

L 5 KR 547/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

5
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)

Aktenzeichen
S 49 KR 795/16

Datum
19.06.2017

2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

L 5 KR 547/17
Datum

18.01.2018

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

B 3 KR 21/18 B
Datum

26.04.2018

Kategorie

Urteil

Bemerkung

NZB wurde zurückgenommen

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 19.6.2017 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung von Verdienstausschlag als Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit (AU) durch Organspende.

Der 1962 geborene Kläger ist selbständig. Bei seiner privaten Krankenversicherung hat der Kläger das Risiko der AU ab dem 4. Tag der AU mit einem Anspruch auf Krankengeld i.H.v. 51,13 EUR und ab dem 15. Tag der AU i.H.v. 30,56 EUR abgesichert.

Im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts vom 20. - 27.1.2016 spendete er seiner freiwillig bei der Beklagten versicherten Ehefrau eine Niere. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus war der Kläger in Folge der Organspende bis zum 24.2.2016 wegen Z 52.4 (Nierenspende) arbeitsunfähig.

Am 5.2.2016 beantragte der Kläger bei der Beklagten u.a. die Erstattung von Verdienstausschlag. Er fügte ein Schreiben seines Steuerberaters bei, in dem dieser auf Basis einer betriebswirtschaftlichen Auswertung für Januar bis Dezember 2015 kalendertäglich einen Gewinn i.H.v. 285,29 Euro bescheinigte.

Mit Bescheid vom 29.2.2016 bewilligte die Beklagte dem Kläger gem. [§ 44 a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Zeit vom 28.1. bis 24.2.2016 das durch die Beitragsbemessungsgrenze gedeckelte Höchstkrankengeld i.H.v. 141,25 EUR kalendertäglich. Mit seinem Widerspruch machte der Kläger geltend, ihm sei der tatsächlich erlittene Verdienstausschlag auszugleichen, wie das Bundessozialgesetz (BSG) schon in seinem Urteil vom 12.12.1972 ([3 RK 47/70](#)) entschieden habe. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 19.4.2016 (zugestellt am 20.4.2016) zurück. Anhand der Bescheinigung des Steuerberaters habe sie das dem Kläger nach [§ 44 a SGB V](#) zustehende Krankengeld zutreffend errechnet. Da der private Versicherungsschutz des Klägers nicht höher ausfalle, habe er keinen weitergehenden Anspruch nach [§ 27 Abs. 1a SGB V](#).

Mit seiner am 18.5.2016 erhobenen Klage hat der Kläger seinen Anspruch weiterverfolgt. Er habe nach [§ 44 a SGB V](#) unabhängig von der Beitragsbemessungsgrenze mindestens einen Anspruch auf Verdienstausschlag i.H.v. 285,29 EUR. [§ 27 Abs. 1](#) a SGB V räume ihm einen umfassenden speziellen Krankengeldanspruch ein. [§ 44 a SGB V](#) habe nur die Funktion, den ohnehin nach [§ 27 Abs. 1a SGB V](#) begründeten Anspruch zu präzisieren. Dabei werde das Gesetz von dem Gedanken getragen, dass die Organspende ausschließlich im Interesse des Organempfängers erfolge und daher sämtliche dem Spender entstehenden Aufwendungen von dessen Krankenversicherung zu erstatten seien. Den Ansatz, dass [§ 44 a SGB V](#) das finanzielle Risiko der Kasse durch die Beitragsbemessungsgrenze deckeln solle, teile er nicht. Denn die Änderungen des Transplantationsgesetzes vom 12.7.2012 und 21.7.2012 hätten Anreize für eine Organspende bieten sollen. Auf Drängen des Bundesrates seien daher auch im Bereich des sozialversicherungsrechtlichen Schutzes des Spenders Änderungen vorgenommen worden. Die finanzielle Überforderung der Krankenversicherung sei keine reale Gefahr, da eine erhöhte Organspendebereitschaft eher ein Einsparungspotential biete und ein über der Beitragsbemessungsgrenze verdienender Spender wohl auch eher die Ausnahme sei. Vor diesem Hintergrund solle die gesetzliche Regelung so ausgelegt werden, dass im Ausnahmefall ein Betrag über der Beitragsbemessungsgrenze ausgezahlt werden dürfe. Dass man durch die Deckelung die über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Personen benachteilige, ohne ihnen im Gegenzug einen Vorteil bei der Versicherungspflichtgrenze einzuräumen, sei ungerecht. Da die

privaten Krankenkassen, die keine Kappungsgrenze anwendeten, nicht über eine finanzielle Überlastung klagten, liege eine eindeutige Benachteiligung privat Versicherter nach [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#) vor. Im Extremfall könne sich ein Spender bei seiner Spendenbereitschaft daran orientieren, ob der Empfänger privat versichert sei oder nicht. Andernfalls sei der privat Versicherte gezwungen, seine für außerplanmäßige Ereignisse angesammelten Ersparnisse einzusetzen.

Der Kläger hat beantragt,

den Bescheid vom 29.2.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.4.2016 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm Verdienstausfall für die Zeiten seiner mit der Organspende einhergehenden Arbeitsunfähigkeit über die Beitragsbemessungsgrenze hinaus, mindestens jedoch in Höhe von 285,29 EUR täglich zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat auf das Rundschreiben des GKV Spitzenverbands zu den leistungsrechtlichen Ansprüchen bei einer Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen vom 25.9.2015 verwiesen. Das Gesetz sehe in § 27 Abs. 1a SGB extra die Möglichkeit eines weitergehenden Ausgleichs von Verdienstausfall vor, wenn der private Versicherungsschutz umfassender sei. Dies sei im vorliegenden Fall nicht der Fall.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 19.6.2017 abgewiesen. Weder nach dem Wortlaut des [§ 44 a SGB V](#) noch nach dem Willen des Gesetzgebers sei die Beschränkung der Zahlung von Verdienstfall auf die Beitragsbemessungsgrenze auszusetzen. Die höhenmäßige Deckelung korrespondiere mit der Bemessung der Beiträge im SGB V und entspreche der Gesetzessystematik. Selbst wenn der Kläger bei einer privaten Versicherung den vollen Verdienstausfall versicherte, führe dies nicht zu einem anderen Ergebnis. Denn der Gesetzgeber habe mit [§ 27 Abs. 1a SGB V](#) das Ziel verfolgt, den Leistungskatalog des SGB V im Falle der Organspende auf Ansprüche auszuweiten, die im SGB V dem Grunde nach nicht vorgesehen seien (z.B. Chefarztbehandlung). Da das Krankengeld aber bereits zum Leistungskatalog gehöre und der Gesetzgeber die Deckelung ausdrücklich formuliert habe, scheide ein unbegrenzter Einkommensersatz aus. Daran ändere auch die Entscheidung des BSG vom 12.12.1972 ([3 RK 47/70](#)) nichts, da der Gesetzgeber die gesetzlichen Regelungen im Nachhinein getroffen habe. Da allen Spendern ein deutlich über dem Existenzminimum liegendes Krankengeld zugestanden werde, bestünden keine verfassungsrechtlichen Bedenken. Eine Verletzung des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) liege nicht vor, da es bereits an einer Vergleichbarkeit der Gruppen privat und gesetzlich Versicherter fehle.

Gegen das ihm am 19.7.2017 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21.8.2017 (Montag) Berufung eingelegt und nochmals hervorgehoben, dass der Gesetzgeber einen umfassenden Ausgleich für den Spender als Anreiz bezweckt habe. Die Personengruppen der privat und gesetzlich Versicherten seien vergleichbar, da dies im Sozialstaatsprinzip verankert sei und jeder in Deutschland einen Anspruch auf Krankenversicherungsschutz habe. Dass er nur Ersatz bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze erhalten habe, sei für ihn existenzbedrohend gewesen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 19.6.2017 zu ändern und nach dem Klageantrag zu erkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf das erstinstanzliche Urteil und ihre bisherigen Ausführungen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

Das SG hat die Klage zu Recht mit Urteil vom 19.6.2017 abgewiesen. Der Bescheid vom 29.2.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.4.2016 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten nach [§ 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#). Er hat keinen weiteren Anspruch auf Krankengeld.

Spender von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 27 Absatz 1a Satz 1 haben gem. [§ 44 a SGB V](#) (eingeführt zum 1.8.2012 durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21.7.2012) Anspruch auf Krankengeld, wenn die Spende an Versicherte sie arbeitsunfähig macht. Das Krankengeld wird den Spendern von der Krankenkasse der Empfänger in Höhe des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze geleistet. Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtige Spender ist das ausgefallene Arbeitseinkommen im Sinne von Satz 2 aus demjenigen Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf die Spende zugrunde gelegen hat. § 44 Absatz 3, § 47 Absatz 2 bis 4, die §§ 47b, 49 und 50 gelten entsprechend; Ansprüche nach § 44 sind gegenüber Ansprüchen nach dieser Vorschrift ausgeschlossen. Ansprüche nach dieser Vorschrift haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen.

Gem. [§ 27 Abs. 1 a SGB V](#) (ebenfalls eingeführt zum 1.8.2012 durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21.7.2012)

haben Spender von Organen oder Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spender) bei einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte (Entnahme bei lebenden Spendern) Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung. Dazu gehören die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44 a und erforderlicher Fahrkosten; dies gilt auch für Leistungen, die über die Leistungen nach dem Dritten Kapitel dieses Gesetzes, auf die ein Anspruch besteht, hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. Zuzahlungen sind von den Spendern nicht zu leisten. Zuständig für Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 ist die Krankenkasse der Empfänger von Organen, Geweben oder Blutstammzellen sowie anderen Blutbestandteilen (Empfänger). Nach Satz 8 haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen Ansprüche nach diesem Absatz.

Durch die Regelungen wurde die von den Krankenkassen anhand der Rechtsprechung des BSG vom 12.12.1972 (3 RK 47/70) entwickelte Praxis, Organ- und Gewebespendern ihren Ausfall von Arbeitseinkünften zu erstatten, auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Der Anspruch nach § 44a SGB V wird in der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 17/9773 Seite 37 ff.) als "modifizierter Krankengeldanspruch" bezeichnet. Er sei im Zeitpunkt seines Entstehens ein abgeleiteter Anspruch aus dem Behandlungsanspruch des gesetzlich versicherten Gewebe- oder Organempfängers. Regelungsanlass für diese Leistung sei die dringend erwünschte Spende von Organen und Gewebe sowie die Anerkennung des Einsatzes des Spenders für die Solidargemeinschaft im Gemeinwohlinteresse. Diese Bereitschaft und Leistung eines Spenders, durch die eine Krankenbehandlung eines anderen Versicherten ggf. erst ermöglicht werde, werde in die Absicherung durch das SGB V einbezogen und mit einem eigenständigen Leistungsanspruch versehen. Daher werde eine dem Empfängerstatus vergleichbare Absicherung des Spenders unabhängig von seinem Versichertenstatus erforderlich. Der Verband der Privaten Krankenversicherungen habe sich in einer Selbstverpflichtung (siehe Punkt 2.e, in BT-Drs. 17/9773, Seite 38 vollständig abgedruckt) bereit erklärt, auf Nachweis hin den tatsächlich erlittenen Verdienstaufschlag zu ersetzen. Mit der gesetzlichen Regelung werde ein modifizierter Krankengeldanspruch für Spender vorgesehen, der grundsätzlich die volle Erstattung des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts vorsehe. Zur Vermeidung einer finanziellen Überforderung der Krankenkassen sei das Krankengeld allerdings durch eine Orientierung an der Beitragsbemessungsgrenze zu begrenzen.

Der vom Kläger geltend gemachte Anspruch lässt sich weder aus dem Wortlaut des Gesetzes noch dem gesetzgeberischen Willen herleiten. Schon nach der Formulierung des § 44 a Satz 2 SGB V wird das Krankengeld in Höhe des vor Beginn der AU regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze geleistet. Der Wortlaut ist unmissverständlich und bietet für die Auslegung des Klägers, dass Krankengeld auch in unbegrenzter Höhe gezahlt werden könne, keinerlei Anhaltspunkt. Nichts anderes ergibt sich aus § 27 Abs. 1 a SGB V, der nur auf "das Krankengeld nach § 44 a" SGB V Bezug nimmt. Aus den Gesetzesmaterialien ergibt sich ebenfalls, dass sich der Gesetzgeber - trotz Kenntnis der Rechtsprechung des BSG vom 12.12.1972 und der Selbstverpflichtung der Privaten Krankenversicherer - für eine modifizierte, gedeckelte Regelung des Einkommensersatzes entschieden hat. Dabei geht der Kläger zu Recht davon aus, dass der Gesetzgeber durch die Regelung der Ausnahmesituation und dem Einsatz für die Solidargemeinschaft im Gemeinwohlinteresse besonders Rechnung tragen wollte. Dieses Ziel hat der Gesetzgeber auch verwirklicht, da der Spender gegenüber dem Empfänger von Krankengeld nach § 44 SGB V deutlich privilegiert wird. Während das allgemeine Krankengeld höchstens 70% des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts oder -einkommens beträgt (§ 47 Abs. 1 S. 1), erhält der Spender grundsätzlich Krankengeld in Höhe des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wozu auch Leistungen der betrieblichen Altersvorsorge gehören (KassKomm/Schifferdecker, 96. EL Sept. 2017, SGB V § 44 a Rn. 29, 30). Zudem wird dem Spender nichts von seinem eigenen Versicherungsschutz genommen, da er nach § 27 Abs. 1 a SGB V unabhängig vom Versicherungsschutz des Empfängers z.B. Leistungen für ein Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung ebenso erhält wie ein höheres vereinbartes Krankengeld. Zudem hat er bei einem Zusammentreffen einer spendenunabhängigen mit einer spendenbedingten AU Anspruch auf das höhere Krankengeld nach § 44 a SGB V.

Auch systematische Überlegungen führen zu keinem anderen Ergebnis, da die Beitragsbemessungsgrenze auf leistungs- und beitragsrechtlicher Seite (nicht nur) dem System des SGB V immanent ist. Weitere Anhaltspunkte, die gegen die rechtliche Zulässigkeit der eingeführten Deckelung sprechen, sind nicht ersichtlich. Der Verweis auf das Urteil des BSG vom 12.12.1972 (a.a.O.) ist nicht zielführend, da es lange vor Einführung der gesetzlichen Neuregelung zum 1.8.2012 ergangen ist. Im Übrigen ist dem Urteil auch nicht zu entnehmen, dass für privat Versicherte ein unbeschränkter Einkommensersatz zwingend ist. Das BSG führt u.a. aus, dass die Spende als Krankenhilfe anzusehen sei und die Aufwendungen für ambulante und stationäre Behandlungen des Spenders sowie alle ihm entstehenden Aufwendungen, wozu auch der Ausfall der Arbeitseinkünfte gehöre, zu tragen seien. Sofern die Spitzenverbände der Krankenkassen erwägen, den Verdienstaufschlag in Höhe des Nettolohns zu ersetzen, bestünden hier jedenfalls bei gesetzlich versicherten Spendern keine Bedenken. Wie nicht gesetzliche Spender zu behandeln seien, lässt das BSG offen. In der Literatur wird der Deckelung durch die Beitragsbemessungsgrenze zugestimmt (Fahlbusch in Schlegel/Voelzke, 3. Auflage 2016 § 44 a Rz.10 juris-pk; BeckOK SozR/Tischler, 46. Ed. 1.6.2017, SGB V § 44a Rn. 8; KassKomm/Schifferdecker, 96. EL September 2017, SGB V § 44a Rn. 30; Jousen in Becker/Kingreen, 5. Auflage 2017, § 44 a Rz. 5; Neumann "Soziale Absicherung von Organspendern" NJW 2013, 1401, 1403; Greiner in "Krankengeld und Entgeltfortzahlung bei Organ- oder Gewebespenden", NZS 2013, 241, 246; kritisch nur Krasney in "Sozialrechtliche Absicherung von Organspendern", KrV 2012, 185, 189).

Dem Kläger steht auch kein weiterer Anspruch auf Krankengeld aus § 27 Abs. 1a SGB V zu, da sich der von ihm gewählte Versicherungsschutz in seiner privaten Krankenversicherung weit unterhalb des von der Beklagten gewährten Krankengelds bewegt. Es besteht auch kein Anspruch auf die vom Kläger angeregte individuell zu treffende Einzelfallentscheidung, da die §§ 44 a, 27 Abs. 1a SGB V kein Ermessen einräumen.

Eine Verletzung des Art. 3 Abs. 1 GG vermag der Senat nicht zu erkennen. Unabhängig davon, dass der Personenkreis der privat und gesetzlich Versicherten schon nicht als Vergleichsgruppen angesehen wird, ist im vorliegenden Fall schon keine Ungleichbehandlung zu erkennen. Denn der privat versicherte Organspender wird über § 27 Abs. 1a SGB V so gestellt, als wäre ein Versicherungsfall bei seiner privaten Krankenversicherung eingetreten. Gegenüber einem gesetzlich versicherten Spender hat er sogar die Möglichkeit, Krankengeld oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze zu erhalten, wenn es sich selbst so abgesichert hat. Die ist beim Kläger, der sein Risiko der Arbeitsunfähigkeit selbst ab dem 4. Tag der AU i.H.v. von 51,13 EUR und ab dem 15. Tag der AU i.H.v. 30,56 EUR abgesichert hat, nicht der Fall. Dennoch erhält er für seine 28 Tage währende organspendebedingte AU kalendertäglich 141,25 EUR, mithin einen von seiner gesetzlich versicherten Ehefrau abgeleiteten Versicherungsschutz, der seinen privaten Versicherungsschutz deutlich übersteigt!

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 183 Satz 1, 193 SGG](#). Der Kläger ist zwar privat krankenversichert. Da er aber eine Leistung nach [§ 44a Satz 5 SGB V](#) geltend macht, ist er als Leistungsempfänger i.S.d. [§ 183 Satz 1 SGG](#) kostenprivilegiert.

Anlass, die Revision zuzulassen, hat nicht bestanden; [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2018-05-15