



Deutsche Leberhilfe e.V.



**hepatitis C koalition**  
Risiken erkennen – gemeinsam handeln

## Wissenswertes zu Patientenrechten

Ein juristischer Ratgeber

Stand: März 2003

## Inhalt

I. Grundsätzliches

II. Hepatitis C und Schadensfall

III. Hepatitis C und Berufsleben

IV. Hepatitis C und Krankenversicherung

V. Hepatitis C und Öffentlicher Gesundheitsdienst

VI. Hepatitis C und Versorgungsansprüche, Teil 1: Versorgungsamt

VI. Hepatitis C und Versorgungsansprüche, Teil 2: Rente

Im Anhang: Adressen, Links und Anlaufstellen

## Einführung

Im Rahmen der Beratungspraxis bei der Hepatitis C kommt es regelmäßig auch zu Fragen, die einen juristischen Hintergrund haben. Dabei werden verschiedene Rechtsgebiete berührt. Es handelt sich z.B. um Fragen des Leistungsrechts der Kranken- und Unfallversicherung, Regelungen von Schadensersatzansprüchen wegen einer fehlerhaften Behandlung oder in Zusammenhang mit dem Gesundheitsamt, z.B. im Zuge der Umsetzung des neuen Infektionsschutzgesetzes.

Der vorliegende Ratgeber stellt eine Auswahl häufig gestellter Fragen zusammen und versucht sie allgemeinverständlich zu beantworten. Der Ratgeber übernimmt auch eine Servicefunktion, indem er zusätzlich zu den Einzelfragen grundsätzliche Verfahrenswege aufzeigt. Zudem stellt er eine Reihe von Adressen zur Verfügung, die zumindest als erste Anlaufstelle dienen können. Auf juristische Fachtermini wird dabei soweit möglich verzichtet.

Die Antworten sollen eine Hilfestellung bei einzelnen Fragen mit juristischem Hintergrund rund um die Hepatitis C geben. Selbstverständlich können diese Antworten nicht abschließend sein und nicht alle Einzelfragen aufgegriffen werden. Im Einzelfall ist daher eine Rechtsberatung durch die rechtsberatenden Berufe unerlässlich. Die Antworten und Hinweise sind nach bestem Wissen zusammengestellt. Gleichwohl können wir für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität keine Gewähr übernehmen.

Eine wesentliche inhaltliche Grundlage des Ratgebers stellt die sogenannte Patientencharta dar. Auf Vermittlung des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung hat eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Präsident BGH a. D. Dr. h.c. Geiß dieses Dokument mit dem Titel „Patientenrechte in Deutschland“ erarbeitet. Das Dokument informiert auf der Grundlage des geltenden Rechts über die wesentlichen Rechte und Pflichten von Patienten und Ärzten im Rahmen der medizinischen Behandlung und enthält außerdem Hinweise für den Fall einer fehlerhaften Behandlung.

Die Arbeitsgruppe, die sich aus Vertretern von Patienten- und Ärzteverbänden, der gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherern, der freien Wohlfahrtsverbände sowie der Gesundheitsminister- und Justizministerkonferenz zusammensetzte, übergab das Dokument am 16. Oktober 2002 der Bundesministerin der Justiz und der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung. Am 24. Dezember 2002 veröffentlichte der vom Bundesministerium der Justiz herausgegebene Bundesanzeiger das Dokument.

Die Patientencharta wurde von gemeinsam verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens erarbeitet, die im Anhang dieser Broschüre aufgeführt sind. Über die Patientencharta hinaus wurde auf entsprechende Publikationen des Datenschutzbeauftragten zurückgegriffen. Im Rahmen der Erstellung des Ratgebers leisteten auch die Rechtsanwältinnen Bärbel Thies, Düsseldorf und Anja Bollmann, Bergisch Gladbach wertvolle Hilfestellung.

Der Ratgeber bezieht sich auf den derzeitigen Stand der Gesetzgebung (März 2003).

**hepatitisCkoalition**

**Deutsche Leberhilfe e.V.**

# Wissenswertes zu Patientenrechten

## I. Grundsätzliches

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

Die recht umfangreichen Rechte der Patienten ergeben sich aus den unterschiedlichsten Gesetzen und Bestimmungen. Die im Herbst 2002 veröffentlichte Patientencharta „Patientenrechte in Deutschland“ bietet Patienten erstmals eine Übersicht. Im Folgenden werden noch weitere Quellen benannt, aus denen Patienten je nach Einzelfall Rechte ableiten können:

- Die Menschenwürde und das Recht auf Selbstbestimmung, resultierend aus Art. 1 und 2 des Grundgesetzes (GG);
- Das Vertragsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Relevant ist hier besonders das Dienstvertragsrecht und das Recht der Leistungsstörungen. Hierzu gehören so genannte „Schlechtleistungen“ durch Ärzte oder Krankenhäuser, die zu Schadensersatzansprüchen führen können;
- Die ebenfalls im BGB festgelegten (normierten) Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche bei Vorliegen unerlaubter Handlungen;
- Das Arzneimittelgesetz, insbesondere mit der aus § 84 resultierenden Gefährdungshaftung des Arzneimittelherstellers;
- Das Fünfte Sozialgesetzbuch, mit welchem insbesondere das Verhältnis zu den Krankenkassen geregelt wird;
- Der zweite Teil des Sozialgesetzbuch Neun, das sich mit dem Recht der Schwerbehinderten beschäftigt;
- Und nicht zuletzt das Strafgesetzbuch, hier insbesondere der Schutz der körperlichen Integrität sowie die Wahrung des so genannten Patientengeheimnisses durch den Arzt und seine Beschäftigten.

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

Der Arzt – das muss nicht zwingend der Behandler sein – muss den Patienten grundsätzlich so frühzeitig über die Art und Durchführung der Behandlung aufklären, dass der Patient seine Entscheidung über die ärztliche Maßnahme ohne Entscheidungsdruck fällen kann. Der Umfang der Aufklärung richtet sich insbesondere nach Schwere und Dringlichkeit des Eingriffs. Je dringlicher der Eingriff ist, um so weniger Zeit bleibt für die Information. Im allgemeinen genügt eine Aufklärung im „Großen und Ganzen“. Der Patient muss nicht notwendigerweise über medizinische Details informiert werden. Zu den relevanten Themen zählen u.a. Informationen zu Vorbeugemaßnahmen, zu Chancen und Risiken der Behandlung auch im Vergleich zum Krankheitsverlauf ohne Behandlung sowie Nutzen und Risiken der zur Anwendung kommenden Arzneimittel und Medizinprodukte. Besondere Informationspflichten gibt es bei Behandlungen, die noch nicht dem medizinischen Standard entsprechen bzw. deren Wirksamkeit und Sicherheit noch nicht wissenschaftlich abgesichert sind. Hierzu zählen z.B. individuelle Heilversuche oder klinische Prüfungen. Hier reicht eine Information „im Großen und Ganzen“ nicht aus. Vielmehr muss über Durchführungsbedingungen, Nutzen und Risiken sowie über Behandlungsalternativen vollständig aufgeklärt werden.

### **3. Was hat es mit der Einwilligung auf sich?**

Ein Patient muss seine wirksame Einwilligung in eine Behandlung geben. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass der Arzt durch die von ihm vorgenommene Behandlung keine Körperverletzung begeht. Grundsätzlich hat die Einwilligung ausdrücklich – nicht aber zwangsläufig schriftlich – zu erfolgen. Der Arzt sollte die Erteilung der Einwilligung dokumentieren, ist hierzu aber nicht verpflichtet. Nur die wirksame Einwilligung legitimiert den Arzt zum Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten.

Davon ausgenommen sind Fälle, in denen die Einwilligung des Patienten nicht mehr rechtzeitig erteilt werden kann und ein Zuwarten das Risiko schwerer gesundheitlicher Schäden mit sich bringt, z.B. bei Notfällen. Hier geht man von dem mutmaßlichen Willen des Patienten aus und nimmt den Eingriff vor, wenn kein entgegenstehender Wille des Patienten bekannt ist. Derartige Situationen entstehen beispielsweise bei Unfallpatienten, die im Zustand der Bewusstlosigkeit eingeliefert werden.

### **4. 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.

### **5. Wer bestimmt, welcher Arzt aufgesucht werden muss?**

Patienten haben grundsätzlich das Recht auf freie Arzt- und Krankenhauswahl. Dieses Recht ist ausdrücklich im Fünften Sozialgesetzbuch (§ 76 SGB V) benannt. 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. Bei privat Krankenversicherten können sich Einschränkungen in Abhängigkeit vom gewählten Tarif ergeben, z. B. bei sog. Hausarztтарifen. Oft besteht bei Patienten Unsicherheit darüber, ob sie bei einer Überweisung durch den behandelnden Arzt gezwungen sind, zu einem Kollegen 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.

Eine Einschränkung gibt es allerdings auch bei der freien Arztwahl; diese findet sich in § 76 Abs. 2 SGB V. Wenn ein Patient ohne zwingenden Grund einen anderen als den nächst erreichbaren Arzt wählt, ist er verpflichtet, die hierdurch entstehenden Mehrkosten zu zahlen. Das Gleiche gilt für ärztlich geleitete Einrichtungen.

### **6. Können Fachärzte immer noch ohne Weiteres aufgesucht werden?**

Ja. Grundsätzlich können Fachärzte ohne Weiteres direkt aufgesucht werden.

### **7. Welche Möglichkeiten hat ein Patient mit Hepatitis C, wenn ihm sein Zahnarzt aufgrund der Erkrankung die Behandlung verweigert?**

Grundsätzlich kann niemand zur Behandlung gezwungen werden und niemand darf eine Behandlung erzwingen. In seltenen Ausnahmefällen kann der Staat Anordnungen treffen, die die Gesundheit und Selbstbestimmung des Patienten berühren (z. B. die Einweisungsmöglichkeit nach dem Unterbringungsrecht oder die Untersuchungen im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes).

Rechtlich gesehen wird zwischen Arzt und Patient ein Behandlungsvertrag abgeschlossen. Die Behandlung durch den (Zahn)Arzt ist die Erfüllung seiner vertraglichen Verpflichtung. Dieser Verpflichtung steht die Vergütungs- bzw. Zahlungsverpflichtung des Patienten, bzw. seiner Krankenkasse gegenüber. Die gegenseitigen Rechte und Pflichten sind durch das Zivilrecht, und zwar das Dienstvertragsrecht, insbesondere aber durch die (Muster-) „Berufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte“ geregelt.

Ein Zahnarzt kann daher ebenso wie jeder andere Arzt die Behandlung gleich aus welchen Gründen verweigern. Anders verhält es sich, wenn ein Notfall vorliegt. Hier ist der Zahnarzt verpflichtet, die Behandlung durchzuführen.

### **8. Kann ein Arzt einem Patienten die Interferon-Therapie verweigern? (z.B. weil er normale Leberwerte hat, weil er Methadon nimmt oder weil er „zu alt“ ist)**

Ja. 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 Patienten durchzuführen. Selbst bei einer rein willkürlichen Entscheidung des Arztes hat ein Patient im Rahmen des üblichen Behandlungsvertrages keine Möglichkeit, eine bestimmte Behandlung zu erzwingen. Sollte es diesbezüglich 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 und gegebenenfalls mit einem anderen Arzt die Therapie durchzuführen.

## II. Hepatitis C 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.

In Fällen einer fehlerhaften Behandlung oder unzureichenden Aufklärung können dem Patienten Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche zustehen. Bei Schäden, die durch Arzneimittel oder durch ein Medizinprodukt (z. B. Röntgengerät) verursacht worden sind, können auch Ansprüche gegen den pharmazeutischen Unternehmer bzw. den Hersteller bestehen.

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 Behandlungsdokumentation nehmen bzw. sich Kopien anfertigen lassen. Darauf hat er einen Rechtsanspruch.

Im stationären Bereich steht dem Patienten außerdem die Möglichkeit offen, sich an die Krankenhausleitung zu wenden. (aus: Patientenrechte in Deutschland.)

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

Wenn ein Patient davon ausgeht, dass seine Krankheit auf einen Behandlungsfehler des Arztes oder einen anderen fehlerhaften Vorgang z. B. im Krankenhaus zurückzuführen ist, so muss er dies beweisen. Dies gilt allerdings nicht, wenn ein Arzt seine Aufklärungs- und Dokumentationspflichten verletzt hat. In einem solchen Fall muss dann der Arzt nachweisen, dass er keinen Fehler gemacht hat. Man spricht im Zivilrecht von der so genannten Beweislast, die je nachdem beim Arzt oder Patienten liegt.

### **2. Wen trifft die Beweislast, wenn die Infektion eines Patienten (z.B. Hepatitis C) auf die mangelnde Hygiene in einem Krankenhaus zurückzuführen ist?**

Die Beweislast liegt zunächst beim Patienten. Der Betroffene muss grundsätzlich darlegen und beweisen, dass ein verantwortliches Tun oder Unterlassen des beschuldigten Arztes oder Krankenhauses den jeweiligen Schaden verursacht hat. Dies bedeutet, dass die erkrankte Person darlegen und beweisen muss, dass die hygienischen Zustände im Krankenhausbereich während der Behandlung nicht ordnungsgemäß waren und es dadurch zu einem Gesundheitsschaden gekommen ist.

Im weiteren Verlauf eines Zivilprozesses muss dargelegt und bewiesen werden, dass das Krankenhaus für diese Zustände verantwortlich ist, ihm also erfolgreich ein Verschulden vorgeworfen werden kann. Für den Patienten ist es nur sehr schwer darzulegen und zu beweisen, inwiefern die Organisation des Krankenhauses unzureichend und der Einsatz seines Pflege- und sonstigen Personals die Verantwortung des Krankenträgers trifft. Daher geht man im Falle eines angenommenen „Organisationsmangels“ davon aus, dass das Infektionsrisiko durch das Personal im Krankenhaus beherrschbar gewesen wäre. In diesen Fällen findet eine Beweislastumkehr zugunsten des Betroffenen statt. Das Krankenhaus muss sich also entlasten, d.h. den so genannten Entlastungsbeweis erbringen.

### **3. Welche Unterlagen werden für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen benötigt?**

Sofern Schadensersatzansprüche durchgesetzt werden sollen, sollte der Erkrankte den Verlauf der Krankheit und Behandlung stichwortartig und chronologisch festhalten. Diese Aufzeichnungen sollten folgende Angaben enthalten:

- Wie entwickelte sich die Erkrankung und welche Erfolge zeigte die Behandlung?
- Welche Medikamente wurden verordnet und eingenommen?
- Wie verlief das Aufklärungsgespräch? Mit wem wurde es geführt und welchen Inhalt hatte es?
- Wann fanden Gespräche mit dem Arzt statt, und welchen Inhalt hatten sie?
- Welche Zeugen stehen zur Verfügung? (Verwandte, Bekannte oder auch Mitarbeiter des behandelnden Arztes)

Darüber hinaus sollte dafür Sorge getragen werden, dass die Krankenunterlagen so umfassend wie möglich eingesehen und kopiert wurden. Dies darf der behandelnde Arzt bzw. das Krankenhaus in der Regel nicht verweigern. Lediglich seine persönlichen Aufzeichnungen, die unter Umständen Bestandteil der Krankenunterlagen sind, werden nicht vom Einsichtnahmerecht umfasst.

Selbst Röntgenbilder muss ein Arzt bzw. Krankenhaus zumindest in Kopie herausgeben, falls bei dem Patienten ein erhebliches Interesse an der Herausgabe besteht. Ein erhebliches Interesse wird beispielsweise angenommen, wenn die Krankenunterlagen nebst Röntgenbildern zur Vorbereitung bzw. Prüfung einer Schadensersatzklage des Patienten dienen sollen.

Die Krankenunterlagen sollten schriftlich angefordert werden. Es ist diesbezüglich ratsam, die Bestätigung des Empfanges auf Seiten des Arztes oder Krankenhauses mittels Einschreiben/Rückscheinbriefs zu gewährleisten. Ärzte und Krankenhäuser sind zur Dokumentation und zur Aufbewahrung der Dokumente verpflichtet.

### **4. Kann die Fehldiagnose eines Arztes für sich allein gesehen bereits zu einem Schadensersatzanspruch gegen den behandelnden Arzt führen?**

Dies muss im Einzelfall geklärt werden, wäre dann aber denkbar, wenn durch die Fehldiagnose des behandelnden Arztes ein Gesundheitsschaden nachweislich verursacht worden ist.

### **5. Wann verjähren Ersatzansprüche?**

Dies hängt von der Art und dem Zeitpunkt des Schadens sowie davon ab, wann der Betroffene von dem Schaden selbst und vom Verursacher des Schadens erfährt. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Verletzte vom Schaden und der Person des Schädigers Kenntnis erlangt hat bzw. ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen.

Bei ärztlichen Behandlungsfehlern beginnt daher die Verjährung erst, wenn der Patient Kenntnis von Tatsachen erlangt, aus denen sich für ihn als medizinischen Laien ergibt, dass der Arzt von dem üblichen medizinischen Vorgehen abgewichen ist oder Maßnahmen nicht getroffen hat, die nach ärztlichem Standard erforderlich gewesen wären.

Mit der zum 01.01.02 in Kraft getretenen Schuldrechtsreform wurde die Verjährungsfrist für Schadensersatzansprüche im Allgemeinen auf drei Jahre herabgesetzt. Dies umfasst sowohl Schadensersatzansprüche, die aus einer vertraglichen Beziehung resultieren als auch solche, die durch eine unerlaubte Handlung entstehen.

Der Gesetzgeber hat zudem unabhängig vom Beginn der Verjährung Höchstfristen festgelegt, bis zu der Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden können.

Schadensersatzansprüche, die eine Verletzung des Körpers, des Lebens oder der Gesundheit zum Inhalt haben, verjähren ohne Rücksicht auf ihre Entstehung und die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis spätestens 30 Jahre nach dem Tag der Behandlung bzw. Pflichtverletzung.

Wenn also nach Ablauf dieser 30 Jahre wegen eines Behandlungsfehlers Schadensersatzansprüche an einen Arzt gestellt werden, kann dieser sich erfolgreich mit der Einrede der Verjährung verteidigen. Für vor dem 01.01.2002 eingetretene Schäden gelten Übergangsregelungen mit anderen Verjährungsfristen. Diese sollten im Einzelfall möglichst rasch geklärt werden.

#### **6. Besteht ein Schadensersatzanspruch bei einer Bluttransfusion, durch die die Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus verursacht wurde?**

Hierzu lässt sich ohne nähere Kenntnis des Einzelfalles keine generelle Antwort geben. Statt dessen sei auf folgende Problempunkte hingewiesen, die sich bei Schadensersatzklagen gegen Ärzte bzw. Krankenhäuser zeigen:

Bei der Verfolgung eines Schadensersatzanspruchs muss der Kläger die anspruchsbegründenden Tatsachen darlegen und beweisen. Bei einer lang zurückliegenden Infektion ist es im Regelfall ausgesprochen schwierig bis unmöglich, das mit der Klage befasste Gericht von der Ursächlichkeit einer Jahre zurückliegenden Bluttransfusion bzw. der Verabreichung eines Blutpräparats zu überzeugen. Häufig gehen die Gerichte davon aus, dass andere Ursachen nicht auszuschließen sind, so dass eine Verurteilung des oder der Beklagten nicht möglich ist.

Darüber hinaus muss das Krankenhaus bzw. der behandelnde Arzt die Infizierung verschuldet haben. Besonders ungünstig sind die Aussichten, wenn die entsprechende Transfusion vor 1991 stattfand. Da das Hepatitis-C-Virus erst 1989 entdeckt wurde und erst ab April 1991 ein entsprechendes Testverfahren für Blutkonserven zur Verfügung stand, scheidet der Anspruch häufig daran, dass der Arzt keine Möglichkeit hatte, den Schaden zu vermeiden und ihm daher kein Schuldvorwurf gemacht werden kann.

Zu beachten ist zudem das Problem der Verjährung.

#### **7. Durch Sexualkontakt wurde der Partner mit Hepatitis C infiziert. Wird der Hepatitis-C-Erkrankte dadurch schadensersatzpflichtig?**

Sofern das Hepatitis-C-Virus über den Sexualkontakt übertragen wurde, kommt es darauf an, ob der Hepatitis-C-Erkrankte seinen Partner auf das Risiko der Infektion hingewiesen hat. Dies setzt natürlich voraus, dass der Hepatitis-C-Träger bereits von seiner Infektion wusste. Besteht Kenntnis über eine Infektion, so ist der Hepatitis-C-Träger auch verpflichtet, über das Übertragungsrisiko aufzuklären. Unterlässt er dies und infiziert seinen Sexualpartner, so stellt dies eine unerlaubte Handlung dar, die ihn schadensersatzpflichtig macht.

### III. Hepatitis C und Berufsleben

#### 1. Muss eine Hepatitis C im Bewerbungsgespräch angegeben werden ?

Dies ist eine der am häufigsten diskutierten Fragen und muss im Einzelfall geklärt werden. Derzeit ist den Autoren keine festgelegte Rechtsprechung bekannt, die diese Problematik bei Hepatitis C eindeutig klärt.

Von sich aus (ungefragt) muss ein Arbeitnehmer laut Bundesarbeitsgericht (BAG) 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. Während die Frage nach einer Schwerbehinderung immer wahrheitsgemäß beantwortet werden muss, ist die Rechtslage bei der Frage nach chronischen Erkrankungen weniger klar.

Grundsätzlich wird die Auffassung vertreten, dass Fragen nach chronischen Krankheiten nur insoweit zulässig sind, als sie mit einem überwiegenden Interesse des neuen Arbeitgebers gerechtfertigt werden können. 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 Hepatitis C mit einer Unfähigkeit verbunden sein kann, die konkrete Tätigkeit auszuüben und ob je nach Berufsbereich ein erhöhtes Infektionsrisiko für das Umfeld durch Blut-zu-Blut-Kontakt bestehen könnte.

Bei HIV und Aids wird zurzeit noch zwischen HIV-Infektion (keine Auskunftspflicht im Bewerbungsgespräch) und ausgebrochener Aids-Erkrankung (Auskunftspflicht) unterschieden. Bei der Hepatitis C ist die Unterscheidung schwieriger, da der Verlauf von Infektion zur Erkrankung schleichend ist und sich hier oft keine klare Grenze ziehen lässt.

#### 2. Der zukünftige Arbeitgeber besteht auf der Durchführung einer arbeitsmedizinischen Untersuchung. Muss dies in Kauf genommen werden?

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 Einstellungsvoraussetzung machen. Die Untersuchung darf selbstverständlich nur auf freiwilliger Basis mit Zustimmung des Bewerbers durchgeführt werden. Die Untersuchung erstreckt sich ohne Zustimmung des Bewerbers grundsätzlich nicht auf das Vorliegen einer Hepatitis C. Etwas anderes kann jedoch für Beschäftigungen in besonders infektionsgefährdeten Bereichen wie beispielsweise im Krankenhaus gelten.

#### 3. 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 zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die von ihm an den Arbeitgeber weitergereichten Informationen müssen sich daher auf die Feststellung der Arbeitsfähigkeit beschränken. Die zu diesem Ergebnis führenden einzelnen Befunde dürfen dem Arbeitgeber nicht mitgeteilt werden.

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.

#### **4. Kann mir aufgrund meiner Hepatitis-C-Infektion/Erkrankung gekündigt werden?**

Die Hepatitis-C-Infektion stellt gewöhnlich 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.

#### **5. Muss beim Einstellungsgespräch bereits über eine bewilligte Kur, eine geplante Operation oder eine Interferon-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 nichtig. Der Bewerber ist allerdings nicht verpflichtet, den Grund für die Kur anzugeben. Die arbeitsrechtlichen Konsequenzen, die das Verschweigen einer bereits konkret geplanten Interferon-Therapie nach sich zieht, sind vergleichbar. Da die Therapie regelmäßig mit schwerwiegenden körperlichen Begleiterscheinungen einhergeht, kann man davon ausgehen, dass die Leistungsfähigkeit des zukünftigen Arbeitnehmers über einen längeren Zeitraum stark reduziert sein wird. Da der Arbeitgeber die Leistungsfähigkeit seines zukünftigen Arbeitnehmer einschätzen muss, ist der Bewerber zur Auskunft verpflichtet.

#### **6. Muss der Hepatitis-C-Erkrankte beim Einstellungsgespräch seinen zukünftigen Arbeitgeber über einen eventuell vorhandenen Schwerbehindertenstatus (GdB von 50 oder mehr) aufklären?**

Ja, wenn Einschränkungen bei der Ausführung der Arbeit zu erwarten sind. Auch zieht der Status des Schwerbehinderten eine Vielzahl an Sonderregelungen nach sich. Der Arbeitgeber hat beispielsweise die Zustimmung des Integrationsamtes einzuholen, falls er einem Schwerbehinderten kündigen möchte. Zudem hat ein Schwerbehinderter ein Recht auf fünf zusätzliche Urlaubstage. Aus den Sonderregelungen ergibt sich, dass der Arbeitgeber bei Neueinstellungen ein berechtigtes Interesse hat, zu erfahren, ob ein Schwerbehindertenstatus vorliegt.

#### **7. Muss der Hepatitis-C-Erkrankte seinen Arbeitgeber über seinen ggf. vorhandenen Status als Schwerbehinderter informieren?**

Nein. Besteht das Beschäftigungsverhältnis bereits zu dem Zeitpunkt, zu dem eine Schwerbehinderung festgestellt wird, ist der Mitarbeiter nicht verpflichtet, seinen Arbeitgeber hierüber zu informieren. Er kann sich dann jedoch auch nicht auf die hieraus resultierenden Vorteile berufen. Sollte dem schwerbehinderten Mitarbeiter zu einem Zeitpunkt gekündigt werden, zu dem den Arbeitgeber der Schwerbehindertenstatus noch nicht bekannt war, kann sich der Betroffene hierauf innerhalb eines Monats nach Kündigungszugang berufen.

## IV. Hepatitis C 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 Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, den Ausschuss Krankenhaus bzw. den Koordinierungsausschuss. Diese erstellen Richtlinien z. B. für Heilmittel, Arzneimittel oder neue Behandlungsmethoden, die regeln, ob Leistungen zu Lasten 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 so genannten „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 sollen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten hierfür übernehmen, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- Schwerwiegende (lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende) Erkrankung,
- Keine andere zugelassene Therapie ist verfügbar,
- Aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse ist zu erwarten, dass das Arzneimittel für die betreffende Krankheit zugelassen werden kann.

Liegen diese engen Voraussetzungen vor, so kann der Arzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen das Arzneimittel verschreiben. Gleichwohl prüfen die Krankenkassen den „Off-Label-Use“ kritisch. Für die Ärzte bringt dies bei von o.g. Voraussetzungen abweichenden Einsatz die Gefahr von Regressen mit sich.

### 3. Was ist zu tun, wenn die gesetzliche Krankenkasse die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme nicht übernehmen will und der Patient der Überzeugung ist, einen Anspruch auf 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 Landes- oder Bundesversicherungsanstalt für Angestellte oder sonstige Versicherungsträger, vorhanden ist.

Vor Beginn der Maßnahme sollte aus Gründen der Rechtssicherheit ein Bescheid, der in jedem Fall schriftlich sein muss, von der Krankenkasse bezüglich der Übernahme von Kosten verlangt werden.

Eine mündliche Zusage allein begründet keinen endgültigen Zahlungsanspruch des Leistungsempfängers.

Lehnt die Krankenkasse die Übernahme der Rehabilitationskosten 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 an das Bundessozialgericht in Monatsfrist

#### **4. Ist es möglich, trotz Hepatitis-C-Erkrankung 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 Einkommen die so genannte Versicherungspflichtgrenze von zurzeit 3.825,00 EUR übersteigt (Stand 1.1.2003). In diesem Fall kann in die private Krankenversicherung gewechselt werden. Gleiches gilt für selbständig 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 nicht verpflichtet, einen interessierten Patienten auch aufzunehmen. Häufig lehnen sie den Abschluss eines Versicherungsvertrages bei Vorliegen schwerer Erkrankungen, also auch bei Hepatitis C, gänzlich ab oder verlangen einen hohen Risikozuschlag. Grundlage hierfür sind dann die so genannten Annahmerichtlinien, die je nach Versicherungsgesellschaft unterschiedlich ausgestaltet sein können.

Bei einer Hepatitis C ist in der Regel damit zu rechnen, dass die Krankenversicherung aufgrund der zu erwartenden Versorgungsleistungen Risikozuschläge kalkuliert, die zu relativ hohen Prämien führen. Darüber hinaus können bestimmte Leistungskomplexe ausgeschlossen werden. Dennoch ist die Erkrankung bei Abschluss der Versicherung zwingend anzugeben, da ansonsten die Gefahr besteht, dass Behandlungskosten nicht übernommen werden.

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

Die gesetzliche Krankenversicherung ist bei Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze verpflichtet, dem Versicherten den Schutz der Solidargemeinschaft zu gewähren. Ein Wechsel ist also grundsätzlich abhängig vom Einkommen des Versicherten bzw. vom beruflichen Status, den der Versicherte hat. Sinkt das Einkommen unter die Versicherungspflichtgrenze von zurzeit € 3.825,00 (Stand 1.1.2003) oder treffen die in § 6 SGB V genannten weiteren Voraussetzungen nicht mehr zu, so muss die gesetzliche Krankenkasse das neue Mitglied aufnehmen.

Etwas anderes gilt zum Beispiel, wenn die zu versichernde Person bereits das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat und darüber hinaus in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert war. Dann ist ein Wechsel in die gesetzliche Krankenkasse nicht mehr möglich. Hierdurch soll vermieden werden, dass die Versicherten in jungen Jahren relativ günstige private Versicherungen nutzen und einen Wechsel dann vornehmen, wenn die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichsweise günstiger sind. Dies ist in der Regel im höheren Lebensalter der Fall.

#### **6. Wie ist zu reagieren, wenn die private Krankenversicherung dem Versicherten einen neuen Vertrag anbietet, bei dem die Folgekosten der Hepatitis-C-Erkrankung nicht erstattet werden?**

Rechtlich gesehen handelt es sich hierbei um eine so genannte Abänderungskündigung. Dies heißt, dass die Krankenversicherung am alten Vertrag nicht mehr festhalten will und gleichzeitig anbietet, unter geänderten Konditionen einen neuen Vertrag abzuschließen. Dieses Angebot sollte immer dann abgelehnt werden, wenn eine Kündigungsmöglichkeit seitens der privaten Versicherung nicht vorliegt. Dies allerdings ist abhängig vom Einzelfall, dem zugrundeliegenden Versicherungsvertrag und den vereinbarten allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

In diesem Fall kann die Krankenversicherung unter Fristsetzung schriftlich aufgefordert werden, die Kosten für die begehrte Maßnahme zu übernehmen. Vorher sollte man den Versicherungsvertrag durchsehen, der die Rechtsgrundlage des Vertragsverhältnisses ist. Daraus ergeben sich alle gegenseitigen Rechte und Pflichten. Sollte außergerichtlich mit der Versicherung keine Einigung erzielt werden können, kann der Rechtsweg über die Zivilgerichte beschritten werden.

**8. 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.

**9. Besteht die Möglichkeit, die Mitgliedsakte einzusehen?**

Bei der Krankenkasse kann um Akteneinsicht gebeten werden, die im Regelfall auch gewährt wird. Sofern es Unstimmigkeiten gibt, sollte ggf. aus Gründen der Rechtssicherheit ein schriftlicher Antrag bei der Krankenkasse auf Überprüfung und Löschung gestellt werden. Kommt die Krankenkasse dem Löschungsersuchen nicht nach, so hat wiederum die Widerspruchsstelle über den Antrag zu entscheiden, sodann die Sozialgerichtsbarkeit.

## V. Hepatitis C und Öffentlicher Gesundheitsdienst

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

Das Gesundheitsamt erhält Meldungen über Infektionskrankheiten, um Infektionsquellen ermitteln und Übertragungen von Krankheitserregern verhüten zu können.

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

Der erstmalige Nachweis von Hepatitis-C-Viren im Blut ist seitens des untersuchenden Labors namentlich meldepflichtig. 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.

Seitens des behandelnden Arztes besteht eine namentliche Meldepflicht nur bei Verdacht auf „akute Virushepatitis“. Diese Verlaufsform kommt eher bei Hepatitis A und Hepatitis B und nur sehr selten bei Hepatitis C vor. Deshalb stammen die bei Gesundheitsämtern eingehenden Meldungen von Hepatitis-C-Infektionen 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 Broschüren, ggf. auch telefonisch an die Klientin / den Klienten wenden.

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

Alle Fragen, die Mitarbeiter/-innen des Gesundheitsamt im Rahmen ihrer Aufgaben (siehe oben) 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.

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

Die personenbezogenen Daten einer HCV-Infektion sind vom Gesundheitsamt spätestens nach drei Jahren zu löschen.

### 6. Was ist zu tun, wenn der Verdacht besteht, dass das Gesundheitsamt Informationen über eine Hepatitis-C-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-C-Infektion an Unbefugte weitergeleitet wurden, sollte zunächst die Leitung des Gesundheitsamtes angeschrieben werden. Wenn dies nicht weiterführt, sollte der Gesundheitsdezernent des Kreises/ 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-C-Infektion 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.

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

Nein.

## VI. Hepatitis C und Versorgungsansprüche

### Teil 1: Versorgungsamt

#### **1. Wie kann ein Hepatitis-C-Erkrankter 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 Versorgungsamt 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 durch einen Arzt begutachten, der die Auswirkungen der jeweiligen Gesundheitsstörung feststellt und den GdB schätzt. 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 Antragsstellers eine Fehlentscheidung hinsichtlich der Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) getroffen hat?**

Die Feststellungen über den GdB sind Verwaltungsakte und können daher im Verwaltungsverfahren mit dem Widerspruch des Antragstellers angegriffen werden. Hierbei ist die Widerspruchsfrist von einem Monat zu beachten, innerhalb derer der Rechtsbehelf eingelegt werden muss. Sollte im Widerspruchsverfahren wiederum eine Fehlentscheidung getroffen und dem Begehren des Antragstellers nicht nachgekommen werden, so kann dagegen vor dem Sozialgericht Klage erhoben werden.

#### **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 (z.B. „H“ für Hilflos) zu ändern, wenn sich die behinderungsbedingten Umstände, also der Zustand des Betroffenen seit dem Zeitpunkt der letzten behördlichen Entscheidung wesentlich geändert haben. Merkzeichen sind ausgleichende Nachteile (bestimmte körperliche Gebrechen wie z.B. eingeschränkte Gehfähigkeit).

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 geändert hat.

Geht der Betroffene davon aus, dass sich sein Zustand mindestens in diesem Maße verschlechtert hat, sollte er einen Antrag bei seinem Versorgungsamt stellen. Dort wird nach Einholung der ärztlichen Stellungnahmen und gegebenenfalls einer neuerlichen Begutachtung über den Antrag entschieden.

Lehnt das Versorgungsamt eine Änderung des GdB ab, so kann hiergegen der Rechtsweg beschritten werden.

## VI. Hepatitis C und Versorgungsansprüche

### Teil 2: Rente

#### 1. Welche Rentenansprüche stehen Patienten gegebenenfalls aufgrund einer Hepatitis C zu?

Dies hängt davon ab, wie stark die Hepatitis C 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 im allgemeinen Sprachgebrauch noch zu findende Unterscheidung zwischen Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente ist mit dem 31.12.2000 weggefallen. 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.

Ist der Erkrankte auf nicht absehbare Zeit lediglich in der Lage, zwar mehr als drei, aber weniger als sechs Stunden zu arbeiten, besteht Anspruch auf teilweise Erwerbsminderungsrente.

Stellt der Arzt fest, dass der Erkrankte nur noch weniger als drei Stunden täglich arbeiten kann, so ist diesem die volle Erwerbsminderungsrente zu gewähren.

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 eine Besserung des Gesundheitszustandes nicht eingetreten ist und voraussichtlich auch nicht eintreten wird.

Die Rente wegen Erwerbsminderung kann bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres beansprucht werden, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- der Betroffene ist teilweise erwerbsgemindert;
- er hat in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung geleistet;
- er hat vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann die Rente wegen voller Erwerbsminderung beansprucht werden.

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

Es ist ein Rentenanspruch beim jeweiligen Rentenversicherungsträger, also der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) oder der Landesversicherungsanstalt (LVA) beziehungsweise den Versorgungswerken der kammerorganisierten Berufszweige zu stellen.

Der dort angegliederte ärztliche Dienst prüft, ob die Leistungsfähigkeit des Antragstellers entsprechend gemindert ist. Das ist Grundlage für die Entscheidung über den Rentenanspruch. Vor der Entscheidung über den Rentenanspruch 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 die Infektion mit Hepatitis 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, die Bestandteil der Berufskrankheitenverordnung (BKV) ist, erlassen durch die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates, enthalten sein.

Bei Infektionskrankheiten, zu der auch die Hepatitis-C-Erkrankung 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?**

Der Unfallversicherungsträger leitet ein Ermittlungsverfahren ein, in dem versucht wird, die Umstände, die zur Infektion führten zu erforschen. Wenn entsprechende Informationen vorliegen und geprüft worden sind, entscheidet er über das Vorliegen einer Berufskrankheit.

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

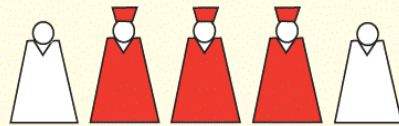
Gegen den entsprechenden Bescheid ist Widerspruch innerhalb eines Monats einzulegen. Darüber hinaus kann ggf. der weitere Rechtsweg beschritten werden.

### **Verfahrenswege auf einen Blick**

Gegen den Bescheid ist unter Beachtung der einmonatigen Frist, über die im Bescheid belehrt werden muss, Widerspruch einzulegen. Wenn der Patient über die Möglichkeit des Widerspruchs nicht aufgeklärt wird, so läuft die Frist erst nach einem Jahr ab. Die Krankenkasse 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 Anspruchsteller Recht gegeben oder der Widerspruch zurückgewiesen werden. Im Falle der Zurückweisung kann der Patient innerhalb eines Monats Klage beim Sozialgericht einreichen.

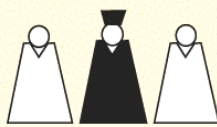
Die Krankenkasse sind gehalten, innerhalb von 6 bzw. 3 Monaten den Anspruchsteller zu bescheiden. Geschieht dies nicht, so sollte die so genannte Untätigkeitsklage beim Sozialgericht eingereicht werden, damit die Krankenkasse bzw. Widerspruchsstelle den beantragten Bescheid erlässt.

# Zivilrecht



**3. Instanz**  
**Bundesgerichtshof**

Zulassung  
der Revision



**2. Instanz**  
**Oberlandesgericht**

Urteil

keine  
Zulassung der  
Revision

Berufung  
in Monats-  
frist



**1. Instanz**  
**Amts-/Landgericht**

Urteil

keine  
Anfechtung

scheitert

**außergerichtliche**  
**Einigung**

Abb. 1: Verfahrenswege im Zivilrecht

# Arbeitsgerichtsbarkeit

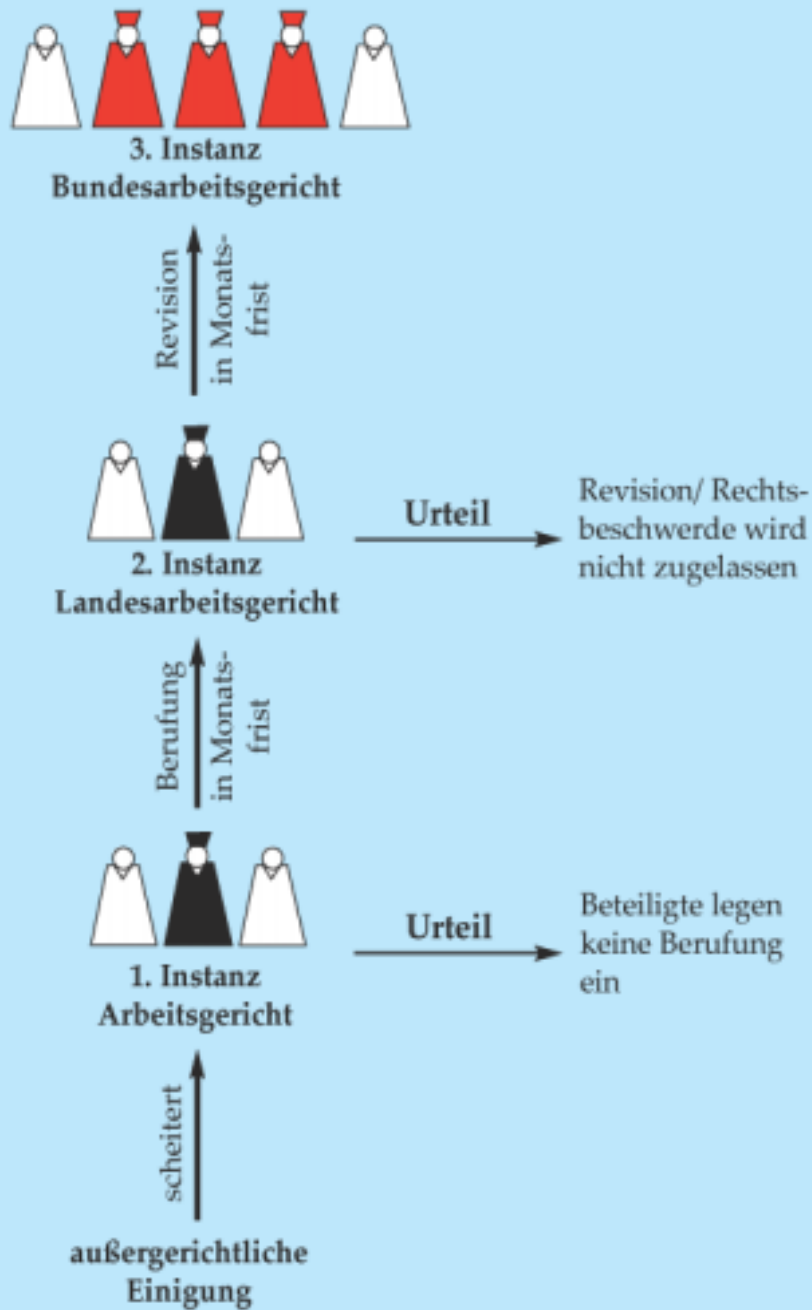


Abb. 2: Verfahrenswege im Arbeitsrecht

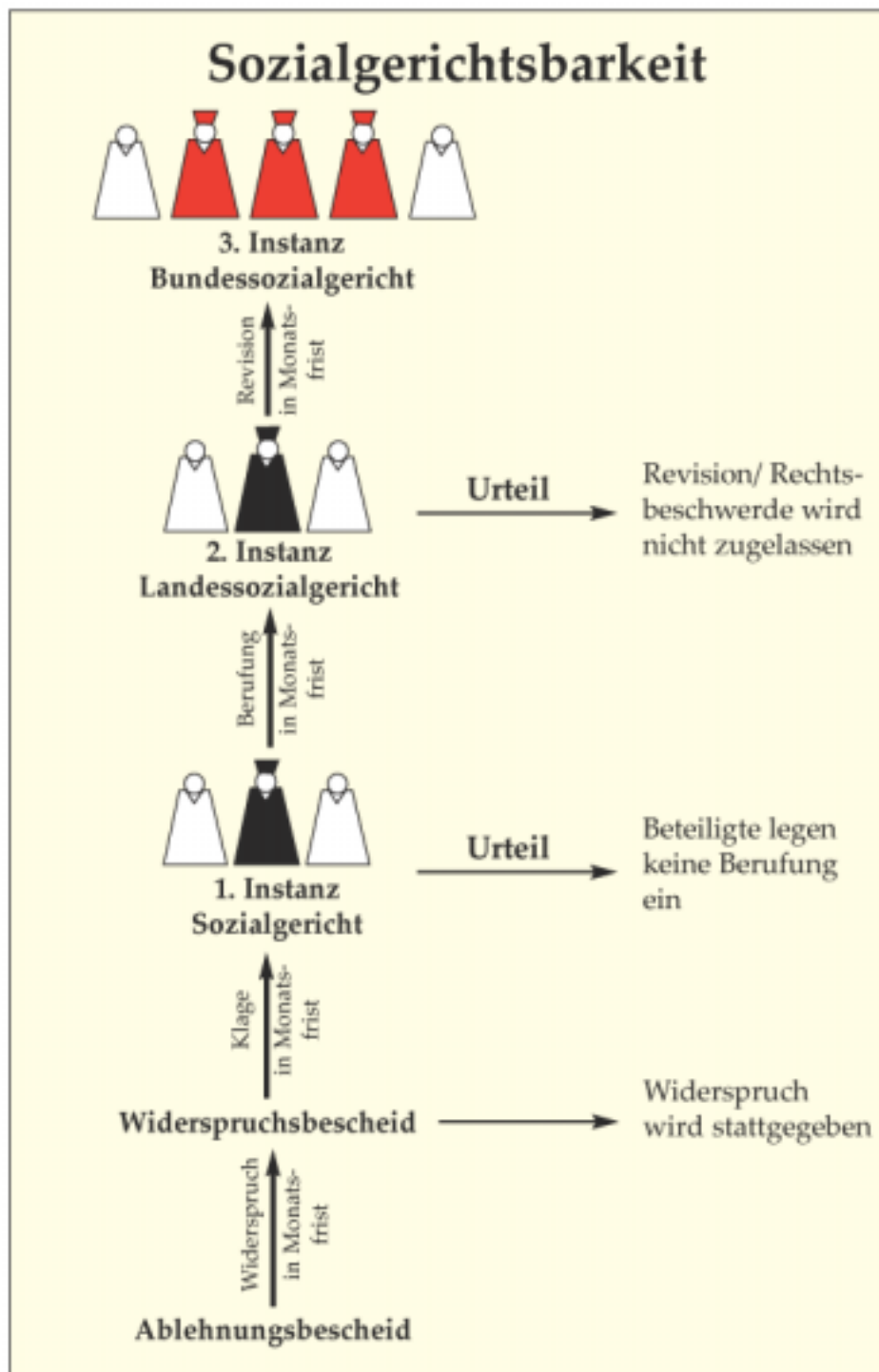


Abb. 3: Verfahrenswege im Sozialrecht

Im Allgemeinen dauern die Verfahren lang. Bei Widerspruchsverfahren kann im Durchschnitt mit einer Verfahrensdauer von einem Dreivierteljahr gerechnet werden; Klagen vor dem Sozialgericht können ungefähr anderthalb Jahre in Anspruch nehmen, während Klagen vor dem Verwaltungsgericht ca. zwei Jahre dauern können. Dies sind allerdings keine verbindlichen Zeiten, sondern vom Einzelfall abhängig.

## Landesärztekammern

Stand: Oktober 2002

### Landesärztekammer Baden-Württemberg

Jahnstraße 40

70597 Stuttgart

Fon: 0711 - 769 89 - 0

Fax: 0711 - 769 89 - 50

[www.aerztekammer-bw.de](http://www.aerztekammer-bw.de)

### Bayerische Landesärztekammer

Mühlbaurstraße 16

81677 München

Fon: 089 - 41 47 - 0

Fax: 089 - 47 47 - 280

[www.blaek.de](http://www.blaek.de)

### Ärztekammer Berlin

Flottenstraße 28 – 42

13407 Berlin

Fon: 030 - 40 806 - 0

Fax: 030 - 40 80 - 6125

[www.aekb.arzt.de](http://www.aekb.arzt.de)

### Landesärztekammer Brandenburg

Dreifertstraße 12

03044 Cottbus

Fon: 0355 - 780 10 - 0

Fax: 0355 - 780 10 - 36

[www.laekb.de](http://www.laekb.de)

### Ärztekammer Bremen

Schwachhauser Heerstr. 30

28209 Bremen

Fon: 0421 - 34 04 20 - 0

Fax: 0421 - 34 04 20 - 9

### Ärztekammer Hamburg

Humboldtstraße 46

22083 Hamburg

Fon: 040 - 228 02 -596

Fax: 040 - 220 99 80

[www.aerztekammer-hamburg.de](http://www.aerztekammer-hamburg.de)

### Landesärztekammer Hessen

Im Vogelsgesang 3

60488 Frankfurt

Fon: 069 - 976 72 - 0

Fax: 069 - 976 72 - 128

[www.laekh.de](http://www.laekh.de)

Ärztchammer Mecklenburg-Vorpommern  
Humboldtstraße 6  
18055 Rostock  
Fon: 0381 - 492 80 - 0  
Fax: 0381 - 492 80 - 44  
[www.aek-mv.de](http://www.aek-mv.de)

Ärztchammer Niedersachsen  
Berliner Allee 20  
30175 Hannover  
Fon: 0511 - 380 -0 2  
Fax: 0511 - 380 - 2240  
[www.aekn.de](http://www.aekn.de)

Ärztchammer Nordrhein  
Tersteegenstraße 31  
40474 Düsseldorf  
Fon: 0211 - 43 02 - 0  
Fax: 0211 - 43 02 - 200  
[www.aekno.de](http://www.aekno.de)

Landesärztkammer Rheinland-Pfalz  
Deutschhausplatz 3  
55019 Mainz  
Fon: 06131 - 288 22 - 0  
Fax: 06131 - 288 22 - 88  
[www.laek-rlp.de](http://www.laek-rlp.de)

Ärztchammer des Saarlandes  
Faktoreistraße 4  
66111 Saarbrücken  
Fon: 0681 - 40 03 - 0  
Fax: 0681 - 40 03 - 340  
[www.aerztekammer-saarland.de](http://www.aerztekammer-saarland.de)

Sächsische Landesärztkammer  
Schützenhöhe 16  
01099 Dresden  
Fon: 0351 - 82 67 - 0  
Fax: 0351 - 82 67 - 412  
[www.slaek.de](http://www.slaek.de)

Ärztchammer Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg  
Fon: 0391 - 60 54 - 6  
Fax: 0391 - 60 54 - 700  
[www.aeksa.de](http://www.aeksa.de)

Ärztchammer Schleswig-Holstein  
Bismarckallee 8 – 12  
23795 Bad Segeberg  
Fon: 04551 - 803 - 0  
Fax: 04551 - 803 -188803 -180  
[www.aeksh.de](http://www.aeksh.de)

Landesärztekammer Thüringen  
Im Semmicht 33  
07751 Jena-Maua  
Fon: 03641 - 614 - 0  
Fax: 03641 - 614 - 169  
[www.laek-thueringen.de](http://www.laek-thueringen.de)

Ärztchammer Westfalen-Lippe  
Gartenstraße 210 – 214  
48147 Münster  
Fon: 0251 - 929 - 0  
Fax: 0251 - 929 - 2999  
[www.aekwl.de](http://www.aekwl.de)

### **Landeszahnärztekammern**

Stand: Oktober 2002

Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg  
Herdweg 59  
70174 Stuttgart  
Fon: 0711 - 22 84 50  
Fax: 0711 - 22 84 544  
[www.lzk-bw.de](http://www.lzk-bw.de)

Bayerische Landes Zahnärztekammer  
Fallstraße 34  
81369 München  
Fon: 089 - 724 80 - 0  
Fax: 089 - 724 80 -108  
[www.blzk.de](http://www.blzk.de)

Zahnärztekammer Berlin  
Stallstraße 1  
10585 Berlin  
Fon: 030 - 348 08 -137  
Fax: 030 - 348 08 - 242  
[www.zahnaerztekammer-berlin.de](http://www.zahnaerztekammer-berlin.de)

Landeszahnärztekammer Brandenburg  
Parzellenstraße 94  
03046 Cottbus  
Fon: 0355 - 381 48 - 0  
Fax: 0355 - 381 48 - 48  
[www.lzkb.de](http://www.lzkb.de)

Zahnärztekammer Bremen  
Universitätsallee 25  
28359 Bremen  
Fon: 0421 - 220 07 - 0  
Fax: 0421 - 220 07 - 31  
[www.bremer-zahnaerzte-haus.de](http://www.bremer-zahnaerzte-haus.de)

Zahnärztekammer Hamburg  
Möllner Landstraße 31  
22111 Hamburg  
Fon: 040 - 73 34 05 - 0  
Fax: 040 - 73 25 82 8  
[www.zahnaerzte-hh.de](http://www.zahnaerzte-hh.de)

Landeszahnärztekammer Hessen  
Aarstraße 1/Dürerstraße  
65195 Wiesbaden  
Fon: 0611 - 40 80 - 0  
Fax: 0611 - 40 80 - 111  
[www.lzkh.de](http://www.lzkh.de)

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
Wismarsche Straße 30  
19055 Schwerin  
Fon: 0385 - 591 08 - 0  
Fax: 0385 - 591 08 - 20  
[www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de)

Zahnärztekammer Niedersachsen  
Zeißstraße 11 a  
30519 Hannover  
Fon: 0511 - 833 91 - 0  
Fax: 0511 - 833 91 - 116  
[www.zkn.de](http://www.zkn.de)

Zahnärztekammer Nordrhein  
Emanuel-Leutze-Straße 8  
40547 Düsseldorf  
Fon: 0211 - 52 60 50  
Fax: 0211 - 52 60 521  
[www.zaek-nr.de](http://www.zaek-nr.de)

Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz  
Frauenlobplatz 2  
55118 Mainz  
Fon: 06131 - 961 36 60  
Fax: 06131 - 961 36 89  
[www.lzk-rheinland-pfalz.de](http://www.lzk-rheinland-pfalz.de)

Ärztekammer des Saarlandes  
Abteilung Zahnärzte  
Puccinistraße 2  
66119 Saarbrücken  
Fon: 0681 - 586 08 - 0  
Fax: 0681 - 586 08 - 14  
[www.zaek-saarland.de](http://www.zaek-saarland.de)

Landeszahnärztekammer Sachsen  
Schützenhöhe 11  
01099 Dresden  
Fon: 0351 - 80 66 - 0  
Fax: 0351 - 80 66 - 241  
[www.zahnaerzte-in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de)

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt  
Große Diesdorfer Str. 162  
39110 Magdeburg  
Fon: 0391 - 739 39 - 0  
Fax: 0391 - 739 39 - 20  
[www.zahnaerztekammer-sah.de](http://www.zahnaerztekammer-sah.de)

Landeszahnärztekammer Schleswig-Holstein  
Westring 49  
824106 Kiel  
Fon: 0431 - 26 09 26 - 0  
Fax: 0431 - 26 09 26 - 15  
[www.zahnaerztekammer-sh.de](http://www.zahnaerztekammer-sh.de)

Landeszahnärztekammer Thüringen  
Barbarosahof 16  
99092 Erfurt  
Fon: 0361 - 74 32 - 0  
Fax: 0361 - 74 32 - 150  
[www.lzkth.de](http://www.lzkth.de)

Landeszahnärztekammer Westfalen-Lippe  
Auf der Horst 29  
48147 Münster  
Fon: 0251 - 507 - 0  
Fax: 0251 - 507 - 570  
[www.zahnaerzte-wl.de](http://www.zahnaerzte-wl.de)

## **Anlaufstellen bei privaten Versicherungen**

Stand: Oktober 2002

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Leipziger Straße 104  
10117 Berlin  
Fon: 0180 - 255 04 44  
Fax: 030 - 20 45 27 85  
[www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

Versicherungsombudsmann e. V.  
Postfach 080632  
10006 Berlin  
Kronenstraße 13  
10117 Berlin  
Fon: 0180 - 422 44 24 (24 ct pro Anruf)  
Fax: 0180 - 422 44 25  
[www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)  
E-Mail: [beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de)

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht  
Graurheindorfer Straße 108  
53117 Bonn  
Fon: 0228 - 422 - 7777

## **Verbraucherzentralen**

Stand: Oktober 2002

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.  
Markgrafenstraße 66  
10969 Berlin  
Fon: 030 - 258 00 - 0  
Fax: 030 - 258 00 - 518  
[www.bvzv.de](http://www.bvzv.de)

Verbraucherzentrale Baden-Württemberg e. V.  
Paulinenstraße 47  
70178 Stuttgart  
Fon: 0711 - 66 91 - 10  
Fax: 0711 - 66 91 - 50  
[www.verbraucherzentrale-bawue.de](http://www.verbraucherzentrale-bawue.de)

Verbraucherzentrale Bayern e. V.  
Mozartstraße 9  
80339 München  
Fon: 089 - 539 87 - 0  
Fax: 089 - 537 - 553  
[www.verbraucherzentrale-bayern.de](http://www.verbraucherzentrale-bayern.de)

Verbraucherzentrale Berlin e. V.  
Bayreuther Straße 40  
10787 Berlin  
Fon: 030 - 214 85 - 0  
Fax: 030 - 211 72 01  
[www.verbraucherzentrale-berlin.de](http://www.verbraucherzentrale-berlin.de)

Verbraucherzentrale Brandenburg e. V.  
Templiner Straße 21  
14473 Potsdam  
Fon: 0331 - 298 71 - 0  
Fax: 0331 - 298 71 - 77  
[www.vzb.de](http://www.vzb.de)

Verbraucherzentrale des Landes Bremen e. V.  
Altenweg 4  
28195 Bremen  
Fon: 0421 - 16 07 77  
Fax: 0421 - 16 07 780  
[www.verbraucherzentrale-bremen.de](http://www.verbraucherzentrale-bremen.de)

Verbraucherzentrale Hamburg e. V.  
Kirchenallee 22  
20099 Hamburg  
Fon: 040 - 248 32 - 0  
Fax: 040 - 248 32 - 290  
[www.vzhh.de](http://www.vzhh.de)

Verbraucherzentrale Hessen e. V.  
Große Friedberger Str. 13 – 17  
60313 Frankfurt  
Fon: 069 - 97 20 10 - 0  
Fax: 069 - 97 20 10 - 50  
[www.verbraucher.de](http://www.verbraucher.de)

Verbraucherzentrale Mecklenburg-Vorpommern e. V.  
Strandstraße 98  
18001 Rostock  
Fon: 0381 - 49 39 80  
Fax: 0381 - 49 39 830  
[www.verbraucherzentrale-mv.de](http://www.verbraucherzentrale-mv.de)

Verbraucherzentrale Niedersachsen e. v.  
Herrenstraße 14  
30159 Hannover 1  
Fon: 0511 - 911 96 - 01  
Fax: 0511 - 911 96 - 10  
[www.vzniedersachsen.de](http://www.vzniedersachsen.de)

Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V.  
Mintropstraße 27  
40215 Düsseldorf  
Fon: 0211 - 38 09 - 0  
Fax: 0211 - 38 09 - 216  
[www.vz-nrw.de](http://www.vz-nrw.de)

Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e. V.  
Ludwigstraße 6  
55116 Mainz  
Fon: 06131 - 28 48 - 0  
Fax: 06131 - 28 48 - 66  
[www.verbraucherzentrale-rlp.de](http://www.verbraucherzentrale-rlp.de)

Verbraucherzentrale Saarland e. V.  
Trierer Straße 22  
66111 Saarbrücken  
Fon: 0681 - 588 09 - 0  
Fax: 0681 - 588 09 - 2  
[www.vz-saar.de](http://www.vz-saar.de)

Verbraucherzentrale Sachsen e. V.  
Bernhardstraße 7  
04315 Leipzig  
Fon: 0341 - 688 80 80  
Fax: 0341 - 689 28 26  
[www.vzs.de](http://www.vzs.de)

Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e. V.  
Steinbocksgasse 1  
06108 Halle  
Fon: 0345 - 29 80 - 329  
Fax: 0345 - 29 80 - 326  
[www.vzsa.de](http://www.vzsa.de)

Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein e. V.  
Bergstraße 24  
24103 Kiel  
Fon: 0431 - 590 99 - 0  
Fax: 0431 - 590 99 - 77  
[www.verbraucherzentrale-sh.de](http://www.verbraucherzentrale-sh.de)

Verbraucherzentrale Thüringen  
Eugen-Richter-Straße 45  
99085 Erfurt  
Fon: 0361 - 555 14 - 0  
Fax: 0361 - 555 14 - 40  
[www.vzth.de](http://www.vzth.de)

### An der Patientencharta beteiligte Institutionen:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Straße 3  
50931 Köln

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.  
Kirchfeldstraße 149  
40215 Düsseldorf

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen  
Geschäftsstelle: Gesundheitsladen München e.V.  
Auenstraße 31  
80469 München

Bundeszahnärztekammer  
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.  
Chausseestraße 13  
10115 Berlin

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.  
Münsterstraße 169  
40476 Düsseldorf

Freie Wohlfahrtsverbände (Deutscher Caritasverband e.V.  
Diakonisches Werk der EKD e.V., Paritätischer Wohlfahrtsverband e.V.)  
vertreten durch den Deutschen Caritasverband e.V.  
Hauptvertretung Berlin  
Chausseestraße 128 a  
10115 Berlin

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.  
vertreten durch den  
Verband der privaten Krankenversicherung e.V.  
Bayenthalgürtel 26  
50968 Köln

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Straße 3  
50931 Köln

Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister,  
Senatorinnen und Senatoren der Länder.  
vertreten durch das  
Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz  
Schellingstraße 155  
80797 München  
und den  
Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales  
Birkenstraße 34  
28195 Bremen

Konferenz der Justizministerinnen  
und -minister  
vertreten durch das Thüringer Justizministerium  
Werner-Seelenbinder-Straße 5  
99096 Erfurt

Landesverband der Epilepsie-Selbsthilfegruppen  
Baden-Württemberg e. V.  
Haußmannstraße 6  
70188 Stuttgart

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen  
vertreten durch den  
AOK-Bundesverband  
Kortrijker Straße 1  
53177 Bonn

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.  
Markgrafenstraße 66  
10969 Berlin