

## **AHB- und Reha-Behandlungen als Teile des eigenen Anspruchs des Lebendspenders auf „Krankenbehandlung“ i.S.d. § 27 Abs. 1a SGB V gegen die Krankenversicherung des Organ- oder Gewebeempfängers**

Die Deutsche Transplantationsgesellschaft e.V. (DTG) hat im Februar 2017 eine Umfrage bei den Transplantationszentren und ihren DTG-Mitgliedern zu deren Erfahrungen mit der Genehmigung durch die Empfänger-Krankenkassen von Rehabilitationsbehandlungen (REHA) bzw. Anschlussheilbehandlungen zur medizinischen Rehabilitation (Anschlussrehabilitation - AHB) für Lebendspender durchgeführt. Die Rückmeldungen lassen erkennen, dass regional große Unterschiede bei der Genehmigungspraxis und für den Lebendspender häufig erhebliche Probleme bei der Genehmigung der Maßnahmen durch den Kostenträger bestehen. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen werden teils generell nur bei Tumorerkrankungen, ansonsten aber nicht, oder erst nach Widersprüchen durch die Spender oder deren behandelnde Ärzte und nach langen Auseinandersetzungen genehmigt. Dies soll zum Anlass genommen werden, die Rechtslage der Versorgung der Lebendspender im Hinblick auf REHA- bzw. AHB- Maßnahmen darzustellen und die Verpflichtung Krankenkassen zur Übernahme der entsprechenden Kosten zu verdeutlichen.

### **1. Ausgangspunkt**

Bereits seit der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 12. Dezember 1972 (Az. 3 RK 47/70; zur damaligen Rechtslage siehe Neft, NZS 2011, 566 ff.) wird die Übertragung von körpereigenem Gewebe auf einen Dritten als ein Teil der *Krankenhilfe* für den *Empfänger* verstanden. Aufwendungen für die ambulante und stationäre Behandlung des Organspender sind demnach als Nebenleistung zu der, dem Empfänger zu gewährenden Krankenhilfe von dessen Krankenkasse zu tragen.

Anlässlich der Änderungen des Transplantationsgesetzes 2012 (BGBl. Teil I Nr. 35 vom 25. Juli 2012, Seite 1601) wurden u.a. in die Sozialgesetzbücher (SGB) V und VII Regelungen aufgenommen, die dem Spender von Organen oder Geweben eigene Leistungsansprüche einräumen.

Insbesondere wurde die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes im neuen § 27 Abs. 1a SGB V gesetzlich fixiert und klargestellt, dass auch nicht gesetzlich versicherte Spender Anspruch auf Leistungen der Empfängerkrankenkasse hinsichtlich der erforderlichen „Krankenbehandlung“ haben. Das war und ist der besonderen Situation der Lebendspender und ihrem Einsatz für die Solidargemeinschaft im Gemeinwohlinteresse geschuldet (Vgl. BT-Drs. 17/9773, S. 37; Kraftberger in: LPK –SGB V § 27 Rdn. 118).

## **2. Regelungsgegenstand: „Krankenbehandlung“ im Zusammenhang mit Organ- oder Gewebespenden i.S.d. §§ 8, 8a TPG.**

Es ist zu beachten, dass die *Organentnahme keine Krankenbehandlung* des Spenders darstellt, sondern in einen insoweit gesunden Körper eingegriffen wird. Sie dient allein der Krankenbehandlung des Empfängers. Dennoch hat der Gesetzgeber bei der Formulierung des § 27 SGB V nicht differenziert. Gleichwohl weist die Regelung der Lebendorganspende in § 27 Abs. 1a SGB V darauf hin, dass es sich um einen *eigenständigen Anspruch des Spenders* handelt, der sich an der Versicherung des Empfängers orientiert. „Versicherungsfall“ ist hier nicht eine „Krankheit“, sondern die Organ- bzw. Gewebespende als solche mit allen hierfür notwendigen Behandlungsmaßnahmen (Steege in: Hauck/Noftz SGB V § 27 Rdn 137). Der Anspruch des Spenders erfasst insbesondere alle zur Wiederherstellung seiner Gesundheit erforderlichen Behandlungen *nach* der Spende; sie sind notwendiger Teil der Spende und unmittelbar mit ihr verbunden (vgl. Steege in: Hauck/Noftz SGB V § 27 Rdn.140, 147).

## **3. Inhalt und Umfang des Anspruchs**

Nach § 27 Abs. 1a S.1 SGB V haben Spender von Organen oder Geweben bei einer nach den §§ 8 und 8a TPG (Entnahme bei lebenden Spendern) erfolgenden Spende von Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung. Dazu gehören gemäß § 27 Abs. 1a S. 2 SGB V die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, d.h. auch auf u.U. langfristige physische und psychische Nachbehandlung (Augsberg in: Höfling (Hrsg) TPG § 8 Rdn. 93 a.E.). Zu den Leistungsansprüchen des Spenders gehören ferner die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a SGB V und die Erstattung der erforderlichen Fahrkosten.

Trotz des aufzählenden Charakters des § 27 Abs. 1a S. 2 SGB V ist diese Vorschrift nicht als abschließender Katalog zu verstehen (Lang, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 5. Auflage, 2017, § 27 Rn. 76; Neumann, NJW 2013, 1401, 1402). Vielmehr gehören zur Nachbetreuung *alle* notwendigen Maßnahmen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Lebendspende stehen. Deshalb werden die zu gewährenden Leistungen als *umfassend* verstanden (Prehn, in Berchtold/Huster/ (Rehborn (Hrsg.)), Gesundheitsrecht SGB V, 1. Auflage 2015, § 27 Rn. 86). Zu den Leistungen gehören u.a.:

- Die Erstattung aller Kosten von - auch - langfristigen physischen und psychischen Nachbehandlungen, wenn diese mit der Organentnahme in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang stehen (Augsberg in: Höfling (Hrsg.), TPG, 2. Auflage 2013, § 8 Rn. 93; Lang in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 5. Auflage, 2017, § 27 Rn. 76).
- die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln (Neumann, NJW 2013, 1401, 1402 unter Hinweis auf BT-Drs. 17/9773, S. 37),
- nicht nur die medizinisch erforderliche ambulante oder stationäre Vor- und Nachbetreuung, sondern auch die Anschlussrehabilitation (AHB), als eine Form der medizinischen Rehabilitation (Kraftberger in: LPK-SGB V, 5. Auflage 2016, § 27 Rn. 115).
- Gegenstand der medizinischen Rehabilitation können – je nach Krankheitsbild – unterschiedliche Formen der Behandlung sein: Stationäre und ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation, d. h. in einer Klinik oder tagsüber in Wohnortnähe, Anschlussrehabilitation (AHB) und Leistungen wegen psychischer Erkrankungen. Die Behandlung während der medizinischen Rehabilitation setzt sich je nach Bedarf aus folgenden Bausteinen zusammen (vgl. die Aufzählung bei Reha-Bericht 2015 der Deutschen Rentenversicherung:
  - Ärztliche Behandlung
  - Bewegungstherapie (Physio-, Sporttherapie)
  - Arbeitsbezogene Maßnahmen
  - Gesundheitsbildung und Patientenschulung
  - Psychologische Diagnostik und Beratung
  - Entspannungsverfahren
  - Ergotherapie
  - Physikalische Therapie
  - Ernährungsberatung mit/ohne Lehrküche
  - Soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung.

#### **4. Adressaten der Leistungsansprüche des Spenders**

Da sich der Anspruch des Spenders auf Kostenübernahme nach der Krankenversicherung des Empfängers richtet, ist zu unterscheiden:

- a) Gesetzlich krankenversicherter Empfänger

Soweit ein Spender (gesetzlich oder privat krankenversichert) einem gesetzlich Krankenversicherten ein Organ spendet, hat er gemäß § 27 Abs. 1a SGB V einen umfassenden Krankenbehandlungsanspruch gegenüber der Krankenkasse des Empfängers.

Zuzahlungen sind von den Spendern nicht zu leisten (Lang in: Becker/Kongreen (Hrsg.) SGB V § 27 Rdn. 77; Ulmar in: Eichenhofer/ Wenner (Hrsg.), SGB V, § 27 Rn. 17).

#### b) Privat versicherte Empfänger

Sofern der Organempfänger privat versichert ist, gilt die Selbstverpflichtung des Verbandes der privaten Krankenversicherung vom 09.02.2012 (abgedruckt in: BT-Drs. 17/9773, S. 38). Die Absicherung des Organspenders ist Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers (§ 192 Abs. 1 VVG). Demnach übernimmt auch die private Krankenversicherung des Empfängers unabhängig vom Versichertenstatus des Spenders, also auch für gesetzlich krankenversicherte Spender, die Kosten der ärztlichen Leistung für den Organspender mit dem tariflichen Erstattungssatz und dem sich aus der Gebührenordnung für Ärzte (ambulante Behandlung) sowie dem Krankenhausentgeltgesetz (stationäre Behandlung) ergebenden Umfang. Dies gilt außerdem für Leistungen, die über die Leistungen nach dem dritten Kapitel SGB V, auf die ohnehin ein Anspruch besteht, hinausgehen, wenn sie vom eigenen Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind, etwa auf der Grundlage einer privaten Krankenvoll- oder Krankenzusatzversicherung, im Rahmen von Wahlтарifen der gesetzlichen Krankenversicherung gem. § 53 SGB V oder in der Satzung vorgesehenen Mehrleistungen. Dies sind beispielsweise Leistungen für Zweibettzimmer oder Chefarztbehandlung (BT-Drs. 17/9773, S. 37; Kraftberger in: LPK-SGB V § 27 Rdn. 118.).

Übernommen werden insbesondere auch die Aufwendungen für eine etwaige aufgrund der Organspende erforderliche ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung, sofern die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist. Weiterhin übernimmt die private Krankenversicherung des Organempfängers die Kosten der Nachbetreuung im Sinne des § 8 Abs. 3 Satz 1 TPG.

#### c) Organempfänger ist nicht krankenversichert

Ist der Organempfänger nicht krankenversichert, so verweist § 48 SGB XII (Sozialhilfe) für die Hilfe bei Krankheit auf die Regelungen zur Leistung der Krankenbehandlung im SGB V, insbesondere auf § 27 SGB V. Daher gilt auch § 27 Abs. 1a SGB V und damit der bereits oben genannte Leistungsanspruch des Lebendspenders.

#### d) Organempfänger wechselt die Krankenkasse oder verstirbt

Wechselt der Empfänger seine Krankenkasse, ist für die Leistungen des Spenders die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der zum Zeitpunkt der jeweiligen Leistungserbringung die Versicherung des Empfängers besteht. Wechselt der Empfänger in eine private Versicherung oder verzieht dieser ins Ausland, so ist für die weiteren Leistungen des Spenders auch das dann gewählte Versicherungsunternehmen zuständig. Besteht kein Leistungsanspruch, z.B. wegen eines Auslandsaufenthaltes oder weil die Versicherung diese Leistung nicht vorsieht oder verstirbt der Empfänger, so sind die Leistungen für den Spender durch die Krankenkasse zu erbringen, bei welcher zuletzt eine Versicherung des Empfängers bestand. Siehe Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vom 19. April 2013 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes, S. 12.

#### e) Unfallversicherung statt Krankenversicherung

Ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht hinsichtlich sämtlicher mit dem Eingriff beim Spender im (unmittelbaren) Zusammenhang stehenden, weil notwendig damit verbundenen Behandlungsmaßnahmen. Ein solcher Anspruch besteht nach § 11 Abs. 5 SGB V nur dann nicht, wenn Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) beansprucht werden können. Nach § 2 Abs. 1 Nr. 13 lit. b) SGB VII sind Personen, die Organe oder Organteile spenden oder bei denen Voruntersuchungen oder Nachsorgemaßnahmen anlässlich der Spende vorgenommen werden, unabhängig vom Versicherungsstatus des Spenders, gesetzlich unfallversichert und haben unter bestimmten Voraussetzungen Ansprüche gegenüber dem Unfallversicherungsträger wie bei einem Arbeitsunfall. Daher kann beim Eintritt von Gesundheitsschäden infolge von späteren Komplikationen die vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung bestehen.

Die Voraussetzungen ergeben sich aus § 12a SGB VII. Danach erfasst der Unfallversicherungsschutz solche Gesundheitsschäden, die über die durch die Blut-, Organ-, Organteil- oder Gewebeentnahme beim Spender regelmäßig bzw, üblicherweise entstehenden Beeinträchtigungen hinausgehen, aber in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Spende stehen. Folgekosten, die erst durch die Behandlung späterer Komplikationen entstehen, unterfallen daher der Unfall- und nicht der Krankenversicherung. Im Einzelnen sind hier jedoch die Abgrenzungskriterien noch relativ ungeklärt (Vgl. dazu u.a. Augsberg in Höfling (Hrsg) TPG, § 8 Rdn.94 f.).

## **5. Organ- und Gewebespenden mit Auslandsbezug**

Die Leistungsansprüche nach § 27 Abs. 1a SGB V gelten gleichermaßen für Spender aus dem Ausland. Der Anspruch richtet sich auch in diesen Fällen gegen den Versicherungsträger des Organ- bzw. Gewebeempfängers.

Mit den finanziellen Aspekten grenzübergreifender Lebendorganspenden innerhalb der EU, des EWR bzw. der Schweiz befasst sich eine im Amtsblatt der Europäischen Union (Abl. EU 2012 C 240/4 vom 10.08.2012) veröffentlichten „Empfehlung Nr. S1 vom 15.03.2012“ der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit. Allerdings ist zu beachten, dass die Empfehlung Nr. S1 vom 15.03.2012 lediglich empfehlenden Charakter für die EU-Staaten, die weiteren Staaten des EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie die Schweiz hat.

Stammt der Spender aus der EU, dem EWR bzw. der Schweiz und der Empfänger ist gesetzlich krankenversichert, so gelten die im Rahmen des § 27 Abs. 1a SGB V vorgesehenen Leistungsansprüche grundsätzlich gleichermaßen für Spender aus dem Ausland und die Kosten des Organspenders werden im Umfang des § 27 Abs. 1a SGB V durch die für den Organempfänger zuständige deutsche Krankenkasse übernommen. Dies gilt jedoch nicht, wenn Vorschriften des Heimatlandes des Spenders einen Anspruch auf die im Zusammenhang mit der Organspende notwendigen Sachleistungen und Erstattung des entstandenen Verdienstauffalls für den Spender vorsehen. In diesen Fällen soll gemäß der Empfehlung Nr. S1 der für den Organspender zuständige Träger die Kosten für die anfallenden Sachleistungen (Absatz 2) und die Erstattung des entstandenen Verdienstauffalls (Absatz 3) übernehmen.

Ist der Spender gesetzlich krankenversichert und der Empfänger stammt aus einem Land der EU, dem EWR oder der Schweiz, so besteht für den Spender kein Anspruch auf Leistungen nach §§ 27 Abs. 1a und § 44a SGB V, da diese Ansprüche voraussetzen, dass der Organempfänger bei einer deutschen Krankenkasse versichert ist. In diesem Fall ist grundsätzlich der Versicherungsträger des ausländischen Empfängers für die Übernahme der Kosten und die Erstattung des Verdienstauffalls zuständig. Besteht kein Anspruch auf Erstattung des Verdienstauffalls durch den ausländischen Versicherungsträger, ist in Anlehnung an die Empfehlung Nr. S1 eine Kostenübernahme durch Krankenkasse des Spenders zu prüfen.

## **6. Beratungsmöglichkeiten und weiterführende Hinweise**

Welche konkreten Leistungen in Anspruch genommen werden können, hängt vom Einzelfall ab. Aufgrund der Komplexität der bestehenden Leistungsansprüche und der Möglichkeit, dass

verschiedene Leistungsträger (insbesondere Kranken- und Unfallversicherungsträger) Leistungen zu erbringen haben, ist es ratsam, sich gemäß §§ 13 ff. SGB I von den entsprechenden Versicherungsträgern beraten zu lassen und entsprechende Auskünfte einzuholen. Diese sollten unbedingt schriftlich von den Leistungsträgern fixiert werden, damit der Inhalt bestimmt ist und aus diesen Auskünften Ansprüche hergeleitet werden können.

Weiterführende Hinweise enthalten neben den zitierten Nachweisen insbesondere:

- Das gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vom 19. April 2013 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes
- Die amtliche Begründung zum Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes, BT-Drs. 17/9773.

Prof. Dr. jur. Ruth Rissing-van Saan

Dr. jur. Sebastian Müller, M.mel.