Beschäftigungsverhältnis sozialversicherungsrechtlich nur bis zu höchstens einem Monat als fortbestehend. Wird also länger als einen Monat kein Arbeitsentgelt gezahlt und erfolgt auch keine anderweitige Beitragszahlung, kann Ihr Sozialversicherungsschutz je nach Versicherungsart beeinträchtigt werden oder erlöschen. Gegebenenfalls besteht die Möglichkeit, die Beitragszahlung freiwillig fortzusetzen, allerdings ist dies grundsätzlich nur in der Kranken- und Pflegeversicherung sowie in der Rentenversicherung möglich, nicht jedoch bei der Arbeitslosenversicherung.

Ein Rückstand bei der Beitragszahlung zu Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung kann zum Ruhen Ihres eigenen Versicherungsschutzes führen. In diesen Fällen übernimmt Ihre Krankenversicherung nur noch Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich werden.

In der Pflegeversicherung könnten Unterbrechungen im Versicherungsverlauf dazu führen, dass Sie die für einen Leistungsanspruch erforderlichen Vorversicherungszeiten (§ 33 Abs. 2 SGB XI) nicht erreichen. Fehlzeiten bei der Arbeitslosenversicherung können zu einer Verkürzung der Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes, zu einem geringeren Arbeitslosengeld und in besonderen Einzelfällen auch dazuführen, dass kein Anspruch auf Arbeitslosengeld entsteht (§ 127 SGB III in Verbindung mit § 24 SGB III). Über die Möglichkeit der freiwilligen Beitragszahlung zur Rentenversicherung und die Folgen von Lücken in der Pflichtversicherung für Ihren späteren Rentenanspruch sollten Sie sich möglichst umgehend indi-

viduell von Ihrem Rentenversicherungsträger beraten lassen, um spätere Nachteile in Ihrer Alterssicherung zu vermeiden.

2. Beim Eintreten von Komplikationen während und/oder nach der Lebendspende

Als Spender eines Lebendorgans sind Sie kraft Gesetzes in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert (§ 2 Abs. 1 Nr. 13 b SGB VII). Dies hat die Folge, dass bei Komplikationen, die die Folge einer Organspende sind, grundsätzlich die gesetzliche Unfallversicherung und damit nicht mehr Ihre (gesetzliche) Krankenversicherung (§ 11 Abs. 5 SGB V) für Sie „zuständig“ ist. Gleiches gilt auch bei Wegeunfällen im Zusammenhang mit der Spende. Die sachliche und örtliche Zuständigkeit richtet sich nach dem Krankenhaus (Transplantationszentrum), in dem die Entnahme erfolgt (§§ 133 Abs. 1, 136 Abs. 3 Nr. 1 SGB VII, § 128 Abs. 1 S. 1 SGB VII). Auskunft kann Ihnen hierzu die Bayerische Landesunfallkasse (www.bayerluk.de) erteilen.

Bestehen Zweifel, welcher Versicherungsträger bei einer eingetretenen Krankheit/Komplikation zur Leistung verpflichtet ist, kann der zuerst angegangene Träger entsprechende Leistungen erbringen (§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Bis über die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung entschieden wurde, haben Sie die Möglichkeit entweder bei der gesetzlichen Unfallversicherung oder Ihrer eigenen Krankenversicherung einen Antrag auf „vorläufige Leistungen“ (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB I) zu stellen. Die von Ihnen in Anspruch genommene Unfallversicherung oder Krankenversicherung muss dann in Vorleistung gehen und gegebenenfalls von ihr „zu Unrecht“ erbrachte Leistungen von der anderen gesetzlichen Sozialversicherung zurückverlangen.

Ist die gesetzliche Unfallversicherung eintrittspflichtig, haben Sie einen Anspruch auf:

2.1 Heilbehandlungen (§§ 27 ff. SGB VII)

Wie in der gesetzlichen Krankenkassen umfasst diese beispielsweise eine stationäre oder ambulante ärztliche Behandlung, sowie die Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln. Diese Versorgung erfolgt durch die gesetzliche Unfallversicherung zuzahlungsfrei, also ohne Praxisgebühr oder Eigenanteil.

2.2 Berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen (§ 35 SGB VII in Verbindung mit §§ 33 ff. SGB IX)

Sollten Sie infolge einer durch die Lebendspende entstehenden Komplikation erkrankt sein, erhalten Sie von der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn dies erforderlich ist, auch Leistungen, die zum Ziel haben Sie in die Lage zu versetzen die Aufgaben des täglichen Lebens zu bewältigen und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen beziehungsweise wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen zu können. Solche Leistungen können Sie von der gesetzlichen Krankenversicherung in diesem Umfang nicht erhalten.

2.3 Verletztengeld für die Dauer der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit (§§ 45 ff. SGB VII)

Das Verletztengeld, das Ihnen die gesetzliche Unfallversicherung zahlt, wird anders berechnet als das Krankengeld der gesetzlichen Krankenkasse. Es ist tendenziell etwas höher als das Krankengeld. Begrenzt wird das Verletztengeld nicht durch die Beitragsbemessungsgrenze (wie das Krankengeld), sondern durch den deutlich höheren Höchstjahresarbeitsverdienst.

2.4 Verletztenrente im Fall der Minderung oder des Wegfalls der Erwerbsfähigkeit (§ 56 SGB VII)

Bleibt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in „rentenberechtigender“ Höhe (ab 20 %) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus bestehen, wird eine (Verletzten)rente gewährt (§ 56 Abs. 2 SGB VII).

Sie beträgt bis zu zwei Dritteln des letzten durchschnittlichen Bruttojahreseinkommens. Außerdem existiert im gesetzlichen Unfallversicherungsrecht ein Mindestjahresarbeitsverdienst (§ 85 Abs. 1 SGB VII). Für über 18-Jährige beträgt dieser 18.144,00 € (Stand 2009).

2.5 Hinterbliebenenrente (§§ 63 ff. SGB VI)

Stirbt der Lebendspender aufgrund von Komplikationen bei der Lebendspende, die unter die gesetzliche Unfallversicherung fallen, haben die Hinterbliebenen Anspruch gegen die gesetzliche Unfallversicherung auf Sterbegeld, Beihilfe und Hinterbliebenenrente (§§ 63 ff. SGB VII).

Haftungsausschluss

Die in diesem Merkblatt enthaltenen Informationen sind nur dazu gedacht, als allgemeine Beratung über wesentliche Umstände, die für die Lebendspende von Interesse sind, zum Zwecke der persönlichen Verwendung des Spenders zu dienen. Der Inhalt dieser Information wurde nach bestem Wissen recherchiert; beispielsweise wurden die Versicherungen über Erstattungsmöglichkeiten bzw. Zuzahlungsmodalitäten befragt. Dennoch kann keine Haftung für die Vollständigkeit, Richtigkeit, Aktualität oder für das Ergebnis übernommen werden, die sich aus der Verwendung dieser Informationen ergeben. Die Informationen sind insbesondere auch allgemeiner Art und stellen keine Rechtsberatung im Einzelfall dar.

Wenn Sie eine rechtsverbindliche Auskunft erhalten wollen, wenden Sie sich bitte direkt an die für Ihren Fall zuständigen Stellen, die in dem Merkblatt genannt sind und lassen sich dort die Rechtslage, bezogen auf Ihre persönlichen Verhältnisse – am besten schriftlich – erläutern.

Kontakt

Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer
Mühlbauerstraße 16
81677 München
Telefon: 089 3090483-0
Fax: 089 3090483-728

E-Mail: gutachterstelle@blaek.de