

Beschlussempfehlung und Bericht
des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksache 17/10488 –

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Mechthild Rawert, Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/9061 –

Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Marlies Volkmer, Dr. Karl Lauterbach, Elke Ferner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/11008 –

Patientenrechte wirksam verbessern

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Dr. Martina Bunge, Katrin Kunert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/6489 –

Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten

- e) zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Ingrid Hönlinger, Fritz Kuhn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 17/6348 –

Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Rechte von Patientinnen und Patienten sind derzeit in verschiedenen Gesetzen und zum Teil lückenhaft geregelt. Insbesondere im Bereich des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts ist Wesentliches nicht im Gesetz, sondern durch Richterrecht geregelt. Dies macht es nach Auffassung der Bundesregierung für die Beteiligten schwierig, ihre Rechte zu kennen und entsprechend einzufordern.

Durch den Gesetzentwurf sollen die Rechte der Patientinnen und Patienten transparent, rechtssicher und ausgewogen gestaltet und in der Praxis vorhandene Vollzugsdefizite abgebaut werden. Hierzu soll unter anderem das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht kodifiziert sowie die Rechte der Patienten gegenüber den Leistungsträgern und bei Behandlungsfehlern gestärkt werden. Die Stärkung der Patientenbeteiligung und -information sowie der Fehlervermeidungskultur sind weitere Elemente des Gesetzentwurfs. Hierzu sollen das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie die Patientenbeteiligungsverordnung (PatBeteiligungsV) geändert werden.

Zu Buchstabe b

Im Jahr 2012 wurden nach Angaben der Antragsteller in Arztpraxen so genannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) im Wert von 1,5 Mrd. Euro erbracht. Dies ist eine Steigerung gegenüber 2008 um 500 Mio. Euro. Da IGeL-Leistungen nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten sind, müssen die gesetzlich Versicherten diese Leistungen selbst bezahlen. Nach Auffassung der Antragsteller wird durch das ärztliche Angebot von IGeL-Leistungen der Eindruck erweckt, dass der GKV-Leistungskatalog nicht ausreichend sei und den Versicherten wichtige Leistungen vorenthalten würden.

Die Antragsteller fordern von der Bundesregierung einen Gesetzentwurf, der unter anderem festschreibt, dass IGeL-Leistungen erst am Folgetag einer Behandlung vom Arzt erbracht werden dürfen, dass hierzu ein schriftlicher Behandlungsvertrag abgeschlossen werden muss und dass den Patienten von Seiten der Bundesregierung, des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie der GKV umfassende Informationsmaterialien bereitgestellt werden müssen.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller bemängeln, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/10488 keine Regelungen zur Einführung eines Härtefall- oder Entschädigungsfonds, zur Sicherstellung einer ausreichenden Haftpflichtversicherung, zur besseren Aufklärung über Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) und zur Stärkung kollektiver Patientenrechte enthält, sondern lediglich Richterrecht kodifiziert und damit keinen Fortschritt für die Patienten darstellt.

Die Antragsteller fordern, dass Patienten künftig nach jedem Eingriff einen allgemeinverständlichen Patientenbrief erhalten sollen und dass ein Härtefallfonds aufgelegt wird, der unter bestimmten Voraussetzungen den Patienten finanzielle Hilfestellung leistet. Außerdem soll ein Mediations- und Schiedsverfahren für Haftpflichtfälle eingeführt und die Beweislast zugunsten der Patienten erleichtert werden. Auf die Länder soll eingewirkt werden, dass diese Regelungen erlassen, wonach Ärzte in regelmäßigen Abständen eine ausreichende Haftpflichtversicherung nachweisen müssen und die Landgerichte verpflichtet werden, Spezialkammern für Arzthaftungsrecht einzurichten.

Zu Buchstabe d

Nach Ansicht der Antragsteller erschweren intransparente, uneinheitliche und fehlende gesetzliche Regelungen den Patienten, ihre aus den elementaren Grundrechten ableitbaren Patientenrechte in Anspruch zu nehmen. Zudem sei bei vielen medizinrechtlichen Fragen die Rechtsprechung regional unterschiedlich und oftmals werde geltendes Recht, wie das Recht auf Einsicht in die Krankenakte, nur unzureichend oder gar nicht gewährt. Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Einigung seien nicht unabhängig und neutral. Arzthaftungsprozesse dauerten häufig mehr als fünf Jahre, wobei die Beweisführung für den Patienten schwierig und das finanzielle Risiko sehr groß sei.

Die Antragsteller fordern, dass die Bundesregierung einen Gesetzentwurf vorlegt, der bestehende, aber auch neue Patientenrechte in einem eigenständigen Gesetz zusammenführt. Insbesondere werden das Recht auf gute, menschenwürdige Behandlung, kurze Wartezeiten, eine verständliche Aufklärung, ein Rechtsrahmen für die so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen sowie gesundheitliche und informationelle Selbstbestimmung gefordert. Auch die Rechte gegenüber den Kostenträgern und im Schadensfall, insbesondere bei Arzthaftungsprozessen, sollen gestärkt und die Einführung eines Entschädigungsfonds geprüft werden. Um Fehlerquellen künftig zu minimieren, soll ein bundesweites Fehlermanagementsystem aufgebaut werden. Weiterhin sollen die Patientenvertretungen stärker in die Entscheidungsprozesse der Selbstverwaltung einbezogen werden und anstelle des Patientenbeauftragten der Bundesregierung ein Patientenbeauftragter des Deutschen Bundestages gewählt werden.

Zu Buchstabe e

Die Antragsteller stellen fest, dass, obwohl Patientenrechte und Patientenberatung ein hohes Niveau erreicht haben, die geltenden Patientenrechte wenig transparent und auf unterschiedliche Gesetze verteilt sind. Ein modernes Patientenrechtegesetz müsse aber sämtliche Rechte der Patienten zusammenführen und das bisherige Richterrecht zum Behandlungsvertrag kodifizieren. Nur so könne die erforderliche Transparenz hergestellt werden.

Deshalb fordern die Antragsteller, dass die grundlegenden Prinzipien, Rechte und Pflichten von Patienten und Leistungserbringern im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), in der Zivilprozessordnung (ZPO), im Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) und im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelt werden. Weiter wird ein Monitoring zu Behandlungsfehlern unter Federführung des Robert Koch-Instituts, ein Endoprothesenregister und der weitere Ausbau der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) gefordert. Die Bundesregierung soll zudem die Einführung eines Entschädigungsfonds prüfen und darauf hinwirken, dass die Verfahren zu Behandlungsfehlern bei den Ärztekammern nach definierten Qualitätsstandards einheitlich durchgeführt werden. Des Weiteren soll die Bundesregierung einen Vorschlag zur Nachweisführung einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung der Leistungserbringer erarbeiten und insbesondere den Umgang mit elektronischen Patientendaten in den entsprechenden Gesetzen absichern.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/10488 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/9061 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe c

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/11008 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe d

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/6489 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe e

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/6348 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b, c, d und e

Annahme eines Antrags oder mehrerer Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Für den Bund entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

Zu den Buchstaben b, d und e

Wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe c

Siehe Abschnitt F – Weitere Kosten.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Zu den Buchstaben b, d und e

Wurde nicht erörtert.

Zu Buchstabe c

Siehe Abschnitt F – Weitere Kosten.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Für die Wirtschaft entsteht kein quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Zu den Buchstaben b, d und e

Wurde nicht erörtert.

Zu Buchstabe c

Siehe Abschnitt F – Weitere Kosten.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Zu Buchstabe a

Für die Wirtschaft entstehen keine quantifizierbaren Bürokratiekosten.

Zu den Buchstaben b, d und e

Wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe c

Siehe Abschnitt F – Weitere Kosten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

Für den Bund entsteht Erfüllungsaufwand in geringfügigem Umfang. Dieser wird finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 ausgeglichen.

Zu den Buchstaben b, d und e

Wurde nicht erörtert.

Zu Buchstabe c

Siehe Abschnitt F – Weitere Kosten.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich ab 2014 Mehraufwendungen in Höhe von rund 720 000 Euro im Jahr für Vergütungszuschläge bei der Beteiligung von Krankenhäusern an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen. Es ist anzunehmen, dass dieser Betrag durch Einsparungen der Krankenkassen für Folgekosten unerwünschter Ereignisse im Behandlungsprozess deutlich übertroffen wird. Zusätzlich entsteht für die gesetzlichen Krankenkassen ein einmaliger Umstellungsaufwand in Höhe von 1 023 000 Euro. Der jährliche Erfüllungsaufwand beläuft sich auf 5 577 505 Euro. Auswirkungen auf das Preisniveau – insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau – sind nicht zu erwarten.

Zu den Buchstaben b, d und e

Wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe c

Die Kosten des Härtefallfonds werden auf höchstens 60 Mio. Euro pro Jahr geschätzt. Die Finanzierung erfolgt durch die Haftpflichtversicherer der Leistungserbringer, die Zuzahlungen der gesetzlich Versicherten zum Krankenhausaufenthalt, die privaten Krankenversicherungen sowie durch Steuermittel, die dem laufenden Bundeszuschuss zur GKV entnommen werden sollen.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/10488 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,
- b) den Antrag auf Drucksache 17/9061 abzulehnen,
- c) den Antrag auf Drucksache 17/11008 abzulehnen,
- d) den Antrag auf Drucksache 17/6489 abzulehnen,
- e) den Antrag auf Drucksache 17/6348 abzulehnen.

Berlin, den 28. November 2012

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Carola Reimann
Vorsitzende

Erwin Rüdell
Berichtersteller

Dr. Marlies Volkmer
Berichterstellerin

Christine Aschenberg-Dugnus
Berichterstellerin

Kathrin Vogler
Berichterstellerin

Maria Klein-Schmeink
Berichterstellerin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten

– Drucksache 17/10488 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten

Vom ...

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Artikel 1

Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs

Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs

Das Bürgerliche Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. März 2012 (BGBl. 2012 II S. 178) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Das Bürgerliche Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2182) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht werden die Angaben zu Buch 2 Abschnitt 8 Titel 8 wie folgt gefasst:

1. unverändert

„Titel 8

Dienstvertrag und ähnliche Verträge

Untertitel 1

Dienstvertrag

Untertitel 2

Behandlungsvertrag“.

2. Die Überschrift von Buch 2 Abschnitt 8 Titel 8 wird wie folgt gefasst:

2. unverändert

„Titel 8

Dienstvertrag und ähnliche Verträge“.

3. Vor § 611 wird folgende Überschrift eingefügt:

3. unverändert

„Untertitel 1

Dienstvertrag“.

4. Nach § 630 wird folgender Untertitel 2 eingefügt:

4. Nach § 630 wird folgender Untertitel 2 eingefügt:

„Untertitel 2

„Untertitel 2

Behandlungsvertrag

Behandlungsvertrag

§ 630a

§ 630a

Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

unverändert

(1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

Entwurf

(2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

§ 630b

Anwendbare Vorschriften

Auf das Behandlungsverhältnis sind die Vorschriften über das Dienstverhältnis, das kein Arbeitsverhältnis im Sinne des § 622 ist, anzuwenden, soweit nicht in diesem Untertitel etwas anderes bestimmt ist.

§ 630c

Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

(1) Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten *darüber* auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. *Erfolgt die Information nach Satz 2 durch denjenigen, dem der Behandlungsfehler unterlaufen ist, darf sie zu Beweis Zwecken in einem gegen ihn geführten Strafverfahren oder in einem Verfahren nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten nur mit seiner Zustimmung verwendet werden.*

(3) Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

(4) Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

§ 630d

Einwilligung

(1) Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Weitergehende Anforderungen an die Einwilligung aus anderen Vorschriften bleiben unberührt. Kann eine Einwilligung für eine unaufschieb-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

§ 630b

unverändert

§ 630c

Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

(1) unverändert

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten **über diese** auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. **Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.**

(3) unverändert

(4) unverändert

§ 630d

Einwilligung

(1) unverändert

Entwurf

bare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

(2) Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Falle des Absatzes 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e aufgeklärt worden ist.

(3) Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

§ 630e

Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören *in der Regel* insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

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

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

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

(4) Ist nach § 630d Absatz 1 Satz 2 die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, ist dieser nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 aufzuklären.

§ 630f

Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papier-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Falle des Absatzes 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e **Absatz 1 bis 4** aufgeklärt worden ist.

(3) **unverändert**

§ 630e

Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. 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,
2. **unverändert**
3. **unverändert**

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

(3) **unverändert**

(4) **unverändert**

(5) Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 sind die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser auf Grund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwider läuft. Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 630f

Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papier-

Entwurf

form oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn *der ursprüngliche* Inhalt erkennbar bleibt.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

§ 630g

Einsichtnahme in die Patientenakte

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche *Gründe* entgegenstehen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Der Patient kann Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.

(3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

§ 630h

Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

(1) Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.

(2) Der Behandelnde hat zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e, kann der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte.

(3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte auf-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

form oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn **neben dem ursprünglichen** Inhalt erkennbar bleibt, **wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.**

(2) unverändert

(3) unverändert

§ 630g

Einsichtnahme in die Patientenakte

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die **vollständige**, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische **Gründe** oder sonstige erhebliche **Rechte Dritter** entgegenstehen. **Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.** § 811 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Der Patient kann **auch elektronische** Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.

(3) unverändert

§ 630h

unverändert

Entwurf

gezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

(4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

(5) 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. 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.“

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 13 Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) *Kann eine Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, nicht innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang entscheiden, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.* Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes nach Satz 1, können Leistungsberechtigte der Krankenkasse eine angemessene Frist für die Entscheidung über den Antrag mit der Erklärung setzen, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der Kosten in der entstandenen Höhe verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 13 Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) **Die Krankenkasse hat** über einen Antrag auf Leistungen **zügig, spätestens bis zum Ablauf** von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang **zu** entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. **Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.** Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, **gilt die Leistung** nach Ablauf der Frist **als genehmigt.** Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der **hierdurch entstandenen** Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen

Entwurf

- Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.“
2. In § 66 wird das Wort „können“ durch das Wort „sollen“ ersetzt.
 3. § 73b Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.“
 - b) In dem neuen Satz 6 werden die Wörter „Der Versicherte ist an diese Verpflichtung“ durch die Wörter „Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an seine Teilnahmeerklärung“ ersetzt.
 - c) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Satzung hat auch Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärung zu enthalten; die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.“
 4. § 73c Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an seine Teilnahmeerklärung mindestens ein Jahr gebunden.“
 - b) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 73b Absatz 3 Satz 8 gilt entsprechend.“
 5. In § 99 Absatz 1 Satz 4 werden nach dem Wort „Landesbehörden“ die Wörter „und den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen“ eingefügt.
 6. In § 135a Absatz 2 Nummer 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört“ eingefügt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.“
2. unverändert
 3. § 73b Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung **innerhalb von** zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.“
 - b) unverändert
 - c) unverändert
 4. § 73c Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung **innerhalb von** zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an seine Teilnahmeerklärung mindestens ein Jahr gebunden.“
 - b) unverändert
 5. unverändert
 6. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

7. Nach § 137 Absatz 1c wird folgender Absatz 1d eingefügt:
- „(1d) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 1 Nummer 1 erstmalig bis zum ... [einsetzen: Datum zwölf Monate nach Inkrafttreten nach Artikel 5 dieses Gesetzes] wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 zu informieren. Als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17b Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.“
8. Nach § 140a Absatz 2 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
- „Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. § 73b Absatz 3 Satz 8 gilt entsprechend.“
9. § 140f wird wie folgt geändert:
7. **Dem § 135a wird folgender Absatz 3 angefügt:**
- „(3) **Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen nach Absatz 2 in Verbindung mit § 137 Absatz 1d dürfen im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden. Dies gilt nicht, soweit die Verwendung zur Verfolgung einer Straftat, die im Höchstmaß mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist und auch im Einzelfall besonders schwer wiegt, erforderlich ist und die Erforschung des Sachverhalts oder die Ermittlung des Aufenthaltsorts des Beschuldigten auf andere Weise aussichtslos oder wesentlich erschwert wäre.**“
8. unverändert
9. Nach § 140a Absatz 2 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
- „Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung **innerhalb von** zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. § 73b Absatz 3 Satz 8 gilt entsprechend.“
10. § 140f wird wie folgt geändert:
- a) **Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:**
- „**Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Organisationen nach Satz 5 in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden.**“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblicher Organisationen erhalten in
1. den Landesausschüssen nach § 90,
 2. dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a,
 3. den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen betroffen sind über
 - a) die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3,
 - b) die Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte,
 - c) die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,
 4. den Zulassungsausschüssen nach § 96, soweit Entscheidungen betroffen sind über
 - a) die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a,
 - b) die Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 9,
 ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen.“
- b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§§ 111b, 112 Abs. 5“ durch die Angabe „§ 112 Absatz 5“ ersetzt, werden nach der Angabe „§ 127 Abs. 1a Satz 1“ die Wörter „und Absatz 6“ eingefügt, wird die Angabe „132b Abs. 2 und“ durch die Angabe „132c Absatz 2,“ ersetzt und werden nach der Angabe „§ 132d Abs. 2“ die Wörter „, § 133 Absatz 4 und § 217f Absatz 4a“ eingefügt.
10. Dem § 140h Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
- „Die beauftragte Person soll die Rechte der Patientinnen und Patienten umfassend, in allgemein verständlicher Sprache und in geeigneter Form zusammenstellen und zur Information der Bevölkerung bereithalten.“
11. Nach § 217f Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:
- „(4a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum ... [einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten nach Artikel 5 dieses Gesetzes] in einer Richtlinie allgemeine Vorgaben zu den Regelungen nach § 73b Absatz 3 Satz 8, § 73c Absatz 2

b) unverändert

c) unverändert

11. unverändert

12. § 217f wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Wahrnehmung der Interessen der Krankenkassen bei über- und zwischenstaatlichen Organisationen und Einrichtungen ist Aufgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.“

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages sechs Monate nach Inkrafttreten nach Artikel 5 dieses Gesetzes] in einer Richtlinie allgemeine Vorgaben zu den Regelungen nach § 73b Absatz 3 Satz 8,

Entwurf

Satz 7 und § 140a Absatz 2 Satz 5 fest. Die Richtlinie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

§ 73c Absatz 2 Satz 7 und § 140a Absatz 2 Satz 5 fest. Die Richtlinie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

13. In § 219a Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und wird folgende Nummer 6 angefügt:

„6. Wahrnehmung der Aufgaben der nationalen Kontaktstelle nach § 219d.“

14. Nach § 219c wird folgender § 219d eingefügt:

„§ 219d

Nationale Kontaktstelle

(1) Die Aufgaben der nationalen Kontaktstelle nach der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45) nimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, ab dem 25. Oktober 2013 wahr. Sie stellt insbesondere Informationen über

1. nationale Gesundheitsdienstleister, geltende Qualitäts- und Sicherheitsbestimmungen sowie Patientenrechte einschließlich der Möglichkeiten ihrer Durchsetzung,
2. die Rechte und Ansprüche des Versicherten bei Inanspruchnahme grenzüberschreitender Leistungen in anderen Mitgliedstaaten und
3. Kontaktstellen in anderen Mitgliedstaaten

zur Verfügung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die privaten Krankenversicherungen stellen der nationalen Kontaktstelle die zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Informationen zur Verfügung. Soweit es zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist, darf die nationale Kontaktstelle personenbezogene Daten der anfragenden Versicherten nur mit deren schriftlicher Einwilligung und nach deren vorheriger Information verarbeiten und nutzen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, und die in Absatz 1 Satz 3 genannten Organisationen vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung der Informationen durch die nationale Kontaktstelle gemäß Absatz 1 Satz 2 in einem Vertrag.

(3) An den zur Finanzierung der Aufgaben der nationalen Kontaktstelle erforderlichen Kosten sind die in Absatz 1 Satz 3 genannten Organisationen zu beteiligen. Das Nähere zur Finanzierung, insbesondere auch zur Höhe der jährlich erforderlichen Mittel, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, und die in Absatz 1 Satz 3 genannten Organisationen in dem Vertrag

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

nach Absatz 2. Wird nichts Abweichendes vereinbart, beteiligen sich die privaten Krankenversicherungen zu 5 Prozent, die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu 20 Prozent, die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu 20 Prozent sowie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung zu 10 Prozent an den zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Kosten.

(4) Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Informationen müssen leicht zugänglich sein und, soweit erforderlich, auf elektronischem Wege und in barrierefreien Formaten bereitgestellt werden.

(5) Die nationale Kontaktstelle arbeitet mit den nationalen Kontaktstellen anderer Mitgliedstaaten und der Europäischen Kommission in Fragen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung zusammen.“

Artikel 3**Änderung der Patientenbeteiligungsverordnung**

In § 4 Absatz 2 der Patientenbeteiligungsverordnung vom 19. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2753), die durch Artikel 457 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Bei“ die Wörter „den in § 140f Absatz 2 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten“ eingefügt und werden die Wörter „nach § 91 Abs. 4 bis 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ und die Wörter „§ 140f Abs. 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

Artikel 4**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

In § 17b Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 13 Absatz 1 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist, werden nach den Wörtern „§ 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Wörter „und die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 1d Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen,“ eingefügt.

Artikel 3

unverändert

Artikel 4

unverändert

Artikel 4a**Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 13 Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Landesbehörden“ die Wörter „und die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientin-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

nen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen“ eingefügt.

2. In § 31 Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „18 Abs. 2 Buchstabe e“ durch die Wörter „§ 18 Absatz 2 Nummer 5“ ersetzt.
3. § 31a Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 2 wird das Wort „Vorsorgevertrag“ durch das Wort „Versorgungsvertrag“ und die Angabe „§ 111 Satz 2“ durch die Angabe „§ 111 Absatz 2“ ersetzt.
 - b) In Nummer 3 wird die Angabe „§ 119b Satz 3“ durch die Wörter „§ 119b Absatz 1 Satz 3 und 4“ ersetzt.

Artikel 4b

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 13 Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Landesbehörden“ die Wörter „und die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen“ eingefügt.
2. In § 31 Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „§ 18 Abs. 2 Buchstabe e“ durch die Angabe „§ 18 Absatz 2 Nummer 5“ ersetzt.

Artikel 4c

Änderung der Bundesärzteordnung

In § 6 Absatz 1 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), die zuletzt durch Artikel 29 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist, wird in Nummer 3 das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt, wird in Nummer 4 der Punkt durch das Wort „oder“ ersetzt und wird folgende Nummer 5 angefügt:

- „5. sich ergibt, dass der Arzt nicht ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren versichert ist, sofern kraft Landesrechts oder kraft Standesrechts eine Pflicht zur Versicherung besteht.“

Artikel 5

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Artikel 5

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Erwin Rüdgel, Dr. Marlies Volkmer, Christine Aschenberg-Dugnus, Kathrin Vogler, Maria Klein-Schmeink

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf **Drucksache 17/10488** in seiner 196. Sitzung am 28. September 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie an den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion der SPD auf **Drucksache 17/9061** in seiner 178. Sitzung am 10. Mai 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss und an den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion der SPD auf **Drucksache 17/11008** in seiner 198. Sitzung am 18. Oktober 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie sowie an den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf **Drucksache 17/6489** in seiner 196. Sitzung am 28. September 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe e

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf **Drucksache 17/6348** in seiner 196. Sitzung am 28. September 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die Rechte von Patientinnen und Patienten sind derzeit in verschiedenen Gesetzen und zum Teil lückenhaft geregelt.

Im Bereich des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts ist Wesentliches nicht in einem Gesetz, sondern durch Richterrecht geregelt. Dies macht es nach Auffassung der Bundesregierung für die Beteiligten schwierig, ihre Rechte zu kennen und entsprechend einzufordern.

Durch den Gesetzentwurf sollen die Rechte der Patientinnen und Patienten transparent, rechtssicher und ausgewogen gestaltet und in der Praxis vorhandene Vollzugsdefizite abgebaut werden. Dazu soll das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht kodifiziert, die Rechte der Patienten gegenüber den Leistungsträgern und bei Behandlungsfehlern gestärkt, die Patientenbeteiligung und -information verbessert sowie Fehlervermeidungssysteme etabliert werden.

1. Der Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt oder einem Behandelnden eines anderen Gesundheitsberufs soll in das BGB integriert und die Beweislastfragen an der bisherigen Rechtsprechung orientiert festgeschrieben werden. Zudem soll die Informations- und Aufklärungspflicht des Behandelnden festgeschrieben werden. Patienten sollen künftig in einem persönlichen Gespräch verständlich und umfassend über Untersuchungen, Diagnosen und Therapien informiert und vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme besonders aufgeklärt werden. Dabei soll auch eine besondere Informationspflicht für die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) gelten, da die Krankenkassen oftmals diese Kosten nicht übernehmen. Außerdem soll die Pflicht zur Führung einer Patientenakte, in der sämtliche Maßnahmen dokumentiert werden müssen, eingeführt werden und der Patient das Recht auf Akteneinsicht erhalten. Die durch die Rechtsprechung entwickelten Regelungen zur Beweislastverteilung bei Arzthaftungsprozessen sollen ebenfalls kodifiziert werden.
2. Die im SGB V geregelten Rechte der Versicherten gegenüber den Krankenkassen sollen gestärkt werden, indem Versicherte sich eine Leistung selbst beschaffen können, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb einer bestimmten Frist über den Antrag entscheidet und diese Verzögerung nicht hinreichend begründet. Außerdem kann die Zustimmung zu speziellen ambulanten Versorgungsformen, wie der hausarztzentrierten Versorgung, innerhalb von zwei Wochen widerrufen werden. Bei der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen wegen Behandlungsfehlern müssen die Kranken- und Pflegekassen künftig die Versicherten unterstützen.
3. Die Sicherheit der Patienten soll durch ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement und durch Fehlervermeidungsmaßnahmen verbessert werden. Deshalb soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinien zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement entsprechend ergänzen und Mindeststandards für das medizinische Risiko- und Fehlermanagement festlegen. Die Umsetzung dieser Maßnahmen sollen die Krankenhäuser in öffentlich zugänglichen Qualitätsberichten dokumentieren. Krankenhäuser, die sich an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem beteiligen, sollen Ver-

gütungszuschläge erhalten. Die Anforderungen an ein solches System soll der G-BA festlegen.

4. Die Patientenbeteiligung soll erweitert werden. Dies betrifft Stellungnahmen bei der Erstellung und Anpassung der Bedarfspläne zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und ein Mitberatungsrecht in den (fakultativen) gemeinsamen Landesgremien sowie in Zulassungs- und Berufungsausschüssen. Zusätzlich sollen ihre Mitberatungsrechte bei den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes im Bereich der Hilfsmittelversorgung und der Krankentransportleistungen erweitert werden.
5. Der Beauftragte oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten soll eine Übersicht der Patientenrechte erstellen und die Versicherten über ihre Rechte entsprechend informieren.

Der **Normenkontrollrat** hat den Gesetzentwurf geprüft und zum Regelungsteil, der bestimmt, dass Krankenkassen die Versicherten informieren müssen, wenn sie nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist über einen Leistungsantrag entscheiden können (§ 13 Absatz 3a SGB V), vorgeschlagen, innerhalb von drei Jahren eine Evaluierung durchzuführen, da es derzeit keinen Überblick gibt, in wie vielen Fällen diese Regelung relevant werden könnte und welche der beteiligten Parteien in den jeweiligen Fällen die Verzögerung zu vertreten hat. Ansonsten hat der Normenkontrollrat keine Bedenken gegen den Gesetzentwurf geäußert (Drucksache 17/10488, Anlage 2).

Der **Bundesrat** hat in seiner 899. Sitzung am 6. Juli 2012 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen (Bundratsdrucksache 312/12 (Beschluss) vom 6. Juli 2012; Drucksache 17/10488, Anlage 3).

Der Beschluss enthält 42 Änderungs- oder Ergänzungsforderungen, unter anderem zum Ausbau der Informationspflichten (Patientenbrief), zur Barrierefreiheit, zu den individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), zur Erweiterung der Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss und zu einem Entschädigungs-, Härtefall- oder Hilfsfonds.

Weiter hat der Bundesrat gebeten,

- im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob das Beweisverbot in § 630c Absatz 2 BGB-E auch für Angehörige gelten sollte,
- die Fälschungssicherheit der Dokumentation nach § 630f Absatz 1 BGB-E zu verbessern,
- die Regelung im Bundesmantelvertrag – Zahnärzte im neuen § 13 Absatz 3a SGB V zu berücksichtigen und
- einen Schutz der Daten aus Fehlermeldesystemen vorzusehen.

Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates, die das Kabinett am 15. August 2012 beschlossen hat, die Prüfung nachfolgender Sachverhalte zugesichert (Drucksache 17/10488, Anlage 4):

- Erweiterung des Beweisverbotes,
- Verbesserung der Fälschungssicherheit der Dokumentation,
- Überarbeitung der Beschleunigung von Bewilligungsverfahren und
- Schutz von Daten aus Fehlermeldesystemen.

Regelungen zu den Individuellen Gesundheitsleistungen, die über die in § 630c Absatz 2 BGB-E vorgesehene Informationspflicht hinausgehen, werden als nicht erforderlich angesehen. Sie finden sich bereits im Vertragsarztrecht und im ärztlichen Berufsrecht.

Zu Buchstabe b

Im Jahr 2012 wurden in Arztpraxen so genannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) im Wert von 1,5 Mrd. Euro erbracht. Dies ist eine Steigerung gegenüber 2008 um 500 Mio. Euro. Da IGeL-Leistungen nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten sind, müssen die gesetzlich Versicherten diese Leistungen selbst bezahlen. Nach Auffassung der Antragsteller wird durch das ärztliche Angebot von IGeL-Leistungen der Eindruck erweckt, dass der GKV-Leistungskatalog nicht ausreichend sei und den Versicherten wichtige Leistungen vorenthalten würden.

Die Antragsteller fordern von der Bundesregierung einen Gesetzentwurf, der unter anderem festschreibt, dass IGeL-Leistungen erst am nächsten Behandlungstag und nach ausführlicher Beratung vom Arzt erbracht werden dürfen. Bestimmte IGeL-Leistungen wie Reiseschutzimpfungen sollen von dieser Wartezeit ausgenommen sein. Ferner soll künftig ein Behandlungsvertrag über IGeL-Leistungen geschlossen und eine Rechnung gestellt werden. Verstößt der Arzt gegen seine Pflichten, soll dies sanktioniert werden. Im Rahmen der vertragsärztlichen Zulassung soll künftig sichergestellt werden, dass der Arzt seine überwiegende Arbeitszeit für kassenärztliche Leistungen verwendet. Die Bundesregierung, der Gemeinsame Bundesausschuss sowie die GKV sollen zu den in verschiedene Kategorien unterteilten IGeL-Leistungen den Versicherten umfassende Informationsmaterialien zur Verfügung stellen. Über die Entwicklung der IGeL-Leistungen soll die Verbraucherzentrale Bundesverband der Bundesregierung in regelmäßigen Abständen berichten. Schließlich soll die Verfahrenslaufzeit für die Bewertung neuer Diagnose- und Behandlungsmethoden zeitlich begrenzt werden.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller bemängeln, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/10488 keine Regelungen zur Einführung eines Härtefall- oder Entschädigungsfonds, zur Sicherstellung einer ausreichenden Haftpflichtversicherung der Ärzte, zur besseren Aufklärung über Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) und zur Stärkung kollektiver Patientenrechte enthält, sondern lediglich Richterrecht kodifiziert und damit keinen Fortschritt für die Patienten darstellt.

Die Antragsteller fordern, dass Patienten künftig nach jedem Eingriff einen allgemeinverständlichen Patientenbrief erhalten sollen und dass ein Härtefallfonds aufgelegt wird, der unter bestimmten Voraussetzungen den Patienten finanzielle Hilfestellung leistet. Der Fonds soll von den Haftpflichtversicherern der Leistungserbringer, den Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte, durch die private Krankenversicherung sowie über Steuermittel aus dem laufenden Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Außerdem soll ein Mediations- und Schiedsverfahren für Haftpflichtfälle eingeführt werden, wobei ein Mitglied Richter sein soll. Eine weitere Beweislastleichterung soll dann

gelten, wenn die Qualitätsberichte eines Krankenhauses eine hohe Komplikationsrate ausweisen. Auf die Länder soll dahingehend eingewirkt werden, dass diese Regelungen erlassen, wonach Ärzte in regelmäßigen Abständen eine ausreichende Haftpflichtversicherung nachweisen müssen und die Landgerichte verpflichtet werden, Spezialkammern für Arzthaftungsrecht einzurichten.

Zu Buchstabe d

Nach Ansicht der Antragsteller erschweren intransparente, uneinheitliche und fehlende gesetzliche Regelungen den Patienten, ihre aus den elementaren Grundrechten ableitbaren Patientenrechte in Anspruch zu nehmen. Zudem sei bei vielen medizinrechtlichen Fragen die Rechtsprechung regional unterschiedlich und oftmals werde geltendes Recht, wie das Recht auf Einsicht in die Krankenakte, nur unzureichend oder gar nicht gewährt. Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Einigung bei Behandlungsfehlern seien weder unabhängig noch neutral und bei Gericht dauerten Arzthaftungsprozesse häufig mehr als fünf Jahre, wobei die Beweisführung für den Patienten schwierig und das finanzielle Risiko sehr groß sei.

Die Antragsteller fordern daher, dass die Bundesregierung einen Gesetzentwurf vorlegt, der bestehende, aber auch neue Patientenrechte zu Diagnose und Therapie sowie zu Pflege- und sonstigen Gesundheitsleistungen in einem eigenständigen Gesetz zusammenführt. Insbesondere soll in dem neuen Patientenrechtegesetz das Recht auf eine gute und menschenwürdige Behandlung kodifiziert werden. Grundvoraussetzung sei ein barrierefreier, nicht mit Zuzahlungen verbundener Zugang zur Gesundheitsversorgung. Kurze Wartezeiten, eine verständliche Aufklärung sowie das Recht auf Therapien gegebenenfalls auch außerhalb des Leistungskatalogs der GKV und eine umfangreiche Dokumentation sollen ebenfalls als Patientenrechte festgeschrieben werden. Weiter wird ein Rechtsrahmen für die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) gefordert. Das Recht auf gesundheitliche und informationelle Selbstbestimmung soll ebenfalls Bestandteil eines neuen Patientenrechts sein. Die Stärkung der Rechte der Versicherten gegenüber den Kostenträgern und im Schadensfall ist in weiteres Anliegen. So sollen unter anderem die verpflichtende Einführung einer Berufshaftpflichtversicherung für Leistungserbringer, Beweiserleichterungen für die Patienten sowie Sanktionen bei Nichtherausgabe der Patientenakte die Situation der Versicherten verbessern. Zusätzlich soll die Einführung eines Entschädigungsfonds geprüft werden. Um Fehlerquellen künftig zu minimieren, soll ein bundesweites, zentrales Fehlermanagementsystem aufgebaut werden. Darüber hinaus sollen die Patientenvertretungen stärker in die Entscheidungsprozesse der Selbstverwaltung einbezogen werden.

Zu Buchstabe e

Die Antragsteller stellen fest, dass, obwohl Patientenrechte und Patientenberatung ein hohes Niveau erreicht haben, die geltenden Patientenrechte wenig transparent und zudem auf verschiedene Gesetze verteilt sind. Ein modernes Patientenrechtegesetz müsse aber sämtliche Rechte der Patienten zusammenführen und das bisherige Richterrecht zum Behandlungsvertrag kodifizieren. Nur so könne die erforderliche Transparenz hergestellt werden.

Deshalb fordern die Antragsteller, dass die grundlegenden Prinzipien, Rechte und Pflichten von Patienten und Leistungserbringern im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), in der Zivilprozessordnung (ZPO), im Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) und im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelt werden. In einem eigenständigen Abschnitt im BGB soll unter anderem festgelegt werden, dass Patienten selbstbestimmt über ihre Behandlung entscheiden können. Um diese Entscheidung treffen zu können, sollen sie das Recht auf eine rechtzeitige, verständliche und umfassende Aufklärung erhalten, ohne auf Grund ihrer Persönlichkeit diskriminiert zu werden. Die Behandlung soll sich an dem aktuellen medizinischen Wissensstand orientieren und in einem Behandlungsvertrag festgelegt werden. Der Anspruch auf Einsichtnahme bzw. Herausgabe der Patientenakte bei einem Behandlungsfehler soll ebenfalls geregelt werden. Die „widerlegbare Vermutung“ eines Fehlers soll den Patienten die Beweisführung bei einem Behandlungsfehler erleichtern. Im SGB V sollen die Rechte der Patienten gegenüber den Kostenträgern festgeschrieben werden. Hierzu zählt unter anderem, dass für die Bearbeitung von Anträgen Fristen gesetzt werden und dass die Krankenkassen die Patienten bei der Durchsetzung von Ansprüchen gegenüber Leistungserbringern unterstützen müssen. Zur Steigerung der Qualität der Gutachten des Medizinischen Dienstes sollen einheitliche Standards entwickelt werden. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden um die Kategorien Beinahefehler, Maßnahmen zu Patientensicherheit und -schutz sowie um die sektorübergreifende Zusammenarbeit mit Dritten erweitert. In der ZPO und im GVG sollen die Rechte der Patienten vor Gericht gestärkt werden. So sollen beispielsweise entsprechende Spezialgerichte für Arzthaftungsprozesse an den Zivilgerichten eingerichtet werden. Weiter wird ein Monitoring zu Behandlungsfehlern unter Federführung des Robert Koch-Instituts, ein Endoprothesenregister und der weitere Ausbau der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) gefordert. Die Bundesregierung soll zudem die Einführung eines Entschädigungsfonds für Härtefälle bei Behandlungsfehlern prüfen und darauf hinwirken, dass die Verfahren zu Behandlungsfehlern bei den Landesärztekammern nach definierten Qualitätsstandards einheitlich durchgeführt werden. Die Einführung solcher Verfahren bei den Landespsychotherapeutenkammern soll ebenfalls angestrebt werden. Des Weiteren soll die Bundesregierung einen Vorschlag zur Nachweisführung einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung der Leistungserbringer erarbeiten und den Umgang mit insbesondere elektronischen Patientendaten in den entsprechenden Gesetzen absichern.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 103. Sitzung am 28. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/10488 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 82. Sitzung am 28. November

Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten wurde mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen, gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 117. Sitzung am 28. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/10488 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen. Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(11)1021 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen. Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(11)1020 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD abgelehnt.

Zu Buchstabe b

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 103. Sitzung am 28. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9061 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 82. Sitzung am 28. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9061 abzulehnen.

Zu Buchstabe c

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 103. Sitzung am 28. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/11008 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Technologie** hat in seiner 86. Sitzung am 28. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/11008 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 82. Sitzung am 28. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/11008 abzulehnen.

Zu Buchstabe d

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 103. Sitzung am 28. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/6489 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 82. Sitzung am 28. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/6489 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 117. Sitzung am 28. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/6489 abzulehnen.

Zu Buchstabe e

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 103. Sitzung am 28. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/6348 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 82. Sitzung am 28. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/6348 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 117. Sitzung am 28. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/6348 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 85. Sitzung am 26. September 2012 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/10488, zu dem Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9061, zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/6489 und zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/6348, vorbehaltlich der Überweisung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/10488 sowie der Anträge auf den Drucksachen 17/6489 und 17/6348 durch das Plenum des Deutschen Bundestages, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In der 86. Sitzung am 17. Oktober 2012 hat der Ausschuss die Beratungen zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/10488 sowie zum Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9061, zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/6489 und zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/6348 aufgenommen. Zudem hat der Ausschuss in dieser Sitzung beschlossen, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/11008, vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum des Deutschen Bundestages, ebenfalls zum Gegenstand der geplanten öffentlichen Anhörung zu machen.

Die öffentliche Anhörung hat als gemeinsame Anhörung mit dem Rechtsausschuss als 87. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und als 97. Sitzung des Rechtsausschusses am 22. Oktober 2012 stattgefunden. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK), Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), Alexandra-Lang-Stiftung für Patientenrechte, Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e. V., AOK-Bundesverband (AOK-BV), Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e. V. (BDK), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (biha), Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Bundeszahnärztekammer e. V. (BZÄK), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV), Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Krebshilfe e. V. (DKH), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzteverband e. V., Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e. V. (ZVK), Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) e. V., Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV), Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Notgemeinschaft Medizingeschädigter in Bayern – Patient im Mittelpunkt – e. V., Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V., Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Uwe Eibich, Prof. Dr. Hansjörg Geiger, Prof. Dr. Dieter Hart, Jörg Heynemann, Jürgen Hohnl,

Klaus Jacobs, Prof. Dr. Wolfgang Kuhla, Lothar Jünemann, Volker Loeschner, Anke Plener, Dr. Alfred Simon, Prof. Dr. Andreas Spickhoff und Maria Vavra. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In seiner 90. Sitzung am 7. November 2012 hat der Ausschuss die Beratungen zum Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/11008 aufgenommen.

In seiner 91. Sitzung am 28. November 2012 hat der Ausschuss seine Beratungen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/10488 und zu den Anträgen auf den Drucksachen 17/9061, 17/11008, 17/6489 sowie 17/6348 fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/10488 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 17/9061 abzulehnen.

Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 17/11008 abzulehnen.

Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 17/6489 abzulehnen.

Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD, den Antrag auf Drucksache 17/6348 abzulehnen.

Der Ausschuss hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs beschlossen:

Zu Artikel 1 Nummer 4 (Änderungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs/§§ 630a bis 630h BGB-Entwurf) wurden insgesamt 10 Änderungsanträge eingebracht. Die Änderungsanträge betreffen neben einigen redaktionellen Änderungen insbesondere die stärkere Einbeziehung einwilligungsunfähiger Patientinnen und Patienten in das Behandlungsgeschehen, indem auch ihnen die wesentlichen Umstände einer bevorstehenden Maßnahme entsprechend ihren Verständnismöglichkeiten erläutert werden sollen (§ 630e Absatz 5 neu). Ferner soll in § 630g vorgesehen werden, dass der Patient ein Recht auf Einsicht in seine vollständige Patientenakte hat und er auch elektronische Abschriften der Patientenakte verlangen kann sowie, dass eine Ablehnung der Akteneinsicht zu begründen ist. Schließlich werden mit den Änderungsanträgen zum Beweisverbot, das auf Angehörige ausgedehnt werden soll (§ 630c Absatz 2), und zur Präzisierung der Pflicht zur Kenntlichmachung von Berichtigungen und Änderungen elektronisch geführter Patientenakten (§ 630f Absatz 1) entsprechende Forderungen des Bundesrates in seiner Stellungnahme aufgegriffen.

Zu Artikel 2 ff. (SGB V und andere Regelungen im Sozialrecht) wurden insgesamt 9 Änderungsanträge eingebracht. Sie enthalten neben redaktionellen Klarstellungen und Folgeänderungen insbesondere den Schutz der Meldenden an Fehlermeldesysteme vor straf- oder arbeitsrechtlichen Sanktionen, das Ruhen der ärztlichen Approbation bei fehlender oder nicht ausreichender Haftpflichtversicherung, internationale Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes und die Einrichtung einer nationalen Kontaktstelle. Im Zusammenhang mit der Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen werden die Besonderheiten von Gutachterverfahren im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung berücksichtigt und, wenn die Krankenkassen keinen hinreichenden Grund für die fehlende Entscheidung nennen, eine Genehmigungsfiktion vorgesehen. Darüber hinaus werden die Rechte der Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss gestärkt.

Über die diesen Änderungen zugrunde liegenden Änderungsanträge wurde wie folgt abgestimmt:

Die Änderungsanträge Nummer 1 bis 6 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Ausschussdrucksache 17(14)325 wurden im Paket abgestimmt und mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. angenommen.

Änderungsanträge Nummer 1 bis 10 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Ausschussdrucksache 17(14)352 wurden einzeln abgestimmt:

Änderungsantrag Nummer 1 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Änderungsantrag Nummer 2 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD angenommen.

Änderungsantrag Nummer 3 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. angenommen.

Änderungsantrag Nummer 4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Die Änderungsanträge Nummer 5 und 6 wurden einstimmig angenommen.

Änderungsantrag Nummer 7 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der SPD angenommen.

Änderungsantrag Nummer 8 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag Nummer 9 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD angenommen.

Änderungsantrag Nummer 10 wurde einstimmig angenommen.

Die Änderungsanträge Nummer 7 bis 9 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Ausschussdrucksache 17(14)353 wurden einzeln abgestimmt:

Änderungsantrag 7 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Änderungsantrag 8 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der SPD angenommen.

Änderungsantrag 9 wurde einstimmig angenommen.

Darüber hinaus lagen dem Ausschuss folgende zehn Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 17(14)350 vor:

Änderungsantrag 1

In Artikel 1 Nr. 4 wird im § 630d (Einwilligung) nach Absatz 2 ein neuer Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Der Behandelnde ist verpflichtet, Patienten mit wiederkehrenden Krankheitsepisoden, bei denen Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, dass diese mit Zeiten der Einwilligungsunfähigkeit einhergehen, den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung anzubieten, in der er für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit Art und Umfang der Behandlungsmaßnahme mit dem Patienten vereinbart.“

Begründung:

Die Verpflichtung zur Einholung der Einwilligung des Patienten oder in definierten Ausnahmen eines Berechtigten ist auch bei der psychiatrischen Behandlung zu befürworten. Allerdings können psychisch kranke Menschen in akuten Krankheitsphasen krankheitsbedingt in ihrer Entscheidungsfähigkeit und Fähigkeit zur realistischen Situations einschätzung eingeschränkt sein. Als Instrument der vorsorgenden Behandlungsplanung hat sich daher in der Psychiatrie die Behandlungsvereinbarung bewährt. Dabei vereinbaren Patient und Behandler schriftlich, wie bei einer künftig eintretenden Erkrankung zu verfahren ist. Die Behandlungsvereinbarung stellt mehr Selbstbestimmung als eine gesetzliche Betreuung sicher. Sie ist dabei flexibler als eine Patientenverfügung nach § 1901a BGB. Diese Regelung soll verbindlich für alle psychiatrischen Krankenhäuser bzw. psychiatrische Abteilungen von Krankenhäusern eingeführt werden. Sie soll aber auf Patienten beschränkt werden, bei denen Anhaltspunkte vorhanden sind, dass ihre Erkrankung zumindest zeitweise zur Einwilligungsunfähigkeit führt.

Änderungsantrag 2

In Artikel 1 Nr. 4 (§ 630e BGB Mitwirkung der Vertragsparteien, Informationspflichten) Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Informationen nach Absatz 2 Satz 1 sind dem Patienten zusätzlich in Textform zu erteilen, wenn er es verlangt, er erkennbar nicht in der Lage ist, die mündliche Information vollständig zu erfassen, oder dies aus sonstigen Gründen geboten ist.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Patient bestimmte Informationen erhält, und bei Eingriffen zusätzlich aufgeklärt wird, sowie grundsätzlich Anspruch auf Einsichtnahme in die Patientenakte hat. Jedoch ist nicht vorgesehen, dass darüber hinaus Anspruch auf einen sogenannten Patientenbrief besteht, in dem in verständlicher Weise Diagnose, Behandlung und Therapieempfehlungen erläutert werden. Dies ist ein auszugleichendes Defizit.

Die Ausstellung eines Patientenbriefes wäre aus Patientensicht begrüßenswert, da die allgemeine Information im hektischen Praxis- und Klinikalltag zu kurz kommt, und die Einsichtnahme in die Patientenakte eine Hürde darstellt, und zudem für Laien schwer verständlich ist. Ein Patientenbrief soll das Informations- oder Aufklärungsgebot dennoch nicht ersetzen. Der Patientenbrief soll anlassbezogen ausgestellt werden, d.h. in den Fällen, in der er aktiv verlangt wird oder der Patient aufgrund der persönlichen Konstitution oder Behandlungssituation (z. B. Alter, operativer Eingriff, Zustand nach Vollnarkose) erkennbar nicht in der Lage ist, eine umfangreiche mündliche Information zu erfassen.

Änderungsantrag 3

Artikel 1 Nr. 4 (§ 630d BGB Einwilligung) wird um einen Absatz 4 ergänzt:

„Minderjährige können bei sie betreffenden medizinischen Eingriffen, deren Tragweite sie nach Aufklärung und Beratung erfassen können, selbst in einen sie betreffenden Eingriff einwilligen, soweit sie einwilligungs- und urteilsfähig sind.“

Begründung:

Im Gesetzentwurf fehlt eine Regelung zur Einwilligung in medizinische Eingriffe von minderjährigen Patientinnen und Patienten. Medizinische Eingriffe sollten grundsätzlich einem Zustimmungsvorbehalt des Minderjährige unterliegen, soweit dies im Hinblick auf ihr Alter und ihre geistige Reife sowie die Urteilsfähigkeit bezogen auf diesen Eingriff möglich ist. Wird von Ärztinnen und Ärzten in einer ausführlichen Konsultation festgestellt, dass von einer ausreichenden Urteils- und Entscheidungsfähigkeit des Minderjährigen ausgegangen werden kann, sollte der Betroffene selbst entscheiden dürfen. Dazu bedarf es einer umfassenden Information, Aufklärung und Beratung des Minderjährigen.

Änderungsantrag 4

In Artikel 1 Nr. 4 wird in § 630g BGB (Einsichtnahme in die Patientenakte) Absatz 1 nach Satz 1 folgender Satz aufgenommen:

„Soweit erhebliche therapeutische Gründe oder Gründe des allgemeinen Persönlichkeitsrechts gegen eine Einsichtnahme durch Sorgeberechtigte in die Krankenakte sprechen, bedarf sie der Einwilligung des einwilligungsfähigen Minderjährigen.“

Begründung:

Wenn im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung der Gegenstand auch Konflikte mit Eltern sind, ist eine Einsichtnahme durch sie mitunter schädlich und vor allem nicht im Interesse des Minderjährigen. Das Einsichtnahmerecht durch die Eltern kann dann unter den Aspekten der „entgegenstehenden erheblichen therapeutischen Gründe“ verweigert werden.

Änderungsantrag 5

In Artikel 1 Nr. 4 wird § 630g BGB (Einsichtnahme in die Patientenakte) nach Abs. 2 folgender 3. Absatz eingefügt:

„Wird dem Patienten keine oder nur eine teilweise Einsichtnahme gewährt, obwohl er einen Anspruch nach Absatz 1 hat, so ist die Verjährungsfrist ab dem Zeitpunkt des Verlangens der Einsichtnahme gehemmt.“

Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 4.

Begründung:

Oft wird die Einsichtnahme in die Patientenakte schuldhaft verzögert. Dies darf nicht zum Nachteil der Patientenseite führen. Die Frage, ob eine Einsichtnahme in die Krankenakte sich auf die vollständige Akte bezieht, führt häufig zu Streit im Rahmen von Arzthaftungsverfahren. Das Patientenrechtgesetz sollte zur Eindeutigkeit der Rechte von Patienten beitragen.

Änderungsantrag 6

In Artikel 1 Nr. 4 im § 630h Abs. 5 wird Satz 2 BGB (Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler) neu gefasst:

„Hat der Behandelnde es unterlassen, einen medizinisch gebotenen Befund oder eine andere wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 in der Patientenakte aufzuzeichnen oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass sich ein nicht dokumentierter Umstand so ereignet hat, wie ihn der Patient glaubhaft schildert. Weitergehend wird vermutet, dass ein nicht dokumentierter Befund ein reaktionspflichtiges Ereignis aufgewiesen hätte.“

Begründung:

Mit dieser Änderung wird die bestehende Rechtsprechung aufgenommen. Bei fehlender Dokumentation wird dem Patienten der Nachweis eines ärztlichen Behandlungsfehlers erleichtert. Das Gericht muss vermuten, die nicht dokumentierte Maßnahme sei nicht vorgenommen worden.

Änderungsantrag 7

In Artikel 1 Nr. 4 ist in § 630h Abs. 5 BGB (Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler) in Satz 1 das Wort „grober“ zu streichen.

Begründung:

Die Einführung einer Beweiserleichterung in Form einer widerlegbaren Vermutung beim Nachweis des Kausalzusammenhangs zwischen einfachem Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden stärkt die Rechte von geschädigten Patientinnen und Patienten vor Gericht. Der Heilbehandler bzw. die Heilbehandlerin muss die Vermutung eines Zusammenhangs zwischen Schaden und Pflichtverletzung erschüttern. Der Behandelte belegt, dass ein gesundheitlicher Schaden eingetreten ist und durch eine Pflichtverletzung des Heilbehandlers verursacht wurde.

Änderungsantrag 8

Dem Artikel 1 Nummer 4 ist folgender § 630i im BGB – neu anzufügen:

Besondere Bestimmung bei der Erbringung von Zusatzleistungen

„(1) Eine Vereinbarung über Leistungen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht enthalten sind (Zusatzleistungen), bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Die Vereinbarung muss neben der Bezeichnung der Leistung enthalten:

1. eine vollständige Aufstellung der Kosten, die der Patient zu tragen hat und die die einzelnen Leistungen und gegebenenfalls die angesetzten Steigerungssätze detailliert aufschlüsselt,
2. bei medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operationen, Tätowierungen und Piercings einen ausdrücklichen Hinweis darauf, dass Folgekosten, die aus der Leistung entstehen können, nach § 52 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der gesetzlichen Krankenversicherung möglicherweise nicht oder nur eingeschränkt übernommen werden,
3. eine vollständige Beschreibung des angebotenen Leistungsumfangs in patientenverständlicher Sprache,
4. eine Beschreibung möglicher Diagnose- oder Behandlungsalternativen, die vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst werden,
5. die Information, unter welchen Umständen gegebenenfalls diese Leistung von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt würde,
6. Informationen zu Risiken und Nebenwirkungen der Leistung,
7. Informationen zur Nutzenbewertung der Leistung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Wenn eine solche Nutzenbewertung nicht vorliegt, einen Hinweis auf diesen Umstand,
8. einen ausdrücklichen Hinweis auf das jederzeitige Rücktrittsrecht des Patienten.

Dem Patienten ist eine Abschrift der von den Parteien unterschriebenen Vereinbarung auszuhändigen.

(2) Dem Patienten ist vor Abschluss des Vertrags eine angemessene Bedenkzeit von in der Regel mindestens 24 Stunden einzuräumen. Bei selbst nachgefragten Zusatzleistungen kann der Patient auf diese Bedenkzeit verzichten.

(3) Absatz 1 Nr. 3 und 7 gilt auch für Leistungen, die ohne vorherige Ansprache durch das ärztliche oder Praxispersonal oder Werbung in der Praxis durch den Patienten in Eigeninitiative konkret nachgefragt werden und nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Erkrankung des Patienten stehen, insbesondere reisemedizinisch veranlasste Beratungen und Impfungen, sportmedizinische Untersuchungen oder Atteste.

(4) Übersteigt die Vergütung den marktüblichen Preis erheblich oder weichen die erbrachte Leistung oder ihre Qualität erheblich vom anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik ab, so ist die Vereinbarung nichtig.

(5) Eine Vereinbarung zum Haftungsausschluss ist nichtig.

(6) Information, Aufklärung, Ansprache des Behandlungsbedürftigen, Abschluss und Unterzeichnung der Vereinbarung dürfen nicht an Hilfspersonen delegiert werden.

(7) Der Behandlungsbedürftige ist berechtigt, jederzeit von der Vereinbarung zurückzutreten.“

Begründung:

Durch Zusatzleistungen – insbesondere von individuellen Gesundheitsleistungen – wandelt sich das Arzt-Patienten-Verhältnis zunehmend in ein Anbieter-Kunden-Verhältnis. Dabei sind Patientinnen und Patienten oft nur ungenügend in der Lage, Bedarf, Qualität und Nutzen sowie damit entstehenden Kosten zu beurteilen. Dies hat auch die Bundesministerin für Ernährung, Lebensmittel und Verbraucherschutz Ilse Aigner sowie der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Wolfgang Zöllner nach Präsentation einer Studie zu IGe-Leistungen bemängelt. Diese werden Patientinnen und Patienten immer häufiger angeboten. Dabei fehlen oft Hinweise über die Risiken und ggf. Folgekosten, die mit der Leistung verbunden sind. Dieser Mangel gilt auch für kosmetische Eingriffe, Tätowierungen, Piercings sowie andere Zusatzleistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse finanziert werden. Daneben fehlen häufig Informationen, welche Leistungen, die einen ähnlichen Zweck erfüllen, bereits von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Die ausdrückliche Kenntnisnahme der Kosteninformation in Schriftform nach § 126 BGB gibt dem Patienten die Möglichkeit, die unterbreitete kostenpflichtige Maßnahme zu hinterfragen. Auch im Interesse des Vertrauensschutzes im Arzt-Patientenverhältnis ist es angebracht, Mindeststandards für die Erbringung von IGeL und anderen Zusatzleistungen gesetzlich zu definieren, an die Ärztinnen und Ärzte gebunden sind. Patientinnen und Patienten sind oft nicht vollständig in der Lage, die Angemessenheit der Leistung sowie die entstehenden Kosten zu beurteilen.

Änderungsantrag 9

Artikel 5 wird neu gefasst:

„Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch

In § 17 Abs. 2 SGB I wird nach Satz 1 eingefügt:

Menschen ohne ausreichende deutsche Sprachkenntnisse haben bei planbaren und mit einem nicht unerheblichen Risiko verbundenen ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen das Recht auf einen Dolmetscherdienst.“

Der jetzige Satz 2 wird Satz 3 und wie folgt geändert:

„Die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger sind verpflichtet, sowohl die durch die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen nach Satz 1 als auch für die Dolmetscherdienste nach Satz 2 entstehenden Kosten zu tragen; § 19 Abs. 2 Satz 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“

Begründung:

Patientinnen und Patienten ohne ausreichende deutsche Sprachkenntnisse haben nach dieser Vorschrift bei ärztlichen Behandlungen und Untersuchungen, die keine Notfälle sind (planbar) und mit einem nicht unerheblichen Risiko verbunden sind, das Recht auf einen Dolmetscherdienst. Dadurch ist sichergestellt, dass sie über Art, Umfang sowie Risiken der Behandlung oder der Untersuchung hinreichend aufgeklärt werden können. Die Dolmetscherkosten müssen im Rahmen von Satz 1 von den Sozialleistungsträgern getragen werden.

Änderungsantrag 10

Es wird ein neuer Artikel 6 eingefügt:

Änderung der Bundesärzteordnung

Nach § 9 wird folgender § 9a in die Bundesärzteordnung eingefügt:

„(1) Der Arzt ist verpflichtet, eine Berufshaftpflichtversicherung zur Deckung der sich aus seiner Berufstätigkeit ergebenden Haftpflichtgefahren abzuschließen und die Versicherung während der Dauer seiner Approbation aufrechterhalten. Die Versicherung muss bei einem im Inland zum Geschäftsbetrieb befugten Versicherungsunternehmen zu den nach Maßgabe des Versicherungsaufsichtsgesetzes eingereichten Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgenommen werden und sich auch auf solche Schäden erstrecken, für die der Arzt nach § 278 oder § 831 des Bürgerlichen Gesetzbuchs einzustehen hat.

(2) Der Versicherungsvertrag hat Versicherungsschutz für jede einzelne Pflichtverletzung zu gewähren, die gesetzliche Haftpflichtansprüche privatrechtlichen Inhalts gegen den Arzt zur Folge haben könnte; dabei kann vereinbart werden, dass sämtliche Pflichtverletzungen im Rahmen seiner Tätigkeit als ein Versicherungsfall gelten.

(3) Von der Versicherung kann die Haftung ausgeschlossen werden:

1. für Ersatzansprüche wegen wissentlicher Pflichtverletzung,
2. für Ersatzansprüche aus ärztliche Tätigkeiten in anderen Staaten

(4) Die Mindestversicherungssumme beträgt aktuell 250 000 Euro für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Versicherungsjahres verursachten Schäden können auf den vierfachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden. Die Mindestversicherungssumme wird entsprechend des Haftungsrisikos der jeweiligen Arztgruppe aufgestockt.

(5) Die Vereinbarung eines Selbstbehalts bis zu 1 vom Hundert der Mindestversicherungssumme ist zulässig.

(6) Im Versicherungsvertrag ist der Versicherer zu verpflichten, der zuständigen Ärztekammer den Beginn und die Beendigung oder Kündigung des Versicherungsvertrages sowie jede Änderung des Versicherungsvertrages, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz beeinträchtigt, unverzüglich mitzuteilen. Die Ärztekammer erteilt Dritten zur Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen auf Antrag Auskunft über den Namen und die Adresse der Berufshaftpflichtversicherung des Arztes sowie die Versicherungsnummer, soweit der Arzt kein überwiegendes schutzwürdiges Interesse an der Nichterteilung der Auskunft hat; dies gilt auch, wenn die Approbation als Arzt erloschen ist.

(7) Zuständige Stelle im Sinne des § 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist die Ärztekammer.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Bundesärztekammer die Mindestversicherungssumme anders festzusetzen, wenn dies erforderlich ist, um bei einer Änderung der wirtschaftlichen Verhältnisse einen hinreichenden Schutz der Geschädigten sicherzustellen.“

Begründung:

Viele Ärztinnen und Ärzte verfügen nicht über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung. Im Schadensfall kann das dazu führen, dass Patientinnen und Patienten ihren Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld nicht durchsetzen können. Wir schlagen deshalb analog zu dem Modell des Haftpflichtnachweises bei Rechtsanwälten eine Lösung vor, mit der die Haftpflichtversicherungen verpflichtet werden, jede Kündigung oder Anpassung der Berufshaftpflicht der Ärztekammer anzuzeigen. Dazu ist die Bundesärzteordnung zu ergänzen. Zusätzlich ist in den Kammergesetzen der Länder bundeseinheitlich festzulegen, wer die entgegennehmenden Stellen nach dem Versicherungsvertragsgesetz sind. Dies gilt insbesondere, wenn die Haftpflichtversicherung gekündigt wird.“

Diese zehn Änderungsanträge wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD abgelehnt.

Die **Fraktion der CDU/CSU** erklärte, über eine Stärkung der Rechte der Patienten werde bereits seit 15 Jahren debattiert und keiner vorherigen Koalition sei es gelungen, einen Gesetzentwurf auf den Weg zu bringen. Durch die eingebrachten Änderungsanträge habe man einen guten Gesetzentwurf im Sinne der Patienten noch verbessert. Bereits die Normierung des bisherigen richterlich geschaffenen Rechts sei für die Patienten vorteilhaft. Der vorliegende Gesetzentwurf erweitere zudem die Rechte der Patienten, führe zu einer Steigerung der Qualität ärztlicher Behandlung und schaffe mehr Transparenz. Ein wichtiges Ziel des Gesetzentwurfs sei die Schaffung einer neuen Kultur des Fehler- und Risikomanagements. Dies führe dazu, dass infolge von Beschwerden aus Fehlern gelernt werde, so dass die Wiederholung eines gleichartigen Fehlers anderen Patienten erspart bleibe. Auch würden Ärzte verpflichtet, den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung nachzuweisen, um die Entschädigung betroffener Patienten sicherzustellen. Wer seine Zustimmung einzig davon abhängig mache, ob ein Härtefallfonds geschaffen werde oder nicht, denke zu kurz. Schließlich werde die Rechtsstellung der Patienten gegenüber den Krankenkassen gestärkt und die Krankenkassen würden verpflichtet, ihre Mitglieder bei der Durchsetzung ihrer Rechte besser zu unterstützen.

Die **Fraktion der FDP** wies darauf hin, dass nicht nur bestehende Rechte kodifiziert, sondern auch neue Rechte geschaffen würden. So führe die Verkürzung der Bewilligungsverfahren zu konkreten Verbesserungen für die Patienten. Auch würden die Rechte der Patienten im Falle von Behandlungsfehlern gestärkt. Durch die Einführung eines Beschwerde-managements werde überdies eine Fehlervermeidungskultur gefördert. Der pauschale Eindruck, bei IGeL-Leistungen handele es sich um nutzlose Behandlungen, sei unzutreffend und die Forderungen nach einer 24-Stunden-Frist praxisfern. Die Schaffung eines Härtefallfonds widerspräche dem deutschen Haftungsrecht und das österreichische Modell sei nicht ohne Weiteres übertragbar. Auch werde verschwiegen, dass in Österreich ausschließlich die Patienten den Fonds finanzierten. Zudem würde hierdurch nicht unbürokratisch und schnell geholfen, da man auch hier nicht ohne Tatsachenfeststellungen auskäme.

Die **Fraktion der SPD** konstatierte, dass der Gesetzentwurf zwar die Rechte der Patientinnen und Patienten im BGB und im SGB V bündele, aber bei weitem kein modernes Patientenrechtegesetz darstelle. Wichtige Aspekte wie die Aufklärung und die Bedenkzeit bei IGe-Leistungen, ein verbindliches Fehlermanagementsystem, Regelungen zu den Medizinprodukten, ein Härtefallfonds für durch einen Behandlungsfehler geschädigte Patientinnen und Patienten oder die Beweiserleichterung bei einem mit hoher Wahrscheinlichkeit vermuteten Behandlungsfehler seien nicht in das vorliegende Patientenrechtegesetz eingeflossen. Hierzu habe man in den eigenen Anträge Regelungsvorschläge gemacht, die eine wirkliche Weiterentwicklung der Patientenrechte bedeuteten. Auch die Beteiligung der Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss lasse weiterhin zu wünschen übrig, da diese bei Verfahrensfragen nach wie vor nicht mit abstimmen könnten.

Die **Fraktion DIE LINKE** stellte fest, dass das Patientenrechtegesetz für die Patientinnen und Patienten keine wirkliche Verbesserung darstelle, sondern in weiten Teilen nur bestehende Rechte bündele. Die Stärkung der Patientenorganisationen im GBA würde bei Weitem noch nicht genügen. Es werde weder ein Entschädigungsfonds für Härtefälle eingerichtet noch eine Beweislasterleichterung bei Behandlungsfehlern normiert. Hierzu habe man im eigenen Antrag wesentlich bessere Vorschläge gemacht. Die Patient müssten z. B. nur den Schaden, nicht aber den Behandlungsfehler und die Kausalität des Schadens nachweisen. Regelungen zu IGeL-Leistungen sowie die Reform des Gutachterwesens und Barrierefreiheit oder ein Dolmetscherpool fehlten gänzlich. Zur Verbesserung der der Patientensicherheit bei Medizinprodukten habe man einen Entschließungsantrag eingebracht.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** war der Auffassung, dass das vorgelegte Patientenrechtegesetz der Bundesregierung sowie die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen zwar ein erster Schritt zur Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten darstellten. Allerdings würden nur bereits bestehende Rechte gebündelt, aber nicht weiterentwickelt. Nach wie vor fehlten weitreichendere Beweislasterleichterungen für die Patientinnen und Patienten bei Behandlungsfehlern und ein Härtefallfonds. Hierzu habe der Bundesrat bereits eine Arbeitsgrundlage geliefert, die aber nicht in die Beratungen eingeflossen sei. Der eigene Antrag sowie die Änderungsanträge zeigten noch weiteren Verbesserungsbedarf, um die Rechte von Patienten und Versicherten nachhaltig zu stärken.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 17/10488 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 (Bürgerliches Gesetzbuch)

Zu Nummer 4

Zu § 630c Absatz 2 Satz 2 (Informationspflicht des Behandelnden bei Behandlungsfehlern)

Die klarstellende Formulierung „über diese“ soll verdeutlichen, dass Behandelnde lediglich über die erkennbaren Um-

stände zu informieren haben, die auf einen Behandlungsfehler hindeuten. Über diese fachliche Einschätzung hinaus werden Behandelnde nicht verpflichtet, auch eine juristische Wertung vorzunehmen.

Zu § 630c Absatz 2 Satz 3 (Schutz des Angehörigenverhältnisses bei Information über Behandlungsfehler)

Der Anwendungsbereich des Absatzes 2 Satz 3 wird auch auf Informationen über solche Behandlungsfehler erstreckt, die einem Angehörigen im Sinne des § 52 der Strafprozessordnung des nach Satz 2 Informationspflichtigen unterlaufen sind. Der Grundsatz des fairen Verfahrens erfordert auch einen angemessenen Schutz des Angehörigenverhältnisses. Daher soll die Information nach Satz 3 auch in einem gegen einen Angehörigen des Informationspflichtigen durchgeführten Straf- oder Bußgeldverfahren geschützt und von der Zustimmung des nach Satz 2 Informationspflichtigen abhängen.

Die Änderung geht auf eine Forderung des Bundesrates in seiner Stellungnahme gemäß Artikel 76 Absatz 2 GG zurück. Die Formulierung „Bußgeldverfahren“ (anstatt „Verfahren nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten“) ist lediglich redaktioneller Art.

Zu § 630d Absatz 2 (Einwilligung)

Die Konkretisierung des Verweises auf die Absätze 1 bis 4 des § 630e ist eine notwendige Folgeänderung, die sich aus der Erweiterung des § 630e um den Absatz 5 ergibt. Sie soll klarstellen, dass die Wirksamkeit der Einwilligung des zur Einwilligung Berechtigten im Sinne des § 630d Absatz 1 Satz 2 unabhängig von der nunmehr in § 630e Absatz 5 vorgesehenen Erläuterungspflicht zu Gunsten des einwilligungsunfähigen Patienten ist.

Zu § 630e Absatz 1 Satz 2 (Umfang der Aufklärungspflichten)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Die bisherige Formulierung in Absatz 1 Satz 2 („in der Regel insbesondere“) enthält eine unnötige sprachliche Dopplung, die durch die Streichung behoben wird. Der beispielhafte Charakter der aufgezählten Aufklärungspflichten wird durch die Streichung nicht berührt. Dies wird durch die bestehen bleibende Formulierung „insbesondere“ ausreichend deutlich. Damit kommt zugleich auch der fortbestehende Spielraum der Rechtsprechung zum Ausdruck, weitere und neue Facetten der Aufklärungspflichten zu entwickeln, um im Einzelfall zu sachgerechten Ergebnissen zu gelangen.

Zu § 630e Absatz 2 Nummer 1 (Person des Aufklärenden)

Die Formulierung „Ausbildung“ soll klarstellen, dass die Aufklärung auch durch eine Person erfolgen darf, die aufgrund ihrer abgeschlossenen fachlichen Ausbildung die notwendige theoretische Befähigung zur Durchführung der vorgesehenen Maßnahme erworben hat, auch wenn sie möglicherweise noch nicht das Maß an praktischer Erfahrung aufweist, das für die eigenständige Durchführung der Maßnahme selbst unverzichtbar ist. Durch die geforderte „Ausbildung“ ist weiterhin sichergestellt, dass die Person über die nötigen Kenntnisse verfügt, um den Patienten umfassend über sämtliche für die Durchführung der Maßnahme wesentlichen Umstände aufzuklären. Die Regelung entspricht den Anforderungen aus der bisherigen Praxis und trägt insbesondere den Bedürfnissen des Krankenhausalltags Rechnung,

um eine gute medizinische Aufklärung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit dem vorhandenen ärztlichen Personal zu gewährleisten.

Zu § 630e Absatz 5 (Aufklärung bei Einwilligungsunfähigkeit des Patienten)

Minderjährige Patienten, die noch nicht oder nicht alleine in eine medizinische Behandlung einwilligen können, sowie einwilligungsunfähige volljährige Patienten sollen stärker in das Behandlungsgeschehen einbezogen werden. Daher sollen auch sie im Regelfall über wesentliche Umstände der vorgesehenen Maßnahme in Kenntnis gesetzt werden. Mit der Einführung dieser neuen Pflicht trägt die Regelung der jüngsten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts Rechnung, nach der auch ein Einwilligungsunfähiger über das Ob und Wie einer Behandlung, der er unterzogen wird, grundsätzlich nicht im Unklaren gelassen werden darf (vgl. Beschluss des BVerfG vom 23. März 2011, Az. 2 BvR 882/09, Randnummer 59). Art und Umfang der Erläuterung hängen von den Umständen im Einzelfall ab und richten sich insbesondere nach dem Entwicklungsstand und den Verständnismöglichkeiten des Patienten. Der Erläuterung bedarf es außer in den Fällen des Absatzes 3 dann nicht, wenn es bei einem Patienten aufgrund seines Entwicklungsstandes bzw. seiner Verständnismöglichkeiten im Einzelfall ausgeschlossen ist, dass er die Erläuterungen zumindest in den wesentlichen Zügen aufnehmen kann. Dies ist etwa bei Säuglingen oder bei einem im Koma liegenden Patienten anzunehmen. Ferner dürfen die Erläuterungen dem Wohl des Patienten nicht zuwider laufen. Dies wird allerdings bei einwilligungsunfähigen volljährigen Patienten nur in Ausnahmefällen der Fall sein.

Absatz 5 hat keinen Einfluss auf die nach Absatz 4 bestehende Pflicht zur Aufklärung des gesetzlichen Vertreters und die Wirksamkeit seiner Einwilligung (vgl. Beschluss des BVerfG vom 23. März 2011, a. a. O.). Weder kann sie diese ersetzen noch hängt die Wirksamkeit der Einwilligung des gesetzlichen Vertreters von ihr ab. Es bleibt vielmehr dabei, dass bei einem einwilligungsunfähigen Patienten nur der gesetzliche Vertreter zur Einwilligung befugt ist. Für die Wirksamkeit seiner Einwilligung in die vorgesehene Maßnahme kommt es allein darauf an, dass er nach Maßgabe von § 630e Absatz 1 bis 4 ordnungsgemäß aufgeklärt worden ist, vgl. § 630d Absatz 2 zweite Alternative.

Zu § 630f Absatz 1 Sätze 2 und 3 (Sicherstellung der Revisionsicherheit der Dokumentation)

Nachträgliche Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte müssen neben dem Inhalt der Änderung auch den Zeitpunkt der Veränderung erkennen lassen. Die Gewährleistung dieser Revisionsicherheit ist erforderlich, um auch nach Abschluss einer Behandlung im Einzelnen nachvollziehen zu können, wann welche Behandlungsschritte eingeleitet und schließlich auch dokumentiert worden sind. Die Ergänzung ist insbesondere für elektronisch geführte Patientenakten von Bedeutung, da hier nachträgliche Änderungen nicht ohne Weiteres als solche zu erkennen sind. In diesen Fällen bedarf es daher von vornherein geeigneter Software, um die gebotene Revisionsicherheit der elektronischen Dokumentation zu gewährleisten.

Die Änderung geht auf eine Forderung des Bundesrates in seiner Stellungnahme gemäß Artikel 76 Absatz 2 GG zurück.

Zu § 630g Absatz 1 Satz 1 (Ausschlussgründe für das Einsichtsrecht)

Zur Klarstellung wird festgeschrieben, dass Patientinnen und Patienten grundsätzlich Anspruch auf Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte haben und ihnen keine Teile der Akte vorenthalten werden dürfen. Ferner wird festgelegt, dass die Einsichtnahme nur dann versagt werden darf, soweit ihr „sonstige erhebliche Rechte Dritter“ entgegenstehen. Um noch deutlicher als bislang zum Ausdruck zu bringen, dass die Ausschlussgründe für das Recht auf Akteneinsicht eng gefasst sind, wurde das Tatbestandsmerkmal konkretisiert und auf die „sonstigen erheblichen Rechte Dritter“ bezogen. Die Intention der Regelung gilt fort: Die Grenze des Einsichtsrechts ist erreicht, soweit in die Aufzeichnungen Informationen über die Persönlichkeit dritter Personen eingeflossen sind, die ihrerseits schutzwürdig sind. Dies kann z. B. für den Fall eines minderjährigen Patienten gelten, der eine Behandlung unter Einbeziehung seiner sorgeberechtigten Eltern durchführt, soweit sensible Informationen über die Eltern des Patienten in die Dokumentation eingeflossen sind.

Zu § 630g Absatz 1 Satz 2 neu (Begründungserfordernis bei Ablehnung des Einsichtsrechts)

Für die Akzeptanz einer die Einsichtnahme ablehnenden Entscheidung ist die Begründung der Ablehnungsentscheidung unverzichtbar. Auch wird der Patient durch das Begründungserfordernis in die Lage versetzt, den Grund der Ablehnung zumindest in seinen wesentlichen Zügen nachvollziehen zu können. Wird die Akteneinsicht ohne Begründung verweigert oder liegt nach Auffassung des Patienten kein Ablehnungsgrund vor, kann der Patient die Akteneinsicht notfalls gerichtlich einklagen.

Zu § 630g Absatz 2 Satz 1 (elektronische Abschriften)

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass Patientinnen und Patienten Abschriften von der Patientenakte nicht nur in Papierform verlangen können, sondern auch einen Anspruch auf Herausgabe von elektronischen Dokumentationen haben. Die elektronischen Abschriften können sowohl von einer in Textform erstellten Dokumentation als auch von elektronischen Dokumenten und gegebenenfalls auch in Form maschinenlesbarer Datenkopien oder Dateien in elektronischer Form gefordert werden. Die Verpflichtung kann auch beinhalten, dem Patienten die Kopie einer Filmaufnahme von einer Behandlungsmaßnahme des Patienten auszuhändigen, etwa in Form einer CD oder DVD.

Zu Artikel 2 (SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 13 Absatz 3a SGB V, Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen, Berücksichtigung von Gutachterverfahren im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, Einführung einer Genehmigungsfiktion)

Die Neuregelung ist im Wesentlichen schon im Gesetzentwurf enthalten und bezweckt die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren der Krankenkassen durch die Bestimmung konkreter Fristen für die Leistungsentscheidungen. Dies konkretisiert die allgemeine Pflicht der Leistungsträger nach § 17 Absatz 1 Nummer 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält. Im Fall nicht fristgerechter Leistungsbrin-

gung kann sich der Versicherte aufgrund der vorliegenden Regelung die erforderliche Leistung selbst beschaffen und Kostenerstattung von der Krankenkasse verlangen.

Eine wesentliche gegenüber dem Gesetzentwurf vorgesehene Änderung durch den neu eingefügten Satz 4 betrifft Ausnahmeregelungen im Hinblick auf die Fristen für das im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung bundesmantelvertraglich vorgesehene Gutachterverfahren, zum Beispiel bei der Versorgung mit Zahnersatz und Kieferorthopädie. In diesen Fällen verlängert sich die Frist für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse auf sechs Wochen. Der beauftragte Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Da die auf der Grundlage der bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen über das Gutachterverfahren erteilten Gutachteraufträge in der Regel von niedergelassenen Vertragszahnärzten neben dem regulären Praxisbetrieb zu erledigen sind, ist es sachgerecht, den zahnärztlichen Gutachtern eine längere Frist als dem Medizinischen Dienst zuzugestehen. Den Krankenkassen sollen im Falle eines vertraglich vereinbarten zahnärztlichen Gutachterverfahrens – wie bei der Einschaltung des Medizinischen Dienstes – für ihre eigene Prüfungs- und Entscheidungstätigkeit insgesamt weitere zwei Wochen zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus werden gegenüber der Formulierung im Gesetzentwurf folgende Änderungen vorgesehen:

In Satz 5 wird nunmehr einheitlich für alle Leistungsentscheidungen vorgegeben, dass die Krankenkasse den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitteilt, wenn die in Satz 1 oder 4 genannten Fristen nicht eingehalten werden können.

In Ergänzung zur Begründung des Gesetzentwurfes liegen hinreichende Gründe für eine Überschreitung der Frist nach Satz 4 vor, wenn diese beispielsweise darauf beruht, dass die Versicherten oder Dritte nicht genügend oder rechtzeitig bei einer körperlichen Untersuchung mitgewirkt oder von einem Gutachter angeforderte notwendige Unterlagen beigebracht haben oder ein Obergutachten eingeholt oder der Prothetik-Einigungsausschuss angerufen wird.

Eine weitere Änderung gegenüber dem Gesetzentwurf enthält der neu gefasste Satz 6. Dieser sieht nun vor, dass die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt gilt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten keinen hinreichenden Grund für die Nichteinhaltung der genannten Fristen nennt. Eine zusätzliche eigene Fristsetzung durch den Versicherten wird nicht mehr als Voraussetzung für eine Selbstbeschaffung der Leistung mit der Folge einer Kostenerstattungspflicht der Krankenkasse vorgesehen. Dies erleichtert es dem Versicherten, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen.

In Satz 7 wird bei der Regelung über die Erstattung der Kosten nicht mehr auf die „entstandene Höhe“, sondern auf die „hierdurch (durch die Selbstbeschaffung) entstandenen Kosten“ abgestellt. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Krankenkasse auch im Fall der selbstbeschafften Leistung, zum Beispiel bei einer notwendigen Versorgung mit Zahnersatz, nicht den vom Versicherten zu tragenden Eigenanteil zu übernehmen hat.

Durch die Änderung in Satz 2 wird klargestellt, dass die Pflicht der Krankenkasse zur unverzüglichen Einholung eines Gutachtens auch in Fällen gilt, in denen andere Gutach-

ter als der Medizinische Dienst – wie zum Beispiel im Bereich der vertragszahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung – beauftragt werden.

Zudem wird in Satz 1 im Zusammenhang mit dem genannten § 17 Absatz 1 Nummer 1 SGB I redaktionell klargestellt, dass die Krankenkassen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden haben. Insbesondere wenn eine Entscheidung über eine Leistung aus medizinischen Gründen eilbedürftig ist, muss die Krankenkasse schnellstmöglich über die Leistung entscheiden. Die Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3, etwa wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte, bleibt von der Regelung in § 13 Absatz 3a unberührt.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a (§ 73b SGB V, Hausarztzentrierte Versorgung)

Die Änderung ist redaktioneller Art und dient der Rechtsklarheit. Sie entspricht im Übrigen einer Forderung des Bundesrates in seiner Stellungnahme gemäß Artikel 76 Absatz 2 GG.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a (§ 73c SGB V, besondere ambulante ärztliche Versorgung)

Die Änderung ist redaktioneller Art und dient der Rechtsklarheit. Sie entspricht im Übrigen einer Forderung des Bundesrates in seiner Stellungnahme gemäß Artikel 76 Absatz 2 GG.

Zu Nummer 7 (§ 135a SGB V, Schutz von Daten aus Fehlermeldesystemen)

Fehlermelde- und -lernsysteme sind wichtige Bausteine des einrichtungsinternen und des einrichtungsübergreifenden Fehlermanagements und eine wichtige Erkenntnisquelle für Risikosituationen bei medizinischen Behandlungen. Eine umfassende Nutzung dieser Systeme kann Patientensicherheit nachhaltig stärken. Derartige Systeme funktionieren jedoch nur dann, wenn tatsächlich Meldungen erfolgen, und setzen mithin die Bereitschaft der Beschäftigten voraus, Risikosituationen und Fehler zu benennen. Die Nutzung wird wesentlich dadurch begünstigt, dass die Meldenden keine rechtlichen Nachteile durch ihre Meldungen befürchten müssen. Der erforderliche Bewusstseinswandel im Umgang mit Fehlern und Risikosituationen in der gesundheitlichen Versorgung wird durch eine klare gesetzliche Regelung unterstützt, die die Meldenden vor der gegen sie selbst gerichteten Verwendung ihrer Meldungen im Rechtsverkehr schützt. Das können beispielsweise arbeitsrechtliche Sanktionen sein, aber auch der Schutz vor einer strafrechtlichen Verfolgung oder in einem Verfahren nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten.

Die Regelung bewirkt nicht, dass jegliche rechtliche Sanktionen oder rechtliche Verfolgung im Zusammenhang mit den Daten aus Risikomanagement- oder Fehlermeldesystemen ausgeschlossen sind. Die Nutzung der Daten zur strafrechtlichen Verfolgung besonders schwerer Taten trägt dem hohen Stellenwert einer effektiven Strafverfolgung Rechnung. Auch können andere Quellen wie beispielsweise die Patientenakte weiterhin genutzt werden.

Zu Nummer 9 (§ 140a SGB V, Integrierte Versorgung)

Die Änderung ist redaktioneller Art und dient der Rechtsklarheit. Sie entspricht im Übrigen einer Forderung des Bundesrates in seiner Stellungnahme gemäß Artikel 76 Absatz 2 GG.

Zu Nummer 10 (§ 140f SGB V, Frist für den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Beratung von Anträgen der Patientenvertretung)

Nach § 140f Absatz 2 Satz 5 SGB V haben die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen (im Folgenden: Patientenvertretung) ein Antragsrecht bei bestimmten Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Änderung soll sicherstellen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss über die in § 140f Absatz 2 Satz 5 SGB V genannten Anträge zügig entscheidet. Diese Anträge müssen in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums beraten werden.

Anträge der Patientenvertretung können im Plenum und in den Unterausschüssen gestellt werden. Die Regelung gilt daher sowohl für das Plenum als auch für die Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Mit der Regelung wird die Stellung der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss gestärkt.

Bei der Bestimmung der nächsten Sitzung sind die Fristen zur Versendung von Beratungsunterlagen in der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu berücksichtigen. Für eine Beratung genügt eine lediglich formelle Befassung (Aufsetzen auf die Tagesordnung) nicht. Erforderlich ist eine materiell-inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Anliegen der Patientenvertretung.

Wenn über den Antrag nicht direkt entschieden werden kann, ist im Regelfall das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festzulegen. Wenn der Beratungsprozess ausnahmsweise unterbrochen werden muss (beispielsweise wegen fehlender Informationen), ist das Verfahren so bald wie möglich wieder aufzunehmen.

Einzelheiten regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Geschäfts- oder Verfahrensordnung.

Zu Nummer 12

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung in Buchstabe a wird klargestellt, dass der GKV-Spitzenverband die Aufgabe hat, die Interessen der gesetzlichen Krankenkassen bei über- und zwischenstaatlichen Organisationen zu vertreten. Derzeit werden diese insbesondere durch die Nachfolgegesellschaften der früheren Spitzenverbände der Krankenkassen wahrgenommen. Dies steht jedoch nicht in Einklang mit der mit der Bildung des GKV-Spitzenverbands verfolgten Zielsetzung, wonach die Krankenkassen und ihre (kassenartspezifischen) Verbände die wettbewerblichen Aufgaben wahrzunehmen haben (vgl. Bundestagsdrucksache 16/3100, S. 90). Bei der Vertretung der Krankenkassen bei über- und zwischenstaatlichen Organisationen handelt es sich jedoch um eine typische nicht-wettbewerbliche Aufgabe, da diese nur einheitlich für alle Krankenkassen erfolgen kann. Ebenso wie bei der Vertretung der Interessen der Krankenkassen in der gemeinsamen

Selbstverwaltung ist es daher sachgerecht, dass diese Aufgabe vom GKV-Spitzenverband wahrgenommen wird.

Zu Buchstabe b

Buchstabe b entspricht der Regelung im Gesetzentwurf.

Zu Nummer 13

Die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung verpflichtet die Mitgliedstaaten, eine nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu errichten. Diese Aufgabe wird der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland zugewiesen, die auch heute schon wesentliche Aufgaben im Bereich grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung wahrnimmt. Die Aufgaben der nationalen Kontaktstelle werden der DVKA als gesetzliche Aufgabe zugewiesen. Das Nähere zur nationalen Kontaktstelle ist in § 219d – neu – geregelt.

Zu Nummer 14

Die Aufgaben der nationalen Kontaktstelle werden der DVKA als gesetzliche Aufgabe zugewiesen. Zentrale Aufgaben der nationalen Kontaktstelle sind, EU-Bürgern Informationen über die nationalen Gesundheitsdienstleister zur Verfügung zu stellen sowie in Deutschland Versicherten Informationen über die Rechte und Ansprüche in einem EU-Mitgliedstaat im Zusammenhang mit der grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme zur Verfügung zu stellen. Diese Informationen können auch die Gesundheitsdienstleister bei der nationalen Kontaktstelle abfragen.

Die Informationen über die nationalen Gesundheitsdienstleister schließen auch Informationen über die Berechtigung des konkreten Leistungserbringers zur Erbringung der Leistung sowie mögliche Beschränkungen seiner Tätigkeit ein. Des Weiteren stellt die Nationale Kontaktstelle Informationen über geltende Qualitäts- und Sicherheitsbestimmungen zur Verfügung, das schließt Bestimmungen über die Überwachung und Bewertung von Gesundheitsdienstleistern sowie Informationen darüber mit ein, welche Gesundheitsdienstleister diesen Standards und Leitlinien unterliegen. Darüber hinaus sind Informationen bereitzustellen über Patientenrechte, das Beschwerdeverfahren und das Verfahren zur Einlegung von Rechtsbehelfen sowie über die verfügbaren rechtlichen und administrativen Möglichkeiten zur Streitbeilegung, auch bei Schäden, die im Zusammenhang mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung entstanden sind.

Die Auskünfte beziehen sich sowohl auf die Rechte bei Inanspruchnahme der Sachleistung nach der Verordnung 883/2004 (EG) als auch nach der Richtlinie 2011/24 (EU). Ziel der Einrichtung einer nationalen Kontaktstelle ist es, Patientinnen und Patienten zu helfen, eine sachkundige und kostenbewusste Entscheidung zu treffen, wenn sie die Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen. Hierzu gehören auch Informationen über die nationalen Gesundheitsdienstleister und die von ihnen angebotenen Gesundheitsdienstleistungen. Schließlich soll die nationale Kontaktstelle auch Ansprechpartner sein für die Information nationaler Kontaktstellen in anderen Mitgliedstaaten. Es ist dagegen nicht Aufgabe der nationalen Kontaktstelle, den Versicherten ein umfangreiches Fallmanagement zur Verfügung zu stellen. Soweit es zur Aufgabenerfüllung der nationalen Kontaktstelle erforderlich ist, personenbezo-

gene Daten der Anfragenden zu speichern und/oder an Dritte zu übermitteln, ist dies nur mit Einwilligung der Anfragenden und nach deren vorheriger Information zulässig. Damit die nationale Kontaktstelle die erforderlichen Informationen erhält, wird in Absatz 1 Satz 3 eine entsprechende Bereitstellungsverpflichtung der beteiligten Organisationen geregelt.

Die Organisationshoheit bei der Einrichtung der nationalen Kontaktstelle liegt bei der mit der Aufgabewahrnehmung beauftragten Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland. Nach Absatz 2 ist das Nähere zur Bereitstellung der Informationen nach Absatz 1 Satz 2 mit der DKG, KBV, KZBV sowie den privaten Krankenversicherungsunternehmen in einem Vertrag zu vereinbaren. Die privaten Krankenversicherungen können diese Aufgabe auf den Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen übertragen. Hierbei kann beispielsweise auch vereinbart werden, dass die nationale Kontaktstelle auf andere Ansprechpartner oder auf bestehende Informationsplattformen im Gesundheitswesen verweist. Es können auch weitere Organisationen im Gesundheitswesen, z. B. die Bundesärzte- und -zahnärztekammer konsultiert werden. Zudem sollen Patientenorganisationen zu grundsätzlichen Fragestellungen die Möglichkeit zur Stellungnahme haben.

In Absatz 3 ist geregelt, dass die zur Aufgabenerfüllung der nationalen Kontaktstelle erforderlichen Kosten nicht nur vom Organisationsträger DVKA, sondern auch von den Vertragspartnern (DKG, KBV, KZBV und den privaten Krankenversicherungsunternehmen) aufzubringen sind. Dabei sind sowohl die jeweiligen Anteile an dem Finanzierungsvolumen als auch das jährliche Finanzvolumen der nationalen Kontaktstelle in dem mehrseitigen Vertrag nach Absatz 2 zu regeln. Die privaten Krankenversicherungen können diese Aufgabe auf den Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen übertragen. Eine Finanzierung durch die genannten Spitzenorganisationen ist sachgerecht, da es sich um eine Aufgabe handelt, die nicht allein einem Sektor zuzurechnen ist. So profitieren auch die Leistungserbringer wie Krankenhäuser oder Ärzte und Zahnärzte von der Nachfrage ausländischer Versicherter nach deutschen Gesundheitsdienstleistungen. Von der im Gesetz vorgesehenen Quote hinsichtlich der Beteiligung an der Finanzierung können die Vertragsparteien durch vertragliche Regelung abweichen. Wird jedoch keine abweichende Regelung getroffen oder kommt ein Vertrag nicht zustande, bemisst sich die Beteiligung an den vereinbarten Gesamtkosten nach der im Gesetz vorgesehenen Quote.

Absatz 4 basiert auf den Vorgaben in Artikel 6 Absatz 5 der Richtlinie 2011/64/EU und macht Vorgaben zur Informationsbereitstellung.

In Umsetzung von Artikel 6 Absatz 2 der Richtlinie 2011/24/EU wird in Absatz 5 die Aufgabe der nationalen Kontaktstelle zur Zusammenarbeit mit den nationalen Kontaktstellen anderer Mitgliedstaaten sowie der europäischen Kommission geregelt.

Zu Artikel 4a

(Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1 (§ 13)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 99 Absatz 1 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

in Artikel 2 des Gesetzentwurfes, mit der den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme bei der Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne zu geben ist.

Zu Nummer 2 (§ 31)

Die Änderung ist redaktioneller Art und dient der Rechtsklarheit.

Zu Nummer 3 (§ 31a)

Die Änderung dient der Rechtsbereinigung. Zum einen wird eine Begrifflichkeit angepasst und zum anderen werden Verweisfehler aufgehoben, die sich durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) ergeben haben.

Zu Artikel 4b

(Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Zu Nummer 1 (§ 13)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 99 Absatz 1 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in Artikel 2 des Gesetzentwurfes, mit der den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme bei der Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne zu geben ist.

Zu Nummer 2 (§ 31)

Die Änderung ist redaktioneller Art und dient der Rechtsklarheit.

Zu Artikel 4c (Bundesärzteordnung)

Für Patientinnen und Patienten ist es von großer Bedeutung, dass Ärztinnen und Ärzte über eine ausreichende und fort-dauernde Berufshaftpflichtversicherung verfügen, damit für etwaige Schäden ein vollständiger Ausgleich gewährleistet ist. Nur auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass auch größere Schadensersatzzahlungen tatsächlich und umfassend erfüllt werden können.

Nach heutigem Recht ergibt sich die Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für Ärztinnen und Ärzte in der Regel aus Landesrecht, teilweise auch aus landesrechtlichen Regelungen in den Heilberufs- und Kammergesetzen. Aus diesen Regelungen über die Berufshaftpflichtversicherung ergibt sich auch, wie Ärztinnen und Ärzte versichert sein müssen, was also „ausreichende“ Versicherung im Sinne von § 6 Absatz 1 Nummer 5 Bundesärzteordnung ist. Für den Fall, dass keine Spezialregelungen über Mindestversicherungssummen und zulässige Haftungsausschlüsse getroffen sind, greift hilfsweise § 114 Versicherungsvertragsgesetz ein; nach dieser Norm beträgt die Mindestversicherungssumme 250 000 Euro je Versicherungsfall und eine Million Euro für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres. Zulässig sind solche Ausschlüsse, die die Erreichung des jeweiligen Zwecks der Pflichtversicherung nicht gefährden. Eine Versicherung, die diesen Vorgaben oder aber speziellen Vorgaben nicht genügt, ist nicht ausreichend.

In der Praxis mangelt es an ausreichenden Überprüfungs- und Sanktionsmechanismen. Die Überprüfung ist im Rahmen der Kompetenz der Länder für den Vollzug des Bundes-

rechts deren Aufgabe sowie Aufgabe der Ärztekammern. Stellen diese einen Verstoß gegen die bestehende landesrechtliche oder standesrechtliche Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung fest, bedarf es im Bundesrecht einer Sanktionierung dieses Verstoßes. Dem dient die vorliegende Änderung, durch die das Ruhen der Approbation in Fällen nicht bestehender oder nicht ausreichender Haftpflichtversicherung angeordnet werden kann. Denn ein Arzt, dessen Approbation ruht, darf seinen Beruf nicht mehr ausüben. Es handelt sich dabei zwar um eine Ermessensvorschrift; allerdings haben die zuständigen Stellen zu berücksichtigen, dass mögliche Geschädigte in der Lage sein müssen, Schadensersatzansprüche zu realisieren. In deren Interesse ist es angemessen und verhältnismäßig, das Fehlen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung mit Sanktionen, die bis hin zu einem vorübergehenden Berufsverbot reichen, zu versehen. In der Praxis wird sich im Übrigen in vielen Einzelfällen die Ärztin oder der Arzt schon durch die Androhung einer möglichen Ruhensanordnung im Rahmen der verwaltungsverfahrenrechtlichen Anhörung zur Einhaltung der Berufspflicht veranlasst sehen und einen entsprechenden Versicherungsvertrag (erneut) abschließen.

Berlin, den 28. November 2012

Erwin Rüdell
Berichterstatter

Dr. Marlies Volkmer
Berichterstatterin

Christine Aschenberg-Dugnus
Berichterstatterin

Kathrin Vogler
Berichterstatterin

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatterin

