

Versicherungsrechtliche Absicherung des Lebendorganspenders

Dr. S. Frauendorfer und Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. U. Heemann

München, Februar 2007

Versicherungsrechtliche Absicherung des Lebendorganspenders	3
1 Einleitung.....	3
2 Finanzielle Absicherung des Lebendorganspenders bei komplikationslosem Verlauf der Organspende	4
2.1 Voruntersuchungen	4
2.1.1 Gesetzliche Krankenversicherung.....	5
2.1.2 Private Krankenversicherung	5
2.1.3 Keine Krankenversicherung	6
2.2 Kosten der gutachtlichen Stellungnahme	7
2.2.1 Gesetzliche Krankenversicherung.....	7
2.2.2 Private Krankenversicherung	8
2.2.3 Keine Krankenversicherung	8
2.3 Krankenhauskosten.....	8
2.3.1 Gesetzliche Krankenversicherung.....	8
2.3.2 Private Krankenversicherung	9
2.3.3 Keine Krankenversicherung	9
2.4 Nachbetreuungskosten	10
2.4.1 Gesetzliche Krankenversicherung.....	10
2.4.2 Private Krankenversicherung	11
2.4.3 Keine Krankenversicherung	12
2.5 Fahrtkosten	12
2.5.1 Gesetzliche Krankenversicherung.....	12
2.5.2 Private Krankenversicherung	14
2.5.3 Keine Krankenversicherung	14
2.6 Verdienstaufschlag.....	15
2.6.1 Gesetzliche Krankenversicherung.....	15
2.6.2 Private Krankenversicherung	18
2.6.3 Keine Krankenversicherung	19

2.7	Zusammenfassung.....	19
2.7.1	Gesetzliche Krankenkassen.....	19
2.7.2	Private Krankenversicherung	19
2.7.3	Keine Krankenversicherung	20
3	Finanzielle Absicherung des Lebendorganspenders bei Komplikationen bei oder nach der Organspende	20
3.1	Subsidiarität der Eintrittspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung	20
3.2	Gesetzliche Unfallversicherung	20
3.2.1	Leistungsvoraussetzungen.....	21
3.2.2	Leistungsumfang.....	28
3.2.3	Pflichten des Organspenders	32
3.3	Zusammenfassung.....	33
4	Ausgleich sonstiger finanzieller Nachteile des Spenders	33
5	Minderung der Erwerbsfähigkeit und Grad der Behinderung bei komplikationslosem Verlauf der Organentnahme	34
6	Zusammenfassung.....	35
	Anlage 1: Checkliste	36
	Anlage 2: Theoretische Krankengeldberechnung.....	38
	Anlage 3: Praktische Krankengeldberechnung I.....	44
	Anlage 4: Praktische Krankengeldberechnung II.....	47
	Anlage 5: Praktische Krankengeldberechnung III.....	48
	Anlage 6: Praktische Berechnung Verletztengeld.....	51
	Abkürzungsverzeichnis:.....	54
	Literaturverzeichnis:	55

Versicherungsrechtliche Absicherung des Lebendorgansspenders

1 Einleitung

Die Lebendorganspende gewinnt in Deutschland immer mehr an Bedeutung. Dafür gibt es zwei wesentliche Gründe. Zum einen reichen die postmortal gespendeten Organe seit längerem in Deutschland nicht mehr aus um den Organbedarf zu decken. Diese seit Jahren in Deutschland bestehende Organknappheit führt zu sehr langen Wartezeiten für postmortal gespendete Organe. Je länger ein Patient auf ein Organ wartet desto schlechter werden die Erfolgsaussichten für die Transplantation. Zum anderen sind die Erfolgsaussichten bei der Lebendnierenspende deutlich höher als bei der postmortalen Nierenspende.

Nach dem Transplantationsgesetz (= TPG) ist die Lebendspende lediglich bei einem sehr eingeschränkten Personenkreis zulässig. Zusätzlich muss der Lebendorganspender vor der Spende von dem transplantierenden Arzt über die versicherungsrechtliche Absicherung hinsichtlich seiner finanziellen Einbußen durch die Lebendspende aufgeklärt werden (§ 8 Abs. 2 S. 1 TPG in Verbindung mit § 8 Abs. 2 S. 4 TPG); denn die Lebendspende eines Organs birgt neben gesundheitlichen Risiken auch die Gefahr wirtschaftlicher und/oder finanzieller Nachteile. Vor allem beim Auftreten von Komplikationen während oder nach der Organentnahme kann es zu erheblichen, teilweise lebenslangen, wirtschaftlichen Folgen für den Spender kommen.

Leider existieren bis auf eine Befragung von 80 Lebendnierenspendern¹ keine repräsentativen Erkenntnisse über die wirtschaftlichen Folgen der Lebendspende. Bei der Lebendspende steht das Überleben des Organempfängers im Vordergrund. Mögliche wirtschaftliche Nachteile für den Lebendspender werden, auch mangels Kalkulierbarkeit, meistens zunächst außer Acht gelassen oder verdrängt. Der Ausgleich der mit der Organspende zusammenhängenden finanziellen Aufwendungen des Spenders ist zwingend notwendig und fällt nach überwiegender Meinung nicht unter das Organhandelsverbot (§§ 17, 18 TPG).

¹ Senninger/Wolters, S. 56 ff.;

Im Folgenden wird der Umfang der bestehenden Rechtsansprüche des Organspenders im Einzelnen dargelegt.

2 Finanzielle Absicherung des Lebendorganspenders bei komplikationslosem Verlauf der Organspende

2.1 Voruntersuchungen

Für die Lebendorganspende sind die Voruntersuchungen des potentiellen Organspenders unerlässlich. Vorab ist dessen allgemeiner Gesundheitszustand festzustellen (§ 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 c TPG). Danach müssen die spendespezifischen medizinischen Voraussetzungen (§ 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 c TPG) untersucht werden.

Es gibt in Deutschland keine Klare gesetzliche Regelung für die finanzielle Absicherung des Lebendspenders, damit auch nicht für den Leistungsumfang hinsichtlich seiner Heilbehandlung. Die gesamte Literatur stützt sich deshalb auf das Urteil des BSG vom 12.12.1972, nach dem die Lebendorganspende ausschließlich im Interesse des Organempfängers erfolgt. Die Lebendorganspende stellt deshalb einen notwendigen Teil der Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit des Organempfängers bzw. zur Besserung seines gesundheitlichen Zustandes dar und wird somit Teil als der Krankenhilfe² für den Organempfänger eingeordnet.³

Die zwangsläufig und notwendigerweise beim Organspender anfallenden Kosten der Organspende sind Teil der Behandlungskosten des Organempfängers.

Die zwingend erforderlichen Voruntersuchungen des Spenders (§ 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 c TPG) erfolgen demnach allein im Interesse des Organempfängers und zählen zu dessen Behandlungskosten.

² Krankenhilfe = Heilbehandlung

³ BSG, NJW 1973, S. 1432 f. (1433).

2.1.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Das BSG⁴ entschied bereits 1972, dass die gesamten mit der Organentnahme beim Lebendspender verbundenen Aufwendungen von der Krankenkasse des Organempfängers zu tragen sind.⁵ Hierzu zählen die Kosten für sämtliche Voruntersuchungen des potentiellen Organspenders zur Prüfung der medizinischen und sonstigen im TPG geregelten Voraussetzungen⁶ der Lebendspende, unabhängig davon, ob es danach tatsächlich zu einer Organspende kommt.⁷

Die Voruntersuchungen des Lebendspenders sind zwingende Voraussetzung der Lebendspende. Die Lebendspende ist notwendiger Teil der Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit des Organempfängers bzw. dient der Besserung seines gesundheitlichen Zustandes. Die mit der Lebendspende im unmittelbaren Zusammenhang stehenden Kosten, auch die Voruntersuchungen, sind damit Teil der Krankenhilfe für den Organempfänger und werden von dessen gesetzlicher Krankenkasse übernommen.

2.1.2 Private Krankenversicherung

Der Leistungsumfang der privaten Krankenversicherungen richtet sich nach dem einzelnen Versicherungsvertrag des Organempfängers auf der Basis der allgemeinen Versicherungsbedingungen. Entscheidend für die Leistungspflicht und den –umfang der privaten Krankenversicherung ist deshalb der Versicherungsvertrag des Organempfängers mit seiner privaten Krankenversicherung.

Wenn der einzelne Versicherungsvertrag eine Kostenübernahme nicht ausdrücklich ausschließt, erfolgt die Erstattung der Aufwendungen im Zusammenhang mit der Lebendorganspende nach den gleichen Grundsätzen wie bei den gesetzlichen Krankenversicherungen.⁸ Somit kann für die Übernahme der

⁴ BSG: Abkürzung für Bundessozialgericht.

⁵ BSG, NJW 1973, S. 1432 f. (1433).

⁶ § 8 Abs. 1, 2 TPG mit medizinischen Feststellungen und Aufklärung, § 8 Abs. 3 S. 2, S. 3, S. 4 TPG mit Einholung der gutachtlichen Stellungnahme der Lebendspendekommission, § 10 Abs. 2 Nr. 5 TPG mit der psychischen Betreuung vor bzw. nach der Organentnahme.

⁷ BT Drucks. 15/5050, S. 60; Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, § 8 Rn. 46; Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, § 23 Rn. 2.

⁸ Auf Nachfrage beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V. gab dieser die Auskunft, dass der privat Versicherer des Organempfängers die Kosten der ärztlichen Leistungen des Spenders mit

Voruntersuchungskosten des potentiellen Lebendspenders auf die Ausführungen zur gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen werden.⁹

Entscheidend ist der einzelne Versicherungsvertrag des Organempfängers. Schließt dieser eine Kostenübernahme nicht aus oder enthält dazu spezielle Regelungen, werden die unmittelbar mit der Lebendspende im Zusammenhang stehenden Kosten des Lebendspenders von der privaten Krankenversicherung nach den gleichen Grundsätzen ersetzt wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

2.1.3 Keine Krankenversicherung

Problematisch ist die Kostenübernahme für den Fall, dass der Organempfänger nicht krankenversichert ist. Auch in diesem Spezialfall werden die Kosten keinesfalls von der Krankenversicherung des Organspenders übernommen (§ 52 SGB V).¹⁰

In Frage kommt lediglich eine Kostenübernahme der erforderlichen Voruntersuchungen des potentiellen Lebendorganspenders durch die Sozialhilfe. Voraussetzung dafür ist, dass ein nicht krankenversicherter, schwerwiegend erkrankter Hilfesuchender im Sinne der Sozialhilfavorschriften (SGB XII) zur Besserung oder Heilung seiner Krankheit eine Organtransplantation benötigt. In diesem Fall hat der nicht krankenversicherte Organempfänger einen Anspruch auf Krankenhilfe nach dem Sozialhilferecht, wenn die sonstigen Leistungsvoraussetzungen ebenfalls vorliegen.

Der Umfang der Leistungen der Krankenhilfe für den Organempfänger ergibt sich, aufgrund Verweises in § 48 SGB XII, nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zur Krankenbehandlung (§§ 27 ff. SGB V). Nachdem, wie oben dargestellt¹¹, die Kosten der Vorsorgeuntersuchungen des potentiellen Organspenders Teil der Krankenhilfe des Organempfängers sind, hat die Sozialhilfe die Voruntersuchungskosten des Spenders zu tragen.¹²

dem tariflichen Erstattungssatz und in dem sich aus der Gebührenordnung für Ärzte ergebenden Umfang erstattet.

⁹ Siehe näher unter 2.1.1.

¹⁰ Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, § 8 Rn. 47; BT Drucks. 15/5050, S. 61; Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, § 23 Rn. 2.

¹¹ Siehe näher unter 2.1.

¹² BT Drucks. 15/5050, S. 61.

Liegen die Voraussetzungen der Leistungspflicht der Sozialhilfe vor ersetzt diese die Krankenbehandlung des Organempfängers nach den gleichen Vorschriften wie die gesetzliche Krankenversicherung, ebenso die Kosten der Voruntersuchungen des Lebendspenders als Teil der Krankenbehandlung des Organempfängers.

2.2 Kosten der gutachtlichen Stellungnahme

Eine gutachtliche Stellungnahme einer nach Landesrecht zuständigen Kommission ist Zulässigkeitsvoraussetzung der Lebendspende (§ 8 Abs. 3 S. 2 TPG). Es existieren gesetzliche Vorgaben für die Kommissionsbesetzung (§ 8 Abs. 3 S. 3 TPG). Fraglich ist, wer die Kosten für diese Stellungnahme zu tragen hat.

2.2.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Die Lebendorganspende ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG als Nebenleistung der Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Besserung des Gesundheitszustandes des Organempfängers zuzurechnen. Diese erfolgt ausschließlich im Interesse des Organempfängers.¹³ Eingeschlossen sind sämtliche Leistungen, die im Zusammenhang mit der Vorbereitung und der Organentnahme erforderlich sind.¹⁴ Die gutachtliche Stellungnahme ist zwingende Voraussetzung der Lebendspende (§ 8 Abs. 3 S. 2 TPG), ohne diese ist die Organentnahme unzulässig. Sie gehört somit zu den erforderlichen Leistungen der Lebendspende und ist demnach ebenfalls von der gesetzlichen Krankenversicherung des Organempfängers zu tragen.¹⁵ Daran ändert sich auch nichts, wenn es nach der gutachtlichen Stellungnahme nicht zur Lebendspende durch den potentiellen Organspender kommt.¹⁶

Die gutachtliche Stellungnahme ist gesetzlich vorgeschriebene Voraussetzung der Lebendspende. Die damit verbundenen Kosten stehen damit in unmittelbarem Zusammenhang mit der Lebendspende und sind deshalb Teil der Krankenbehandlung des Organempfängers. Die Kosten für die gutachtliche Stellungnahme hat demnach die gesetzliche Krankenkasse des Organempfängers zu tragen.

¹³ Siehe näher unter 2.1.

¹⁴ Siehe näher unter 2.1.

¹⁵ Sengler, in: Kirste, S. 100 ff. (114 f.).

¹⁶ Sengler, in: Kirste, S. 100 ff. (115).

2.2.2 Private Krankenversicherung

Die Erstattung von Kosten durch die private Krankenversicherungen ist von dem einzelnen Versicherungsvertrags abhängig. Ist eine derartige Leistung im Vertrag nicht ausdrücklich ausgeschlossen, erstattet die private Krankenversicherung die selben Leistungen wie die gesetzliche Krankenversicherung.¹⁷ Die private Krankenversicherung des Organempfängers hat die gutachtliche Stellungnahme ebenfalls zu übernehmen, wenn sie diese Kostenübernahme nicht ausdrücklich im Versicherungsvertrag ausgeschlossen hat.¹⁸

2.2.3 Keine Krankenversicherung

Die gutachtliche Stellungnahme gehört zu den zwingenden Voraussetzungen der Lebendspende. Deshalb müssten die Kosten dafür von der Sozialhilfe, vorausgesetzt diese ist eintrittspflichtig, übernommen werden.¹⁹ Ist die Sozialhilfe eintrittspflichtig, wird die gutachtliche Stellungnahme ebenfalls als Teil der Krankhilfe des Organempfängers eingeordnet.²⁰ Konkrete Angaben wurden leider in der Literatur nicht gefunden.

2.3 Krankenhauskosten

Darunter fallen die Kosten der Organentnahme und die stationäre Nachbehandlung des Lebendspenders.

2.3.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Steht fest, dass der potentielle Spender medizinisch als Lebendorganspender in Frage kommt und ist dieser zur Spende bereit, stellt sich weiter die Frage, wer die Kosten für die Organentnahme und die notwendigen Behandlungskosten zu tragen hat.

Die Krankenkasse des Spenders scheidet als Kostenträger von vorneherein aus, da die Krankenkasse nicht Arzt- und Krankenhauskosten tragen muss, die der Versicherte bewusst ohne Notwendigkeit und Nutzen für die eigene Gesundheit verursacht (§ 52 SGB V).

¹⁷ Siehe näher unter 2.1.

¹⁸ Sengler, in: Kirste, S. 100 ff. (115).

¹⁹ Sengler, in: Kirste, S. 100 ff. (115).

²⁰ Siehe näher unter 2.1.3.

Die Organentnahme erfolgt ausschließlich, wie oben bereits dargelegt²¹, im Interesse des Organempfängers. Deshalb hat die gesetzliche Krankenversicherung des Empfängers die gesamten stationären und ambulanten Kosten der Organentnahme des Lebendspenders zu tragen. Diese Kosten gehören als Nebenleistungen zu den Behandlungskosten des Organempfängers und sind Bestandteil seiner Krankenbehandlung.²²

Dies erscheint auch mehr als sachgerecht, da sich die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Lebendspende erhebliche Kosten, beispielsweise für zukünftige Dialysen, erspart.

Die sonst üblichen Zuzahlungen für den Krankenhausaufenthalt sind ebenfalls nicht vom Organspender sondern von der gesetzlichen Krankenkasse des Organempfängers zu tragen.²³

Die Krankenhauskosten des Lebendspenders sind als Teil der Behandlungskosten des Organempfängers von dessen gesetzlicher Krankenversicherung zu bezahlen.

2.3.2 Private Krankenversicherung

Nachdem, wie oben dargelegt²⁴, die privaten Krankenversicherungen die notwendigen Aufwendungen im Zusammenhang mit der Lebendorganspende nach den gleichen Grundsätzen wie die gesetzlichen Krankenversicherungen erstatten, vorausgesetzt diese Kostenübernahme ist nicht ausdrücklich im Versicherungsvertrag ausgeschlossen, kann auf die Ausführungen für die gesetzliche Krankenversicherung verwiesen werden.²⁵

2.3.3 Keine Krankenversicherung

Der nicht krankenversicherte Organempfänger hat Anspruch auf Krankenhilfe der Sozialhilfe, wenn die Voraussetzungen der Eintrittspflicht der Sozialhilfe nach dem

²¹ Siehe näher unter 2.1.

²² BSG, NJW 1973, S. 1432 f. (1433); Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, § 8 Rn. 46; Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, § 23 Rn. 2; BT Drucks. 15/5050, S. 60.

²³ BT Drucks. 15/5050, S. 60.

²⁴ Siehe näher unter 2.1.2.

²⁵ Siehe näher unter 2.2.1.

SGB XII gegeben sind.²⁶ Die Sozialhilfe hat deshalb auch die unmittelbar mit der Organentnahme eines gesunden Organs und im Zusammenhang mit der anschließenden Heilbehandlung entstehenden Kosten des Spenders im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen.²⁷

2.4 Nachbetreuungskosten²⁸

Die zulässige Lebendorganspende setzt voraus, dass sich der Organspender vor der Lebendspende zu einer lebenslangen Nachbetreuung bereit erklärt (§ 8 Abs. 3 S. 1 TPG). Neben Kontrolluntersuchungen²⁹ (§ 115 a Abs. 2 S. 7 in Verbindung mit S. 4 SGB V) des Organspenders, zur regelmäßigen Überprüfung der Funktion des verbliebenen Organs, kann zusätzlich eine psychische Nachbetreuung des Spenders erforderlich sein (§ 10 Abs. 2 Nr. 5 TPG).³⁰

Die Nachbetreuung ist wiederum mit erheblichen Kosten verbunden.

2.4.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Da die Kosten der Nachbetreuung im unmittelbaren Zusammenhang mit der Lebendorganspende stehen und der Spender zur Nachbetreuung gesetzlich verpflichtet ist (§ 8 Abs. 3 S. 1 TPG), hat die gesetzliche Krankenkasse des Organempfängers auch diese Kosten des Organspenders zu tragen (§ 8 Abs. 3 S. 1, § 10 Abs. 2 Nr. 5 TPG in Verbindung mit § 115 a Abs. 2 S. 7 in Verbindung mit § 115 a Abs. 2 S. 4 SGB V).³¹ Die Nachbetreuungskosten³² des Spenders hat die gesetzliche Krankenversicherung des Empfängers lebenslang, unabhängig von der Lebensdauer des Organempfängers, als nachwirkende Leistungspflicht zu

²⁶ Siehe näher unter 2.1.3.

²⁷ BT Drucks. 15/5050, S. 61.

²⁸ In der Literatur werden neben Nachbetreuung auch die Begriffe Nachsorge oder Kontrolluntersuchungen verwendet. Wobei der Begriff Kontrolluntersuchungen, anders als die Nachsorge, nicht die psychische Nachbetreuung erfasst.

²⁹ Kontrolluntersuchungen sind ärztliche Nachuntersuchungen, mit denen die Funktion des beim Spenders verbliebenen Organs lebenslang kontrolliert wird; Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, § 23 Rn. 2; Sengler, in: Kirste, S. 100 ff. (118).

³⁰ Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, § 23 Rn. 2.

³¹ BT Drucks. 15/5050, S. 60; Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, § 23 Rn. 2; Schroth/König/Gutmann/Oduncu, § 8 Rn. 46.

Ergibt sich indirekt auch aus § 115 a Abs. 2 S. 7 SGB V in Verbindung mit § 115 a Abs. 2 S. 4 SGB V.

³² Auch die Kosten der psychischen Nachbetreuung (§ 10 Abs. 2 Nr. 5 TPG in Verbindung mit § 115 a Abs. 2 S. 7 in Verbindung mit S. 4 SGB V; Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, § 8 Rn. 46.

übernehmen.³³ Hierin enthalten sind auch die möglichen Zuzahlungen, wie beispielsweise Praxisgebühren, für die Nachbetreuung.³⁴

Einige gesetzliche Krankenkassen sehen diese Kosten mit der Fallpauschale für die Lebendorganspende als abgegolten an und lehnen eine darüber hinausgehende Zahlung ab. Die überwiegende Literaturmeinung hält dies bzgl. der Kosten der Nachbetreuung für nicht sachgerecht.³⁵ In der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser der gesetzlichen Krankenversicherungen für das Jahr 2006 vom 13.09.2005 wird für die Kontrolluntersuchungen klargestellt (§ 4 Abs. 1 S. 2 Nr. 8), dass diese nicht von der Fallpauschale abgedeckt sind und damit getrennt abgerechnet werden können. Offen bleibt, ob dies auch für die Kosten der psychischen Nachbetreuung der Fall ist oder ob diese mit der Fallpauschale abgegolten sind.

Die Kosten für die Nachbetreuung sind als unmittelbare Folgekosten der Lebendspende und damit als Teil der Heilbehandlung des Organempfängers von dessen gesetzlicher Krankenkasse zu tragen.

2.4.2 Private Krankenversicherung

Für gewöhnlich erstatten die privaten Krankenversicherungen die notwendigen Aufwendungen im Zusammenhang mit der Lebendorganspende nach den gleichen Grundsätzen wie die gesetzlichen Krankenversicherungen.³⁶ Meistens ersetzt die private Krankenversicherung des Organempfängers deshalb auch die erforderlichen Kosten der Nachbetreuung des Lebendspenders. Die privaten Krankenversicherungen rechnen allerdings nicht nach Fallpauschalen ab sondern erstatten die tatsächlich entstandenen Kosten des Spenders für die Nachbetreuung und Kontrolluntersuchungen nach der GOÄ³⁷ bzw. dem KHEntgG³⁸.

³³ Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, § 23 Rn. 2; BT Drucks. 15/5050, S. 60.

³⁴ BSG, NJW 1973, S. 1432 f. (1433); BT Drucks. 15/5050, S. 60.

³⁵ BT Drucks. 15/5050, S. 60; Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, § 8 Rn. 46.

³⁶ Siehe näher unter 2.1.2.

³⁷ GOÄ = Gebührenordnung für Ärzte

³⁸ KHEntgG = Krankenhausentgeltgesetz

2.4.3 Keine Krankenversicherung

Unklar ist die Übernahme der Nachbehandlung und Kontrolluntersuchungen des Lebendspenders durch die Sozialhilfe.³⁹ Richtigerweise müsste die für den Lebendspender gesetzlich vorgeschriebene Nachbetreuung (§ 8 Abs. 3 S. 1 TPG), wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung⁴⁰, zu der Heilbehandlung des Organempfängers zählen und somit von der Sozialhilfe übernommen werden. In der Literatur finden sich darüber allerdings keine Angaben.

Es besteht die Möglichkeit, dass die Sozialhilfe die Kosten der Nachbetreuung des Lebendspenders nicht übernimmt.

2.5 Fahrtkosten

Für die erforderlichen Voruntersuchungen, die Durchführung der Lebendspende und die jährlichen Kontrolluntersuchungen können dem Organspender abhängig von dessen Wohnsitz erhebliche Fahrt-, Reise- und/oder Übernachtungskosten entstehen.

2.5.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Fahrtkosten sind durch die Organspende unmittelbar veranlasst. Aufgrund der oben bereits ausführlich dargelegten Gründe⁴¹ hat die gesetzliche Krankenversicherung des Organempfängers diese durch die Spende bedingten persönlichen Aufwendungen des Organspenders zu tragen.⁴²

Dies müsste unabhängig vom Wohnsitz des Organspenders der Fall sein, da das TPG für den Lebendspender keine Einschränkungen bzgl. dessen Wohnsitzes enthält.

Der Organempfänger hat Anspruch auf Erstattung seiner notwendigen Fahrtkosten (§ 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 4, Abs. 1 in Verbindung mit § 115 a Abs. 2 S. 4 SGB V) zu den gesetzlich vorgeschriebenen Kontrolluntersuchungen (§ 8 Abs. 3 S. 1 TPG), vorausgesetzt dadurch wird eine voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden (§ 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 HS 2 SGB V). Liegen diese Voraussetzungen nicht

³⁹ BT Drucks. 15/5050, S. 61.

⁴⁰ Siehe näher unter 2.4.1.

⁴¹ Siehe näher unter 2.1.

⁴² Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, § 23 Rn. 2; Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, § 8 Nr. 46; Senninger/Wolters, S. 56 ff. (57).

vor, besteht lediglich dann ein Anspruch auf Fahrtkostenerstattung, wenn die gesetzliche Krankenkasse vorab die Erstattung genehmigt. Von den Fahrtkosten werden allerdings die Zuzahlungen (§ 61 S. 1 SGB V) in Höhe von maximal € 10,00 pro Fahrt abgezogen (§ 60 Abs. 1 S. 3 SGB V). Erstattet wird der Fahrpreis für öffentliche Verkehrsmittel (§ 60 Abs. 3 Nr. 1 SGB V) oder für ein Taxi / Mietwagen, wenn keine öffentlichen Verkehrsmittel zur Verfügung stehen (§ 60 Abs. 3 Nr. 2 SGB V). Der Versicherte kann auch seinen privaten PKW nutzen und erhält für jeden gefahrenen Kilometer € 0,22⁴³ (§ 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 6 BRKG⁴⁴). Allerdings begrenzt durch die Kosten die entstanden wären, hätte der Versicherte öffentliche Verkehrsmittel bzw. ein Taxi oder einen Mietwagen genutzt (§ 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V).

Durch entsprechende Anwendung des § 60 SGB V müsste das oben erläuterte ebenfalls für den Lebendorganspender gelten. Dieser erhält bei Benutzung seines privat PKW´s zu den Kontrolluntersuchungen nach der Organspende € 0,22 pro gefahrenen Kilometer begrenzt durch die Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel, wenn solche zur Verfügung stehen, bzw. für Taxi oder Mietwagen. Nach einhelliger Meinung hat der Lebendspender auch Anspruch auf Ersatz der Fahrtkosten für die Fahrten zu den Voruntersuchungen und zur Organentnahme.

Man könnte allerdings auch hier die Meinung vertreten, dass der Lebendspender von den Zuzahlungen (§ 61 S. SGB V) von maximal € 10,00, wie oben für die Zuzahlungen bei stationärem Aufenthalt oder der Praxisgebühr dargelegt, befreit ist bzw. diese die gesetzliche Krankenversicherung des Organempfängers zu tragen hat.⁴⁵

Fraglich ist, ob das soeben erläuterte auch für die Fahrten des Lebendspenders zu der Nachbetreuung Anwendung findet. Würde man dies bejahen, wäre eine vorherige Genehmigung durch die gesetzliche Krankenversicherung notwendig (§ 60 Abs. 1 S. 2 SGB V), wenn dadurch nicht eine voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird (§ 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 HS 2 SGB V). Weiterhin würden die Zuzahlungen abgezogen werden (§ 61 S. 1 SGB V). Nach

⁴³ Bei PKW´s ab 600 Kubikzentimeter, § 6 BRKG; € 0,24 bei Mitnahme einer Begleitperson pro Kilometer.

⁴⁴ BRKG = Bundesreisekostengesetz

⁴⁵ Siehe oben unter 2.1.3, 2.1.4.

Ansicht des Enquete Kommission des Deutschen Bundestage ist ein derartiger Abzug allerdings nicht sachgerecht.⁴⁶

Teilweise vertraten gesetzliche Krankenversicherungen die Meinung, dass die Fahrtkosten des Spenders mit Zahlung der Fallpauschale an das Transplantationszentrum abgegolten sind.⁴⁷ Nach der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 vom 13.09.2005 wird in § 4 Abs. 1 S. 3 klargestellt, dass die Fahrtkosten nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und damit auch nicht von den Fallpauschalen erfasst werden. Eine Berufung der gesetzlichen Krankenversicherungen auf die Bezahlung der Fahrtkosten mit Begleichung der Fallpauschale erscheint somit nicht mehr möglich.

Der Lebendspender hat Anspruch auf Ersatz seiner Fahrtkosten zu den notwendigen Behandlungen im Zusammenhang mit der Lebendspende nach Maßgabe der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung.

2.5.2 Private Krankenversicherung

Nach Auskunft des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. erstattet die private Krankenversicherung des Organempfängers angemessene Fahrt- und Reisekosten zum nächstgelegenen „Behandlungsort“, vorausgesetzt der private Versicherungsvertrag des Organempfängers sieht derartige Zahlungen vor. Es ist jeweils im Einzelfall Anhand des Versicherungsvertrag des Organempfängers zu klären, ob darin derartige Leistungen abgedeckt sind. In den meisten Fällen wird der Besuch und die Nachsorge in einem Transplantationszentrum nicht abgedeckt sein.

2.5.3 Keine Krankenversicherung

In der Literatur wurden dazu keine Angaben gefunden. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Sozialhilfe keine Fahrt- oder Übernachtungskosten des Lebendspenders übernimmt.

⁴⁶ Siehe näher unter 2.4.1.

⁴⁷ Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG § 8 Rn. 46.

2.6 Verdienstaufall

Ist der Organspender berufstätig kommt es durch die Voruntersuchungen, Nachbetreuung, den Krankenhausaufenthalt und die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Organentnahme zwangsläufig zu Verdienstaufällen des berufstätigen Lebendspenders.

2.6.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Als zwangsläufige Folge der Lebendorganspende hat der berufstätige Lebendspender Verdienstaufälle. Angestellte Lebendspender haben weder einen Vergütungsanspruch aus dem Arbeitsvertrag (§§ 611, 614 BGB), mangels Arbeitsleistung, noch einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung wegen Krankheit gegen den Arbeitgeber (§§ 3, 4 EFZG), da die gezielt herbeigeführte Arbeitsunfähigkeit bei der Organentnahme nicht vom sozialen Schutzzweck des § 3 EFZG erfasst wird. Die Grenze des allgemeinen Krankheitsrisikos, dass der Arbeitgeber zu tragen hat, ist bei der Lebendspende überschritten.⁴⁸ Dieser Schaden entsteht dem angestellten Lebendspender allein durch die Organspende und ist deshalb dem Lebendspender durch die gesetzliche Krankenversicherung des Organempfängers zu erstatten.⁴⁹

Der Lebendspender hat keinen Anspruch auf Lohn- oder Entgeltfortzahlung gegen seinen Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit wegen der Lebendspende als solcher, den Voruntersuchungen oder der Nachbetreuung.

Anders verhält es sich, bei der später eintretenden Arbeitsunfähigkeit als Folgeschaden der Organspende. In diesem Fall liegt keine selbst herbeigeführte Krankheit vor und der Lebendspender hat einen Entgeltfortzahlungsanspruch gegenüber seinem Arbeitgeber (§ 3 EFZG).⁵⁰

Der Verdienstaufall des Lebendspenders aufgrund der lebenslang notwendigen Nachbetreuung wird von der gesetzlichen Krankenkasse des Organempfängers scheinbar nicht übernommen. In der Praxis bezahlt der Arbeitgeber des Spenders

⁴⁸ BAGE 52, S. 313 ff.

⁴⁹ Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, § 23 Rn. 2; Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, § 8 Rn. 46; Esser, in: Höflinger, TPG, § 8 Rn. 103; Senninger/Wolters, S. 56 ff. (57); BT Drucks. 15/5050, S. 61; Kraushaar, in: Kirste, S. 74 ff. (76).

⁵⁰ BT Drucks. 15/5050, S. 61.

laut einschlägiger Literatur trotz dessen Abwesenheit den Lohn oder die Nachbetreuung etc. erfolgt in der Freizeit des Spenders.⁵¹ Im Ergebnis ist eine derartige Lösung nicht sachgerecht, denn auch dieser finanzielle Nachteil des Organspenders ist unmittelbar auf die Organentnahme zurückzuführen und damit von der Krankenversicherung des Empfängers zu erstatten.

Teilweise wird von den gesetzlichen Krankenversicherungen die Auffassung vertreten, dass dieser Schaden des Lebendspenders ebenfalls mit der Zahlung der Fallpauschale bzw. des Sonderentgelts (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 BPfIV⁵² in Verbindung mit § 11 BPfIV) an die Transplantationszentren abgegolten ist und eine weitere Zahlung an den Organspender damit ausscheidet. Diese Auffassung wird von der einschlägigen Literatur als falsch kritisiert.⁵³ Nach der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (§ 4 Abs. 1 S. 3) vom 13.09.2005 wird klargestellt, dass die Verdienstauffallerstattung nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört und somit auch nicht von den Fallpauschalen erfasst werden. Eine Berufung der gesetzlichen Krankenversicherungen auf die Abgeltung des Verdienstauffalls mit Begleichung der Fallpauschale ist deshalb nicht mehr möglich.⁵⁴

Streitig ist allerdings bei den Krankenkassen nach wie vor die Höhe des zu erstattenden Verdienstaufalles, was zu Lasten des Lebendspenders geht. In der Praxis erstatten die verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen den Verdienstaufall des Lebendspenders sehr unterschiedlich. Die Höhen variieren von € 40,00 pro Tag bis zur Erstattung des vollen Nettobetrages⁵⁵, begrenzt durch die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenkassen. Denkbar ist auch eine Begrenzung des Nettoeinkommensersatzes auf die Höhe des fiktiven Krankengeldes.⁵⁶ Dem Urteil des BSG vom 12.12.1972 ist eine Begrenzung des Nettoausfalles nicht zu entnehmen; es geht von der Erstattung des gesamten Verdienstaufalles aus.⁵⁷

⁵¹ BT Drucks. 15/5050, S. 61.

⁵² BPfIV = Bundespflegegesetzverordnung

⁵³ Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, § 8 Rn. 46.

⁵⁴ Im Ergebnis ebenso BT Drucks. 15/5050, S. 61.

⁵⁵ Die Zahlung erfolgt steuerfrei, deshalb ist die Bezugsgröße der Nettoverdienst des Lebendspenders, BT Drucks. 15/5050, S. 61.

⁵⁶ BT Drucks. 15/5050, S. 61.

⁵⁷ BSG, NJW 1973, S. 1432 f. (1433).

Einigkeit besteht darin, dass die gesetzliche Krankenversicherung des Organempfängers dem Lebendspender einen Ausgleich für dessen Verdienstausschlag zu bezahlen hat, strittig ist allerdings die Höhe.

Noch komplexer wird es, wenn der Lebendspender freiberuflich tätig ist. In der Literatur bleibt die Frage unbeantwortet, inwieweit und in welcher Höhe diesem ein Verdienstausschlag erstattet wird.

Festgehalten werden kann, dass dem Lebendspender derzeit von der jeweiligen gesetzlichen Krankenversicherung des Organempfängers maximal der Nettobetrag der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenkassen erstattet wird.⁵⁸

Die gesetzliche Krankenversicherung des Organempfängers ersetzt dem Lebendspender maximal lediglich den Nettobetrag seines Verdienstausschlages, begrenzt durch die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenkassen (§ 47 Abs. 6 SGB V), diese übernimmt scheinbar keine Sozialversicherungsbeiträge (gesetzliche Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) des Spenders für die Zeit von dessen Arbeitsunfähigkeit. Möchte der Spender keine Lücken bei der Sozialversicherung, ohne Beitragszahlung kann der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Sozialversicherung nach vier Wochen erlöschen, muss er die Beiträge selbst bezahlen.⁵⁹

Die Höhe des zu erstattenden Verdienstausschlages fällt in der Praxis sehr unterschiedlich aus. Maximal wird der Nettoverdienst erstattet, der durch die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenkassen begrenzt wird. Nicht erstattet werden Beiträge zur Sozialversicherung.

Bei der gesetzlichen Rentenversicherung ist eine freiwillige Leistung durch den Lebendspender möglich. Bei der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung ist eine freiwillige Versicherung von Arbeitnehmern nicht möglich. Fehlzeiten, also Monate in denen kein Geld in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt wurde, können

⁵⁸ BT Drucks. 15/5050, S. 61.

⁵⁹ BT Drucks. 15/5050, S. 61.

Auswirkungen auf die Höhe des Anspruchs auf Arbeitslosengeld haben. Der Anspruchsbeginn und die Anspruchsdauer bzgl. Arbeitslosengeld richtet sich nach der Dauer des Versicherungspflichtverhältnisses (§ 127 SGB III in Verbindung mit § 24 SGB III). Zur Entstehung des Anspruchs auf Arbeitslosengeld muss das Versicherungspflichtverhältnis mindestens zwölf Monate gedauert haben (§ 127 SGB III in Verbindung mit § 24 SGB III) damit ein Anspruch auf Arbeitslosengeld entsteht (§ 127 Abs. 2 SGB III). Die Mindestdauer des Arbeitslosengeldes beträgt sechs Monate. Je länger das versicherungspflichtige Arbeitsverhältnis dauerte je länger hat der Arbeitnehmer Anspruch auf Arbeitslosengeld (§ 127 Abs. 2 SGB III). Durch Fehlzeiten bei der Beitragszahlung kann sich die Höhe des Anspruchs auf Arbeitslosengeld reduzieren.

Wird der Lebendspender arbeitslos hat er Anspruch auf Arbeitslosengeld, vorausgesetzt das Versicherungspflichtverhältnis dauerte mindestens zwölf Monate.

Fehlzeiten bei der Beitragszahlung in die Arbeitslosenversicherung aufgrund der Lebendspende können Auswirkungen auf die Höhe des Arbeitslosengeldes haben.

2.6.2 Private Krankenversicherung

Bei der Erstattung des Verdienstaufalles bestehen zwischen den gesetzlichen und den privaten Krankenversicherungen, bis auf die Fallpauschale, keine Unterschiede. Deshalb kann auf die obigen Ausführungen bei der gesetzlichen Krankenkasse verwiesen werden.⁶⁰

Nach Angaben des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. wird der Verdienstaufall des Spenders im Zusammenhang mit den Vorbereitungen und dem Eingriff durch die private Krankenversicherung des Organempfängers, scheinbar unabhängig vom einzelnen Versicherungsvertrag und ohne Beschränkung auf eine Höchstgrenze, erstattet.

In der Praxis wird die private Krankenversicherung allerdings lediglich den Verdienstaufall des Lebendspenders erstatten, wenn im Versicherungsvertrag der Organempfänger Anspruch auf Krankengeld hat.

⁶⁰ Siehe näher unter 2.6.1.

2.6.3 Keine Krankenversicherung

Verdienstaufschlagkosten des Lebendspenders werden von der Sozialhilfe nicht ersetzt, der Lebendspender hat darauf keinen Anspruch nach dem Sozialhilferecht.⁶¹

2.7 Zusammenfassung

2.7.1 Gesetzliche Krankenkassen

Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ist zwar gesetzlich geregelt und nicht durch individuelle Verträge bestimmt, allerdings können auch hier Probleme mit der Leistungspflicht und dem -umfang der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen oder Verzögerungen eintreten. Der Lebendorganspender hat nach wie vor keinen eigenen Anspruch auf Krankenbehandlung und Ersatz seiner sonstigen Aufwendungen im Zusammenhang mit der Spende gegen die gesetzliche Krankenkasse des Organempfängers. Krankenbehandlung und sonstige Aufwendungen werden als Teil der Krankenbehandlung (= Krankenhilfe) des Organempfängers angesehen.

Wünschenswert ist eine gesetzliche Regelung, die dem Organspender einen eigenen Anspruch auf Krankenbehandlung und Ersatz seiner sonstigen Kosten im Zusammenhang mit der Lebendspende gegen die gesetzliche Krankenkasse des Organempfängers gewährt.

Vor Beginn der Voruntersuchungen zur Organspende ist es deshalb zwingend erforderlich, dass sich der Lebendspender mit der gesetzlichen Krankenversicherung des Organempfängers in Verbindung setzt, mit dieser den Leistungsrahmen abklären und sich eine Kostenübernahmebescheinigung ausstellen lässt.

2.7.2 Private Krankenversicherung

Entscheidend ist der einzelne Versicherungsvertrag der privaten Krankenversicherung mit dem Organempfänger. Allgemeine Aussagen sind darüber sehr schwer zu treffen. Der Lebendspender muss sich deshalb frühzeitig vor den Voruntersuchungen für die Spende mit der privaten Krankenversicherung des Empfängers in Verbindung setzen, mit dieser den Leistungsrahmen hinsichtlich

⁶¹ BT Drucks. 15/5050, S. 61.

seiner Kosten abklären und sich eine entsprechende Kostenübernahmebescheinigung ausstellen lassen.

2.7.3 Keine Krankenversicherung

In diesem Fall sollte sich der Lebendspender dringend frühzeitig vor der Spende mit der Sozialhilfebehörde in Verbindung setzen, um die Sozialhilfegewährung im konkreten Einzelfall abzuklären zumal auch hier ein Beurteilungsspielraum der Sozialhilfebehörde besteht.

3 Finanzielle Absicherung des Lebendorganspenders bei Komplikationen bei oder nach der Organspende

Für den Fall, dass bei oder nach der Organspende Komplikationen eintreten die im ursächlichem Zusammenhang mit dieser stehen, kann die gesetzliche Unfallversicherung eintrittspflichtig sein. Der Lebendspender ist kraft Gesetzes in der gesetzlichen Unfallversicherung⁶² versichert (§ 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB VII).

3.1 Subsidiarität der Eintrittspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Lebendspender hat keine Ansprüche gegen die gesetzliche Krankenversicherung, wenn die gesetzliche Unfallversicherung leistungspflichtig ist (§ 11 Abs. 4 SGB V).

3.2 Gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung sollte nach dem Willen des Gesetzgebers eintreten, wenn im ursächlichen Zusammenhang mit der Organentnahme gesundheitliche Schäden, also Komplikationen, beim Lebendorganspender auftreten, die über die durch die Organentnahme notwendigerweise entstehenden Beeinträchtigungen hinausgehen. Nach Meinung des Gesetzgebers sollte die gesetzliche Krankenversicherung des Organempfängers lediglich für die Organentnahme an sich, die damit im Zusammenhang durchgeführten Maßnahmen, wie auch die lebenslangen Nachuntersuchungen, und dadurch eintretende

⁶² Die Unfallversicherung wird von den Arbeitgebern finanziert, in diesem Fall von dem Träger der Klinik oder des Transplantationszentrums in der die Organentnahme stattfindet.

zwangsläufige Folgen eintrittspflichtig sein, da es dabei an der Unvorhersehbarkeit fehlt, also kein Unfall vorliegt. In allen anderen Fällen sollte die gesetzliche Unfallversicherung eintrittspflichtig sein und diese das gesamte gesundheitliche Risiko des Lebendspenders bzgl. der Organspende absichern.⁶³

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll der Lebendorganspender bei gesundheitlichen Schäden die im Zusammenhang mit der Organspende stehen, aber über die zwangsläufig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgehen, durch die gesetzliche Unfallversicherung abgesichert sein.

Komplikationen bei den Voruntersuchungen zur Organentnahme, den notwendigen Nachbehandlungen und den dazu erforderlichen Fahrten des Organspenders sollen ebenfalls nach dem Willen des Gesetzgebers von der gesetzlichen Unfallversicherung abgedeckt sein.⁶⁴

3.2.1 Leistungsvoraussetzungen

Tritt beim Lebendorganspender ein gesundheitlicher Schaden ein, der über die zwangsläufige gesundheitliche Beeinträchtigung der komplikationslosen Lebendspende hinausgeht, liegt nach Meinung des Gesetzgebers⁶⁵ in der Person des Lebendspenders der Versicherungsfall des „Arbeitsunfalls“ vor (§§ 7, 8 SGB VII).⁶⁶

Vorausgesetzt die Organentnahme und die begleitenden Maßnahmen finden im Geltungsbereich des SGB VII statt und nach den Vorgaben des TPG⁶⁷. Dies gilt

⁶³ BT Drucks. 15/5050, S. 62.

⁶⁴ Eine a.A. existiert bzgl. Unfällen die aufgrund des zeitlichen Abstandes im Zusammenhang mit der Nachbetreuung stehen, allerdings ist eine Ablehnung des Versicherungsschutzes der gesetzlichen Unfallversicherung bei offensichtlicher Kausalität zur Organentnahme kaum begründbar; BT Drucks. 15/5050, S. 62.

⁶⁵ Ausnahme: Sozialgericht Freiburg/Breisgau, Urteil vom 26.06.2001.

⁶⁶ BT Drucks. 15/5050, S. 62.

⁶⁷ Verbotswidriges Handeln schließt zwar den Versicherungsfall nach § 7 Abs. 2 SGB VII nicht aus, die Einhaltung der Vorgaben des § 8 TPG könnten deshalb eigentlich nicht zwingende Voraussetzungen für die Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung sein. § 2 Abs. 1 Nr. 13 b SGB VII stellt allerdings auf die „Spende“ eines Organs ab, die §§ 17 ff. TPG bezwecken die umfassende Unterbindung des Organhandels, so dass die entgeltliche Organüberlassung nicht als „Spende“ im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 13 b SGB VII anzusehen ist. Die gesetzliche Unfallversicherung somit lediglich Lebendorganspender absichert, bei denen die Organentnahme den gesetzlichen Vorgaben des § 8 TPG entspricht. Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, § 23 Rn. 3; im Ergebnis ebenso: Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, § 23 Rn. 10; Gutmann sieht den Ausschluss des Versicherungsschutzes für den Organspenders nicht als geeignetes Sanktionsmittel an und sieht den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung auch bei Nichteinhaltung der Vorgaben des

unabhängig von der Nationalität und dem Wohnsitz des Spenders (§ 2 Abs. 1 Nr. 13 b, Abs. 3 S. 2 SGB VII in Verbindung mit § 3 Nr. 2 SGB IV). Erfolgt die Organentnahme im Ausland, ist der Lebendspender ebenfalls vom Schutzbereich der gesetzlichen Unfallversicherung erfasst, wenn er im Geltungsbereich des SGB VII seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat (§ 2 Abs. 1 Nr. 13 b, Abs. 3 S. 3 SGB VII). Der gesetzliche Unfallversicherungsschutz ist unabhängig von der Art der Krankenversicherung des Organempfängers oder Lebendspenders. Dieser besteht auch, wenn einer von beiden oder beide der gesetzlichen Sozialversicherung angehören.⁶⁸

Mit § 23 TPG wollte der Gesetzgeber klarstellen, dass der Lebendspender dem Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung untersteht und das gesamte gesundheitliche Risiko des Lebendspenders mit der gesetzlichen Unfallversicherung abgedeckt ist. Praktisch ist diese Norm allerdings verfehlt, da sie lediglich klarstellt, dass der Lebendspender zu dem kraft Gesetzes von der gesetzlichen Unfallversicherung versicherten Personenkreis gehört (§ 2 SGB VII).

Die gesetzliche Unfallversicherung setzt allerdings für einen Versicherungsfall den Eintritt eines Arbeitsunfalls voraus (§ 7 Abs. 1 SGB VII in Verbindung mit § 8 Abs. 1 SGB VII). Der Unfall muss zusätzlich infolge der den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit eingetreten sein (§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII). Unter einem Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII) sind „zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse „ zu verstehen, „die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tode führen“. Nach der gesetzlichen Systematik stellt die Lebendorganspende als die den Versicherungsschutz begründende Tätigkeit eigentlich selbst keinen Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII) dar.⁶⁹ Der Leistungseintritt der gesetzlichen Unfallversicherung setzt einen Unfall infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit voraus (§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII). Im Fall der Lebendorganspende ist für den Eintritt der Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung also ein von außen auf den Körper einwirkendes zusätzliches

§ 8 TPG als gegeben an wegen der Ratio des § 7 Abs. 2 SGB VII; Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, § 23 Rn. 3.

⁶⁸ BT Drucks. 15/5050, S. 63.

⁶⁹ Gutmann, S. 90.

Ereignis im Zusammenhang mit der Lebensorganspende erforderlich (z.B. das Eindringen von Krankheitserregern) nicht aber diese als solche. Eine zu erwartende Folge der Organspende, ein Kunstfehler oder eine zustandsbedingte Wundheilstörung ist mangels einem von außen zusätzlich verursachten Schaden nicht Gegenstand der Unfallversicherung.⁷⁰

Die Voraussetzungen eines Unfalls sind nach dem Wortlaut der §§ 2, 7 f. SGB VII lediglich dann gegeben, wenn für die eintretenden Komplikationen eine zusätzliche äußere Ursache vorliegt. Dies ist beispielsweise bei einer Wundheilungsstörung nicht der Fall, wenn erkennbar keine Krankheitserreger eingedrungen sind oder keine erneute traumatische Verletzung des Operationsgebietes vorliegt.⁷¹

Zwar ist dieses Ergebnis vom Gesetzgeber nicht bezweckt, ganz im Gegenteil soll nach Willen des Gesetzgebers und der einhelligen Literaturmeinung bei Komplikationen bei oder nach der Lebendorganspende die gesetzliche Unfallversicherung eintrittspflichtig sein. Dies ist allerdings dem Gesetzeswortlaut und der Systematik des SGB VII derzeit nicht zu entnehmen.⁷²

Der Lebendspender ist kraft Gesetzes in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Voraussetzung für die Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein Unfall aufgrund der Lebendspende, also ein von außen kommendes zusätzliches Ereignis. Die gesetzliche Unfallversicherung ist nur eintrittspflichtig, wenn die eintretende Komplikation neben der Organentnahme eine zusätzliche äußere Ursache hat.

Aus diesen Gründen ist auch das Urteil des Sozialgerichts Freiburg/Breisgau⁷³ mehr als nachvollziehbar, wenn danach für das Vorliegen eines Unfalls (§ 8 Abs. 1 SGB VII) und damit der Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 2 Abs. 1 Nr. 13 b, 7, 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII) eine weitere äußere Ursache als die den

⁷⁰ KassKomm-Ricke, Rn. 71 zu § 2 SGB VII.

⁷¹ Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG § 23 Rn. 1; Gutmann, S. 90 f.

⁷² BT Drucks. 15/5050, S. 62.

⁷³ Sozialgericht Freiburg/Breisgau, Urteil vom 26.06.2001.

Versicherungsschutz tatbestandlich begründende Organspende für den Eintritt von Komplikationen erforderlich ist.⁷⁴

Nach Ansicht der Enquete Kommission des Deutschen Bundestages widerspricht eine derartige Anwendung des SGB VII dem vom Gesetzgeber gewollten Ziel des umfänglichen Unfallversicherungsschutzes des Organspenders. Der Lebendorganspender opfert sich für einen Anderen, damit letztlich für das Gemeinwohl auf und soll deshalb auch von der gesetzlichen Unfallversicherung abgesichert sein.⁷⁵

Das Ergebnis dieser Auffassung ist sehr zu begrüßen, mit dem Gesetz derzeit allerdings leider nicht zu begründen. Deshalb sind Probleme mit der Kostenerstattung beim Lebendspender aufgrund eingetretener Komplikationen vorprogrammiert. Der Gesetzgeber ist gefordert klarzustellen, dass der gesetzliche Unfallversicherungsschutz des Lebendspenders für Komplikationen infolge der Organspende besteht, unabhängig vom Vorliegen eines Unfalls im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 7, 8 Abs. 1 SGB VII).⁷⁶

Nach dem Willen des Gesetzgebers ist die gesetzliche Unfallversicherung bei allen Komplikationen beim Lebendspender eintrittspflichtig, die im Zusammenhang mit der Organspende stehen. Dies hat der Gesetzgeber mit Änderung des SGB VII umzusetzen, da eine derartig umfängliche Leistungspflicht bisher nach dem Wortlaut nicht besteht.

Unabhängig von den obigen Erläuterungen ist der Unfallversicherungsschutz des Lebendorganspenders erheblich eingeschränkt. Nach überwiegender Ansicht der geltenden Rechtspraxis erstreckt sich der Versicherungsschutz auf unmittelbar zeitlich im Zusammenhang mit der Lebendspende entstandene Komplikationen (z.B. Narkoseschäden, Thrombosen) aber auch auf später auftretende Komplikationen die als spezielle Aus- und Nachwirkungen der Lebendorganspende eingeordnet werden

⁷⁴ Gutmann, S. 90.

⁷⁵ BT Drucks. 15/5050, S. 62.

⁷⁶ Gutmann, S. 90 f.; Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, § 23 Rn. 1.

können.⁷⁷ Bei der Leistungspflichtermittlung ist allerdings der zeitliche Abstand zur Organentnahme von entscheidender Bedeutung.⁷⁸ Völlig unklar ist derzeit, ob mittelbare Folgeschäden von der gesetzlichen Unfallversicherung abgedeckt werden. Außerdem ergeben sich erhebliche Beweisprobleme bzgl. der Ursächlichkeit der Lebendspende bei später auftretenden Krankheiten, beispielsweise Bluthochdruck nach der Nierenspende. Dies entwertet den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz des Lebendspenders bei Spätfolgen und mittelbaren Komplikationen nahezu vollkommen.⁷⁹ Von der Enquete Kommission des Deutschen Bundestages wird infolge der Beweisproblematik und den damit zwangsläufig verbundenen erheblichen Kosten für medizinische Gutachten angeregt, dass Beweisregelungen eingeführt werden, die Klarheit und Vereinfachungen in der Praxis schaffen.⁸⁰

Behandlungskosten für mittelbare Folgeschäden und später eintretende Komplikationen werden überwiegend von der gesetzlichen Unfallversicherung nicht übernommen. Zumal bei diesen die Beweisführung des Lebendspenders sehr schwer ist. Als Anspruchsteller hat der Lebendspender die Anspruchsvoraussetzungen zu beweisen.

Umstritten ist die Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung für Behandlungskosten des Lebendspenders aufgrund des erhöhten allgemeinen Krankheitsrisikos als Folge der Einnierigkeit. Darunter fallen beispielsweise Schäden an der dem Lebendspender verbleibenden Niere durch Unfälle oder von der Organentnahme unabhängige Krankheiten. Die gesetzliche Unfallversicherung lehnt in diesen Fällen die Leistungspflicht mit dem Argument ab, dass sie lediglich für Komplikationen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Organspende eintrittspflichtig ist, aber nicht für die Erhöhung des allgemeinen Lebensrisikos haftet.⁸¹

Die gesetzliche Unfallversicherung erstattet keine Behandlungskosten aufgrund des erhöhten allgemeinen Krankheitsrisikos infolge der Einnierigkeit, da diese keine Kosten für Komplikationen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Organspende sind.

⁷⁷ BT Drucks. 15/5050, S. 62; Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, § 23 Rn. 8.

⁷⁸ BT Drucks. 15/5050, S. 62.

⁷⁹ Gutmann, S. 91.

⁸⁰ BT Drucks. 15/5050, S. 63.

⁸¹ BT Drucks. 15/5050, S. 63.

Daraus ergibt sich die Frage, ob die Aufwendungen für Komplikationen beim Lebendspender für die kein gesetzlicher Unfallversicherungsschutz besteht zur Krankenbehandlung des Organempfängers zählen und damit von dessen gesetzlicher Krankenversicherung zu übernehmen sind. Bisher wurde lediglich für den Fall der komplikationslosen Organentnahme höchststrichterlich⁸² entschieden, dass die Krankenversicherung für sämtliche mit der Organentnahme verbundene Aufwendungen des Lebendspenders eintrittspflichtig ist.⁸³

Die Krankenkassen lehnen in Fällen von Spätkomplikationen der Lebendspende eine Leistungspflicht der Krankenkasse des Organempfängers ab. Eigentlich handelt es sich in diesem Fall um einen regelwidrigen Zustand am Körper des Spenders, also um eine Krankheit⁸⁴, so dass letztlich die gesetzliche Krankenversicherung des Lebendspenders leistungspflichtig ist. Die gesetzlichen Krankenkassen gehen in Fällen der speziellen Aus- und Nachwirkungen der Organspende allerdings von Komplikationen aus, die von der gesetzlichen Unfallversicherung zu tragen sind und sehen damit ihre Leistungspflicht als subsidiär an (§ 11 Abs. 4 SGB V).⁸⁵

In der Literatur wird die Ansicht vertreten, dass gesundheitliche Einschränkungen oder Folgeschäden aufgrund der Organspende keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim Lebendspender darstellen, die über diese beim komplikationslosen Verlauf hinausgehen. In diesen Fällen ist nicht die gesetzliche Unfallversicherung (§§ 7, 8 SGB VII) sondern die gesetzliche Krankenkasse des Lebendspenders eintrittspflichtig, da eine Krankheit desselben vorliegt und die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht subsidiär ist (§ 11 Abs. 4 SGB V).⁸⁶

⁸² BSGE 35, S. 102 ff.; 79, S. 53 ff.

⁸³ Gutmann, S. 91; Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, § 23 Rn. 1.

⁸⁴ Krankheit wurde ursprünglich vom BSG am 21.03.1958 als „jede Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers, die geheilt oder gelindert werden kann“ definiert. Nach neuerer Rechtsprechung des BSG ist unter Krankheit „ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ zu verstehen, BSGE 35, 10 ff. (12 f.).

⁸⁵ Kraushaar, in: Kirste, S. 74 ff. (78).

⁸⁶ Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, § 23 Rn. 9 ff.

Im Ergebnis bleibt strittig, ob die gesetzliche Unfallversicherung oder die Krankenkasse des Lebendspenders eintrittspflichtig ist. Erforderlich ist eine Streit entscheidende gesetzliche Regelung.⁸⁷

Bei mittelbaren Komplikationen durch die Lebendspende handelt es sich um einen regelwidrigen Zustand des Körpers, also um eine Krankheit. Die gesetzliche Krankenversicherung des Lebendspenders ist demnach eintrittspflichtig, wenn nicht die gesetzliche Unfallversicherung zuständig ist (§ 11 Abs. 4 SGB V). Nach dem SGB X muss der zuerst angegangene Versicherungsträger erst einmal leisten. Die beiden Versicherungsträger müssen untereinander die Frage der Zuständigkeit klären. Eine Leistungsverweigerung aufgrund Rechtsabklärung gegenüber dem Spender ist deshalb nicht zulässig, in der Praxis ist dies aber leider der Fall, so dass der Streit zu Lasten des Spenders geht.⁸⁸

Ungeklärt ist, ob die gesetzliche Unfallversicherung oder die gesetzliche Krankenversicherung des Lebendspenders bei mittelbaren Komplikationen oder bei Spätfolgen eintrittspflichtig ist. Die gesetzliche Krankenkasse sollte zunächst in Anspruch genommen werden, da auf alle Fälle eine Krankheit vorliegt. Diese kann dann mit der gesetzlichen Unfallversicherung die Leistungspflicht abklären, ohne Nachteil oder Beteiligung des Lebendspenders.

Dem Lebendspender ist auf jeden Fall anzuraten zunächst seine gesetzliche Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen, da auf jeden Fall eine Krankheit vorliegt und deshalb die gesetzliche Krankenversicherung zahlungspflichtig ist, auch wenn die Krankheit tatsächlich in den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung fällt. Der Spender sollte seine Leistungen in diesem Fall von der gesetzlichen Krankenversicherung bekommen, die sich dann intern mit der gesetzlichen Unfallversicherung einigt ohne den Spender zu involvieren.

Die privaten Krankenversicherungen lehnen jedwede Leistungen für mittelbaren Folgen des Spenders ab.⁸⁹

⁸⁷ BT Drucks. 15/5050, S. 63; Kraushaar, in: Kirste, S. 74 ff. (78).

⁸⁸ BT Drucks. 15/5050, S. 63.

⁸⁹ Kraushaar, in: Kirste, S. 74 ff. (80).

Ist der Lebendspender privat krankenversichert leistet die private Krankenversicherung scheinbar nicht für dessen Krankheiten die auf mittelbare Folgen der Lebendspende zurückzuführen sind.

Bei mittelbaren Folgen beim Spender handelt es sich um eine Krankheit desselben, so dass der Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung für sechs Wochen verpflichtet ist (§§ 3, 4 EFZG). Danach ist die gesetzliche Krankenversicherung des Lebendspenders zur Zahlung des Krankengeldes verpflichtet. Dies nur unter der Voraussetzung, dass kein Leistungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung vorliegt. Dies ist jeweils im Einzelfall zwischen den Versicherungsträgern zu klären.⁹⁰

Mangels bisheriger gesetzlicher Regelung für die Leistungspflicht bei mittelbaren Folgeschäden der Organspende sind derzeit noch Abgrenzungsstreitigkeiten zwischen der gesetzlichen Unfallversicherung und den Krankenversicherungsträgern vorprogrammiert und leider die Regel. Der Gesetzgeber ist deshalb gefordert diesbezüglich Klarheit zu schaffen, da der Streit zu Lasten des Lebendspenders geht.

Bei mittelbaren Folgeschäden des Lebendspenders aufgrund der Organspende ist die Leistungspflicht zwischen den Versicherungsträgern (gesetzliche Krankenversicherung – gesetzliche Unfallversicherung) streitig. Beide Versicherungen scheinen in der Praxis die Leistungen zu verweigern mit Verweis auf die Leistungspflicht des anderen. Derzeit wird der Streit zu Lasten des Lebendspenders geführt, obwohl die gesetzliche Krankenversicherung vorab leistungspflichtig wäre, da eine Krankheit des Lebendspenders vorliegt. Diese kann die ausgezahlten Leistungen von der gesetzlichen Unfallversicherung fordern, falls diese leistungspflichtig ist.

3.2.2 Leistungsumfang

Leistungspflichtig ist der für die Einrichtung zuständige Unfallversicherungsträger in der die Organentnahme stattfand (§§ 133 Abs. 1, 136 Abs. 3 Nr. 1 SGB VII). Bei Universitätskliniken ist dies der Unfallversicherungsträger im Landesbereich (§ 128

⁹⁰ Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, TPG, § 23 Rn. 4, 11.

Abs. 1 S. 1 SGB VII). Unfallversicherungsträger für Transplantationen in Bayern ist die Bayerische Landesunfallkasse.

Die Unfallversicherung ist verpflichtet „die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit des Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen“ (§§ 1 Ziff. 2, 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII). Um den bestehenden Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu verbessern, Verschlimmerungen zu verhüten oder Folgen zu mindern hat die Leistung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erfolgen (§§ 1 Ziff. 2, 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII).⁹¹

Die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung umfassen Sach-, Dienst- und Geldleistungen. Diese sind im dritten Kapitel des SGB VII näher aufgeführt und erläutert. Erstattet werden beispielsweise Heilbehandlungen⁹² (§§ 27 ff. SGB VII), berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen (§ 35 SGB VII in Verbindung mit §§ 33 ff. SGB IX), Entgeldausgleich (sog. Verletztengeld) für die Dauer der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit (§§ 45 ff. SGB VII), Verletztenrente im Fall der Minderung oder des Wegfalls der Erwerbsfähigkeit (§ 56 SGB VII) und Hinterbliebenenrente (§§ 63 ff. SGB VII).

Erstattet werden durch die gesetzliche Unfallversicherung vergleichbare Leistungen für Heilbehandlungen wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung, beispielsweise ärztliche Behandlungen stationär oder ambulant, die Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln, Krankenhausbehandlungen und Verletztengeld, zusätzlich kann auch Anspruch auf Rente bestehen.

Das Verletztengeld wird in Höhe von 80 % des Regelentgelts erstattet, begrenzt durch das nach § 47 Abs. 1 und 2 SGB V berechnete Nettoarbeitsentgelt (§ 47 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VII). Das Regelentgelt berechnet sich aus dem Gesamtbetrag des regelmäßigen Arbeitsentgelts (§ 47 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VII), begrenzt durch den

⁹¹ BT Drucks. 15/5050, S. 63.

⁹² „Die Heilbehandlung umfasst insbesondere Erstversorgung, ärztliche Behandlung,, Versorgung mit Arznei- Verband-, Heil-, und Hilfsmitteln,, Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen,,“ § 27 SGB VII.

Höchstjahresarbeitsverdienst⁹³ (§ 85 Abs. 2 SGB VII). Das Regelentgelt ist demnach nicht durch die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenkassen (§ 47 Abs. 6 SGB V), sondern durch den Höchstjahresarbeitsverdienst (§ 47 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VII), begrenzt. Dies ist anders als das nach den gesetzlichen Krankenversicherungen zu berechnende Nettoarbeitsentgelt (§ 47 Abs. 1 und 2 SGB V), dass durch die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenkassen begrenzt ist (§ 47 Abs. 6 SGB V). Der Höchstjahresarbeitsverdienst (§ 85 Abs. 2 SGB VII) der gesetzlichen Unfallversicherung liegt über der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenkassen. Diesen setzt der jeweilige Unfallversicherungsträger in seiner Satzung fest.⁹⁴ Außerdem existiert im gesetzlichen Unfallversicherungsrecht ein Mindestjahresarbeitsverdienst⁹⁵ (§ 85 Abs. 1 SGB VII). In der jeweiligen Satzungen der Unfallversicherungsträger sind auch Mehrleistungen vorgesehen.

Im Fall der nicht dauerhaften Arbeitsunfähigkeit des Lebendspenders aufgrund einer Komplikation, für die die gesetzliche Unfallversicherung eintrittspflichtig ist, hat dieser Anspruch auf Verletztengeld.

Es existieren Sonderregelungen für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienst für Seeleute (§ 92 SGB VII), für landwirtschaftliche Unternehmer, ihre Ehegatten und Familienangehörigen (§ 93 SGB VII), auf die aufgrund der Kürze dieser Zusammenfassung nicht im einzelnen eingegangen werden kann.

Die in der Berechnungsnorm zum Verletztengeld (§ 47 SGB VII) erwähnte Satzung kann jeder Unfallversicherungsträger erlassen, so dass darüber keine allgemeine Aussage getroffen werden kann.

Bleibt trotz Rehabilitations- und Heilmaßnahmen eine geminderte Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 % beim Lebendspender zurück, so hat er nach dem Anspruch auf Verletztengeld auch einen Anspruch auf Verletztenrente (§ 56 Abs. 2 SGB VII).

⁹³ § 18 Abs. 2 der Satzung der Bayerischen Landesunfallkasse setzt den Höchstjahresarbeitsverdienst mit € 72.000 fest.

⁹⁴ § 18 Abs. 2 der Satzung der Bayerischen Landesunfallkasse setzt den Höchstjahresarbeitsverdienst mit € 72.000 fest.

⁹⁵ Für über 18-Jährige beträgt dieser für 2006 € 17.640.

Bei einem vollständigen Verlust der Erwerbsfähigkeit leistet die gesetzliche Unfallversicherung dem Lebendspender eine jährliche Verletztenrente in Höhe von zwei Dritteln des letzten durchschnittlichen (brutto) Jahresarbeitseinkommens (§ 56 Abs. 3 SGB VII). Begrenzt durch den Höchstjahresarbeitsverdienst (§ 85 Abs. 2 SGB VII) der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die jährliche Verletztenrente bei einem vollständigen Verlust der Erwerbsfähigkeit entspricht 2/3 des letzten durchschnittlichen Bruttojahreseinkommens des Berechtigten.

Im Fall der geminderten Erwerbsfähigkeit aufgrund einer der Unfallversicherung unterliegenden Komplikation hat der Lebendspender Anspruch auf Teilrente, deren Höhe sich nach dem vom Hundertsatz der Vollrente, der dem Erwerbsfähigkeitsgrad entspricht, bemisst (§ 57 SGB VII). Ist die Erwerbsfähigkeit beispielsweise um 30 % gemindert wird zunächst die hypothetische Verletztenvollrente (entspricht zwei Dritteln des letzten durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst) berechnet, davon 30 % entsprechen der jährlichen Teilrente die dem in der Erwerbsfähigkeit geminderten Lebendspender zusteht.

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).

Die Einzelheiten der Hinterbliebenenrente können wegen der diversen Anspruchsberechtigten, deren unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen und Rentenhöhen in dieser kurzen Darstellung nicht dargelegt werden

Sämtliche Einkommensersatzleistungen, für deren Berechnung der frühere durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst entscheidend ist, sind begrenzt durch die in den jeweiligen Satzungen der Unfallversicherungsträger festgesetzten Bemessungsobergrenzen⁹⁶ (§§ 81, 82 ff. SGB VII). Der Einkommensersatz der gesetzlichen Unfallversicherung ist demnach auf eine Mindestabsicherung begrenzt.

⁹⁶ § 18 Abs. 2 der Satzung der Bayerischen Landesunfallkasse setzt den Höchstjahresarbeitsverdienst mit € 72.000 (brutto) fest.

Der Lebensstandard eines Lebendorganspenders mit höherem Einkommen wird durch die Leistungen der Unfallversicherung nicht abgedeckt.⁹⁷ Ein besser verdienender Lebendspender und seine Familie läuft Gefahr bei teilweiser oder völliger Erwerbsunfähigkeit aufgrund der Organspende seinen bisherigen Lebensstandard nicht halten zu können.

Das Verletztengeld- und die Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung stellen lediglich eine Mindestabsicherung dar, die vor allem bei Personen mit höheren Einkommen zu erheblichen Einkommenseinbußen führen.

Neben der oben dargestellten Rechtsunsicherheit des Versicherungsschutzes des Lebendspenders durch die gesetzliche Unfallversicherung kann die gesetzliche Unfallversicherung mit deren Grundversorgung oft auch nicht das wirtschaftliche Niveau des Lebendspenders und dessen Familie absichern.

3.2.3 Pflichten des Organspenders

Der Lebendspender bzw. nach dem Gesetzeswortlaut eigentlich das Unternehmen (§ 193 Abs. 1 SGB VII), also das Transplantationszentrum oder das Krankenhaus, dass die Lebendspende durchgeführt hat, haben den Schadensfall umgehend der gesetzlichen Unfallversicherung zu melden, wenn der Spender durch den Unfallschaden mindestens drei Tage arbeitsunfähig ist (§ 193 Abs. 1 SGB VII).⁹⁸ Diese Anzeigepflicht des Versicherungsfalles nach der Lebendspende ist sehr schwierig zu Hand haben. Die Lebendspender selbst haben überwiegend keine Kenntnis davon, ob ein Versicherungsfall vorliegt und ebenso wenig von der Anzeigepflicht, können ihr streng genommen auch nicht nachkommen, da das Gesetz die Anzeige durch den Unternehmer fordert (§ 193 SGB VII). Die Transplantationszentren oder Krankenhäuser haben teilweise keine Kenntnis von Komplikationen des Lebendspenders, wenn dieser sich anderweitig behandeln lässt. Nach Auskunft der Bayerischen Landesunfallkasse wird aufgrund nicht unverzüglicher Anzeige des Versicherungsfalles bei Komplikationen nach der Lebendspende nicht die Leistung verweigert.

⁹⁷ BT Drucks. 15/5050, S. 64.

⁹⁸ Kraushaar, in: Kirste, S. 74 ff. (77 f.).

Verlassen die Beschwerden des Lebendspenders den Normalbereich der Lebendspende sind diese eigentlich unverzüglich bei dem jeweiligen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung anzuzeigen.

3.3 Zusammenfassung

Die Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung bei Komplikationen im Zusammenhang mit der Lebendorganspende ist gesetzlich nicht schlüssig geregelt. Nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen ist der Lebendspender zwar durch die gesetzliche Unfallversicherung versichert, allerdings fehlt es bei den meisten Komplikationsfällen an einem „Arbeitsunfall“, so dass die gesetzliche Unfallversicherung eigentlich nicht leistungspflichtig ist. Mit Verweis auf die gesetzliche Unfallversicherung verweigern die Krankenkassen die Übernahme der Behandlungskosten des Lebendspenders, so dass bei Komplikationen Probleme vorprogrammiert sind.

Hinzu kommt, dass der Leistungsrahmen der gesetzlichen Unfallversicherung lediglich den Mindestbedarf des Versicherten abdeckt, so dass bei besser verdienenden Lebendspendern mit deutlichen finanziellen Einbußen zu rechnen ist.

4 Ausgleich sonstiger finanzieller Nachteile des Spenders

Aufgrund des möglicherweise erhöhten allgemeinen Krankheitsrisikos nach der Spende sind Erhöhungen der Beiträge zu privaten Krankenversicherungen denkbar. Während eines bestehenden Versicherungsverhältnisses können Risikoerhöhungen, die nach Vertragsschluss eintreten, allerdings nicht zu Risikozuschlägen führen. Beitragzuschläge oder Leistungsausschlüsse sind bei neuen Vertragsabschlüssen (private Kranken- oder Lebensversicherung) oder Änderungen des Versicherungsvertrages (z.B. Wechsel in einen anderen Tarif) zulässig (§ 178 f. VVG) und auch wahrscheinlich.

Der Lebendspender muss bei neuen Vertragsabschlüssen zur privaten Kranken- oder Lebensversicherung oder bei Änderungen des Versicherungsvertrages mit Beitragszuschlägen rechnen.

Fraglich ist, ob diesen Schadensausgleich der Organempfänger oder dessen Krankenkasse (Anspruch darauf besteht nicht) dem Lebendspender ersetzen darf oder ob dies eine unzulässige Gewährung eines finanziellen Vorteils darstellt, also unter den Begriff des Organhandels fällt (§§ 17, 18 TPG). Nach Ansicht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages ist dies nicht der Fall, da es sich lediglich um den Ausgleich eines spendebedingten finanziellen Nachteils handelt.⁹⁹

Teilweise wird auch vertreten, dass diese Risikozuschläge bei der Lebendnierenspende unzulässig sind, da die Einnierigkeit nach der Lebendspende der angeborenen Einnierigkeit ohne Funktionseinschränkung gleichzustellen sei. Nachdem es sich bei den privaten Krankenversicherungsverträgen um privatrechtliche Vertragsgestaltungen handelt, kann der Gesetzgeber darauf lediglich eingeschränkt Einfluss nehmen, Unterschiede aber nicht verhindern.¹⁰⁰

5 Minderung der Erwerbsfähigkeit und Grad der Behinderung bei komplikationslosem Verlauf der Organentnahme

Der krankheits- oder unfallbedingte Verlust einer Niere führt für gewöhnlich zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 25 % bis 30 %. Von einigen Gutachtern wird dieser Wert auf den gesunden Lebendspender nach der komplikationslosen Nierenspende übertragen. Bei der Teilleberspende wird hingegen der Grad der Erwerbsminderung davon abhängig gemacht, ob Funktionsbeschränkungen nach der Teilleberspende geblieben sind und in welchem Umfang.¹⁰¹

Anders sieht dies die ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer. Danach führt die komplikationslose Nierenspende nicht zu einer Erwerbsminderung um 20 % oder mehr und ist nicht mit dem krankheits- oder unfallbedingten Verlust einer Niere vergleichbar.¹⁰²

⁹⁹ BT Drucks. 15/5050, S. 60.

¹⁰⁰ BT Drucks. 15/5050, S. 60.

¹⁰¹ BT Drucks. 15/5050, S. 64.

¹⁰² BT Drucks. 15/5050, S. 64.

Die Enquete Kommission des Deutschen Bundestages geht davon aus, dass die Ansicht der Bundesärztekammer der Praxis entspricht, also die komplikationslose Nierenspende keine Erwerbsminderung oder einen Behinderungsgrad beim Lebendspender auslöst.¹⁰³

6 Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die gesamten Umstände der versicherungsrechtlichen Absicherung des Lebendspenders einem ständigen Wandel unterworfen sind. Die obigen Ausführungen können morgen bereits veraltet sein. Die oben dargestellten Ansprüche des Lebendspenders sind zwar sachgerecht und werden von der herrschenden Meinung auch befürwortet, allerdings ist deren gesetzliche Grundlage, beispielsweise bei der Unfallversicherung, mehr als problematisch.

Jedem Lebendspender kann deshalb nur dringend geraten werden sich vor der Lebendspende umfangreich bei der Krankenversicherung des Organempfängers, seiner Krankenversicherung und der zuständigen Unfallversicherung bzgl. der Kostenübernahme bei komplikationslosem Verlauf der Lebendorganspende und bei Komplikationen aufklären zu lassen. Weiterhin sollte der Lebendspender sich von der Krankenversicherung des Organempfängers eine Kostenübernahme bzgl. der zwingend mit der Lebendspende ihm entstehenden Kosten (beispielweise Voruntersuchungen, Fahrtkosten, Verdienstaufschlag etc.)¹⁰⁴ ausstellen lassen.

Fest gehalten werden muss, dass die Lebendspende für den Spender mit erheblichen Kosten und finanziellen Einbußen verbunden sein kann.

¹⁰³ BT Drucks. 15/5050, S. 64.

¹⁰⁴ Siehe näher die Auflistung unter 2.

Anlage 1: Checkliste

Zwingende Anfragen des potentiellen Lebendspenders bei der Krankenversicherung des Organempfängers bzgl. der Übernahme und dem Erstattungsumfang der ihm mittel oder unmittelbar entstehenden Kosten für:

- Voruntersuchungen (auch wenn keine Lebendspende zustande kommt)
- gutachtliche Stellungnahme (§ 8 Abs. 3 TPG)
- Krankenhausaufenthalt, gegebenenfalls welche Art von Arztbetreuung wird erstattet
- Nachuntersuchungen, -betreuung und Kontrolluntersuchungen, gegebenenfalls lebenslange psychische Betreuung. Hat das Vorversterben des Organempfängers Konsequenzen für die Kostenübernahme?
- Fahrtkosten zu den Voruntersuchungen, zum Krankenhaus bei der Organentnahme, den Nachuntersuchungen, -betreuungen und Kontrolluntersuchungen (lebenslang ?). Besteht eine Erstattungsgrenze?
- Reisekosten (Anreise gegebenenfalls mit Flugzeug, Hotelkosten), wenn Organspender nicht in Deutschland wohnt.
- Verdienstaussfall

Anfrage bei dem Transplantationszentrum bzw. dem Krankenhaus, welches die Lebendspende vornimmt wer zuständiger Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ist.

Anzeige von Komplikationen bei dem Transplantationszentrum bzw. Krankenhaus dass die Lebendspende vornahm und dem zuständigen Unfallversicherungsträger.

Anfrage bei der eigenen Krankenversicherung bzgl. der Geltendmachung von Leistungen für nach der Lebendspende eintretenden Beschwerden.

Kostentragungspflicht des Lebendspenders ohne Ersatzanspruch:

- gesetzliche/private Kranken- und Pflegeversicherung während der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Lebendspende.
- Sozialversicherungen während der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Lebendspende

Anlage 2: Theoretische Krankengeldberechnung

Die Berechnung des Krankengeldes ist gesetzlich geregelt (§ 47 SGB V). Das Krankengeld beträgt 70 % des regelmäßig erzielten¹⁰⁵ Arbeitsentgelts (bei Arbeitnehmern) bzw. Arbeitseinkommens (bei Selbständigen), genannt Regelentgelt¹⁰⁶, (§ 47 Abs. 1 S. 1 SGB V).

Das nach obigen Vorgaben berechnete Krankengeld darf 90 % des berechneten Nettoarbeitsentgelts (§ 47 Abs. 2 SGB V) nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 S. 2 SGB V). Diese Leistungsgrenze findet keine Anwendung auf das berechnete Krankengeld aus Arbeitseinkommen (§ 47 Abs. 4 S. 2 SGB V). Bei Arbeitseinkommen (§ 15 SGB IV) gibt es, mangels vergleichbarer gesetzlicher Abzüge, keine dem Nettoarbeitsentgelt vergleichbare Größe.

Erstattet die gesetzliche Krankenversicherung des Organempfängers den Nettoverdienstausschlag des Lebendspenders begrenzt durch die Höhe des fiktiven Krankengeldes¹⁰⁷, berechnet sich das fiktive Krankengeld nach diesen hier dargelegten Regeln. Das fiktive Krankengeld des Lebendspenders beträgt 70 % des Arbeitseinkommens bei Selbständigen bzw. des Arbeitsentgelts bei Arbeitnehmern, im letzten Fall begrenzt auf 90 % des Nettoarbeitsentgelts.

Ausgangspunkt der Krankengeldberechnung ist das **Arbeitsentgelt** (= Bruttoarbeitsentgelt) (§ 47 Abs. 1 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 14 SGB IV). Hierzu gehören alle laufenden Einnahmen aus einer oder mehreren Beschäftigungen, soweit diese lohnsteuerpflichtig sind, also auch die Entgeltfortzahlung sowie Urlaubsentgelt. Lohnsteuerfreie Einnahmen in Sinne des § 1 ArEV¹⁰⁸ (z.B. bestimmte Zuschläge für Nacharbeit sowie für die Arbeit an Sonn- und Feiertagen) zählen nicht zum Arbeitsentgelt (§ 14 Abs. 1 S. 3 SGB IV).¹⁰⁹

¹⁰⁵ Erzielt ist Arbeitsentgelt nach ständiger Rechtsprechung, „wenn es dem Versicherten im Bemessungszeitraum tatsächlich zugeflossen, das heißt in seine Verfügungsgewalt gelangt ist, so dass er darüber bestimmen kann“; KassKomm-Höfler, Rn. 21 zu § 47 SGB V.

¹⁰⁶ Regelentgelt = erzielter Bruttogehalt des Arbeitnehmers

¹⁰⁷ Siehe dazu näher unter 2.6.1.

¹⁰⁸ ArEV = Arbeitsentgeltverordnung

¹⁰⁹ KassKomm-Höfler, Rn. 13 a zu § 47 SGB V.

Zum regelmäßigen Arbeitsentgelt zählen alle lohnsteuerpflichtigen Einnahmen des Anspruchstellers.

Das Arbeitsentgelt, also das Regelentgelt (§ 47 Abs. 1 S. 1 SGB V), wird lediglich bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt (§ 47 Abs. 6 SGB V). Bezweckt wird dadurch, dass nur Arbeitsentgelt der Beitragsberechnung unterliegt, welches auch der Art und Höhe nach von der Beitragspflicht erfasst wird.¹¹⁰

Das regelmäßig erzielte Arbeitsentgelt wird allerdings nicht grenzenlos als Berechnungsgrundlage berücksichtigt. Der maximale noch zu berücksichtigende Bruttoarbeitsverdienst bei der Krankengeldberechnung beträgt im Jahr 2006 € 47.250. Verdient der Anspruchsteller über € 47.250 brutto jährlich wird dieser Mehrverdienst bei der Krankengeldberechnung nicht zugrunde gelegt.

Das Regelentgelt wird zunächst aus dem laufenden Arbeitsentgelt (Stundenlohn, laufende Vergütung) berechnet. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt¹¹¹ ist für die Festlegung des Regelentgelts (§ 47 Abs. 2 S. 1 SGB V) erst einmal nicht zu berücksichtigen. Lediglich der dreihundertsechzigste Teil des einmal gezahlten Arbeitsentgelts in den letzten zwölf Kalendermonaten wird später dem täglichen Regelentgelt hinzugerechnet (§ 47 Abs. 2 S. 6 SGB V).¹¹² Allerdings darf das nach § 47 Abs. 1 – 3 SGB V errechnete Krankengeld nicht das kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt übersteigen (§ 47 Abs. 1 S. 4 SGB V).

Das Regelentgelt als Berechnungsgrundlage des Krankengeldes wird kalendertäglich berechnet. Einmal-Leistungen werden zunächst nicht berücksichtigt.

¹¹⁰ KassKomm-Höfler, Rn. 15 zu § 47 SGB V.

¹¹¹ Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sind einmalige Zuwendungen, die keiner Arbeitsleistung zugeordnet werden können, beispielsweise Weihnachtsgeld oder Urlaubsgeld usw.; KassKomm-Höfler, Rn. 16 a zu § 47 SGB V.

¹¹² § 47 Abs. 1 S. 3 SGB V regelt wie das Nettoarbeitsentgelt bei einmalig gezahltem Arbeitsentgelt zu berechnen ist. Danach ist das Verhältnis zwischen dem Regelentgelt berechnet nach § 47 Abs. 2 S. 1–5 SGB V, dem Bruttobetrag und dem sich daraus ergebenden Nettoentgelt auf das einmalig gezahlte Arbeitsentgelt (§ 47 Abs. 2 S. 6 SGB V) zu übertragen. Steht beispielsweise das Nettogehalt im Verhältnis 75 : 100 zum regelmäßigen Bruttogehalt nach § 47 Abs. 2 S. 1 – 5 SGB V, so sind auch vom einmalig gezahlten Arbeitsentgelt (§ 47 Abs. 2 S. 6 SGB V) als Nettobetrag 75 % zu berücksichtigen. 90 % der Summe beider Nettoentgelte ergibt die Höchstgrenze des § 47 Abs. 1 S. 2 SGB V; KassKomm-Höfler, Rn. 7 a zu § 47 SGB V.

Diese erhöhen das zunächst berechnete tägliche Regelentgelt um den dreihundertsechzigsten Teil der Einmal-Leistungen des letzten Jahres.

Das angesetzte Arbeitsentgelt muss regelmäßig, auch in dem letzten Bemessungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit, erzielt worden sein (§ 47 Abs. 2 S. 1 in Verbindung mit § 47 Abs. 1 S. 2 SGB V). Rückwirkende Entgeltänderungen oder Steuererstattungen sind für die Berechnung deshalb nicht zu berücksichtigen.¹¹³

Als Lohnabrechnungszeitraum (= Bemessungszeitraum) gilt der Zeitraum für den der Betrieb, bei dem der Arbeitnehmer beschäftigt ist, üblicherweise die Entgeltabrechnung abgeschlossen hat. Auf den Zahltag oder die Bankgutschrift kommt es dabei nicht an. Der Zeitraum muss grundsätzlich mindestens vier Wochen betragen und vor der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen sein.¹¹⁴ Üblicherweise wird das Gehalt des Arbeitnehmers einmal monatlich ausgezahlt. Entscheidender Bemessungszeitraum für die Berechnung des Regelentgelts ist demnach üblicherweise der letzte volle Monat vor der Arbeitsunfähigkeit (§ 47 Abs. 2 S. 1 SGB V).¹¹⁵

Das der Berechnung zugrunde liegende Arbeitsentgelt muss regelmäßig vom Anspruchsteller erzielt worden sein, also wiederholt in gleicher Höhe. Für gewöhnlich erhalten Arbeitnehmer ihr Gehalt einmal monatlich ausgezahlt, der Bemessungszeitraum für die Krankengeldberechnung ist deshalb überwiegend der zuletzt voll abgerechnete Monat vor Arbeitsunfähigkeit des Anspruchstellers.

Weiterhin sind für die Berechnung des Regelentgelts die regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden von Bedeutung (§ 47 Abs. 2 S. 1, 2 SGB V), da das tägliche Regelentgelt zu berechnen ist; denn das Krankengeld wird für Kalendertage (§ 47 Abs. 1 S. 6 SGB V) erstattet. Als regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit gilt die Arbeitszeit, die dem gezahlten Arbeitsentgelt entspricht (§ 47 Abs. 2 S. 5 SGB V). Für die wöchentliche Arbeitszeit ist das einzelne Arbeitsverhältnis entscheidend. Diese ergibt sich im einzelnen aus dem Tarifvertrag, der dem Arbeitsverhältnis

¹¹³ KassKomm-Höfler, Rn. 18 zu § 47 SGB V.

¹¹⁴ KassKommentar-Höfler, Rn 17 a, 19, 20 zu § 47 SGB V.

¹¹⁵ KassKommentar-Höfler, Rn. 25 a zu § 47 SGB V.

zugrunde liegt, oder dem einzelnen Arbeitsvertrag. Mehrarbeit oder Überstunden können die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit erhöhen, wenn diese regelmäßig¹¹⁶ geleistet werden. Dies ist der Fall, wenn in den letzten drei Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit in jedem Monat mindestens eine Mehrstunde geleistet wurde. Die wöchentliche Arbeitszeit wird durch die durchschnittlich geleistete Mehrarbeit erhöht.

Kann das Arbeitsentgelt nicht einer Stundenzahl, wie in § 47 Abs. 2 S. 1, 2 SGB V vorausgesetzt, zugeordnet werden bzw. ist das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen, hat die Regelentgeltberechnung nach § 47 Abs. 2 S. 3 SGB V zu erfolgen. Danach ist das tägliche Regelentgelt der dreißigste Teil des im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Kalendermonates.¹¹⁷

*In den meisten Fällen ist das Gehalt nach Monaten bemessen. Deshalb ist das der täglichen Krankengeldberechnung zugrunde liegende tägliche Regelentgelt das Bruttoarbeitsentgelt (ausgenommen Einmalzahlungen, diese werden lediglich anteilig, wie oben dargelegt berücksichtigt) des zuletzt voll abgerechneten Kalendermonats **geteilt durch dreißig**.*

Das Krankengeld wird nach Kalendertagen bezahlt (§ 47 Abs. 1 S. 6 SGB V). Für den Fall, dass das Krankengeld für einen ganzen Kalendermonat zu bezahlen ist, ist dieser mit dreißig Tagen anzusetzen (§ 47 Abs. 1 S. 7 SGB V).

Ist das Krankengeld von der gesetzlichen Krankenversicherung für einen ganzen Kalendermonat zu bezahlen wird das tägliche Krankengeld mit dreißig multipliziert.

Ist der Versicherte nicht Arbeitnehmer, so ist für die Berechnung des Regelentgelts das regelmäßig erzielte Arbeitseinkommen entscheidend (§ 47 Abs. 1 S. 1 SGB V). Als Regelentgelt gilt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war (§ 47 Abs. 4 S. 2 SGB V). Auch hier gilt die Leistungsbemessungsgrenze¹¹⁸

¹¹⁶ Für die Festlegung der regelmäßigen Arbeitsstunden ist ein Bezugszeitraum von mindestens 13 Wochen oder drei Monaten zugrunde zu legen; KassKomm-Höfler, Rn. 23 a zu § 47 SGB V. Regelmäßige Arbeitsstunden sind diejenigen, die in dem obigen Zeitraum ohne längere Unterbrechung geleistet worden sind; KassKomm-Höfler, Rn. 24 zu § 47 SGB V.

¹¹⁷ Siehe näher unter Anlage 5.

¹¹⁸ Die Leistungsbemessungsgrenze liegt im Jahr 2006 bei einem Jahresbruttogehalt von € 47.250,00.

(§ 47 Abs. 6 SGB V).¹¹⁹

Für den Fall, dass der Anspruchsteller nicht Arbeitnehmer ist wird das Regelentgelt nach dem regelmäßig erzielten Arbeitseinkommen berechnet. Das Regelentgelt ist der zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit kalendertägliche Betrag, der der damaligen Beitragsbemessung zugrunde gelegt wurde. Die Leistungsbemessungsgrenze gilt auch hier.

Es existieren Sonderregelungen für Seeleute (§ 47 Abs. 4 S. 1 SGB V) und Künstler (§ 47 Abs. 4 S. 3 SGB V), auf die hier im Einzelnen aufgrund dieser kurzen Darstellung leider nicht näher eingegangen werden kann.

Die in § 47 SGB V immer wieder erwähnte Satzung kann jede gesetzliche Krankenversicherung erlassen, so dass darüber keine allgemeine Aussage getroffen werden kann.

Das errechnete Krankengeld darf 90 % des Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 S. 2 SGB V). Das Nettoarbeitsentgelt errechnet sich aus dem Arbeitsentgelt abzüglich der gesetzlichen Abzüge (wie z.B. Lohnsteuer, Kirchensteuer, Arbeitnehmeranteile der gesetzlichen Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung). Je nach Steuerklasse, Kinderanzahl etc. können diese Abzüge sehr unterschiedlich ausfallen. Deshalb ist das Nettoarbeitseinkommen, wie auch das Arbeitseinkommen, individuell zu berechnen.¹²⁰ Nicht zu den gesetzlichen Abzügen zählen Beiträge, die auf einer freiwilligen Verpflichtung beruhen, beispielsweise der Betrag zur freiwilligen Kranken- oder Rentenversicherung. Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung bei freiwilliger gesetzlicher Krankenversicherung oder zur privaten Krankenversicherung sind deshalb auch keine gesetzlichen Abzüge und werden vom Arbeitsentgelt bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts somit nicht abgezogen.¹²¹

¹¹⁹ KassKomm-Höfler, § 29 a zu § 47 SGB V.

¹²⁰ KassKomm-Höfler, Rn. 5 f. zu § 47 zu SGB V.

¹²¹ KassKomm-Höfler, Rn. 7 zu § 47 zu SGB V.

Die Höhe des errechneten Krankengeldes wird allerdings lediglich bis zur Höhe von 90 % des Nettogehaltes (= Arbeitsentgelt abzüglich aller gesetzlichen Pflicht-Abzüge) ausbezahlt.

Das Krankengeld wird längstens für achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt (§ 48 Abs. 1 S. 1 SGB V). Davon wird der Lebendspender allerdings nicht betroffen sein, da seine Arbeitsunfähigkeit bei komplikationslosem Verlauf nicht diese Höchstgrenze erreichen wird.

Anlage 3: Praktische Krankengeldberechnung I

Nach dem statistischen Bundesamt betrug im Jahr 2005 der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst der Arbeiter/-innen um produzierenden Gewerbe € 2.542,00. Dieser Betrag wird dieser ersten Krankengeldberechnung zu Grunde gelegt.

Wie oben näher dargelegt¹²², beträgt das Krankengeld grundsätzlich 70 % des täglichen Bruttoarbeitsentgelts. Zunächst ist deshalb festzustellen wie hoch das tägliche Bruttogehalt (= sog. Regelentgelt) des Arbeitnehmers im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Lohnabrechnungszeitraum war.

Es wird für die Berechnung von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden ausgegangen. Zugrundegelegt wird weiterhin die Steuerklasse 3, ohne Kinder, keine Religionszugehörigkeit und gesetzliche Krankenversicherung bei der AOK Bayern (Arbeitnehmeranteil: 6,80 %).

Annahmen:

Bruttogehalt:	€ 2.542,00
Nettogehalt¹²³:	€ 1.842,34
Wöchentliche Arbeitszeit laut Arbeitsvertrag:	40 Stunden
Abrechnungszeitraum:	Februar 2006
Geleistete Stunden im Abrechnungszeitraum¹²⁴:	160 Stunden
Beitragspflichtige Einmalzahlungen vom 01.03.2005 bis zum 28.02.2006:	€ 1.500,00 ¹²⁵

Regelentgelt ohne Einmalzahlungen:

Berechnungsformel für Regelentgelt (§ 47 Abs. 2 S. 1, 2 SGB V):

Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum : Zahl der bezahlten Arbeitsstunden x regelmäßige wöchentliche Arbeitsstunden : 7 = Regelentgelt je Kalendertag

¹²² Siehe näher unter 2.6.1.

¹²³ Steuerklasse 3, kein Kinderfreibeitrag, keine Religionszugehörigkeit.

¹²⁴ Keine Überstunden oder Mehrarbeit in den letzten drei Monaten vor Arbeitsunfähigkeit.

¹²⁵ Bruttobetrag

Hier: € 2.542,00 : 160 Stunden x 40 Stunden : 7 = €90,79 (**tägliches Regelentgelt**)

Beitragspflichtige Einmalzahlungen aus dem letzten Jahr sind anteilig (Einmal-Entgelt geteilt durch 360) zu berücksichtigen (§ 42 Abs. 2 S. 6 SGB V).

Das oben berechnete Regelentgelt wird deshalb anteilig (§ 47 Abs. 2 S. 6 SGB V) um die Einmalzahlung erhöht:

€ 90,79 (tägl. Regelentgelt) + (€ 1.500 : 360) = €90,79 + € 4,17 = € 94,96
(**kumuliertes tägliche Regelentgelt**)

Das Krankengeld beträgt 70 % des kumulierten Regelentgelt (§ 47 Abs. 1 S. 1 SGB V):

70 % von € 94,96 = € 66,47 (**eigentliches tägliche Krankengeld**)

Nach § 47 Abs. 1 S. 2 SGB V darf das Krankengeld allerdings nicht 90 % des vorher erzielten Nettogehalts überschreiten.

Tägliches Nettogehalt:

€ 1.842,34 : 160 Stunden x 40 Stunden : 7 = € 65,80 (**tägliches Nettogehalt**)

Beim täglichen Nettogehalt sind allerdings die Einmalzahlungen ebenfalls anteilig zu berücksichtigen. Für die Berechnung des Nettobetrages der Einmalzahlungen ist das Verhältnis zwischen Brutto und Netto aus dem Lohnabrechnungszeitraum zugrunde zulegen (§ 47 Abs. 1 S. 3 SGB V):

€ 65,80 (= tägl. Nettogehalt) : € 90,79 (= tägl. Bruttogehalt) x € 4,17 (= Brutto-Hinzurechnungsbetrag) = € 3,02

Dieser Betrag wird dem täglichen Nettogehalt hinzugerechnet:

€ 65,80 + € 3,02 = € 68,82 (**kumuliertes tägliche Nettogehalt**)

Daraus 90 % ergeben: € 61,94

In diesem Fall sind 70 % des Regelentgelts (hier: € 66,47) höher als 90 % des Nettobetrages (hier: € 61,94), so dass das tägliche Krankengeld hier € 61,94 beträgt.

Wäre das Krankengeld unter Berücksichtigung der Einmalzahlung höher, als das zuvor erzielte tägliche Nettogehalt (hier: € 65,80), müsste die gesetzliche Krankenversicherung den Zahlbetrag auf das tägliche Nettogehalt begrenzen (§ 47 Abs. 1 S. 4 SGB V).

Von diesem errechneten täglichen Krankengeldbetrag hat der Versicherte noch Beiträge zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung (14 % = € 8,67) zu entrichten, den die Krankenversicherung für ihn direkt abführt. Der Versicherte erhält demnach einen Betrag in Höhe von (€ 61,94 - € 8,67) € 53,27 täglich für die Dauer der Erkrankung ausbezahlt.

Für den Fall, dass der Lebendspender von der gesetzlichen Krankenversicherung des Organempfängers eine Erstattung seines Verdienstausfalls begrenzt durch das fiktive Krankengeld¹²⁶ erhält, hat er unter Annahme obiger Daten und Berechnung kalendertägliche Einbußen in Höhe von € 15,61 (das Krankengeld wird nach § 47 Abs. 1 S. 6 SGB V nach Kalendertagen gezahlt). Zusätzlich hat der Lebendspender die gesamten Sozialversicherungsbeiträge für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit selbst zu bezahlen, da diese Beiträge von der gesetzlichen Krankenkasse des Organempfängers nicht erstattet werden.¹²⁷

¹²⁶ Die Auszahlungsbeträge variieren sehr, manche Krankenkasse bezahlen lediglich € 40,00 pro Tag, andere einen Nettobetrag begrenzt durch das fiktive Krankengeld, andere den vollen Nettobetrag, siehe oben unter 2.6.1.

¹²⁷ BT-Drucks. 15/5050, S. 61.

Anlage 4: Praktische Krankengeldberechnung II

Nach dem statistischen Bundesamt betrug im Jahr 2005 der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst der Angestellten im produzierenden Gewerbe, Handel, Kredit- und Versicherungswesen € 3.452,00. Dieser Betrag wird der zweiten Krankengeldberechnung zu Grunde gelegt. Ansonsten bleiben alle Annahmen wie oben bei Anlage 3.

Bei gleichem Rechenweg wie bei Anlage 3 ergibt sich ein tägliches Krankengeld von € 75,65.

Von diesem Krankengeldbetrag hat der Versicherte noch Beiträge zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung (14 % = € 10,59) zu entrichten, den die gesetzliche Krankenversicherung für den Arbeitgeber abführt. Er erhält demnach einen Betrag in Höhe von (€ 75,65 – € 10,59) € 65,06 täglich für die Dauer der Erkrankung ausbezahlt.

Für den Fall, dass der Lebendspender von der gesetzlichen Krankenversicherung des Organempfängers eine Erstattung seines Verdienstaufschlags nach den Grundsätzen des Krankengeldes¹²⁸ erhält hat er tägliche Einbußen in Höhe von € 19,00. Zusätzlich hat der Lebendspender seine Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit selbst zu bezahlen.

¹²⁸ Auszahlungsbeträge variieren sehr, manche Krankenkasse bezahlen lediglich € 40,00 pro Tag, andere ein fiktives Krankengeld, andere den vollen Nettobetrag, siehe oben unter 2.6.1.

Anlage 5: Praktische Krankengeldberechnung III

Arbeitnehmer mit einem Bruttogehalt von € 10.000. Ansonsten bleiben sämtliche Annahme¹²⁹ wie oben bei Anlage 3. Allerdings ist bei dieser Größenordnung von Arbeitsentgelt davon auszugehen, dass dieses monatlich vereinbart ist, unabhängig von der geleisteten Stundenanzahl. Die Regelentgeltberechnung erfolgt demnach nicht nach § 47 Abs. 2 S. 1, 2 SGB V, sondern nach § 47 Abs. 2 S. 3 SGB V.¹³⁰

Bis auf das Gehalt bleibt es bei den gleichen Annahmen¹³¹ wie bei Anlage 3.

Annahmen:

Bruttogehalt:	€ 10.000,00
Nettogehalt¹³²:	€ 6.480,07
Abrechnungszeitraum:	Februar 2006
Beitragspflichtige Einmalzahlungen vom 01.03.2005 bis zum 28.02.2006:	€ 1.500,00 ¹³³

Tägliches Regelentgelt ohne Einmalzahlungen:

€ 10.000,00 : 30 Tage = € 333,33 (**tägliches Regelentgelt**)

Beitragspflichtige Einmalzahlungen aus dem letzten Jahr sind anteilig zu berücksichtigen (§ 42 Abs. 2 S. 6 SGB V).

Dem oben berechneten täglichen Regelentgelt wird anteilig (§ 47 Abs. 2 S. 6 SGB V) um die Einmalzahlung erhöht:

€ 333,33 + (€ 1.500 : 360) = 333,33 + € 4,17 = € ~~33~~37,50 (**kumuliertes tägliches Regelentgelt**)

¹²⁹ Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung werden für die Nettogehaltberechnung vom Bruttogehalt in diesem Fall nicht mehr abgezogen, da es sich nicht um gesetzliche Abzüge handelt, sondern um freiwillige; siehe dazu näher unter 2.6.1.

¹³⁰ Siehe näher unter 2.6.1.

¹³¹ Steuerklasse 3, kein Kinderfreibetrag, keine Religionszugehörigkeit.

¹³² Steuerklasse 3, kein Kinderfreibetrag, keine Religionszugehörigkeit.

¹³³ Bruttobetrag

Das Krankengeld beträgt 70 % des kumulierten täglichen Regelentgelt (§ 47 Abs. 1 S. 1 SGB V):

70 % von € 337,50 = € 236,25 (**eigentliches tägliches Krankengeld**)

Das Krankengeld darf nicht 90 % des vorher erzielten Nettogehalts überschreiten (§ 47 Abs. 1 S. 2 SGB V).

Täglicher Nettogehalt:

€ 6.480,07 : 30 Tagen = € 216,00

Beim täglichen Nettogehalt sind allerdings die Einmalzahlungen ebenfalls anteilig zu berücksichtigen. Für die Berechnung des Nettobetrages der Einmalzahlungen ist das Verhältnis zwischen Brutto und Netto aus dem Lohnabrechnungszeitraum zugrunde zulegen (§ 47 Abs. 1 S. 3 SGB V):

€ 216,00 (= tägl. Nettogehalt) : € 333,33 (= tägl. Bruttogehalt) x € 4,17 (= Brutto-Hinzurechnungsbetrag) = € 2,70

Dieser Betrag wird dem täglichen Nettogehalt hinzugerechnet:

€ 216,00 + € 2,70 = € 218,70 (**kumuliertes tägliche Nettogehalt**)

Daraus 90 % ergeben: € 196,83

In diesem Fall sind 70 % des Regelentgelts höher als 90 % des Nettobetrages, so dass das tägliche Krankengeld hier € 196,83 beträgt.

Es würde sich ein tägliches Krankengeld von € 196,83 (= 90 % des täglichen Nettogehalts) ergeben. Allerdings sieht das SGB V eine Höchstgrenze für das Regelentgelt vor (§ 47 Abs. 6 SGB V). Danach wird das Regelentgelt lediglich bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt (§ 47 Abs. 6 SGB V). Die Beitragsbemessungsgrenze liegt für das Jahr 2006 bei einem Bruttojahreseinkommen von € 47.250,00. Das Regelentgelt wird maximal bis zu einem Betrag von € 118,75¹³⁴ täglich berücksichtigt. Das maximale tägliche Krankengeld beträgt täglich € 83,13¹³⁵.

¹³⁴ Wertangabe der AOK Bayern.

¹³⁵ Wertangabe der AOK Bayern.

Für den Fall, dass der Lebendspender von der gesetzlichen Krankenversicherung des Organempfängers eine Erstattung seines Verdienstaufschusses nach den Grundsätzen des Krankengeldes¹³⁶ erhält hat er in dieser Beispielsberechnung kalendertägliche Einbußen in Höhe von € 113,70 (das Krankengeld wird nach § 47 Abs. 1 S. 6 SGB V nach Kalendertagen gezahlt). Zusätzlich hat der Lebendspender seine Sozialversicherungsbeiträge für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit selbst zu bezahlen.

¹³⁶ Zahlungsbeträge variieren sehr, manche Krankenkasse bezahlen lediglich € 40,00 pro Tag, andere ein fiktives Krankengeld, andere den vollen Nettobetrag, siehe oben unter 2.6.1.

Anlage 6: Praktische Berechnung Verletztengeld

Wird der berufstätige Lebendspender nach der Spende arbeitsunfähig krank und ist diese Krankheit von der gesetzlichen Unfallversicherung abgedeckt, hat er Anspruch auf Verletztengeld als Ersatz seines Verdienstausfalles. Dieses berechnet sich wie folgt:

Sämtliche Annahmen¹³⁷ werden von der Berechnung bei Anlage 3 übernommen. Die Höhe des Verletztengeldes berechnet sich nach § 47 SGB VII. Darin (§ 47 Abs. 1 S. 1 SGB VII) wird auf die Krankengeldberechnung (§ 47 Abs. 1, 2 SGB V) verwiesen. Ein entscheidender Unterschied zum Krankengeld ist allerdings, dass das Verletztengeld 80 % des Regelentgelts, begrenzt durch das Nettoarbeitsentgelt (§ 47 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VII), beträgt.

Es wird für die Berechnung von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden ausgegangen. Zugrundegelegt wird weiterhin die Steuerklasse 3, ohne Kinder, keine Religionszugehörigkeit und gesetzliche Krankenversicherung bei der AOK Bayern (Arbeitnehmeranteil: 6,80 %).

Annahmen:

Bruttogehalt:	€ 2.542,00
Nettogehalt¹³⁸:	€ 1.842,34
Wöchentliche Arbeitszeit laut Arbeitsvertrag:	40 Stunden
Abrechnungszeitraum:	Februar 2006
Geleistete Stunden im Abrechnungszeitraum¹³⁹:	160 Stunden
Beitragspflichtige Einmalzahlungen vom 01.03.2005 bis zum 28.02.2006:	€ 1.500,00 ¹⁴⁰

¹³⁷ Steuerklasse 3, Kein Kinderfreibetrag, keine Religionszugehörigkeit.

¹³⁸ Steuerklasse 3, kein Kinderfreibetrag, keine Religionszugehörigkeit.

¹³⁹ Keine Überstunden oder Mehrarbeit in den letzten drei Monaten vor Arbeitsunfähigkeit.

¹⁴⁰ Bruttobetrag

Tägliches Regelentgelt ohne Einmalzahlungen:

Berechnungsformel tägliches Regelentgelt (§ 47 Abs. 1 S. 1 SGB VII, § 47 Abs. 2 S. 1, 2 SGB V):

**Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum : Zahl der bezahlten Arbeitsstunden x
Regelmäßige wöchentliche Arbeitsstunden : 7 = Regelentgelt je Kalendertag**

Hier: € 2.542,00 : 160 Stunden x 40 Stunden : 7 = €90,79 (**tägliches Regelentgelt**)

Beitragspflichtige Einmalzahlungen aus dem letzten Jahr sind anteilig zu berücksichtigen (§ 47 Abs. 1 S. 1 SGB VII, § 42 Abs. 2 S. 6 SGB V).

Das oben berechnete Regelentgelt wird anteilig (Einmal-Zahlung geteilt durch dreihundertsechzig) (§ 47 Abs. 1 S. 1 SGB VII, § 47 Abs. 2 S. 6 SGB V) um die Einmalzahlung erhöht:

€ 90,79 + (€ 1.500 : 360) = € 90,79 + € 4,17 = € 94,96 (**kumuliertes tägliche Regelentgelt**)

Das Verletztengeld beträgt 80 % des kumulierten Regelentgelt (§ 47 Abs. 1 S. 1 SGB VII, § 47 Abs. 1 S. 1 SGB V):

80 % von € 94,96 = € 75,97 (**eigentliches tägliche Verletztengeld**)

Das Verletztengeld darf das vorher erzielten Nettogehalt nicht überschreiten (§ 47 Abs. 1 S. 1 SGB VII in Verbindung mit § 47 Abs. 1 S. 2 SGB V).

Tägliches Nettogehalt:

€ 1.842,34 : 160 Stunden x 40 Stunden : 7 = € 65,80

Beim täglichen Nettogehalt sind allerdings die Einmalzahlungen ebenfalls anteilig zu berücksichtigen. Für die Berechnung des Nettobetrages der Einmalzahlungen ist das Verhältnis zwischen Brutto und Netto aus dem Lohnabrechnungszeitraum zugrunde zulegen (§ 47 Abs. 1 S. 1 SGB VII, § 47 Abs. 1 S. 3 SGB V):

€ 65,80 (= tägl. Nettogehalt) : € 90,79 (= tägl. Bruttogehalt) x € 4,17 (= Brutto-Hinzurechnungsbetrag) = € 3,02

Dieser Betrag wird dem täglichen Nettogehalt hinzugerechnet:

€ 65,80 + € 3,02 = € 68,82 **kumuliertes tägliche Nettoentgelt**)

In diesem Fall sind 80 % des Regelentgelts (hier: € 75,97) höher als das tägliche Nettoarbeitsentgelt (hier: € 68,82), so dass das tägliche Verletztengeld hier € 68,82 beträgt. Der Träger der Unfallversicherung führt davon die Beiträge zur Sozialversicherung direkt ab, diese Beiträge werden beispielsweise von der Bayerischen Landesunfallkasse nach deren Satzung dem Lebendspender freiwillig erstattet. Der Lebendspender erhält demnach das volle errechnete Verletztengeld ab und die Bayerische Landesunfallkasse führt zusätzlich die Sozialversicherungsbeiträge ab. Zusätzlich erhält der Lebendspender im Fall der Arbeitsunfähigkeit neben dem Verletztengeld nach der Satzung der Bayerischen Landesunfallkasse noch Mehrleistungen von derzeit täglich € 19,67.

Für Selbständige gilt eine Sonderregelung (§ 47 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VII). Danach ist das Arbeitseinkommen bei der Ermittlung des Regelentgelts „mit dem 360. Teil des im Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Maßnahme der Heilbehandlung erzielten Arbeitseinkommen zugrunde zu legen“ (§ 47 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VII). Das heißt, dass das tägliche Regelentgelt das letzte volles Jahreseinkommen vor der Erwerbsfähigkeit geteilt durch dreihundertsechzig ist.

Abkürzungsverzeichnis:

Abs.	Absatz
ArEV	Arbeitsentgeltverordnung
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BRKG	Bundesreisekostengesetz
BSG	Bundessozialgericht
EFZG	Entgeltfortzahlungsgesetz
HS	Halbsatz
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
S.	Satz
TPG	Transplantationsgesetz
Ziff.	Ziffer

Literaturverzeichnis:

- Gutmann Thomas Für ein neues Transplantationsgesetz, Schriftenreihe Medizinrecht, Springer-Verlag, 2006.
- Höflinger Wolfram Kommentar zum Transplantationsgesetz, Erich Schmidt Verlag, 2003.
- Höfler Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 41. bis 49. Ergänzungslieferung, aus Beck-Online entnommen.
- Kirste G. Nieren-Lebendspende, Pabst Science Publishers, 2000.
- Kraushaar H.-G. Versicherungsrechtliche Aspekte und Absicherung der Lebend-Organ spende, in: Kirste, Nieren-Lebendspende, Pabst Science Publishers, 2000, S. 74 ff.
- Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler Transplantationsgesetz Kommentar, Verlag W. Kohlhammer, 2001.
- Schroth/König/Gutmann/Oduncu Transplantationsgesetz Kommentar, C.H. Beck Verlag, 2005.
- Sengler H. Stellungnahme zu rechtlichen Aspekten der Lebendspende aus der Sicht des Bundesgesundheitsministeriums, in: Kirste, Nieren-Lebendspende, Pabst Science Publishers, 2000, S. 100 ff.
- Senninger/Wolters Transplantationsmedizin, 2003, S. 56 ff.