

# Ratgeber für Patientenrechte



Deutsche Leberhilfe e.V.

## Vorwort

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei chronischen Lebererkrankungen tauchen oft auch juristische Fragen auf, zum Beispiel:

- ▶ „Welche Rechte stehen mir beim Arzt zu?“
- ▶ „Wie stelle ich einen Antrag auf Schwerbehinderung?“
- ▶ „Wann muss ich andere über meine Erkrankung informieren?“

Wir möchten Ihnen mit diesem Ratgeber einen ersten Überblick verschaffen, welche Rechte Ihnen zustehen und welche Pflichten auf Sie als Patienten zukommen können. Wir hoffen, dass Ihnen diese Broschüre bei vielen Ihrer Fragen weiterhilft.

Die Deutsche Leberhilfe e.V. kann als Patientenorganisation **keine individuelle Rechtsberatung** anbieten; für tiefergehende Fragen bitten wir Sie daher, sich an einen Anwalt oder eine Anwältin Ihres Vertrauens zu wenden.

Wir danken Frau Dr. jur. Sonja Heidel, Richterin am Amtsgericht Köln, für die Beantwortung dieser Fragen.

**Ihr Team der Deutschen Leberhilfe e.V.**

# Inhaltsverzeichnis

|  |       |
|--|-------|
| Vorwort  | S. 2  |
| Einführung   | S. 4  |
| I. Patientenrechte in Deutschland                              | S. 6  |
| II. Lebererkrankungen und Schadensfall                         | S. 18 |
| III. Lebererkrankungen und Berufsleben                         | S. 26 |
| IV. Leberkrankheiten und Krankenversicherung                   | S. 35 |
| V. Hepatitis-Infektionen und<br>Öffentlicher Gesundheitsdienst | S. 47 |
| VI. Lebererkrankungen und Versorgungsansprüche                 | S. 52 |
| VII. Rentenansprüche   | S. 56 |
| VIII. Verfahrenswege vor Gericht                               | S. 60 |
| Anhang: Wichtige Kontaktadressen                               | S. 63 |

## Einführung

Im Rahmen der Beratungspraxis bei Lebererkrankungen kommt es regelmäßig auch zu Fragen, die einen juristischen Hintergrund haben. Dabei werden verschiedene Rechtsgebiete berührt. Es handelt sich z. B. um Fragen zum Recht der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, des Arbeitsrechts und um Fragen zu Schadensersatzansprüchen wegen einer fehlerhaften ärztlichen Behandlung. Der Ratgeber geht auf häufig gestellte Fragen und auf das am 26. Februar 2013 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) ein. Durch dieses Gesetz werden die Patientenrechte, die zuvor in vielen verschiedenen Gesetzen verstreut und von sog. Richterrecht geprägt waren, erstmals gebündelt und auf eine klare gesetzliche Grundlage gestellt. Nach der Aussage des Bundesgesundheitsministers sollen mit dem Patientenrechtegesetz die Rechte der Patientinnen und Patienten gestärkt und das Leitbild des mündigen Patienten, der Ärzten informiert und aufgeklärt auf Augenhöhe gegenübertritt, berücksichtigt werden. Das Patientenrechtegesetz hat zu Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geführt. Bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes stellte die Charta der Patientenrechte die erste Zusammenfassung dieser Rechte dar. Sie wurde auf Initiative des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums der Gesundheit durch eine Arbeitsgruppe erstellt. Die unter Leitung von Präsident BGH a. D. Dr. h. c. Geiß tätige Arbeitsgruppe, an der auch verschiedene Organisationen aus dem Bereich des Gesundheitswesens mitgewirkt haben, hat im Oktober 2002 das Dokument mit dem Titel „Patientenrechte in Deutschland“ erarbeitet.

Der vorliegende Ratgeber versucht, häufig gestellte Fragen allgemeinverständlich zu beantworten. Auf juristische Fachtermini wird dabei, soweit möglich, verzichtet. Der Ratgeber zeigt zudem die gerichtlichen Verfahrenswege der verschiedenen Rechtszweige auf. Des Weiteren stellt er Adressen zur Verfügung, die zumindest als erste Anlaufstelle dienen können.

Die Antworten sollen eine erste Hilfestellung bei einzelnen Fragen mit juristischem Hintergrund rund um Lebererkrankungen geben. Selbstverständlich können diese Antworten nicht abschließend sein, da in der Regel jeder Fall Besonderheiten aufweist. Im Einzelfall ist daher eine fundierte Beratung durch die rechtsberatenden Berufe unerlässlich. Die Antworten und Hinweise sind nach bestem Wissen zusammengestellt. Gleichwohl können für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität keine Gewähr übernommen werden.

Im Rahmen der Erstellung des Ratgebers leistete Herr Vorsitzender Richter am Landessozialgericht Gröne wertvolle Hilfestellung.

Der Ratgeber bezieht sich auf den derzeitigen Stand der Gesetzgebung. Alle im Ratgeber angesprochenen Gesetze können in der jeweils aktuellen Fassung auf der Internetseite des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz ([www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)) abgerufen werden.

Köln, November 2014

Dr. jur. Sonja Heidel  
Richterin am Amtsgericht Köln

# I. Patientenrechte in Deutschland

## 1. Wo können Patienten nachlesen, welche Rechte ihnen zustehen?

Die Rechte von Patienten ergeben sich aus verschiedenen Gesetzen und Bestimmungen. Die im Oktober 2002 veröffentlichte Charta „Patientenrechte in Deutschland“ bot Patienten erstmals eine Übersicht. Am 26.02.2013 ist das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz hat die Bundesregierung das Ziel verfolgt, die Position der Patienten gegenüber Leistungserbringern und Krankenkassen zu stärken und sogenanntes „Richterrecht“, entstanden durch zahlreiche gerichtliche Auseinandersetzungen, in Gesetzestext festzuhalten. Das Gesetz soll Patienten helfen, ihre Rechte besser zu kennen und besser durchsetzen zu können, sowie zu mehr Klarheit und Transparenz im Gesundheitswesen führen, indem die gängige Rechtsprechung und einzelne Gesetze jetzt gebündelt festgeschrieben sind. Bei dem Patientenrechtegesetz handelt es sich um ein sog. Artikelgesetz. Das bedeutet, dass es nicht in einem separaten Gesetz niedergelegt worden ist, sondern zu neuen Regelungen in verschiedenen bereits existenten Gesetzen geführt hat. Die wesentlichen Neuregelungen finden sich im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V). In den folgenden Quellen können sich Patienten über ihre Rechte informieren:



- ▶ das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB); relevant sind hier insbesondere die §§ 630a bis 630h BGB, die den Behandlungsvertrag im Einzelnen regeln. Hervorzuheben sind insbesondere die umfassenden Aufklärungs- und Informationspflichten des behandelnden Arztes gegenüber dem Patienten;
- ▶ die im Bürgerlichen Gesetzbuch (§§ 823 ff. BGB) geregelten Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche bei Vorliegen unerlaubter Handlungen;
- ▶ das Arzneimittelgesetz (AMG), insbesondere mit der aus § 84 AMG resultierenden Gefährdungshaftung des Arzneimittelherstellers;
- ▶ das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V), mit welchem insbesondere das Verhältnis zu den gesetzlichen Krankenkassen geregelt wird;
- ▶ der zweite Teil des Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX), das sich mit dem Recht der Schwerbehinderten beschäftigt;
- ▶ das Strafgesetzbuch (StGB), hier insbesondere der Schutz der körperlichen Integrität sowie die Wahrung des sogenannten Patientengeheimnisses durch den Arzt und seine Beschäftigten.

## 2. Was für ein Vertrag wird zwischen dem Patient und dem behandelnden Arzt geschlossen?

Rechtlich gesehen wird zwischen Arzt und Patient ein Behandlungsvertrag abgeschlossen (§ 630a Abs. 1 BGB). Vertragsinhalt ist die jeweils versprochene Behandlung, wozu folgende Dinge gehören können:

- ▶ präventive Maßnahmen zur Krankheitsvorbeugung (z.B. Impfungen)
- ▶ die Diagnose
- ▶ die Therapie bzw. Heilbehandlung

- ▶ operative und andere Eingriffe
- ▶ kosmetische Operationen (z. B. Narbentfernung) oder Schönheitsoperationen
- ▶ psychologische oder psychiatrische Behandlungen

Der Arzt hat die allgemein anerkannten fachlichen Standards zu beachten, die zum Zeitpunkt der Behandlung bestehen (§ 630a Abs. 2 BGB). Ausnahmen können gelten, wenn zwischen Patient und Arzt eine andere Behandlung vereinbart wurde. Für Ärzte ist der jeweilige aktuelle Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und ärztlichen Erfahrung maßgebend. Zu beachten sind z. B. die aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien von entsprechenden Fachgesellschaften.

Die Hauptpflicht des Patienten beim Behandlungsvertrag besteht darin, die Behandlung des Arztes zu vergüten. Ist ein Patient gesetzlich krankenversichert, richtet sich der Vergütungsanspruch des Arztes in der Regel gegen die Krankenkasse. Wenn Patienten sich für private Zusatzleistungen entscheiden (IGeL-Leistungen), müssen sie die Kosten jedoch selbst tragen.

### 3. Wie und wann muss der Arzt den Patienten aufklären?

Die folgenden Absätze gelten nicht nur für Ärzte, sondern auch andere Personen, die medizinische Behandlungen durchführen (z. B. Heilpraktiker, Hebammen, Physiotherapeuten etc.).

#### a) Therapeutische Aufklärung

Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten die Behandlung in verständlicher Weise zu erläutern. Dies gilt sowohl vor Therapiebeginn und – soweit erforderlich –



auch im Verlauf der Behandlung. Erläutert werden sollten sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände. Dazu gehören insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und Maßnahmen, die vor, während und nach der Therapie zu ergreifen sind (§ 630c Abs. 2 S. 1 BGB). Dabei handelt es sich um die sog. therapeutische Aufklärung. Art und Umfang der jeweiligen Aufklärung richten sich nach dem konkreten Einzelfall. Auf diese Weise soll der Heilungserfolg beim Patienten sichergestellt werden.

### **b) Eingriffs- und Risikoaufklärung**

Durch die Aufklärung sollen dem Patienten die Schwere und Tragweite eines Eingriffs verdeutlicht werden, sodass er für seine Einwilligung eine hinreichende Entscheidungsgrundlage erhält. Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche Umstände aufzuklären, die für seine Einwilligung wesentlich sind (§ 630e BGB). Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten einer Therapie. Wenn mehrere medizinisch gleichwertige Methoden in Betracht kommen und zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen, muss auch hierüber aufgeklärt werden.

### **Die Aufklärung muss**

- ▶ mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält;
- ▶ so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann;
- ▶ für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

Unterbleibt die Aufklärung durch den Behandelnden oder ist sie fehlerhaft bzw. unvollständig, stellt das eine Pflichtverletzung des Behandlungsvertrages dar.

Von der Aufklärungspflicht gibt es Ausnahmen, wenn diese aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist. Dies kann gelten, wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist (z.B. Notfallmaßnahmen bei bewusstlosen Patienten) oder wenn der Patient ausdrücklich auf eine Aufklärung verzichtet.

#### 4. Was hat es mit der Einwilligung des Patienten auf sich?

Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen (§ 630d Abs. 1 S. 1 BGB). Hierzu ist erforderlich, dass der Patient ordnungsgemäß aufgeklärt wird und in die Behandlung einwilligt. Dies ist notwendig, weil grundsätzlich jede medizinische Maßnahme Auswirkungen auf Leben, Körper oder Gesundheit des Patienten haben kann. Damit soll das verfassungsrechtlich garantierte Selbstbestimmungsrecht des Patienten gewahrt werden. Der Patient kann seine Einwilligung jederzeit und ohne Einhaltung einer bestimmten Form und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ist der Patient selbst nicht in der Lage, in die Behandlung einzuwilligen, muss der Behandelnde die Einwilligung eines dazu Berechtigten, z.B. eines Betreuers oder gesetzlichen Vertreters, einholen. Das ist der Fall, wenn die Urteilskraft und das Einsichtsvermögen des Patienten nicht ausreichen, um die Tragweite der Aufklärung

zu verstehen, Nutzen gegen Risiken der Behandlung abzuwägen und eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen. Ist die medizinische Maßnahme nicht aufschiebbar und kann deswegen die Einwilligung des Patienten nicht mehr eingeholt werden (z. B. Notoperation), darf der Behandelnde sie auch dann durchführen, wenn dies dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Dies kann etwa dann angenommen werden, wenn ein Aufschub der Behandlung mit einer Gefahr für Leben oder Gesundheit des Patienten einhergeht.

## 5. Was muss der Arzt in der Patientenakte dokumentieren?

Der Arzt muss zum Zwecke der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte elektronisch oder in Papierform führen. Dabei muss die Revisionsicherheit der Behandlungsdokumentation sichergestellt werden, d. h., dass nachträgliche Änderungen Inhalt und Zeitpunkt erkennen lassen müssen; bei einer elektronischen Datei ist dies durch entsprechende Software sicherzustellen (§ 630f Abs. 1 S. 2 und 3 BGB). In die Patientenakte sind sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzunehmen. Dazu zählen insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Befunde, Untersuchungsergebnisse, Eingriffe und ihre Wirkungen, Therapien sowie Einwilligungen und die ärztliche Aufklärung. Die Patientenakte muss für die



Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt werden.

## 6. Darf der Patient die Patientenakte einsehen?

Der Patient hat ein gesetzlich geregeltes Recht auf Einsicht in die Patientenakte (§ 630g Abs. 1 S. 1 BGB). Ihm ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die gesamte Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Rechte von Dritten entgegenstehen. Der Patient kann – auch elektronische – Abschriften aus der Patientenakte verlangen, wofür ihm Kosten in Rechnung gestellt werden dürfen.

## 7. Wer bestimmt, welcher Arzt aufgesucht werden muss?

Alle Patienten haben grundsätzlich das Recht auf freie Arzt- und Krankenhauswahl. Für gesetzlich krankenversicherte Personen ist dieses Recht ausdrücklich im Fünften Sozialgesetzbuch geregelt (§ 76 Abs. 1 SGB V). Alle in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherten haben das Recht, frei zu wählen, welchem Arzt sie ihr Vertrauen schenken möchten. Einzige Voraussetzung ist, dass es sich um einen Vertragsarzt handelt, damit über die Krankenkasse abgerechnet werden kann. Der gesetzlich Versicherte hat im Krankenhaus keinen Anspruch auf eine Behandlung durch den Chefarzt. Er hat nur Anspruch auf eine Behandlung durch den diensthabenden Arzt.

Eine Einschränkung gibt es allerdings für gesetzlich Krankenversicherte bei der freien Arztwahl: Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreich-

baren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen oder medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten (z. B. Fahrtkosten) zu tragen. Die Versicherten sollen zudem den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln (§ 76 Abs. 2 und Abs. 3 SGB V).



Ein Sonderfall ist die sog. hausarztzentrierte Versorgung. Hier ist die freie Arztwahl eingeschränkt. Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, verpflichten sich gegenüber ihrer Krankenkasse fachärztliche, ambulante Dienste nur nach Überweisung durch den von ihnen gewählten Hausarzt zu nutzen.

Für privat Krankenversicherte gibt es grundsätzlich keine solchen Einschränkungen bei der freien Arztwahl. Diese können z. B. auch einen Arzt ohne Kassenzulassung aufsuchen oder im Krankenhaus eine Behandlung durch den Chefarzt wählen. Auch bei privat Krankenversicherten kann die freie Arztwahl aber je nach Vertrag und Tarif eingeschränkt sein. Dies kann z. B. bei sogenannten Haus- oder Primärarztтарифen gelten. Beim sogenannten Hausarztтариф muss der Versicherte einen Arzt aus einer definierten Gruppe namentlich benennen und nur dieser kann ihn an einen Facharzt überweisen. Vor dem Wechsel des namentlich genannten Hausarztes muss der Versicherer schriftlich darüber informiert werden. Das Primärarztmodell sieht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen meist vor, dass der Versicherte zunächst immer einen Arzt für Allge-

meinmedizin, einen praktischen Arzt oder einen Frauenarzt aufzusuchen muss. Nur wenn einer der vorgenannten Ärzte den Patienten an einen anderen Facharzt überweist, werden die Kosten der Behandlung durch diesen Facharzt ebenfalls erstattet. Der Nachweis der Überweisung erfolgt entweder durch eine Überweisung auf einem Privatrezept oder durch die Erstbehandlungsrechnung, die zusammen mit der Rechnung für die Folgebehandlung des Facharztes einzureichen ist.

### **8. Darf ein Zahnarzt die Behandlung eines Patienten ablehnen, der mit Hepatitis B oder C infiziert ist?**

Grundsätzlich kann kein Arzt zur Behandlung gezwungen werden und niemand darf eine Behandlung erzwingen. Ein Zahnarzt kann daher – wie jeder andere Arzt – die Behandlung gleich aus welchen Gründen verweigern. Auch zugelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser können aus nachvollziehbaren Gründen (wie mangelnde Kapazität oder fehlende Qualifikation) eine Behandlung ablehnen. Dies gilt nicht, wenn es sich um einen Notfall handelt. In diesem Fall ist der (Zahn-)Arzt verpflichtet, die Behandlung durchzuführen.

### **9. Kann ein Patient von seinem Arzt die Durchführung einer bestimmten Therapiemaßnahme verlangen? (z. B. ein konkretes Medikament oder einen konkreten Eingriff)**

Nein. Diese Frage betrifft die Behandlungsfreiheit des Arztes, die auch die Wahl der Behandlungsmethode umfasst. Grundsätzlich kann der Arzt nicht gezwungen werden, eine bestimmte Behandlungsmethode auf Wunsch des Pa-

tienten durchzuführen. Dies gilt insbesondere dann, wenn zwei oder mehrere Methoden zur Verfügung stehen, die geeignet sind, das Behandlungsziel zu erreichen.

Das Patientenrechtegesetz sieht jedoch vor, dass Behandelnder und Patient zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken (§ 630c Abs. 1 BGB). Beide Parteien müssen notwendige Informationen austauschen und offenlegen sowie medizinisch notwendige Maßnahmen ermöglichen, vorbereiten und unterstützen. Kommt es zum Schadensfall und hat der Patient seine Mitwirkungspflicht verletzt, kann ihm dies als Mitverschulden angelastet werden.

Sollte es bezüglich der Wahl der Behandlungsmethode zu Meinungsverschiedenheiten kommen und ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt keine Klärung bringen, so ist es ratsam, eine weitere ärztliche Meinung zu der strittigen Frage einzuholen oder den Arzt zu wechseln.

## 10. Können Fachärzte ohne Weiteres aufgesucht werden?

Um eine gastroenterologische oder hepatologische Facharztpraxis oder Klinik aufzusuchen, benötigen Patienten meist eine ärztliche Überweisung. Auch bei Fachärzten besteht dann grundsätzlich freie Arztwahl, wobei die oben genannten Einschränkungen (Punkt 6) auch hier gelten.



Oft besteht bei Patienten Unsicherheit darüber, ob sie bei einer Überweisung durch den behandelnden Arzt gezwungen sind, zu dem Facharzt zu gehen, den der überweisende Arzt genannt hat. Eine Verpflichtung besteht in diesem Fall nicht. Der überweisende Arzt kann lediglich eine Empfehlung aussprechen. Patienten sind unter rechtlichen Gesichtspunkten nicht verpflichtet, dieser Empfehlung unbedingt Folge zu leisten.

## 11. Welche Aufgabe hat Eurotransplant?

Die Stiftung Eurotransplant, mit Sitz im holländischen Leiden, vermittelt gespendete Organe in acht europäische Länder. Deutschland, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Slowenien und Ungarn haben sich zusammengeschlossen, um durch gemeinsame Vermittlung der gespendeten Organe eine möglichst effektive Versorgung der Patienten auf den Wartelisten zur Organtransplantation zu gewährleisten.

Bei Eurotransplant laufen die Daten aller Patienten, die in einem der angeschlossenen Länder auf eine Transplantation warten, und die Daten der gespendeten Organe zusammen. Die relevanten Daten erhält Eurotransplant aus den Transplantationszentren. Die Informationen über die gespendeten Organe werden aus Deutschland von der Koordinierungsstelle, der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), weitergeleitet. Wird von der DSO ein Spender gemeldet, so ermittelt Eurotransplant computergesteuert die passenden Empfänger von der Warteliste. Als Kriterien für die Organvermittlung werden die medizinische Dringlichkeit sowie die bisherige Wartezeit auf ein Spenderorgan berücksichtigt.

Ferner gibt es noch je nach zu vermittelndem Organ unterschiedliche Kriterien wie Übereinstimmung der Blut-



gruppe und Gewebemerkmale von Spender und Empfänger, die bei der Entscheidung der Vergabe herangezogen werden. Bei der Vermittlung einer gespendeten Leber werden Größe und Gewicht des Spenders und damit des gespendeten Organs berücksichtigt. Sobald der Empfänger computergesteuert ausgewählt wurde, wird das zuständige Transplantationszentrum durch Eurotransplant informiert. Der behandelnde Arzt entscheidet darüber, ob das Organ tatsächlich transplantiert werden kann.

## 12. Kann sich ein deutscher Staatsbürger, der seinen Wohnsitz im Ausland hat, in Deutschland transplantieren lassen?

Grundsätzlich ja. Der im Ausland ansässige deutsche Staatsbürger kann, ohne rechtliche Hindernisse zu fürchten, versuchen, auf die Warteliste für Lebertransplantationen zu kommen. Probleme können allerdings entstehen, wenn der im Ausland ansässige Patient nicht bei einer deutschen Krankenkasse bzw. einer deutschen Krankenversicherung versichert ist. Die Übernahme der Kosten ist für das jeweilige Transplantationszentrum Voraussetzung für die Transplantation, daher muss die Kostenübernahme gewährleistet sein.

Für einen Patienten, der im Ausland wohnt, gibt es oft auch ein logistisches Problem. So sind z. B. Lebertransplantate nur sehr kurze Zeit haltbar. Das Transplantationszentrum, das für die Lebertransplantation ausgewählt wurde, sollte daher vom ständigen Aufenthaltsort des Patienten nicht länger als eine Stunde entfernt sein. Dies wird als maximale Anfahrtszeit des Patienten angesehen, um eine Transplantation noch erfolgreich durchführen zu können.

## II. Lebererkrankungen und Schadensfall

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht auf einem anerkannt hohen Niveau. Neben der qualifizierten medizinischen Ausbildung der Ärzteschaft wird insbesondere auf die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung großen Wert gelegt. Trotzdem kann es zu Fehldiagnosen und Behandlungsfehlern kommen, wobei darauf hinzuweisen ist, dass nicht immer dann, wenn der gewünschte Behandlungserfolg ausbleibt, ein verschuldeter ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt. Der Gesetzgeber hat im Rahmen der Neuregelung der Vorschriften zum Behandlungsvertrag betont, dass bei einer Behandlung am lebenden Organismus im Allgemeinen kein Erfolg garantiert werden könne und dass der Behandelnde deshalb lediglich zu einer fachgerechten Vornahme der Behandlung verpflichtet sei.

In Fällen einer fehlerhaften Behandlung oder unzureichenden Aufklärung können dem Patienten Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche zustehen. Besteht Grund zu der Annahme, dass ein Behandlungsfehler vorliegt, sollte der Patient zunächst das Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder einer Beratungsstelle suchen und Einsicht in die Patientenakte nehmen.

### 1. Was muss der Patient im Schadenersatz- und Schmerzensgeldprozess beweisen?

Verklagt der Patient den Arzt auf Zahlung von Schadenersatz und/oder Schmerzensgeld wegen eines Behandlungsfehlers, muss er grundsätzlich den Behandlungsfehler und dessen Ursächlichkeit für seinen Schaden beweisen. Dies kann jedoch für den Patienten schwierig sein, da er in der Regel keine Kenntnisse über die medizinische Behandlung,

ihre Auswirkungen und die organisatorischen Abläufe hat. Der Gesetzgeber hat mit dem Patientenrechtegesetz eine neue Vorschrift geschaffen, die diese Problematik zum Gegenstand hat. § 630h BGB regelt in vielfacher Hinsicht zugunsten der Patienten Beweiserleichterungen, insbesondere Umkehrungen der Beweislast. Diese Sonderregelungen im Arzthaftungsrecht werden im Folgenden erläutert:

#### **a) Aufklärung und Einwilligung**

Der Behandelnde trägt die Beweislast dafür, dass er den Patienten aufgeklärt hat und dass dieser in die Behandlung eingewilligt hat (§ 630 Abs. 2 S. 1 BGB). Das bedeutet, dass der Behandelnde in einem Rechtsstreit beweisen muss, dass er den Patienten aufgeklärt hat. Dies ist u. a. durch Vorlage eines vom Patienten unterschriebenen schriftlichen Aufklärungsformulars möglich. Hat der Behandelnde den Patienten nicht entsprechend der gesetzlichen Anforderungen aufgeklärt, kann er sich in einem Rechtsstreit darauf berufen, dass der Patient auch im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Behandlung eingewilligt hätte.

#### **b) Unvollständige Dokumentation**

Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme nicht dokumentiert, obwohl er dazu verpflichtet war, so gilt diese Maßnahme als nicht „getroffen“ (§ 630h Abs. 3 BGB). Das heißt, dass in einem Rechtsstreit vermutet wird, dass diese Maßnahmen nicht vorgenommen worden sind. Behauptet der Patient im Rahmen eines Rechtsstreits z. B., dass der Arzt ihm ein bestimmtes für die Behandlung wesentliches Medikament nicht verabreicht hat und ist die Gabe dieses Medikaments in der Patientenakte nicht dokumentiert, wird in dem Rechtsstreit der von dem Patienten vorgetragene Sachverhalt für die Entscheidung zugrunde gelegt.

### c) Unzureichende Befähigung (sog. Anfängeroperationen)

§ 630h Abs. 4 BGB regelt den Fall der Behandlung durch eine nicht hinreichend befähigte Person. Erleidet der Patient im Zuge einer solchen Maßnahme eine Verletzung seines Lebens, Körpers oder seiner Gesundheit, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für die Verletzung ursächlich war. Der Gesetzgeber wollte mit dieser Vorschrift die Fälle von Anfängerfehlern erfassen. Die Befähigung des Behandelnden fehlt, soweit er nicht über die notwendige fachliche Qualifikation verfügt. Dabei kommt es nicht auf die bloße Führung eines Facharztstitels an, sondern auf die tatsächliche fachliche Kompetenz.

### d) Voll beherrschbare Risiken

Schließlich kommt dem Patienten eine Beweiserleichterung bei dem sogenannten „voll beherrschbaren Risiko“ zugute (§ 630h Abs. 1 BGB). Von dem Behandelnden voll beherrschbar sind solche Risiken, die er aufgrund seiner Herrschafts- und Organisationsmacht zum Schutz des Patienten ausschließen kann. Als Beispiele sind der Ausfall von medizinisch notwendigen Geräten wie z.B. eines Röntgenapparates, die fehlerhafte Lagerung eines Patienten auf dem Operationstisch, Transportverletzungen oder der Verstoß gegen Hygienestandards zu nennen. Verwirklicht sich bei dem Patienten ein solches Risiko in Form ei-



ner Gesundheitsverletzung, so wird ein Behandlungsfehler vermutet. Das bedeutet, dass das Gericht in einem Rechtsstreit davon ausgeht, dass der Behandelnde pflichtwidrig gehandelt hat. Er ist dann gehalten, das Gegenteil zu beweisen.

#### **e) Grobe Behandlungsfehler**

§ 630h Abs. 5 S. 1 BGB trifft die folgende Regelung: „Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war.“

Das Gesetz enthält keine Definition des groben Behandlungsfehlers. Die Rechtsprechung hat den Begriff bislang dahingehend konkretisiert, dass ein Fehlverhalten des Behandelnden vorliegen muss, das aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich und verantwortbar ist. Es muss sich also um einen Fehler handeln, der einem Behandelnden schlechterdings nicht unterlaufen darf. Maßgeblich ist somit, ob ein Verstoß gegen gesicherte medizinische Erkenntnisse vorliegt. Liegt ein solcher grober Behandlungsfehler vor, wird in einem Rechtsstreit vermutet, dass dieser Fehler ursächlich für den Schaden des Patienten war. Der Behandelnde muss folglich in einem Rechtsstreit das Gegenteil beweisen, um sich zu entlasten.

Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre (§ 630h Abs. 5 S. 2 BGB). Die besondere Bedeutung dieser Regelung liegt darin, dass die Beweislastumkehr schon vor Erreichen der Schwelle zum groben

Behandlungsfehler eingreift, also auch dann, wenn das Versäumnis der Befunderhebung nicht als grob qualifiziert werden kann (sog. einfacher Befunderhebungsfehler).

## 2. Wie kann vor Gericht nachgewiesen werden, dass eine Hepatitis-Infektion während einer stationären Behandlung verursacht worden ist?

Grundsätzlich hat der Patient als Anspruchsteller eines Schadensersatz- oder Schmerzensgeldanspruchs den Nachweis zu führen, dass er sich im Krankenhaus mit einem Hepatitis-Virus infiziert hat. Das Problem ist jedoch, dass der Patient in der Regel keine positive Kenntnis vom Zeitpunkt oder den näheren Umständen der Infektion hat. Will er das Krankenhaus auf Schadensersatz oder Schmerzensgeld in Anspruch nehmen, reicht es nicht aus, dass der Patient lediglich aufgrund der äußeren Umstände (z.B. der zeitlichen Nähe der Entdeckung der Infektion zu einer stationären Behandlung) vermutet, dass das Virus während der stationären Behandlung in seinen Körper gelangt ist. Der Patient muss bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung den Nachweis erbringen, dass er während der stationären Behandlung infiziert wurde. Dies erfordert



jedoch keine hundertprozentige Sicherheit, sondern nur einen sehr hohen Grad an Wahrscheinlichkeit. Das bedeutet, dass andere Ursachen für die Infektion (wie z. B. frühere medizinische Behandlungen oder Drogengebrauch) nicht ernsthaft in Betracht kommen dürfen. Der Nachweis kann unter z. B. durch das Gutachten eines medizinischen Sachverständigen erbracht werden, der u. a. die Inkubationszeit, die Wahrscheinlichkeit der Infektion bei der jeweiligen Behandlung und die Entwicklung der Leber- bzw. Transaminasenwerte untersucht und beurteilt. Des Weiteren kann der Patient auch objektive Anhaltspunkte dafür benennen, dass sich im zeitlichen Zusammenhang mit seinem stationären Aufenthalt eine konkrete Infektionsquelle im Klinikbereich befunden hat. Solche Anhaltspunkte können z. B. sein, wenn

- ▶ grundlegende Hygienegrundsätze missachtet worden sind,
- ▶ eine mit dem gleichen Virus infizierte Person an der Behandlung des Patienten beteiligt war oder
- ▶ wenn es in demselben Krankenhaus in der fraglichen Zeit weitere Infektionen mit dem gleichen Hepatitis-Virus gab.

Kann der Patient einen solchen objektiven Anhaltspunkt benennen, muss das Krankenhaus den Nachweis erbringen, dass in seinem Verantwortungsbereich keine Infektion stattgefunden hat. Kann der Patient in einem gerichtlichen Verfahren den Nachweis erbringen, dass seine Hepatitis-Infektion während einer stationären Behandlung verursacht worden ist, stehen ihm Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche gegen das Krankenhaus zu. Die Höhe der Ansprüche bestimmt sich u. a. nach dem Grad des Verschuldens durch das Krankenhaus und der Beeinträchtigung des Patienten durch die Infektion.

### 3. Macht sich ein Hepatitis-infizierter Patient schadenersatzpflichtig, wenn er seinen Partner durch Sexualkontakt ansteckt?

Sofern das Hepatitis-Virus durch den Sexualkontakt übertragen wurde, kommt es darauf an, ob der Hepatitis-Erkrankte seinen Partner auf das Risiko der Infektion hingewiesen hat. Dies setzt natürlich voraus, dass der Hepatitis-Träger bereits von seiner Infektion wusste. Besteht Kenntnis über eine solche Infektion, so ist der Hepatitis-Träger auch verpflichtet, den Sexualpartner über das Übertragungsrisiko aufzuklären. Unterlässt er dies und infiziert seinen Sexualpartner, so stellt dies eine Körperverletzung dar, die ihn schadenersatzpflichtig macht. Der Schadensersatzanspruch erstreckt sich z.B. auf die Behandlungskosten und Schmerzensgeld. Willigt der Sexualpartner jedoch in Kenntnis des Infektionsrisikos in den ungeschützten Geschlechtsverkehr ein, kann er im Falle einer Infektion keinen Schadensersatz verlangen.

### 4. Macht sich ein Hepatitis-Infizierter strafbar, wenn er seinen Partner durch Sexualkontakt ansteckt?

Vollzieht der Hepatitis-Infizierte mit seinem Sexualpartner ungeschützten Geschlechtsverkehr, ohne diesen über die Infektion und das Ansteckungsrisiko in Kenntnis zu setzen, und kommt es dadurch zu einer Infektion, macht der Erkrankte sich wegen vorsätzlicher Körperverletzung strafbar. Eine Strafbarkeit scheidet nur dann aus, wenn der Hepatitis-Infizierte seinen Sexualpartner vorher über die Infektion in Kenntnis setzt und dieser – in Kenntnis der Ansteckungsgefahr – in den ungeschützten Geschlechtsverkehr einwilligt. Im Falle einer Verurteilung wegen Kör-



perverletzung kann das Gericht eine Geldstrafe oder eine Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren verhängen (§ 223 Strafgesetzbuch). Handelt der Hepatitis-Infizierte nicht vorsätzlich, kann er sich wegen fahrlässiger Körperverletzung strafbar machen, wenn es zu einer Ansteckung des Sexualpartners kommt. Vorsatz ist jedoch bereits dann gegeben, wenn der Hepatitis-Erkrankte die Ansteckung seines Sexualpartners billigend in Kauf nimmt. Eine fahrlässige Körperverletzung kann mit Geldstrafe oder einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren bestraft werden (§ 229 Strafgesetzbuch).

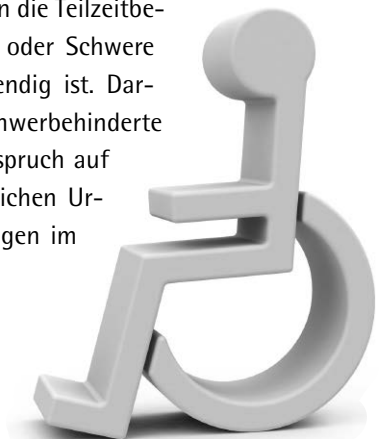
Selbst wenn es unter diesen Umständen nicht zur Ansteckung kommt, kann ein Infizierter wegen versuchter Körperverletzung strafrechtlich belangt werden.

Es gibt viele Gerichtsurteile, die den ungeschützten Geschlechtsverkehr eines HIV-Infizierten zum Gegenstand haben. Der Bundesgerichtshof, das höchste deutsche Gericht für Strafverfahren, hat bereits im Jahr 1988 die folgende grundlegende Entscheidung getroffen: Ein HIV-Infizierter, der in Kenntnis seiner Ansteckung mit einem anderen ohne Schutzmittel Sexualverkehr ausübt, kann wegen gefährlicher Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 Nr. 5 Strafgesetzbuch strafbar sein. Das bedeutet, dass der Angeklagte mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren rechnen muss. Es gibt bislang jedoch nur wenig bekannte Fälle in diesem Zusammenhang mit Hepatitis-Infizierten. Es ist insofern schwer vorherzusagen, wie ein Gericht einen solchen Fall entscheiden würde. Für die Betroffenen gibt es deshalb kaum Rechtssicherheit.

### III. Lebererkrankungen und Berufsleben

#### 1. Welche besonderen Rechte haben schwerbehinderte Arbeitnehmer?

Es ist allgemein anerkannt, dass die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers bei besonders schutzwürdigen Gruppen von Arbeitnehmern gesteigert ist. Arbeitnehmer mit gesetzlich anerkannter Schwerbehinderteneigenschaft haben besondere Rechte. Ihnen steht ein Sonderkündigungsschutz gemäß §§ 85 ff. Neuntes Sozialgesetzbuch (SGB IX) zu, der dazu führt, dass die Kündigung nur mit der Zustimmung des Integrationsamtes zulässig ist. § 81 Abs. 4 SGB IX gewährt schwerbehinderten Menschen einen Anspruch auf behindertengerechte Beschäftigung. Sie können von ihren Arbeitgebern eine Beschäftigung verlangen, bei der sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst voll ausschöpfen. Bei der Zuweisung konkreter Arbeitsaufgaben hat der Arbeitgeber Rücksicht auf die behinderungsbedingten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit zu nehmen. Schwerbehinderte Arbeitnehmer haben zudem einen Anspruch auf Beschäftigung mit einer verringerten Arbeitszeit, sofern die Teilzeitbeschäftigung wegen Art oder Schwere der Behinderung notwendig ist. Darüber hinaus haben schwerbehinderte Arbeitnehmer einen Anspruch auf einen bezahlten zusätzlichen Urlaub von fünf Arbeitstagen im Urlaubsjahr.



## 2. Wie wird die Schwerbehinderteneigenschaft anerkannt?

Anerkannt Schwerbehinderte haben eine Vielzahl von Rechten, die den Ausgleich von Einschränkungen und Beeinträchtigungen bezwecken. Um eine Behinderung und den Grad der Behinderung feststellen zu lassen, muss ein Patient diese Prüfung bei den zuständigen Behörden beantragen. Je nach Bundesland sind andere Ämter hierfür zuständig (siehe Anhang 2 am Ende der Broschüre).

Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung (GdB) festgestellt. Der GdB wird nach Zehnergraden abgestuft. Eine solche Feststellung wird jedoch nur dann getroffen, wenn ein Grad der Behinderung von 20 bis 100 vorliegt. Schwerbehindert sind Personen mit einem GdB von wenigstens 50, sofern sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz rechtmäßig in Deutschland haben. Schwerbehinderte Menschen erhalten auf Antrag einen Schwerbehindertenausweis.

## 3. Kann man die gleichen Rechte wie ein Schwerbehinderter erhalten, auch wenn der GdB unter 50 liegt (sog. Gleichstellung)?

Unter bestimmten Umständen kann auch ein Patient mit einem Grad der Behinderung von 30 oder 40 beantragen, einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt zu werden. Wird der Antrag bewilligt, gilt dieser Patient zwar nicht als schwerbehindert, hat aber die gleichen Rechte wie ein Schwerbehinderter. Damit genießt er einen besonderen Kündigungsschutz und hat Anspruch auf Leistungen des Integrationsamtes zur begleitenden Hilfe im Arbeitsle-

ben. Eine solche Gleichstellung ist aber nur möglich, wenn zwei Voraussetzungen gegeben sind:

- a) wenn der Patient infolge seiner Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz findet oder sein Arbeitsplatz dadurch gefährdet ist (z. B. wegen häufiger Fehlzeiten und verminderter Arbeitsleistung),
- b) wenn der Patient entweder seinen Wohnsitz und/oder seinen Arbeitsplatz in Deutschland hat.

Der Antrag auf Gleichstellung muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden. Vorher muss natürlich der Grad der Behinderung bekannt und amtlich festgestellt worden sein.

#### 4. Welcher Grad der Behinderung wird bei Erkrankungen der Leber anerkannt?

Der Grad der Behinderung ergibt sich aus der Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ zur Versorgungsmedizin-Verordnung.

| Erkrankung   | Grad der Behinderung |
|--|----------------------|
| chronische Hepatitis mit mäßiger (klinisch-)entzündlicher Aktivität                          | 40                   |
| chronische Hepatitis mit starker (klinisch-)entzündlicher Aktivität je nach Funktionsstörung | 50 bis 70            |
| Leberzirrhose inaktiv  | 30                   |
| Leberzirrhose gering aktiv   | 40                   |
| Leberzirrhose stärker aktiv  | 50                   |
| Leberzirrhose dekompensiert (Aszites, portale Stauung, hepatische Enzephalopathie)           | 60 bis 100           |

| Erkrankung  | Grad der Behinderung |
|---|----------------------|
| bösartiger Lebertumor (Nach Entfernung eines malignen primären Lebertumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten, während dieser Zeit beträgt der GdB 100.) | 100                  |
| Lebertransplantation (Nach der Transplantation ist eine Heilungsbewährung von i. d. R zwei Jahren abzuwarten, während dieser Zeit beträgt der GdB 100.)                               | 100                  |
| Lebertransplantation (nach Ablauf der Heilungsbewährungszeit unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression)   | mind. 60             |
| Fettleber (auch nutritiv-toxisch) ohne Mesenchymreaktion  | 0 bis 10             |

## 5. Muss eine Lebererkrankung oder eine anerkannte Schwerbehinderung im Bewerbungsgespräch angegeben werden?

Von sich aus, d. h. ungefragt, muss ein Arbeitnehmer laut Bundesarbeitsgericht nur dann auf seine Erkrankung oder eine eventuell vorliegende Schwerbehinderung hinweisen, wenn damit eine Unfähigkeit verbunden ist, die konkrete Tätigkeit auszuüben.

Anders verhält es sich, wenn der Arbeitgeber konkrete Fragen stellt. In diesem Fall ist zwischen zulässigen und unzulässigen Fragen zu unterscheiden. Unzulässige Fragen muss der Arbeitnehmer gar nicht bzw. nicht wahrheitsgemäß beantworten. Vor Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) wurde die Frage nach einer anerkannten Schwerbehinderteneigenschaft vom Bundesarbeitsgericht als zulässig angesehen. Nach Inkrafttreten des AGG ist die Rechtslage nicht abschließend geklärt; überwiegend wird das Fragerecht des Arbeitgebers nunmehr verneint. Der Arbeitnehmer hat somit ein

Recht zur Lüge im Vorstellungsgespräch. Für die Zulässigkeit der Frage nach der Schwerbehinderteneigenschaft spricht jedoch, dass der Arbeitgeber nur mit Kenntnis von der Schwerbehinderteneigenschaft einen freien Arbeitsplatz gemäß § 81 Abs. 1 S. 1 SGB IX gezielt mit einem schwerbehinderten Menschen besetzen kann. Die Frage dürfte jedoch nur dann zulässig sein, wenn der Arbeitgeber tatsächlich die Förderung schwerbehinderter Menschen beabsichtigt.

Bei der Frage nach chronischen Erkrankungen ist die Rechtslage ebenfalls unklar. Grundsätzlich hat der Arbeitgeber das Recht, die gesundheitliche Eignung des Arbeitnehmers für die in Aussicht genommene Tätigkeit zu erkunden oder sie im Wege einer Einstellungsuntersuchung überprüfen zu lassen. Die Frage nach (chronischen) Krankheiten ist insoweit zulässig, als sie mit einem überwiegenden Interesse des Arbeitgebers gerechtfertigt werden kann. Der Arbeitgeber hat ein berechtigtes Interesse, alle Informationen zu erhalten, die ihn beurteilen lassen, ob und inwieweit der Bewerber in der vorgesehenen Position eingesetzt werden kann. Für den Arbeitgeber ist wichtig, ob eine Erkrankung mit einer Unfähigkeit verbunden sein kann, die konkrete Tätigkeit auszuüben.



## 6. Muss eine Hepatitis-Infektion im Bewerbungsgespräch angegeben werden?

Wenn die Hepatitis-Infektion bereits zu krankheitsbedingten Einschränkungen führt, gelten die gleichen Regeln wie in Punkt 5 (siehe oben).

Bei Infektionskrankheiten wie Hepatitis B oder C kommen noch weitere Faktoren ins Spiel: Der Patient hat oft ein nachvollziehbares Interesse, seine Infektion geheim zu halten, um eine Stigmatisierung oder Benachteiligung zu vermeiden. Solange kein realistisches Ansteckungsrisiko für andere besteht, darf ein Patient seine Hepatitis-Infektion im Bewerbungsgespräch verschweigen und selbst auf Nachfrage leugnen. Er ist jedoch verpflichtet, seine Infektionserkrankung anzugeben, wenn je nach Arbeitsbereich ein erhöhtes Ansteckungsrisiko für andere bestehen könnte (z. B. Risiko von Blut-zu-Blut-Kontakten in medizinischen Berufen). In solchen Fällen überwiegt das Interesse des Arbeitgebers, über die Infektion informiert zu werden. Dabei ist jedoch von Fall zu Fall zu unterscheiden, d. h., ein Krankenpfleger muss seine Erkrankung eher nicht offenbaren, ein Chirurg wohl schon.

## 7. Muss ein Hepatitis-B/C-Erkrankter eine arbeitsmedizinische Untersuchung durchführen, wenn der zukünftige Arbeitgeber darauf besteht?

Da der Arbeitgeber ein berechtigtes Interesse an der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit seines zukünftigen Mitarbeiters bezüglich des konkreten Arbeitsplatzes hat, kann er die Durchführung und das Ergebnis der Untersuchung zur Einstellungs Voraussetzung machen. Die Untersuchung darf selbstverständlich nur auf freiwillig

liger Basis mit Zustimmung des Bewerbers durchgeführt werden.

Die Untersuchung erstreckt sich ohne Zustimmung des Bewerbers grundsätzlich nicht auf spezielle Infektionskrankheiten wie Hepatitis B oder C. Etwas anderes kann jedoch für Beschäftigungen in besonders infektionsgefährdeten Bereichen gelten, wie beispielsweise im Krankenhaus.

Bei bestimmten Berufsgruppen ist eine Vorsorgeuntersuchung zu Beginn der Tätigkeit gesetzlich vorgeschrieben. Dies gilt zum Beispiel für angehende Piloten, Berufskraftfahrer oder Mitarbeiter im Bergbau. Auch wer an seinem Arbeitsplatz besonderen Gefährdungen ausgesetzt ist, wie zum Beispiel Gefahrstoffen oder großer Hitze, muss sich nach den Regelungen der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) einer Vorsorgeuntersuchung beim Betriebsarzt unterziehen.

## 8. Muss man die Einstellungsuntersuchung zwingend vom Betriebsarzt des zukünftigen Arbeitgebers durchführen lassen?

Nein. Der Bewerber kann seine gesundheitliche Eignung auch durch eine entsprechende Untersuchung eines Arztes seiner Wahl darlegen. Allerdings ist in einem solchen Fall nicht damit zu rechnen, dass der zukünftige Arbeitgeber für die Kosten einer solchen Untersuchung aufkommt. Die Kosten für die beim Betriebsarzt durchgeführte Untersuchung werden hingegen vom Arbeitgeber getragen.

Der Betriebsarzt ist – wie alle Ärzte – zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die von ihm an den Arbeitgeber weitergereichten Informationen müssen sich daher auf die Feststellung der Arbeitsfähigkeit (z. B. „keine gesundheitlichen Bedenken“ oder „keine Bedenken unter bestimmten



Voraussetzungen“) beschränken. Die einzelnen Befunddaten verbleiben beim Arzt, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den erhöhten Anforderungen des medizinischen Datenschutzes. Einschränkend ist jedoch zu beachten, dass nicht jeder Arzt in der Lage ist, eine qualitativ akzeptable Einstellungsuntersuchung durchzuführen, insbesondere dann nicht, wenn ihm die Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht bekannt sind. Verlangt der Arbeitgeber eine Untersuchung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, so ist dies in der Regel nicht zu beanstanden.

### 9. Kann einem Arbeitnehmer aufgrund seiner Hepatitis-C-Infektion bzw. -Erkrankung gekündigt werden?

Die Hepatitis-C-Infektion an sich stellt keinen Kündigungsgrund dar. Dies gilt auch für die Phase einer bereits fortgeschrittenen Lebererkrankung, in der sich erkrankungs- oder therapiebedingt Fehlzeiten einstellen. Die Beurteilung im Einzelfall hängt u. a. vom Arbeitsumfeld und den Tätigkeiten ab. So werden z.B. im medizinischen Bereich, insbesondere bei erhöhtem Risiko von Blut-zu-Blut-Kontakt, oft andere Maßstäbe angelegt. Im Einzelfall ist zu prüfen, ob ein HCV-Träger in einem anderen Arbeitsbereich des Unternehmens eingesetzt werden kann. Für schwere Erkrankungen durch Spätfolgen der Hepatitis C gelten indes die gleichen Richtlinien wie bei anderen schweren Erkrankungen, die zu wiederholten Fehlzeiten oder einer lang andauernden Arbeitsunfähigkeit führen. Ist eine dauerhafte Wiederherstellung der Arbeitskraft nicht zu erwarten, so kann eine Kündigung ausgesprochen werden.

## 10. Muss beim Einstellungsgespräch bereits über eine bewilligte Kur, eine geplante Operation oder eine Therapie Auskunft erteilt werden?

Ja. Bewilligte Kuren oder bevorstehende Operationen müssen dem Arbeitgeber bereits im Bewerbungsgespräch mitgeteilt werden. Verschweigt der Bewerber derartige Informationen, kann der Arbeitsvertrag wegen arglistiger Täuschung angefochten werden. Der Vertrag ist dann von Beginn an nichtig. Der Bewerber ist allerdings nicht verpflichtet, den Grund für die Kur anzugeben.

Die arbeitsrechtlichen Konsequenzen, die das Verschweigen einer bereits konkret geplanten Therapie nach sich zieht, sind vergleichbar, wenn es sich um eine Therapie handelt, die zu einer erheblichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit führt und mit schwerwiegenden körperlichen Begleiterscheinungen einhergeht. Da der Arbeitgeber die Leistungsfähigkeit seines zukünftigen Arbeitnehmers einschätzen muss, ist der Bewerber in einem solchen Fall zur Auskunft verpflichtet.

## IV. Leberkrankheiten und Krankenversicherung

### 1. Welche Leistungen sind von den gesetzlichen Krankenkassen zu erstatten?

Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, die Übernahme von Heilbehandlungskosten davon abhängig zu machen, ob diese ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und ob diese das Maß des Notwendigen einhalten. Die Konkretisierung erfolgt über den Gemeinsamen Bundesausschuss (GDA). Dieser erstellt Richtlinien z.B. für Heilmittel, Arzneimittel oder neue Behandlungsmethoden, die regeln, ob Leistungen zulasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.

### 2. Besteht die Möglichkeit, die Kosten für ein nicht zugelassenes Medikament bzw. eine nicht zugelassene Behandlungsmethode von seiner Krankenkasse erstattet zu bekommen?

Hierbei handelt es sich um den sogenannten „Off-Label-Use“. Der Begriff stammt aus dem Arzneimittelrecht und bezeichnet den Einsatz eines Arzneimittels in einer Indikation, für die das Medikament nicht zugelassen ist. Nach Auffassung des Bundessozialgerichtes müssen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten hierfür übernehmen, wenn die folgenden Voraussetzungen gegeben sind:

- ▶ schwerwiegende (lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende) Erkrankung,
- ▶ keine andere zugelassene Therapie ist verfügbar,

- ▶ aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse (sog. Phase-III-Studie) ist zu erwarten, dass das Arzneimittel für die betreffende Krankheit zugelassen werden kann.

Liegen diese drei Voraussetzungen vor, so kann der Arzt zulasten der gesetzlichen Krankenkassen das Arzneimittel verschreiben. Gleichwohl prüfen die Krankenkassen den „Off-Label-Use“ oftmals sehr kritisch.

### 3. Was ist zu tun, wenn die gesetzliche Krankenkasse die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme nicht übernehmen will und der Patient der Ansicht ist, einen Anspruch auf die Übernahme der Kosten zu haben?

Die gesetzlichen Krankenkassen sind nur sekundär für die Kostenübernahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen zuständig. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen erst dann zur Übernahme der entstandenen Kosten verpflichtet sind, wenn kein anderer Kostenträger, also die Deutsche Rentenversicherung oder ein sonstiger Versicherungsträger, vorhanden ist.

Vor Beginn der Maßnahme sollte aus Gründen der Rechtssicherheit ein schriftlicher Bescheid von der Krankenkasse bezüglich der Übernahme von Kosten verlangt werden. Eine mündliche Zusage allein begründet in der Regel keinen endgültigen Zahlungsanspruch des Patienten.

Lehnt die Krankenkasse die Übernahme der Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme ab, so kann – falls dem Patienten die Ablehnung rechtswidrig erscheint – Widerspruch gegen die Ablehnung und nach Zurückweisung der Rechtsweg zum Sozialgericht beschritten werden.

- Ablehnungsbescheid ▶ Widerspruch in Monatsfrist
- Widerspruchsbescheid ▶ Klage vor dem Sozialgericht in Monatsfrist
- Klageabweisung ▶ Berufung vor Landessozialgericht in Monatsfrist
- Berufungszurückweisung ▶ Revision beim Bundessozialgericht in Monatsfrist

#### 4. Ist es möglich, trotz einer Lebererkrankung von der gesetzlichen Krankenversicherung in eine private Krankenversicherung zu wechseln?

Ein Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung in die private Krankenversicherung ist bei abhängig Beschäftigten grundsätzlich nur möglich, wenn das Bruttoeinkommen die sogenannte Versicherungspflichtgrenze von zurzeit 53.550,00 Euro jährlich übersteigt (Stand 01.10.2014). In diesem Fall kann in die private Krankenversicherung gewechselt werden. Die Versicherungsfreiheit tritt mit Ablauf des Kalenderjahres ein, in dem die vorgenannte Versicherungspflichtgrenze überschritten wird. „Versicherungsfrei“ bedeutet, dass eine Person nicht pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung ist; sie ist aber verpflichtet, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und hat dazu die Wahl zwischen dem freiwilligen Beitritt zu einer gesetzlichen Krankenkasse oder dem Abschluss einer privaten Krankenversicherung. Gleiches gilt für selbstständig Tätige unabhängig von ihrem Einkommen und die anderen in § 6 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Berufsgruppen.

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung sind die privaten Krankenversicherungen grundsätzlich nicht verpflichtet, einen interessierten Patienten auch aufzunehmen. § 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) schreibt vor, dass „die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln (...), insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr“ berechnet werden müssen. Ist das Krankheitsrisiko aus kalkulatorischer Sicht unverhältnismäßig hoch, darf das Versicherungsunternehmen die Aufnahme ablehnen. Es ist somit möglich, dass das private Krankenversicherungsunternehmen bei einer Lebererkrankung den Versicherungsschutz gänzlich ablehnt oder einen hohen Risikozuschlag verlangt. Darüber hinaus können bestimmte Leistungskomplexe ausgeschlossen werden.

Von der vorgenannten Regel, dass das private Krankenversicherungsunternehmen keinen Kunden aufnehmen muss, gibt es eine Ausnahme:

Es gibt in der privaten Krankenversicherung den Basistarif, in dem der Vertragsschluss unter bestimmten Bedingungen für die Unternehmen verpflichtend ist. Die Versicherer müssen den Antrag des Kunden auf Aufnahme in den Basistarif annehmen, wenn dieser

- ▶ keine Krankenversicherung hat und sich nicht gesetzlich versichern darf oder
- ▶ den Antrag innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung stellt oder
- ▶ privat versichert ist und die gegenwärtige Versicherung nach dem 31.12.2008 abgeschlossen hat.

Der Basistarif bietet Leistungen, die denen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Bevor das Versi-

cherungsunternehmen den Antrag annimmt, prüft es, ob tatsächlich eine Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung vorliegt. Das Versicherungsunternehmen darf zwar keinen Antrag ablehnen und keine Risikozuschläge erheben, es muss aber eine Gesundheitsprüfung durchführen. Die Ergebnisse der Prüfung werden dann relevant, wenn der Kunde später in einen anderen Tarif wechseln möchte. Lehnt der Kunde die Beantwortung der Gesundheitsfragen ab, darf das Unternehmen den Versicherungsschutz verweigern.

### 5. Muss bei Abschluss einer privaten Krankenversicherung eine Lebererkrankung offengelegt werden?

Die Erkrankung ist bei Abschluss der Versicherung zwingend anzugeben, da ansonsten die Gefahr besteht, dass Behandlungskosten nicht übernommen werden bzw. dass das private Krankenversicherungsunternehmen den Vertrag nachträglich aufhebt. Der Versicherer darf wegen falscher Angaben bei der Gesundheitsprüfung vom Versicherungsvertrag zurücktreten (§§ 19 und 21 Versicherungsvertragsgesetz).



## 6. Besteht die Möglichkeit, von der privaten Krankenversicherung in die gesetzliche Versicherung zu wechseln?

Ja. Sie müssen sogar von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln, wenn Sie dort versicherungspflichtig werden. In manchen Situationen können Sie sich allerdings von der Versicherungspflicht befreien lassen und privat versichert bleiben.

Die Versicherungspflicht entsteht nach § 5 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) insbesondere in den folgenden Situationen:

- ▶ Anstellung mit einem Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze (Stand 01.10.2014: 53.550,00€ jährlich; für Arbeitnehmer, die bereits am 31.12.2002 ein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze hatten und privat versichert waren, gilt aus Bestandschutzgründen die niedrigere Grenze von 48.600,00€). Dabei ist es irrelevant, ob Sie erstmalig angestellt werden (z. B. nach Wechsel aus der Selbstständigkeit), den Arbeitgeber wechseln, Ihr Gehalt sinkt oder die Versicherungspflichtgrenze angehoben wird und Ihr Gehalt übersteigt.
- ▶ Erhalt von Arbeitslosengeld I oder Unterhaltsgeld. (Der Bezug von Arbeitslosengeld (ALG) löst zwar Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung aus, wer aber privat versichert ist und ALG II erhält, bleibt privat versichert. Wer 55 Jahre oder älter ist und in den letzten fünf Jahren nicht gesetzlich versichert war, wird nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig und bleibt privat versichert.)
- ▶ Aufnahme eines Studiums.



## 7. Kann meine private Krankenversicherung den Vertrag kündigen?

Grundsätzlich darf der Versicherer Ihren privaten Krankenversicherungsschutz nicht kündigen. Dies ist in § 206 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und § 12 Abs. 1 Nr. 3 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) geregelt. Bei den folgenden Versicherungsarten ist eine ordentliche Kündigung durch das Versicherungsunternehmen gesetzlich ausgeschlossen:

- ▶ Krankheitsvollversicherung,
- ▶ Pflegepflichtversicherung,
- ▶ Krankentagegeldversicherung (bei Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss) und Krankenhaustagegeldversicherung (wenn sie neben einer Krankheitsvollversicherung besteht),
- ▶ sonstige Krankenzusatzversicherungen, die nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, also Alterungsrückstellungen bilden.

Der Versicherer hat allerdings bei einer schwerwiegenden Vertragsverletzung (z. B. Betrug durch den Versicherungsnehmer) immer das Recht, eine außerordentliche Kündigung auszusprechen. Er kann auch außerordentlich kündigen oder vom Versicherungsvertrag zurücktreten, wenn der Versicherte bei der Gesundheitsprüfung vor Vertragsabschluss falsche Angaben gemacht oder Erkrankungen verschwiegen hat. Darüber hinaus kann der Versicherer den Versicherungsvertrag im Falle arglistiger Täuschung anfechten. Mit der Anfechtung gilt der Vertrag als von Beginn an nichtig. Die Anfechtung muss innerhalb eines Jahres erklärt werden, nachdem der Versicherer die Täuschung entdeckt hat.

## 8. Wie ist zu reagieren, wenn die private Krankenversicherung dem Versicherten einen neuen Vertrag anbietet, bei dem die Folgekosten der Lebererkrankung nicht nicht erstattet werden?

Rechtlich gesehen handelt es sich hierbei um eine sogenannte Abänderungskündigung. Das bedeutet, dass die Krankenversicherung am alten Vertrag nicht mehr festhalten will und gleichzeitig anbietet, unter geänderten Konditionen einen neuen Vertrag abzuschließen. Wenn Sie den geänderten Vertrag abschließen, verzichten Sie bewusst darauf, dass der Versicherer für das entsprechende Risiko Leistungen übernimmt (sog. Leistungsausschluss). Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Änderung grundsätzlich für die gesamte weitere Laufzeit des Versicherungsvertrages gilt. Ihnen können somit hohe Behandlungskosten entstehen, die nicht von der Versicherung getragen werden.

## 9. Ist die geplante Behandlung in dem Versicherungsschutz der privaten Krankenversicherung enthalten?

Was Ihr Versicherungsschutz alles umfasst, steht im Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Die private Krankenversicherung erstattet neben schulmedizinisch anerkannten Behandlungen auch solche, die sich „in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben“ oder zu denen es keine Alternative gibt. Das können auch neue Arzneimittel oder innovative Diagnoseverfahren und Behandlungsmethoden sein, die von der Fachwelt als sinnvoll angesehen werden. In diesen Fällen darf der

Versicherer allerdings die Erstattung auf den Betrag beschränken, den er für eine schulmedizinische Behandlung gezahlt hätte. Es ist also möglich, dass nicht alle Kosten erstattet werden.

Wenden Sie sich im Zweifel vor Behandlungsbeginn an Ihren Versicherer. So können Sie vermeiden, dass Ihnen Kosten entstehen, die Sie nicht selbst tragen können oder wollen.

### 10. Welche Möglichkeiten hat man, wenn die private Krankenversicherung sich weigert, bestimmte Behandlungskosten zu übernehmen, auf die der Patient glaubt, einen Anspruch zu haben?

Zunächst sollte man den Versicherungsvertrag durchsehen, der die Rechtsgrundlage des Vertragsverhältnisses bildet. Daraus ergeben sich alle gegenseitigen Rechte und Pflichten sowie der Umfang des Versicherungsschutzes. Der Versicherer ist grundsätzlich dazu verpflichtet, dem Versicherungsnehmer in diesem Rahmen die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung zu erstatten (§ 192 Versicherungsvertragsgesetz). Ist der Pa-



tient nach dieser Prüfung der Ansicht, dass ein Anspruch besteht, sollte die Krankenversicherung unter Fristsetzung schriftlich aufgefordert werden, die Kosten für die begehrte Maßnahme zu übernehmen. Sollte außergerichtlich mit der Versicherung keine Einigung erzielt werden können, kann der Rechtsweg über die Zivilgerichte beschritten werden. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, die Leistungen des Ombudsmanns der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen (Postfach 06 02 22, 10052 Berlin; [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)). Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Das Verfahren ist für den Versicherungsnehmer kostenfrei. Nur die eigenen Auslagen müssen selbst getragen werden. Die Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Ombudsmann beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit der Handlung oder schriftlichen Entscheidung des Versicherers, die Gegenstand Ihrer Beschwerde ist.

## 11. Welche Daten speichert die private Krankenversicherung?

Private Krankenversicherungen speichern personenbezogene Daten ihrer Mitglieder. Allerdings gibt es hierzu gesetzliche Auflagen, die zwingend eingehalten werden müssen. Diese besagen u. a., dass jede zuständige Stelle nur solche personenbezogenen Daten speichern darf, die für die jeweiligen Belange notwendig sind. Private Krankenversicherungen dürfen folglich nur solche personenbezogenen Daten speichern, die für das Versicherungsunternehmen relevant sind. Hierzu zählen neben Geburtsdatum, Familienstand und Anschrift aber auch

Informationen zum Gesundheitszustand und den durchgeführten Behandlungen. Personenbezogene Daten hinsichtlich der privaten Krankenversicherung betreffen allerdings auch die Speicherung des Versicherungsverlaufs, also eingereichte Rechnungen, festgestellte Diagnosen und angeordnete Therapien. Personenbezogene Daten dürfen von den jeweils zuständigen Stellen auf keinen Fall an Dritte weitergegeben werden und sind so aufzubewahren, dass unbefugte Personen keinen Zugang zu diesen Daten erhalten.

## 12. Welche Informationen führt die gesetzliche Krankenkasse in ihrer Mitgliedsakte?

Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten grundsätzlich nur zweckgebunden erheben und speichern, u. a. zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses oder zur Ausstellung der Krankenversichertenkarte. Für Zwecke der Leistungsabrechnung, der Sicherheit und Kontrolle, z. B. zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit, gibt es Ausnahmeregelungen, insbesondere für Stichprobenprüfungen. In der Mitgliedsakte werden in der Regel nur persönliche Daten des Mitgliedes geführt. Dazu zählen unter anderem Name, Adresse, Geburtsdatum, Versichertenstatus etc.

Vor einigen Jahren wurde die elektronische Gesundheitskarte (eGK) eingeführt. Sie ersetzt die am 01.01.1995 eingeführte Krankenversicherungskarte in Deutschland. Alle bisherigen Krankenversicherungskarten bleiben bis zum aufgedruckten Gültigkeitsdatum bzw. bis 01.10.2014 gültig. Die Datenspeicherung auf der eGK wird gegenüber der Krankenversichertenkarte so erweitert, dass nun vertrauliche personenbezogene Daten auf der Karte gespeichert werden können und sollen. Auf der eGK sind die folgenden Informationen zu speichern:

- ▶ die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse,
- ▶ Familienname und Vorname des Versicherten,
- ▶ Geburtsdatum, Geschlecht und Anschrift,
- ▶ Krankenversicherungsnummer, Versicherten- und Zahlungstatus,
- ▶ Tag des Beginns des Versicherungsschutzes und ggf. das Datum des Fristablaufs.

### 13. Besteht die Möglichkeit, die Mitgliedsakte und die Daten der elektronischen Gesundheitskarte einzusehen?

Bei der gesetzlichen Krankenkasse kann um Akteneinsicht gebeten werden, die im Regelfall auch gewährt wird. Aus dem Bundesdatenschutzgesetz ergeben sich sowohl ein Auskunftsrecht über den Inhalt der gespeicherten Daten und ihre Herkunft als auch ein Berichtigungsanspruch hinsichtlich falscher und ein Löschungsanspruch hinsichtlich unzulässig gespeicherter Daten. Kommt die Krankenkasse dem Löschungsersuchen nicht nach, so hat wiederum die Widerspruchsstelle über den Antrag zu entscheiden, so dann die Sozialgerichtsbarkeit.



## V. Hepatitis-Infektionen und Öffentlicher Gesundheitsdienst

### 1. Welche Aufgaben hat das Gesundheitsamt bei Infektionskrankheiten?

Das am 01.01.2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz (IfSG) regelt, welche Krankheiten bei Verdacht, Erkrankung oder Tod und welche labordiagnostischen Nachweise von Erregern meldepflichtig sind. Weiterhin legt das Gesetz fest, welche Angaben von den Meldepflichtigen bei der Meldung erhoben werden müssen und welche dieser Angaben vom Gesundheitsamt weiter übermittelt werden. Der Katalog der meldepflichtigen Krankheiten ist in § 6 IfSG, der Katalog der meldepflichtigen Krankheitserreger in § 7 IfSG geregelt. Hinzu kommen in den einzelnen Bundesländern verschiedene Gesetze und Verordnungen, die die Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz erweitern. Eine aktuelle Liste der meldepflichtigen Krankheiten und Krankheitserregern ist auf der Internetseite des Robert-Koch-Instituts ([www.rki.de](http://www.rki.de)) abrufbar. Das Robert-Koch-Institut gibt zudem jährlich ein Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten heraus. Für 2012 ergeben sich daraus die folgenden Meldungen:

- ▶ Es wurden 831 Hepatitis-A-Erkrankungen mitgeteilt.
- ▶ Es wurden 1.670 Hepatitis-B-Fälle übermittelt.
- ▶ Es wurden insgesamt 4.982 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt. Dies entspricht einer bundesweiten Inzidenz von 6,1 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Über dem Bundesdurchschnitt von 6,1 lagen Bayern (7,9), das Saarland (7,7), Baden-Württemberg (7,6), Hamburg und Sachsen (beide 7,3) und Berlin (15,7).

## 2. Muss die Hepatitis-Infektion dem Gesundheitsamt gemeldet werden?

Für den behandelnden Arzt besteht in allen Bundesländern eine namentliche Meldepflicht gegenüber dem Gesundheitsamt bei Verdacht auf eine akute Virushepatitis-Infektion. In Thüringen ist der Arzt darüber hinaus verpflichtet, bei Erkrankung und Tod an einer chronischen Hepatitis-B- oder -C-Infektion eine namentliche Meldung an das örtlich zuständige Gesundheitsamt vorzunehmen.

Des Weiteren besteht in allen Bundesländern eine Labormeldepflicht. Das bedeutet, dass der erstmalige Nachweis von Hepatitis-C-Viren im Blut seitens des untersuchenden Labors namentlich meldepflichtig gegenüber dem Gesundheitsamt ist. Die Labor-Meldepflicht entfällt jedoch, wenn der das Blut einsendende Arzt mitteilt, dass ihm eine Hepatitis-C-Infektion bereits bekannt ist oder das Labor den Befund bereits früher erhoben hat. Die bei den Gesundheitsämtern eingehenden Meldungen von Hepatitis-C-Infektionen stammen zu über 90 % aus Laboratorien.

## 3. Darf das Gesundheitsamt Hausbesuche machen?

Das Infektionsschutzgesetz räumt dem Gesundheitsamt auch die Möglichkeit zu Hausbesuchen ein; tatsächlich werden Mitarbeiter/innen der Gesundheitsämter hiervon kaum Gebrauch machen, sondern sich mit Fragebögen und ggf. auch telefonisch an die Patienten wenden. Darüber hinaus hat das Gesundheitsamt die Möglichkeit, bei dem Verdacht, dass jemand krank, krankheitsverdächtig oder ansteckungsverdächtig ist, die erforderlichen Ermittlungen anzustellen, insbesondere über Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit (§ 25



Abs. 1 IfSG). Zu diesem Zweck kann das Gesundheitsamt Sie verpflichten, Untersuchungen und Entnahmen von Untersuchungsmaterial (z.B. Röntgenuntersuchungen, Blutentnahmen und Abstriche von Haut und Schleimhäuten) an sich vornehmen zu lassen.

#### **4. Muss ich dem Gesundheitsamt mitteilen, welche Tätigkeit ich ausübe?**

Alle Fragen, die Mitarbeiter des Gesundheitsamts im Rahmen ihrer Aufgaben stellen, sind wahrheitsgemäß zu beantworten, so auch die Frage nach der ausgeübten Tätigkeit. Zum einen ist von Interesse, ob die Infektion bei der Berufstätigkeit erworben wurde, zum anderen, ob andere Menschen durch Ausübung dieser Berufstätigkeit infiziert werden können. Die zuständige Behörde kann darüber hinaus Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten ganz oder teilweise untersagen (§ 31 S. 1 IfSG). Personen, die an einer Virushepatitis A oder E erkrankt oder dessen verdächtig sind, dürfen an einer Schule, Kindertagesstätte oder einer ähnlichen Einrichtung keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

#### **5. Über welchen Zeitraum kann das Gesundheitsamt auf die gespeicherten Daten zurückgreifen?**

Das Gesundheitsamt darf die gemeldeten personenbezogenen Daten nur für seine Aufgaben nach dem Infekti-

onsschutzgesetz verarbeiten und nutzen. Personenbezogene Daten sind zu löschen, wenn ihre Kenntnis für das Gesundheitsamt zur Erfüllung der in seiner Zuständigkeit liegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist, spätestens jedoch nach drei Jahren.

## 6. Was ist zu tun, wenn der Verdacht besteht, dass das Gesundheitsamt Informationen über eine Hepatitis-Infektion an unbefugte Personen weitergeleitet hat?

Patientendaten werden in den Gesundheitsämtern grundsätzlich vertraulich behandelt und nicht an Unbefugte weitergegeben. Sollte im Einzelfall der Verdacht bestehen, dass Informationen über eine Hepatitis-Infektion an Unbefugte weitergeleitet wurden, sollte zunächst die Leitung des Gesundheitsamtes angeschrieben werden. Wenn dies nicht weiterführt, sollte der Gesundheitsdezernent des Kreises bzw. der kreisfreien Stadt oder das Gesundheitsministerium des Bundeslandes eingeschaltet werden.

## 7. Kann mein Kind aus dem Kindergarten bzw. aus der Schule ausgeschlossen werden, wenn eine Hepatitis B oder C bei ihm vorliegt?

Normalerweise nein. Eine Ausnahme von dieser Regel stellen nur Kinder mit ungewöhnlich aggressivem Verhalten (Beißen, Kratzen), einer Blutungsneigung oder einer schweren nässenden Hautentzündung dar. In diesen Fällen muss die Entscheidung über die Zulassung zu oder das Verbleiben in einer Gemeinschaftseinrichtung durch das Gesundheitsamt individuell getroffen werden. Wird die

Entscheidung des Gesundheitsamtes als nicht sachgerecht angesehen, so kann der Rechtsweg beschritten werden.

Kinder und Jugendliche, die an Virushepatitis A oder E erkrankt oder dessen verdächtig sind, dürfen die dem Betrieb einer Schule oder Kindertagesstätte dienenden Räume nicht betreten, die dortigen Einrichtungen nicht benutzen und an Veranstaltungen der vorgenannten Einrichtungen nicht teilnehmen, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

**8. Darf ein Kind von der Kindergartenbetreuung ausgeschlossen werden, weil ein Elternteil des Kindes mit Hepatitis B oder C infiziert ist?**

Nein.

## VI. Lebererkrankungen und Versorgungsansprüche

### 1. Wie kann ein Leberkranker eine Schwerbehinderung feststellen lassen?

Schwerbehindert ist derjenige, der einen Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 aufweist. Eine Behinderung liegt dann vor, wenn die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit des Menschen nicht nur vorübergehend von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe des Betroffenen am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Die Ursache der Behinderung ist für den Status als Behinderter nicht relevant. Es kommt also nicht darauf an, ob die Behinderung durch einen Unfall oder durch eine Erkrankung hervorgerufen wurde. Liegen mehrere Behinderungen vor, kann der GdB der Einzelkrankheiten nicht addiert werden. Vielmehr werden die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit festgestellt. Hierbei werden auch die wechselseitigen Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander berücksichtigt.



Zur Feststellung einer Schwerbehinderung ist beim örtlich zuständigen Amt (siehe Anhang 2 am Ende der Broschüre) ein Antrag zu stellen. Dies kann entweder schriftlich oder zur Niederschrift bei der Behörde selbst geschehen. Das Versorgungsamt prüft sodann, ob eine Schwerbehinderung vorliegt. Hierzu holt es Auskünfte der behandelnden Ärzte ein und lässt den Antragsteller ggf. durch einen Arzt begutachten, der die Auswirkungen der jeweiligen Gesundheitsstörung feststellt und den GdB ermittelt. Dies folgt aus dem Umstand, dass die zuständige Behörde die Tatsachen in diesem Verfahren selbst ermitteln muss (sog. Amtsermittlungsgrundsatz). In der Regel aber wird ein Gutachten nach Aktenlage, d. h. ohne Untersuchung erstellt.

## **2. Was ist zu tun, wenn das Versorgungsamt nach Einschätzung des Antragstellers eine Fehlentscheidung hinsichtlich der Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) getroffen hat?**

Die Feststellung der Behörde über den GdB ist ein sog. Verwaltungsakt. Gegen diesen kann der Antragsteller vorgehen, wenn er mit der Entscheidung der Behörde nicht einverstanden ist. Gegen den Bescheid ist unter Beachtung der einmonatigen Frist – über die im Bescheid belehrt werden muss – Widerspruch einzulegen. Wenn der Antragsteller in der Rechtsbehelfsbelehrung über die Möglichkeit des Widerspruchs nicht oder nur unzureichend aufgeklärt wird, läuft die Frist erst nach einem Jahr ab. Die Behörde prüft daraufhin intern noch einmal, ob die ursprüngliche Entscheidung aufrechterhalten bleibt. Falls man dort die Entscheidung nicht rückgängig machen will, wird der Widerspruch an die Widerspruchsstelle weitergeleitet. Von dort kann sodann dem Widerspruch abgeholfen, also dem

Anspruchssteller Recht oder jedenfalls teilweise Recht gegeben oder der Widerspruch zurückgewiesen werden. Im Falle der Zurückweisung kann der Patient innerhalb eines Monats Klage beim Sozialgericht einreichen.

**3. Das Versorgungsamt hat vor einiger Zeit einen bestimmten Grad der Behinderung (GdB) und das Vorliegen von Merkzeichen festgestellt. Mittlerweile hat sich die Erkrankung verschlimmert. Was ist zu tun?**

Die Versorgungsämter sind verpflichtet, die Feststellungen zum GdB und zu den Merkzeichen für den Nachteilsausgleich zu ändern, wenn sich die behinderungsbedingten Umstände, also der Zustand des Betroffenen, seit dem Zeitpunkt der letzten behördlichen Entscheidung wesentlich verändert haben. Diese Merkzeichen berechtigen zur Inanspruchnahme weiterer Nachteilsausgleiche. Auf dem Schwerbehindertenausweis können folgende Merkzeichen eingetragen werden:



- G Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt
- aG außergewöhnliche Gehbehinderung
- H Hilflos
- Bl Blind
- Gl Gehörlos
- B Berechtigung für eine ständige Begleitung
- RF Rundfunkgebührenbefreiung und Telefongebührenermäßigung möglich

Von einer wesentlichen Änderung ist auszugehen, wenn sich der GdB durch Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft um wenigstens zehn Prozentpunkte nach oben oder unten verändert hat. Geht der Betroffene davon aus, dass sich sein Zustand mindestens in diesem Maße verändert hat, sollte er einen Änderungsantrag bei dem für ihn zuständigen Amt stellen. Dort wird nach Einholung der ärztlichen Stellungnahmen und gegebenenfalls einer neuerlichen Begutachtung über seinen Antrag entschieden. Lehnt das Amt eine Änderung des GdB ab, so kann hiergegen Widerspruch eingelegt und ggf. auch der Rechtsweg beschritten werden.

## VII. Rentenansprüche

### 1. Welche Rentenansprüche stehen Patienten ggf. aufgrund einer Lebererkrankung zu?

Dies hängt davon ab, wie stark die Lebererkrankung den Patienten in seiner Leistungsfähigkeit einschränkt. Unter entsprechenden Voraussetzungen kann dem Erkrankten eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und Rente wegen voller Erwerbsminderung gewährt werden. Die Rentenversicherung prüft dies anhand ärztlicher Unterlagen und fordert eventuell weitere Gutachten an. Die Rente wegen Erwerbsminderung erhält derjenige, der aufgrund einer minderen gesundheitlichen Leistungsfähigkeit, die sich an den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes orientiert, nicht in der Lage ist, den Anforderungen eines „normalen Arbeitstages“ zu genügen.

Die medizinischen Voraussetzungen für die teilweise Erwerbsminderungsrente sind erfüllt, wenn

- ▶ der Erkrankte auf nicht absehbare Zeit
- ▶ auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- ▶ mehr als drei, aber weniger als sechs Stunden arbeiten kann.

Diese Voraussetzungen sind unabhängig von dem erlernten Beruf des Patienten.

Die medizinischen Voraussetzungen für die volle Erwerbsminderungsrente liegen vor, wenn

- ▶ der Erkrankte auf nicht absehbare Zeit
- ▶ auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- ▶ weniger als drei Stunden täglich arbeiten kann.



Die Rente wegen Erwerbsminderung wird als Zeitrente gewährt und ist befristet auf längstens drei Jahre. Eine Verlängerung dieses Zeitraums ist möglich, wenn aus ärztlicher Sicht keine Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist und voraussichtlich auch nicht eintreten wird. Die Rente wegen Erwerbsminderung kann bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres beansprucht werden, wenn der Erkrankte die folgenden Voraussetzungen erfüllt:

- ▶ er ist teilweise erwerbsgemindert (s. o.),
- ▶ er hat in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit geleistet,
- ▶ er war vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens fünf Jahre versichert (sog. Wartezeit).

Unter den gleichen Voraussetzungen kann die Rente wegen voller Erwerbsminderung beansprucht werden. Für behinderte Menschen gilt die folgende Sonderregelung: Voll erwerbsgemindert ist grundsätzlich auch, wer in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder in einer anderen beschützenden Einrichtung beschäftigt ist und wegen der Art und Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann.



## 2. Was ist zu tun, wenn man eine Erwerbsminderungsrente erhalten möchte?

Dafür ist zunächst ein Rentenantrag bei der Deutschen Rentenversicherung zu stellen. Bei Personen, die in Berufen arbeiten, die in Kammern organisiert sind (z. B. Rechtsanwälte und Steuerberater), ist der Antrag bei dem jeweiligen Versorgungswerk zu stellen. Der dort angegliederte ärztliche Dienst prüft, ob die Leistungsfähigkeit des Antragstellers entsprechend gemindert ist. Das ist Grundlage für die Entscheidung über den Rentenantrag. Vor der Entscheidung über den Rentenantrag wird von Amts wegen geprüft, ob der Antragsteller dem Erwerbsleben über eine erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahme zugeführt werden kann. Hier gilt der Grundsatz Rehabilitation vor Rente.

## 3. Besteht Anspruch auf eine Berufsunfallrente der gesetzlichen Unfallversicherungsträger, wenn eine Infektion mit Hepatitis B oder C während der beruflichen Tätigkeit im Krankenhaus- oder Pflegebereich verursacht wurde?

Die Anerkennung einer Erkrankung als Berufskrankheit hat – unbeschadet der Einzelfallprüfung – zunächst einmal drei Voraussetzungen: Es muss eine Erkrankung vorliegen, die auf eine schädigende Einwirkung während einer versicherten Tätigkeit zurückzuführen ist. Darüber hinaus muss die Erkrankung in der Berufskrankheitenliste erfasst sein, die Bestandteil der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) ist. Bei Infektionskrankheiten, zu der auch die Lebererkrankung gehört, muss darüber hinaus der Erkrankte in besonders sensiblen Bereichen beschäftigt sein, also im Bereich des Gesundheitsdienstes, der Wohlfahrtspflege oder in Laboratorien. Hinzu kommen muss bei vielen Berufskrankheiten,

die auf der Berufskrankheitenliste aufgeführt sind, dass der Erkrankte die Tätigkeit aufgeben muss, die für die Entstehung, Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

#### 4. Wie geht der Unfallversicherungsträger vor, wenn er Kenntnis von einer Berufskrankheit erlangt?

Betroffene können sich direkt an die Unfallversicherungsträger wenden, wenn sie meinen, an einer Berufskrankheit zu leiden. Der Unfallversicherungsträger leitet dann ein Ermittlungsverfahren ein, in dem versucht wird, die Umstände zu erforschen, die zur Infektion geführt haben. Wenn entsprechende Informationen vorliegen und geprüft worden sind, entscheidet der Unfallversicherungsträger über das Vorliegen einer Berufskrankheit. Anerkannte Berufskrankheiten sind Versicherungsfälle im Sinne des Unfallversicherungsrechts. Sie werden also grundsätzlich ebenso wie Arbeitsunfälle entschädigt. Rechtsgrundlagen sind das Siebte Sozialgesetzbuch (SGB VII) und die Berufskrankheiten-Verordnung (BKV).

#### 5. Welche Möglichkeiten bestehen, wenn der Unfallversicherungsträger Leistungen ablehnt, weil nach seinen Feststellungen eine Berufskrankheit nicht vorliegt?

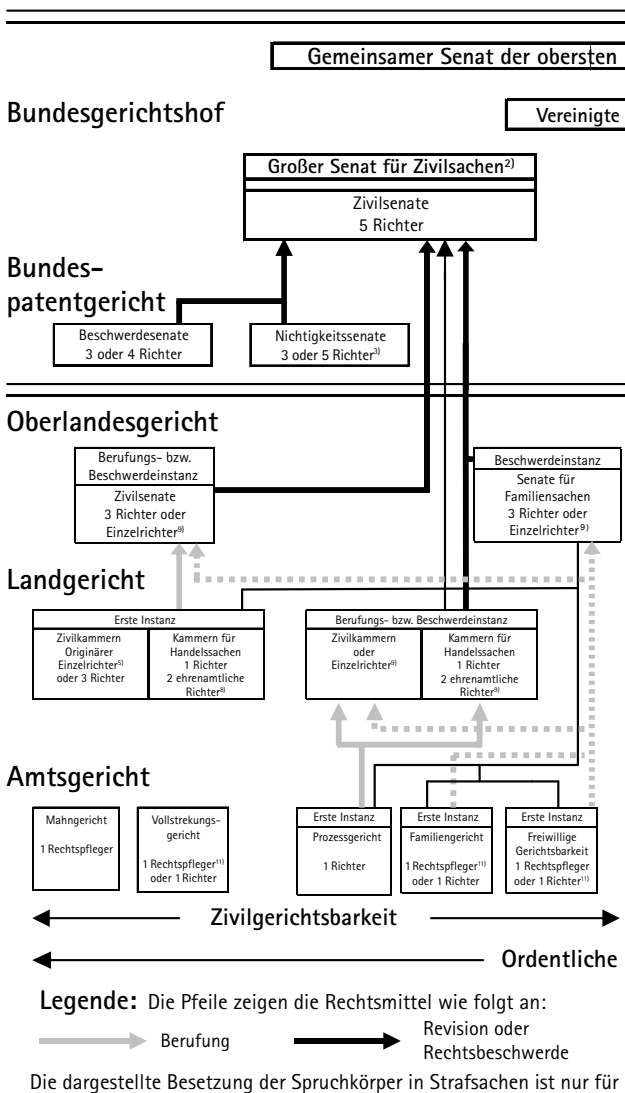
Gegen den entsprechenden Bescheid ist innerhalb eines Monats Widerspruch einzulegen. Darüber hinaus kann ggf. der sozialgerichtliche Rechtsweg beschritten werden.

# VIII. Verfahrenswege vor Gericht

## Übersicht über den Gerichtsaufbau

Stand: Februar 2011

BUNDESVERFASS  
2 Senate<sup>1)</sup> (jeweils 8



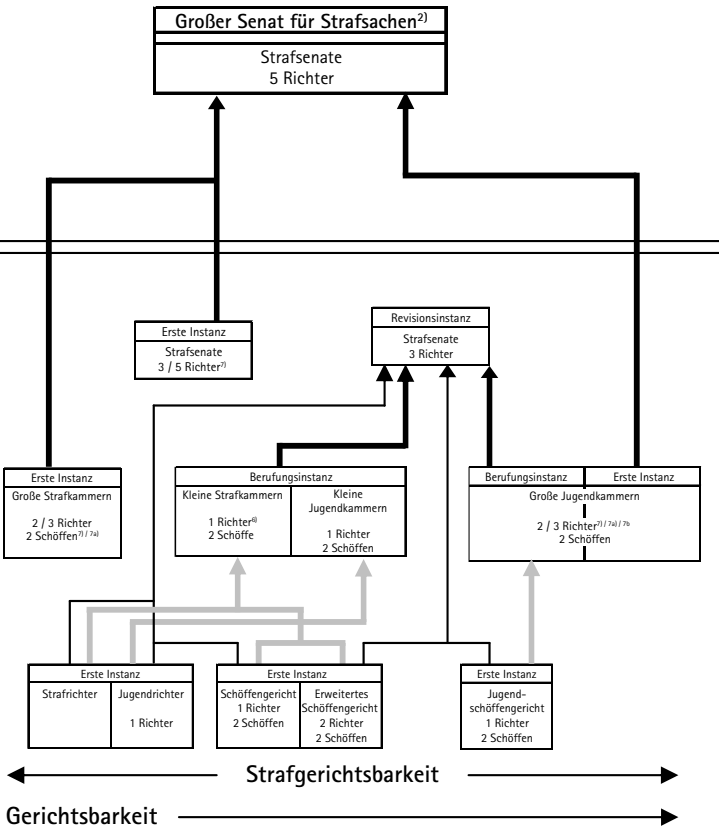
# in der Bundesrepublik Deutschland

**UNTERGERICHT**  
Richterinnen bzw. Richter)

Verfassungsgerichte der Länder

**Gerichtshöfe des Bundes<sup>2)</sup>**

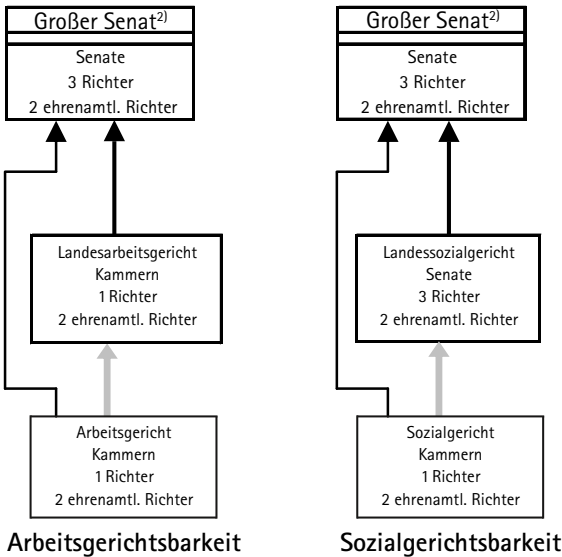
**Große Senate<sup>2)</sup>**



→ Sprungrevision oder Sprungrechtsbeschwerde  
den Fall der Hauptverhandlung gegeben.

..... → Beschwerde

# Bundesarbeitsgericht      Bundessozialgericht



## Anmerkungen

Nicht dargestellt sind: In der ordentlichen Gerichtsbarkeit die Landwirtschaftsgerichte und die Schifffahrtsgerichte, in der Strafgerichtsbarkeit die Tätigkeit der Strafvollstreckungskammern. Das Rechtsmittel der Beschwerde ist nur hinsichtlich der familiengerichtlichen Verfahren sowie derjenigen der Freiwilligen Gerichtsbarkeit und ohne die insoweit bestehenden Besonderheiten dargestellt, auf §§ 72 Abs. 1 S. 2, 71 Abs. 2 Nr. 4 GVG zur Zuständigkeit des Landgerichts wird hingewiesen.

- 1) Beide Senate berufen für die Dauer eines Geschäftsjahres mehrere Kammern mit jeweils drei Mitgliedern (§ 15a Abs. 1 BVerfGG). Derzeit bestehen drei Kammern je Senat mit Entscheidungsbefugnissen im Bereich der konkreten Normenkontrolle (§ 81a BVerfGG) und der Verfassungsbeschwerde (§ 93b ff BVerfGG).
- 2) Entscheidet nur in Ausnahmefällen; die Besetzung richtet sich nach der jeweiligen Anzahl der Senate.
- 3) Die Besetzung bestimmt sich nach der Zuständigkeit (Juristen und Techniker).
- 4) Die Besetzung – in einigen Ländern auch mit zwei ehrenamtlichen Richtern – ist landesrechtlich geregelt.
- 5) Grundsätzlich Entscheidung durch den Einzelrichter, Ausnahmen: §§ 348, 348a ZPO. In schwierigen Sachen und in Sachen von grundsätzlicher Bedeutung entscheidet die Zivilkammer.
- 6) In Verfahren über Berufungen gegen ein Urteil des erweiterten Schöffengerichts ist ein zweiter Berufsrichter hinzuzuziehen, § 76 Abs. 3 GVG.
- 7) Besetzung abhängig von Umfang und Schwierigkeit der Sache. 7a) Entscheidet die Große Strafkammer als Schwurgericht, so ist sie stets mit 3 Berufsrichtern besetzt, § 76 Abs. 2 GVG. 7b) Auf § 55 Abs. 2 JGG wird hingewiesen.
- 8) Mit dem Einverständnis der Parteien kann auch der Einzelrichter entscheiden, § 349 Abs. 3 ZPO.
- 9) Senate und Zivilkammern können Sachen ohne besondere Schwierigkeiten und ohne grundsätzliche Bedeutung dem Einzelrichter übertragen, wenn die angefochtene Entscheidung von einem Einzelrichter erlassen wurde und nicht bereits im Haupttermin zur Hauptsache verhandelt worden ist, §§ 526 ZPO, 68 Absatz 4 FamFG.
- 10) In Sachen ohne besondere Schwierigkeiten oder ohne grundsätzliche Bedeutung entscheidet der Einzelrichter.
- 11) Anders als andere Mitarbeiter des Justizdienstes muss ein Rechtspfleger ein dreijähriges Fachhochschulstudium absolvieren und die staatliche Rechtspflegerprüfung bestehen. Wenngleich er kein Richter ist, so trifft er rechtliche Entscheidungen und ist allein an Recht und Gesetz gebunden. Ebenso wie ein Richter ist er sachlich unabhängig.

## Anhang: Wichtige Kontaktadressen

### 1. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Seit einer Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches (§ 140h SGB V) im Januar 2004 gibt es das Amt des Patientenbeauftragten der Bundesregierung. Aufgabe des Patientenbeauftragten ist es, darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patientinnen und Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden. Der Beauftragte setzt sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe dafür ein, dass unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse von Frauen und Männern beachtet und in der medizinischen Versorgung sowie in der Forschung geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Der Patientenbeauftragte soll in unabhängiger und beratender Funktion darauf hinwirken, dass die Belange der Patienten in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen beachtet werden. Sie soll die Weiterentwicklung der Patientenrechte unterstützen und Sprachrohr für Patienteninteressen in der Öffentlichkeit sein. Er wird von der Bundesregierung bestellt und ist in der Regel eine Legislaturperiode tätig. Weitergehende Informationen über den aktuell tätigen Patientenbeauftragten der Bundesregierung und die Kontaktdaten sind auf der Seite [www.patientenbeauftragter.de](http://www.patientenbeauftragter.de) zu finden.

## 2. Zuständige Ämter für die Beantragung und Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft in den jeweiligen Bundesländern

| Bundesland             | zuständiges Amt   |
|------------------------|---|
| Baden-Württemberg      | das für den jeweiligen Wohnort zuständige Landratsamt   |
| Bayern                 | Zentrum Bayern Familie und Soziales<br>( <a href="http://www.zbfs.bayern.de">www.zbfs.bayern.de</a> )   |
| Berlin                 | Landesamt für Gesundheit und Soziales<br>( <a href="http://www.berlin.de/lageso">www.berlin.de/lageso</a> )   |
| Brandenburg            | Landesamt für Soziales und Versorgung<br>( <a href="http://www.lasv.brandenburg.de">www.lasv.brandenburg.de</a> )   |
| Bremen                 | Amt für Versorgung und Integration<br>Bremen<br>( <a href="http://www.avib.bremen.de">www.avib.bremen.de</a> )  |
| Hamburg                | Versorgungsamt<br>( <a href="http://www.hamburg.de/versorgungsamt">www.hamburg.de/versorgungsamt</a> )  |
| Hessen                 | Hessisches Amt für Versorgung und Soziales in Kassel und die Hessischen Ämter für Versorgung und Soziales (Versorgungsämter) in Darmstadt, Frankfurt am Main, Fulda, Gießen, Kassel und Wiesbaden<br>( <a href="http://www.rp-giessen.hessen.de">www.rp-giessen.hessen.de</a> ) |
| Mecklenburg-Vorpommern | Landesamt für Gesundheit und Soziales – Abteilung Soziales/Versorgungsamt mit den Dezernaten in Neubrandenburg, Rostock, Schwerin und Stralsund<br>( <a href="http://www.lagus.mv-regierung.de">www.lagus.mv-regierung.de</a> )   |
| Niedersachsen          | Landesamt für Soziales, Jugend und Familie<br>( <a href="http://www.soziales.niedersachsen.de">www.soziales.niedersachsen.de</a> )  |
| Nordrhein-Westfalen    | Sozialämter der Kreise und kreisfreien Städte   |



| Bundesland         | zuständiges Amt   |
|--------------------|---|
| Rheinland-Pfalz    | Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung<br>( <a href="http://lsjv.rlp.de">http://lsjv.rlp.de</a> )  |
| Saarland           | Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung Saarbrücken<br>( <a href="http://www.saarland.de/landesamt_soziales.htm">www.saarland.de/landesamt_soziales.htm</a> ) |
| Sachsen            | Landkreise und kreisfreie Städte  |
| Sachsen-Anhalt     | Landesverwaltungsamt – Referat Versorgungsamt, Schwerbehindertenrecht<br>( <a href="http://www.lvwa.sachsen-anhalt.de">www.lvwa.sachsen-anhalt.de</a> )             |
| Schleswig-Holstein | Landesamt für Soziale Dienste Schleswig-Holstein<br>( <a href="http://www.schleswig-holstein.de/LASD">www.schleswig-holstein.de/LASD</a> )                          |
| Thüringen          | das für den jeweiligen Wohnort zuständige Landratsamt   |



## Angebote der Deutschen Leberhilfe e.V.

Die Leistungen der Deutschen Leberhilfe e.V. sind nur möglich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden. Deshalb können wir die Informationsschriften an Nichtmitglieder nur gegen Erstattung der Porto- und Versandkosten abgeben. Der Preis für eine Broschüre beträgt 1,50 Euro (zzgl. Porto\*) pro Bestellung innerhalb Deutschlands. Die Versandkosten bei Sendungen ins Ausland richten sich nach dem gültigen Posttarif. Sonderhefte können für 6,50 Euro (zzgl. Porto\*) ebenfalls angefordert werden. Wir schicken Ihnen die gewünschten Broschüren per Post zu und legen einen Überweisungsträger bei. Mitglieder können unsere Broschüren, Einzelausgaben der Lebenszeichen und Sonderhefte kostenlos anfordern. Bitte schicken Sie die Bestellung an uns:

Deutsche Leberhilfe e.V., Krieler Str. 100, 50935 Köln  
oder Fax: 02 21/2829981

### Broschüren (1,50 Euro zzgl. Porto)

- Alkohol und Leber
- Autoimmunhepatitis
- Ernährung bei Lebererkrankungen
- Fettleber
- Hepatische Enzephalopathie
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Impfungen für Leberkranke
- Leberschäden durch Medikamente und Naturheilmittel
- Leberzellkarzinom
- Leberzirrhose
- Leitfaden für Selbsthilfegruppen (nur Porto)
- Meulengracht – das Gilbert-Syndrom
- Primär biliäre Zirrhose (PBC)
- Primär sklerosierende Cholangitis (PSC)

### Sonderhefte (6,50 Euro zzgl. Porto)

- Hepatitis B
- Laborwerte für jedermann verständlich gemacht

### Kostenlose Broschüre

- Schenken Sie Leben! – Erbschaftsbroschüre (gratis)

Gewünschte Informationsschriften bitte ankreuzen.

\* Porto- und Versandkosten innerhalb Deutschlands:  
Brief bis 500 g: 1,50 Euro      Päckchen: 5,- Euro  
Brief bis 1 kg: 2,50 Euro      Paket: 10,- Euro



Deutsche Leberhilfe e. V.  
Krieler Str. 100  
50935 Köln

## Mitgliedsantrag

- Ja, ich möchte die Arbeit der Deutschen Leberhilfe e. V. unterstützen, und zwar als (Zutreffendes bitte ankreuzen)**
- ordentliches Mitglied mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag von **40,00 Euro\***.
  - ordentliches Mitglied mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag in selbst gewählter Höhe von \_\_\_\_\_ (mind. 40,00 Euro).

Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht spätestens einen Monat vor Ablauf des Kalenderjahres (30.11.) die schriftliche Kündigung erfolgt.

- Gleichzeitig ermächtige ich die Deutsche Leberhilfe e. V. widerruflich, den Betrag von folgendem Konto abzubuchen:**

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

### Absender

Name, Vorname\*\* : \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.\*\* : \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort\*\* : \_\_\_\_\_

Telefon\*\* : \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erkrankung: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift\*\* : \_\_\_\_\_

*Bitte schicken Sie den ausgefüllten Mitgliedsantrag an unsere Postadresse (siehe Rückseite).*

**\*Hinweis:** Bei Versandadressen im Ausland gelten unterschiedliche Preise für die Mitgliedschaft: 47,- Euro/Jahr im europäischen Ausland und 53,- Euro/Jahr im außereuropäischen Ausland

**\*\*Pflichtfelder**

Deutsche Leberhilfe e. V.  
Krieler Str. 100  
50935 Köln



## In eigener Sache

Die Deutsche Leberhilfe e.V. ist ein gemeinnütziger Verein und finanziert sich über Spenden und Mitgliedsbeiträge. Mit Spenden oder Ihrer Mitgliedschaft helfen Sie uns, unsere Beratung auch weiterhin anzubieten und auszubauen. Mitglieder erhalten zum Jahresbeitrag von 40,- EUR viermal im Jahr unsere Patientenzeitschrift „Lebenszeichen – Das Lebermagazin“. Zudem können Mitglieder ohne Zusatzkosten unsere Sonderhefte und Broschüren anfordern. Bei Fragen zu Lebererkrankungen und ihrer Behandlung können Mitglieder regelmäßig unsere telefonische Beratung in Anspruch nehmen. Für komplexe medizinische Fragen steht den Mitgliedern der Deutschen Leberhilfe e.V. auch unser medizinischer Beirat zur Verfügung.

An dieser Stelle möchten wir noch einmal darauf hinweisen, dass die Deutsche Leberhilfe e.V. keine individuelle Rechtsberatung durchführen kann. Sollten Sie tiefergehende rechtliche Fragen haben, wenden Sie sich bitte an eine(n) Rechtsanwalt/anwältin Ihres Vertrauens.

**Ihr Team der Deutschen Leberhilfe e.V.**



**Deutsche Leberhilfe e.V.**

Spendenkonto:

IBAN: DE95265522860000124800

BIC: NOLADE21MEL

Die Deutsche Leberhilfe e.V. ist Gründungstifter der Deutschen Leberstiftung: [www.deutsche-leberstiftung.de](http://www.deutsche-leberstiftung.de)



Wenn Sie zu Lebererkrankungen weitere Fragen haben, in Ihrer Nähe einen Leberspezialisten oder eine Selbsthilfegruppe suchen, können Sie sich gerne an uns wenden. Wir bieten auch für Nicht-Mitglieder eine unverbindliche Erstberatung an:

### **Deutsche Leberhilfe e.V.**

Krieler Str. 100

50935 Köln

Tel.: 02 21/28 29 980

Fax: 02 21/28 29 981

E-Mail: [info@leberhilfe.org](mailto:info@leberhilfe.org)

Internet: [www.leberhilfe.org](http://www.leberhilfe.org)

Wir danken folgenden Firmen für die  
Förderung dieser Broschüre:

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

MSD Sharp & Dohme GmbH