

Patientenrechtegesetz

Eine Information für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Der Behandlungsvertrag	5
2.1.	Hauptpflichten des Behandlungsverhältnisses	5
2.2.	Form des Vertragsschlusses	5
2.2.1	Information über die voraussichtlichen Kosten in Textform	6
2.2.2	Abweichende Formerfordernisse.....	7
3.	Informationspflichten	7
3.1.	Unterscheidung zwischen Informations- und Aufklärungspflicht.....	8
3.2.	Inhalt der Informationspflichten.....	8
3.3.	Ausnahmen von der Informationspflicht.....	9
3.4.	Informationspflicht bei möglichem Behandlungsfehler.....	10
4.	Einwilligung.....	11
5.	Aufklärung.....	12
5.1.	Inhalt der Aufklärungspflicht	12
5.2.	Aufklärung über Alternativen	13
5.3.	Rechtzeitige, mündliche und verständliche Aufklärung.....	14
5.4.	Ausnahmen von der Aufklärungspflicht	15
6.	Aufklärung und Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patienten	16
6.1.	Einwilligungsfähigkeit bei Minderjährigen	16
6.2.	Unterschied: einwilligungsfähig und geschäftsfähig.....	17
6.3.	Einwilligung in die Durchführung einer medizinischen Maßnahme.....	17
6.4.	Zustimmung beider Eltern bei gemeinsamem Sorgerecht.....	18
6.5.	Aufklärung bei einwilligungsunfähigen Patienten.....	18
6.6.	Übertragung der Entscheidungsbefugnis auf einen Elternteil.....	19
7.	Dokumentation.....	19
7.1.	Unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang	19

7.2.	Inhalt der Dokumentation.....	20
8.	Einsichtnahme	21
8.1.	Einsichtnahmerecht in die gesamte Patientenakte	21
8.2.	Einschränkung aus erheblichen therapeutischen Gründen	21
8.3.	Stempel von Kliniken auf Arztbriefen	22
8.4.	Einschränkung zum Schutz erheblicher Rechte Dritter.....	23
8.5.	Keine Einschränkung zum Schutz des Psychotherapeuten.....	24
8.6.	Kopien der Patientenakte	25
8.7.	Einsichtnahme nach Tod des Patienten	26
9.	Beweislast	26
10.	Fristen für die Entscheidung zur Kostenerstattung	27
11.	Fazit	28

1. Einleitung

Am 26. Februar 2013 ist das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Das Gesetz enthält als sogenanntes Artikelgesetz Änderungen in verschiedenen Gesetzen. Zentral ist die Einfügung eines neuen Untertitels „Behandlungsvertrag“ im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Artikel 2 enthält Änderungen des SGB V und die Artikel 3 bis 4c modifizieren weitere Gesetze.

Der zentrale Inhalt ist die Neuregelung des Behandlungsvertrags im BGB. Mit der Einfügung des neuen Untertitels soll vor allem die bisherige Rechtsprechung kodifiziert werden. Der Gesetzgeber verspricht sich davon vor allem mehr Transparenz und Rechtssicherheit. Die Patientinnen und Patienten sollen ihre wichtigsten Rechte im Gesetz nachlesen können.

Das Patientenrechtegesetz hat den mündigen Patienten vor Augen. Es vollzieht damit die gesellschaftliche Veränderung weg von einem paternalistisch geprägten Bild des Verhältnisses zwischen Behandelnden und Patienten hin zu einem Bild des mündigen Patienten und der informierten Entscheidung, die dieser trifft.

Die Anforderungen im Gesetz insbesondere an Information, Aufklärung und Einwilligung des Patienten sowie an die Dokumentation dienen dazu, dem Patienten eine ausreichende Grundlage für seine Entscheidung zu bieten sowie Behandelnden und Nachbehandelnden alle wichtigen Informationen zur Behandlung und zum Patienten zur Verfügung zu stellen, im Streitfall auch den Nachweis, welche medizinischen Maßnahmen durchgeführt wurden. Das Gesetz beschränkt die Pflichten immer wieder auf das „Wesentliche“. Dies ist bei der Betrachtung der teils umfangreichen Aufzählung der Gegenstände, über die aufgeklärt werden muss oder die zu dokumentieren sind, zu beachten. Das Gesetz verlangt vom Behandelnden nämlich gerade keine Aufklärung über und Dokumentation von nicht wesentlichen oder gar irrelevanten Details.

Der nachfolgende Text soll Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen Überblick über den neu kodifizierten juristischen Rahmen der Behandlung bieten. Er gibt den Stand von Anfang September 2013 wieder.

2. Der Behandlungsvertrag

Bei dem Behandlungsvertrag handelt es sich um einen speziellen Fall des Dienstvertrages. Der Gesetzgeber hat im § 630a ff. BGB die im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses bestehenden Rechte und Pflichten geregelt.

2.1. Hauptpflichten des Behandlungsverhältnisses

Der Behandelnde schuldet dem Patienten die medizinische Behandlung, der Patient dem Behandelnden die Zahlung, es sei denn, ein Dritter ist zur Zahlung verpflichtet (§ 630a Absatz 1 BGB). Bei gesetzlich Versicherten entsteht für Leistungen, deren Kosten die gesetzliche Krankenversicherung trägt, keine Zahlungspflicht.

§ 630a Absatz 2 BGB definiert die medizinische Behandlung, die geschuldet wird. Danach hat die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Nach den Ausführungen in den Gesetzesmaterialien können fachliche Standards nur in dem Umfang maßgeblich sein, wie sie für die Behandlung auch tatsächlich existieren und anerkannt sind. „Für die Berufsgruppen der (Zahn-)Ärzte, der Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist dies nach Ansicht des Gesetzgebers unproblematisch“, so die Gesetzesbegründung.

Die Möglichkeit, etwas anderes zu vereinbaren, ermöglicht es Patienten beispielsweise, alternative Heilmethoden zu wählen, auch wenn diese von den fachlichen Standards abweichen.

2.2. Form des Vertragsschlusses

Grundsätzlich ist für den Vertrag keine Form vorgesehen. Allerdings ist zu bedenken, dass insbesondere der Schriftform eine bestimmte Beweisfunktion zukommt und daher zu empfehlen ist, eine schriftliche Vereinbarung jedenfalls immer dann abzuschließen, wenn etwas Abweichendes oder Zusätzliches vereinbart wird.

TIPP: Wenn Sie etwas vereinbaren, das nicht ausdrücklich im Gesetz vorgesehen ist oder vom Üblichen abweicht, sollten Sie den Behandlungsvertrag oder wenigstens diesen Teil schriftlich abschließen. Dies gilt beispielsweise für die Vereinbarung eines Ausfallhonorars.

2.2.1 Information über die voraussichtlichen Kosten in Textform

In jedem Fall sollten die zentralen Inhalte dokumentiert werden. Hinsichtlich einer Informationspflicht sieht das Gesetz in § 630c Absatz 3 BGB die Textform vor:

„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.“

Die Vorschrift befreit nicht davon, den Patienten auch mündlich oder in anderer Form aufzuklären, wenn er nicht in der Lage ist, die Information in Textform wahrzunehmen, so die Gesetzesbegründung. Mit Blick auf die Behandlung von Patienten mit einer Privaten Krankenversicherung weißt die Gesetzesbegründung ausdrücklich darauf hin, dass es grundsätzlich im Verantwortungsbereich des privat krankenversicherten Patienten liegt, Kenntnis über den Inhalt und Umfang des mit der Krankenversicherung abgeschlossenen Versicherungsvertrages zu haben. Insofern trifft den Psychotherapeuten keine Pflicht zur umfassenden wirtschaftlichen Aufklärung.

Textform bedeutet vereinfacht gesagt Schriftform, ohne dass eine eigenhändige Unterschrift notwendig ist (z. B. Merkblatt, bei dem der Aussteller erkennbar ist, E-Mail etc.). Mit eigenhändiger Unterschrift ist die Textform eingehalten.

TIPP: Informieren Sie Privatpatienten über die voraussichtlichen Gesamtkosten der Psychotherapie anhand der voraussichtlichen Stundenzahl und des voraussichtlichen Stundensatzes. Weisen Sie dabei ausdrücklich darauf hin, dass der Patient selbst klären muss, welchen Teil davon gegebenenfalls seine private Versicherung oder z. B. die Beihilfe übernimmt. Sie können sich die Information auch gegenzeichnen lassen.

2.2.2 Abweichende Formerfordernisse

§ 630c Absatz 3 Satz 2 BGB stellt klar, dass dann strengere Erfordernisse eingehalten werden müssen, wenn sie sich aus anderen Vorschriften ergeben. Dies ist insbesondere bei der Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten wichtig. Dort regeln § 3 Absatz 1 und § 18 Absatz 8 Nummer 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte abweichende Formerfordernisse. So muss der Patient mit Blick auf Individuelle Gesundheitsleistungen die Übernahme der Kosten bzw. den Wunsch, auf eigene Kosten behandelt zu werden, schriftlich bestätigen. Gleiches gilt für den Fall, dass ein gesetzlich krankenversicherter Patient entscheidet, die Kosten trotz der Leistungspflicht der Krankenkasse selbst zu tragen.

Wird die Form nicht eingehalten, kann dies dazu führen, dass der Patient die entsprechenden Leistungen nicht bezahlen muss.

TIPP: Wenn ein gesetzlich krankenversicherter Patient die Behandlung auf eigene Kosten wünscht, teilen Sie ihm die voraussichtlichen Gesamtkosten mit und lassen Sie sich schriftlich bestätigen, dass ihm bekannt ist, dass die psychotherapeutische Leistung eigentlich von der Kasse bezahlt wird, er aber ausdrücklich die Behandlung als Privatpatient auf eigene Kosten wünscht. Bei nicht von der gesetzlichen Krankversicherung getragenen, sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) muss der Hinweis erfolgen, dass dem Patienten bekannt ist, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und die Kosten von der Krankenkasse deshalb auch nicht übernommen oder erstattet werden können und vom Patienten zu tragen sind. Voraussichtliche Gesamtkosten, Hinweis und Erklärung des Patienten, dass er die Kosten selbst trägt, erfolgen am Besten in einem Dokument.

3. Informationspflichten

Aus dem durch den Behandlungsvertrag begründeten Vertragsverhältnis ergeben sich umfangreiche Rechte und Pflichten. Das Gesetz verpflichtet den Psychotherapeuten, den Patienten umfassend zu informieren und aufzuklären.

3.1. Unterscheidung zwischen Informations- und Aufklärungspflicht

Der Gesetzestext unterscheidet zwischen Informations- und Aufklärungspflichten. Die Informationspflichten betreffen insbesondere die „therapeutische Aufklärung“ oder „Sicherungsaufklärung“, also die Aufklärung über das therapiegerechte eigene Verhalten des Patienten und weitere Informationen. Als Beispiel nennt die Gesetzesbegründung, wie oft ein Verband gewechselt oder Medikamente eingenommen werden müssen.

Die Aufklärungspflicht betrifft eher die Durchführung einer konkreten medizinischen und damit auch psychotherapeutischen Maßnahme. Eine ordnungsgemäße Aufklärung ist insbesondere für die Frage maßgeblich, ob die Einwilligung in eine medizinische Maßnahme wirksam erklärt worden ist. Die Unterscheidung der beiden Pflichten kann nicht immer trennscharf getroffen werden. Dies gilt insbesondere für die Psychotherapie. Die Unterscheidung der Pflichten kommt aus dem somatischen Bereich, in dem man bei einer medizinischen Behandlung vergleichsweise klar zwischen der Behandlung als Ganzes und jeweils einzelnen Eingriffen in die (körperliche) Unversehrtheit unterscheiden kann. Die Unterscheidung wird deshalb für erforderlich gehalten, weil der Verstoß gegen Informationspflichten „nur“ einen zivilrechtlichen Pflichtenverstoß begründet, wohingegen ein Verstoß gegen Aufklärungspflichten zur Unwirksamkeit der Einwilligung führen kann und damit zugleich im somatischen Bereich der Vorwurf der Körperverletzung im strafrechtlichen Sinn im Raum steht.

TIPP: Konzentrieren Sie sich darauf, den Patienten über das Wesentliche zu informieren und aufzuklären. Die Unterscheidung, ob es sich im Einzelfall um Information oder Aufklärung handelt, verliert dann an Bedeutung.

3.2. Inhalt der Informationspflichten

Nach § 630c BGB ist der Behandelnde verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und – soweit erforderlich – auch in ihrem Verlauf, sämtliche für die Behandlung wesentliche Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung (Prognose), die Therapie (z. B. über allgemeine Aspekte des eingesetzten Therapieverfahrens) und die zur und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. In Betracht kommt hier zum Beispiel – wenn indiziert – die Information über die Notwendigkeit von therapieunterstützendem

Verhalten zwischen den Therapiesitzungen (z. B. Führen von Symptomtagebüchern, soweit im Rahmen der Therapie vorgesehen). Aufgrund der Informationspflicht kann es erforderlich sein, einen akut schwer depressiv Erkrankten darauf hinzuweisen, während der depressiven Episode spontan keine schwer reversiblen, lebensverändernden Entscheidungen zu treffen (z. B. spontane Kündigung des Arbeitsverhältnisses, spontane Trennung vom Partner).

Die Informationspflichten sind einerseits umfassend, andererseits aber auch auf „wesentliche Umstände“ beschränkt. Innerhalb dieses rechtlichen Rahmens muss der Psychotherapeut auf Grundlage seiner fachlichen Expertise entscheiden, was er dem Patienten konkret mitteilen muss und sollte.

TIPP: Informieren Sie in jedem Fall über die im Gesetz ausdrücklich genannten Aspekte. Lassen Sie sich bei der Beurteilung, was darüber hinaus wesentliche Umstände sind, von folgenden Fragen leiten: Was ist für den Patienten wesentlich, damit er ausreichend informiert ist, eine Entscheidung über die Behandlung zu treffen? Was muss der Patient wissen und ggf. beachten oder unterlassen, um die Heilung zu unterstützen? Dokumentieren Sie den Umstand, dass und worüber Sie informiert haben. Dabei müssen Sie nicht den Wortlaut wiedergeben.

3.3. Ausnahmen von der Informationspflicht

Nach § 630c Absatz 4 BGB bedarf es der Information des Patienten nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

Diese Ausnahmen sind eng auszulegen. Ein dauerhafter Verzicht auf Information und Aufklärung über eine Psychotherapie kann daher kaum durch diese Ausnahmevorschrift gerechtfertigt werden. Psychotherapeuten können aber sehr wohl mit Patienten konfrontiert sein, bei denen eine unaufschiebbare Maßnahme erforderlich ist. Dies kommt beispielsweise in Betracht, wenn im (Erst-)Gespräch die affektive Verfassung des Patienten ein Aufnehmen der Informationen nicht möglich macht und eine sofort-

tige Intervention zur kurzfristigen Stabilisierung des Patienten notwendig ist. Bei Kriseninterventionen ist die Information und Aufklärung also der Situation anzupassen. In Situationen, die eine sofortige Krisenintervention erfordern, kann und muss zunächst auf die Information und Aufklärung vollständig verzichtet werden, bis der Patient in einem stabilen Zustand ist und er die Information aufnehmen kann. Sobald dies der Fall ist, muss vor weiteren Maßnahmen die Information und Aufklärung des Patienten dann jedoch erfolgen.

Als weitere Ausnahme von der Information des Patienten sieht das Gesetz den Fall vor, dass der Patient auf die Information verzichtet. Ein wirksamer Verzicht auf die Information erfordert in der Regel, dass die Initiative zum Verzicht vom Patienten ausgeht. Eine formularmäßige Vereinbarung, wonach der Patient auf Information verzichtet, wäre nach dem Recht der Allgemeinen Geschäftsbedingungen unwirksam, weil sie dem Grundgedanken der gesetzlichen Regelung widerspricht.

Der Verzicht auf Information und Aufklärung ist vor allem im somatischen Bereich bekannt. Dort kommt es vor, dass der Patient auf Teilaspekte der Aufklärung verzichtet, weil er sich beispielsweise sagt: „Ich möchte lieber nicht wissen, was bei der Operation alles schief gehen kann“. Ein solcher Wunsch ist zu respektieren.

Ein wirksamer Verzicht auf Information setzt wohl voraus, dass der Patient darüber informiert wird, was dies für seine Entscheidung über die Behandlung bedeuten kann. Bisher nicht abschließend geklärt ist, wie weit diese Pflicht reicht. Insoweit birgt eine fehlende Information des Patienten rechtliche Risiken für den Behandelnden. Einem solchen Wunsch des Patienten muss nachgekommen werden, aber nicht ohne ihn darauf hinzuweisen, was dies bedeutet, und ohne sich über die Ernsthaftigkeit des Wunsches nach Verzicht auf Information zu vergewissern.

3.4. Informationspflicht bei möglichem Behandlungsfehler

§ 630c Absatz 2 Satz 2 BGB regelt eine besondere Informationspflicht. Wenn für den Behandelnden Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Verfahren zu informieren.

Eine solche Informationspflicht kann beispielsweise bestehen, wenn der Patient nachfragt, ob sein Vorbehandelnder denn richtig gehandelt habe. Bei ihm habe der Verdacht auf eine spinale Schädigung bestanden und der Psychotherapeut, bei dem er bisher gewesen sei, habe ihn psychotherapeutisch ohne die Abklärung einer neurologischen Ursache für seine progrediente Gangstörung, Paraspastik und Sensibilitätsstörung der Beine sowie seine Blasen-Mastdarm-Störung behandelt. Eine solche Ursache sei bei einer späteren Untersuchung festgestellt worden und ihm sei dadurch ein Verdienstausfall entstanden. Hier müsste der Hinweis erfolgen, dass die fehlende Abklärung einer neurologischen Ursache ein Umstand sei, der auf einen Behandlungsfehler schließen lasse. Die Information auf Nachfrage scheint tatsächlich ein neues Element des Patientenrechtegesetzes zu sein.

Diese Informationspflicht gilt auch für Umstände, die einen eigenen Behandlungsfehler begründen. Wenn ein Behandelnder befürchten müsste, dass Umstände, die auf einen Behandlungsfehler schließen lassen, in einem Strafprozess gegen ihn verwendet werden könnten, würde sich der Behandelnde mittelbar selbst belasten. § 630c Absatz 2 Satz 3 BGB der Vorschrift regelt daher gleichzeitig ein strafprozessrechtliches Beweisverwertungsverbot, wenn der Fehler durch den Behandelnden selbst oder durch eine Person erfolgt ist, gegenüber der ein Zeugnisverweigerungsrecht besteht. Dies bedeutet, dass in einem Strafprozess eine entsprechende Mitteilung an den Patienten nicht als Beweismittel gegen den Behandelnden verwendet werden darf. Dieses Beweisverwertungsverbot ist dem Grundsatz geschuldet, wonach sich niemand im Strafprozess selbst belasten muss.

4. Einwilligung

Nach § 630d Absatz 1 BGB ist vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Die Einwilligung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Nicht nur Eingriffe in den Körper oder die Gesundheit erfordern die Einwilligung des Patienten, sondern jede „Durchführung einer medizinischen [auch psychotherapeutischen] Maßnahme“. Allerdings kann aus der Aufzählung geschlossen werden, dass

der medizinischen Maßnahme einiges an Gewicht und damit eine gewisse Eingriffsqualität zukommen muss. Einer Psychotherapie als medizinische Maßnahme kommt diese Qualität zu, was – soweit ersichtlich – von niemandem in Abrede gestellt wird. Das Erfordernis der Einwilligung stellt allein auf die Durchführung einer medizinischen Maßnahme ab. Es ist insoweit unerheblich, ob die medizinische Maßnahme (erst) der Diagnostik dient oder bereits der Heilung der diagnostizierten Erkrankung. Es ist daher bereits für diagnostische Maßnahmen (z. B. Demenztests, Intelligenztests) die Einwilligung des Patienten erforderlich.

Nach Satz 2 ist bei einwilligungsunfähigen Patienten die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen.

5. Aufklärung

Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt wiederum eine ordnungsgemäße Aufklärung voraus.

5.1. Inhalt der Aufklärungspflicht

Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentliche Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahmen (z. B. zwischenzeitliche Symptomverschlechterung), ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit und Eignung sowie Erfolgsaussichten (Prognose) im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Auch hier handelt es sich einerseits um eine Vielzahl von Pflichten, andererseits ist die Aufklärung auf die „wesentlichen Umstände“ beschränkt.

Der Psychotherapeut muss auf Grundlage der eigenen fachlichen Expertise beurteilen, was über die Beispiele hinaus Gegenstand der Aufklärung sein und wie weit die Aufklärung im Detail gehen muss oder sollte.

TIPP: Klären Sie über die im Gesetz genannten Umstände auf. Orientieren Sie sich für die Aufklärung auch über weitere, nicht ausdrücklich genannte Aspekte an folgender Frage: Was muss der Patient wissen, um auf ausreichender Grundlage die Entscheidung zu treffen, ob er in die für ihn geplante Behandlung einwilligen möchte?

5.2. Aufklärung über Alternativen

Bei der Aufklärung muss auf Alternativen zur Maßnahme hingewiesen werden, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. Mit Blick auf Psychotherapie stellen sich hier insbesondere zwei Fragen. Die erste betrifft die Frage anderer psychotherapeutischer Maßnahmen als Alternative zum gewählten Behandlungsverfahren und die zweite die medikamentöse Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zur Psychotherapie.

Die Hinweispflicht auf Alternativen besteht nach dem Wortlaut nur dann, wenn mehrere medizinisch indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu:

„Zwar folgt aus dem Grundsatz der Therapiefreiheit das Recht des Behandelnden, die konkrete Methode zur Behandlung nach pflichtgemäßem Ermessen frei zu wählen. Er ist insoweit nur an die jeweils geltenden fachlichen Standards nach § 630a Absatz 2 BGB gebunden. Gleichwohl gebietet das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, diesem als Subjekt der Behandlung die Wahl zwischen mehreren in Betracht kommenden Alternativen zu überlassen.“

Die Hinweispflicht auf Alternativen zur geplanten Maßnahme ist nicht auf das Fachgebiet der Ärzte beschränkt. Bezogen auf Psychotherapeuten bedeutet dies, dass sie sich nicht darauf zurückziehen können, nur auf alternative psychotherapeutische Verfahren hinzuweisen. Ziel der Aufklärungspflicht ist es, dem Patienten die Entscheidung zu ermöglichen, eine Alternative zu wählen. Daraus dürfte folgen, dass auch – soweit diese vorhanden ist – auf eine rein medikamentöse Behandlung oder eine Kombination

von Psychotherapie und medikamentöser Behandlung als Alternative hingewiesen werden muss. Nach dem Wortlaut ist bei der Aufklärung auf Alternativen hinzuweisen, nicht über die Alternativen umfassend aufzuklären. Dies würde möglicherweise auch die Kenntnisse des einzelnen Psychotherapeuten übersteigen. Psychotherapeuten werden sich daher darauf zurückziehen dürfen (und müssen), auf eine Pharmakotherapie und den Umstand hinzuweisen, dass diese Nebenwirkungen haben kann. Eine inhaltliche Aufklärung müsste dann gegebenenfalls an anderer Stelle erfolgen. Das Problem der Aufklärung über Alternativen stellt sich auch für Ärzte, die auf fachgebietsfremde Alternativen hinweisen müssen.

TIPP: In einer umfassenden Aufklärung empfiehlt es sich, stets auf psychotherapeutische und psychopharmakologische Alternativen hinzuweisen.

5.3. Rechtzeitige, mündliche und verständliche Aufklärung

Die Aufklärung muss mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt. (Nur) ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält. Damit ist der Grundsatz der mündlichen Aufklärung im Gesetz festgeschrieben. Auf ergänzende Unterlagen darf Bezug genommen werden, was in vielen Fällen sinnvoll sein kann. Unzulässig ist es jedoch, dem Patienten schriftliche Unterlagen auszuhändigen und sich mündlich auf einen Verweis auf diese Unterlagen zu beschränken. Wichtig – insbesondere im stationären Bereich, aber auch in Gemeinschaftspraxen – ist, dass die Aufklärung nicht zwingend vom Behandelnden selbst durchgeführt werden muss. Sie kann auch durch eine Person, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt, erfolgen. Das bedeutet, dass es z. B. bei einer berufsgruppenübergreifenden psychotherapeutischen Behandlung ausreichend ist, wenn entweder der Arzt oder der Psychotherapeut aufklärt.

Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Die Gesetzesbegründung weist darauf hin, dass sich bestimmte Fristen für die Zeit zwischen der Aufklärung und der Einwilligung nicht pauschal festlegen lassen. Als Beispiel nennt sie, dass es bei operativen Eingriffen regelmäßig ausreichen wird, wenn die Aufklärung am Vortag erfolgt. Dieser Aspekt

dürfte bei der Psychotherapie selten Schwierigkeiten bereiten, da sich die Psychotherapie über einen längeren Zeitraum erstreckt und zwischen unterschiedlich intensiven medizinischen Maßnahmen regelmäßig auch ein entsprechender Zeitraum liegt.

Schließlich muss die Aufklärung für den Patienten verständlich sein. Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

TIPP: Fragen Sie Ihren Patienten, ob er die Information und Aufklärung verstanden hat, und beantworten Sie eventuelle Nachfragen. Denken Sie daran, dem Patienten eine Kopie des Dokuments zu geben, wenn Sie sich darin die Einwilligung zur Behandlung schriftlich erteilen lassen.

5.4. Ausnahmen von der Aufklärungspflicht

Die Regelungen, wann ausnahmsweise auf eine umfassende Aufklärung verzichtet werden kann, sind wie die Ausnahmen zu den Informationspflichten ausgestaltet. Die Gesetzesbegründung gibt mit einem Beispiel näheren Aufschluss darüber, wann eine solche Ausnahme vorliegen kann:

„Birgt die Aufklärung eines Patienten das Risiko einer erheblichen (Selbst-)Gefährdung in sich, so kann bzw. muss der Behandelnde aus therapeutischen Gründen ausnahmsweise von der Aufklärung Abstand nehmen bzw. den Umfang der Aufklärung einschränken. Allerdings rechtfertigt der Umstand, dass der Patient nach der Aufklärung vielleicht eine medizinische unvernünftige Entscheidung treffen könnte, noch keine Einschränkung oder gar den Wegfall der Aufklärungspflicht.“

Hier wird noch einmal deutlich, dass das Gesetz den mündigen Patienten vor Augen hat, der auch „unvernünftige“ Entscheidungen treffen kann und darf. Der Patient darf eine nach fachlichen Standards indizierte und höchst sinnvolle Behandlung ablehnen, weil er dies möchte. Maßgeblich ist sein Wille. Dies stellt den Psychotherapeuten vor die schwierige Situation, dass er weiß, dass der Patient aus fachlicher Sicht eine be-

stimmte Behandlung benötigt, diese Behandlung ihm aller Voraussicht nach auch helfen wird und nach fachlichen Gesichtspunkten dringend anzuraten ist. Dennoch kann der Patient die Behandlung ablehnen.

Die Grenze wird da erreicht, wo der Patient in einem Zustand ist, dass er die Entscheidung nicht mehr selbst treffen kann, also einwilligungsunfähig ist. Aber auch dann ist nicht der Psychotherapeut befugt, über die Behandlung zu entscheiden (die Ausnahme sind mögliche unaufschiebbare Notfälle).

6. Aufklärung und Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patienten

Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung die Maßnahme gestattet oder untersagt (§ 630d Absatz 1 Satz 2 BGB). Zur Erklärung der Einwilligung berechtigt sein kann z. B. ein Betreuer. Insbesondere in Fällen der Unterbringung in einer geschlossenen stationären Einrichtung muss die Einwilligung in eine Behandlung gegen den natürlichen Willen des einwilligungsunfähigen Patienten zusätzlich vom Familiengericht genehmigt werden. Grundsätzlich ist der Betreuer, zu dessen Aufgabenkreis die Gesundheitsvorsorge gehört, aber berechtigt, für den Patienten über die Einwilligung zu entscheiden.

6.1. Einwilligungsfähigkeit bei Minderjährigen

Die Frage der Einwilligung und der Einwilligungsfähigkeit stellt sich insbesondere bei minderjährigen Patienten. Einwilligungsfähig in eine psychotherapeutische Behandlung ist ein Minderjähriger nach § 12 Absatz 2 der Musterberufsordnung für Psychotherapeuten nur dann, wenn er über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügt. Nach der Rechtsprechung ist der Minderjährige einwilligungsfähig, wenn er nach seiner geistigen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seine Risiken erkennen und beurteilen kann. Dies zu beurteilen, obliegt dem Psychotherapeuten, wenn er einen jugendlichen Patienten vor sich hat.

6.2. Unterschied: einwilligungsfähig und geschäftsfähig

Zur Klarstellung sei darauf hingewiesen, dass auch bei einem einwilligungsfähigen Jugendlichen durch eine Erklärung des Jugendlichen der Behandlungsvertrag ohne Zustimmung der Sorgeberechtigten nicht wirksam ist. Der wirksame Abschluss eines Behandlungsvertrages setzt die Geschäftsfähigkeit voraus und Minderjährige sind, auch wenn sie einwilligungsfähig sind, nicht unbeschränkt geschäftsfähig. Der Behandlungsvertrag kann bei einem Minderjährigen nur durch die Abgabe einer Willenserklärung des bzw. der gesetzlichen Vertreter zustande kommen, was insbesondere mit Blick auf die Vergütung bei Privatversicherten oder Selbstzahlern relevant ist. Gesetzlich Versicherte können hingegen den Leistungsantrag grundsätzlich ab einem Alter von 15 Jahren selbst stellen, ohne dass dabei die Mitwirkung der Eltern erforderlich ist (§ 36 Absatz 1 SGB I).

6.3. Einwilligung in die Durchführung einer medizinischen Maßnahme

Die Zulässigkeit der Durchführung der medizinischen Maßnahme hängt hingegen – unabhängig von der Geschäftsfähigkeit – von der wirksamen Einwilligung ab. Die Frage der Einwilligungsfähigkeit und Einsichtsfähigkeit lässt sich – anders als die der Geschäftsfähigkeit – nicht an einem bestimmten Alter festmachen. Es kommt vielmehr darauf an, ob die einzelne Person über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügt.

Als grobe Faustregel lässt sich als Anhaltspunkt jedoch sagen, dass – in Abhängigkeit von der einzelnen Person – ein Minderjähriger ab 16 Jahren regelmäßig einwilligungsfähig, ein Kind unter 14 Jahren in der Regel nicht einwilligungsfähig und dazwischen eine genaue individuelle Betrachtung erforderlich ist. Die ältere Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist davon ausgegangen, dass auch bei einwilligungsfähigen Minderjährigen zusätzlich noch eine Einwilligung des bzw. der gesetzlichen Vertreter erforderlich ist. Diese Entscheidung beruht jedoch auf einem patriarchalisch geprägten Familienbild, das dem heutigen Verständnis der Personensorge als dienendes Recht der Eltern und wohl auch der neueren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts widerspricht. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass einwilligungsfähige Patienten auch alleine in eine medizinische Maßnahme einwilligen können.

TIPP: Vergewissern Sie sich bei Minderjährigen, dass diese einwilligungsfähig sind, und zwar immer individuell in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand. Dokumentieren Sie dies.

6.4. Zustimmung beider Eltern bei gemeinsamem Sorgerecht

Nach dem gesetzlichen Leitbild (§§ 1626 Absatz 1, 1627 BGB) haben beide Eltern grundsätzlich das gemeinsame Sorgerecht. Dies gilt unabhängig davon, bei welchem Elternteil das Kind wohnt. Das bedeutet, dass vor einer medizinischen Maßnahme bei nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen stets beide Eltern einwilligen müssen, es sei denn, einem Elternteil (oder jemand anderem) wurde das alleinige Sorgerecht zugesprochen.

Auch die vom Bundesgerichtshof für ärztliche Heileingriffe entwickelte Dreistufentheorie ändert nichts an dem Erfordernis, dass beide Sorgeberechtigten in eine medizinische Maßnahme einwilligen müssen. Nach dieser Theorie kann in bestimmten Fällen darauf verzichtet werden, die ausdrückliche Einwilligung vom nichtanwesenden Elternteil einzuholen. Mit anderen Worten darf ein Arzt generell bei einer Routinebehandlung darauf vertrauen, dass der nichtanwesende Elternteil mit einer Behandlung einverstanden ist, bei schweren Eingriffen muss der Arzt nachfragen und darf auf die Antwort des anwesenden Elternteils vertrauen. Bei gravierenden Eingriffen mit erheblichen Folgen muss der Arzt beim abwesenden Elternteil nachfragen. Wenn ein Psychotherapeut aber weiß, dass der abwesende Elternteil nicht gefragt wurde oder nicht einverstanden ist, kann er sich nicht mehr darauf berufen.

TIPP: Holen Sie bei nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen die Einwilligung beider Eltern ein oder lassen Sie sich die Übertragung des Sorgerechts auf ein Elternteil nachweisen.

6.5. Aufklärung bei einwilligungsunfähigen Patienten

Aufzuklären ist ebenfalls derjenige, der die Einwilligung erklärt, d. h., die Eltern sind umfassend über die Behandlung aufzuklären, damit die von ihnen erklärte Einwilligung wirksam ist.

6.6. Übertragung der Entscheidungsbefugnis auf einen Elternteil

Ist ein Elternteil mit der Behandlung nicht einverstanden, so darf die Behandlung vom Psychotherapeut auch nicht durchgeführt werden. Allerdings hat der andere Elternteil die Möglichkeit, sich vom Familiengericht für die Frage, ob die Behandlung durchgeführt werden soll, die alleinige Sorge übertragen zu lassen (§ 1628 BGB). Eine Entscheidung des Familiengerichts erfolgt regelmäßig innerhalb weniger Tage, in besonders eiligen Fällen auch schneller. Es empfiehlt sich daher, in einer solchen Situation den anwesenden Elternteil auf diese Möglichkeit hinzuweisen.

TIPP: Informieren Sie den anwesenden Elternteil über die Möglichkeit, sich die Entscheidungsbefugnis übertragen zu lassen, wenn der andere Elternteil seine Einwilligung willkürlich verweigert.

7. Dokumentation

Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zwecke der Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zu der Behandlung, eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Dabei sind Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Akte nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Bei der Führung von Patientenakten in elektronischer Form ist dies ebenfalls sicherzustellen.

7.1. Unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang

Mit Blick auf die Psychotherapie stellt sich hinsichtlich der Verpflichtung, die Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung zu führen, die Frage, wann die Dokumentation spätestens anzufertigen ist. Sicherlich zulässig und in vielen Fällen auch sinnvoll ist es, die Dokumentation während der Behandlungsstunde oder im unmittelbaren Anschluss daran zu führen. Die Zeit zwischen einzelnen Psychotherapiestunden ist jedoch sehr kurz bemessen, sodass es ein Bedürfnis geben kann, die Dokumentation auch zu einem späteren Zeitpunkt – beispielsweise nach Abschluss des Behandlungstages – zu fertigen. Die Verpflichtung, Eintragungen im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung vorzunehmen, dient nach

der Gesetzesbegründung zur Vermeidung von Unrichtigkeiten. Es soll dabei vermieden werden, dass wichtige Informationen in Vergessenheit geraten und damit verloren gehen können. Dieses Ziel ist auch gewährleistet, wenn die Dokumentation nicht nach jeder Behandlung erfolgt, sondern später am selben Tag. Daher ist davon auszugehen, dass die Dokumentation am Behandlungstag noch als im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang stehend zu betrachten ist.

TIPP: Dokumentieren Sie am besten in oder nach der Therapiesitzung oder jedenfalls am Behandlungstag.

7.2. Inhalt der Dokumentation

Das Gesetz regelt ebenfalls, was in die Dokumentation aufzunehmen ist. Danach ist der Behandelnde verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche, aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentliche Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen (§ 630f BGB). Diese Verpflichtung bezieht sich somit nicht nur auf die Dinge, die im Moment für die Behandlung wesentlich sind, sondern auch die, die für eine künftige Behandlung wesentlich erscheinen. Die Formulierung ist daher einerseits wieder sehr weit gefasst, andererseits ist sie auf „wesentliche Maßnahmen und deren Ergebnisse“ beschränkt. Das Gesetz nennt Beispiele, die mindestens in die Dokumentation aufzunehmen sind. Dazu gehören: Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Besserungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligung und Aufklärung sowie Arztbriefe.

Die Gesetzesbegründung beschreibt den Zweck der Dokumentation:

„Die Dokumentation dient in erster Linie dem Ziel, durch die Aufzeichnung eine sachgerechte therapeutische Behandlung und Weiterbehandlung zu gewährleisten [...]. Sie dient der Wahrung des Persönlichkeitsrechts des Patienten, die durch die Pflicht des Behandelnden, Rechenschaft über den Gang der Behandlung zu geben, erreicht wird.“

Sie dient darüber hinaus jedenfalls faktisch der Beweissicherung.

TIPP: Orientieren Sie sich bei der Frage, welche nicht ausdrücklich genannte Maßnahme im Sinne des Gesetzes als wesentlich anzusehen ist, an den Beispielen und dem Zweck der Behandlungsdokumentation.

8. Einsichtnahme

Das Gesetz regelt einen umfassenden Anspruch des Patienten, in seine Patientenakte Einsicht zu nehmen.

8.1. Einsichtnahmerecht in die gesamte Patientenakte

Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige Rechte Dritter entgegenstehen. Eine Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen (§ 630g BGB).

8.2. Einschränkung aus erheblichen therapeutischen Gründen

Bei der Prüfung, ob ein Einsichtnahmerecht verweigert werden kann oder muss, ist der Begriff „erhebliche therapeutische Gründe“ eng auszulegen. Dies legt die Verwendung des Wortes erheblich bereits nahe. Es reicht demnach nicht aus, dass es aus therapeutischen Gründen „besser“ wäre, der Patient würde auf eine Einsichtnahme verzichten. Vielmehr ist eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit erforderlich, was nur im Ausnahmefall denkbar ist. Selbst wenn im Einzelfall eine solche Gefährdung anzunehmen ist, kann die Einsichtnahme nicht einfach insgesamt verweigert werden. Vor der vollständigen Verweigerung einer Einsichtnahme sind alle mildereren Mittel anzuwenden, die die Wahrnehmung des Einsichtnahmerechts wenigstens teilweise ermöglichen. Dabei kommt insbesondere in Betracht, dass die Einsichtnahme durch den Patienten im Beisein einer fachkundigen Person erfolgt. So kann der Psychotherapeut beispielsweise einzelne Einträge erläutern. Auch kann der Patient einen anderen Psychotherapeuten mit der Einsichtnahme beauftragen. Daher ist davon auszugehen, dass die Einsichtnahme in die Akte aus therapeutischen Gründen nie oder jedenfalls fast nie dauerhaft ausgeschlossen werden kann. Beauftragt der Patient eine andere Person mit der Einsichtnahme, so sind erhebliche therapeutische Gründe im Sinne des Gesetzes eigentlich nicht denkbar.

Das Bundesverfassungsgericht hat sich bereits 1992 mit der Frage auseinandergesetzt, ob eine Einsichtnahme in die Patientenakte vom Beisein eines Arztes abhängig gemacht wird. Es hat dabei formuliert:

*„Der zivilrechtliche Einsichtsanspruch in Krankenunterlagen ergibt sich erst aus der Heranziehung der objektivrechtlichen Bedeutung des GG Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1. Die Ausstrahlungswirkung dieser Grundrechte wird nicht verkannt, wenn ein psychisch Kranker, der die Aushändigung von Kopien psychiatrischer Krankenunterlagen beantragt hat, von dem Fachgericht, weil es nach Ansicht der Ärzte **unvertretbar** ist, daß er sich **unkontrolliert** mit seiner Krankheit beschäftigt, darauf verwiesen wird, die Unterlagen **im Beisein eines Arztes einzusehen**“ (BVerfG, Beschluss vom 17.11.1992, 1 BvR 162/89; LS 1 und 2).*

Auch die Gesetzesbegründung geht auf die Frage ein:

*„Bestehen hingegen Zweifel daran, ob der gesundheitliche Zustand des Patienten die Einsichtnahme seiner Patientenakte zulässt, ohne dass eine **erhebliche gesundheitliche Gefährdung des Patienten** zu befürchten ist, so darf der Behandelnde die Einsichtnahme **nicht per se** verweigern. ... Möglicherweise kommt eine durch **den Behandelnden unterstützende** oder auch **begleitende Einsichtnahme** in Betracht; auch könnte **eine dritte Person dem Patienten vermittelnd** für die Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden“ (BT-Drs. 17/10488, Seite 40).*

TIPP: Wenn die Dokumentation Aspekte enthält, deren unkommentierte Wahrnehmung durch den Patienten zu einer gesundheitlichen Gefährdung führen würde, begleiten Sie die Einsichtnahme und erläutern Sie dem Patienten dabei die Aufzeichnungen.

8.3. Stempel von Kliniken auf Arztbriefen

Ein häufiges Sonderproblem im Bereich der Psychotherapie stellen Berichte von Kliniken dar, auf denen ein Stempel mit einer Bezeichnung „nicht für den Patienten bestimmt“ oder Ähnliches aufgebracht ist. Erhält ein Psychotherapeut einen solchen

Brief, so ist dieser in die Patientenakte aufzunehmen. Begehrt nun der Patient Einsichtnahme in die Patientenakte, muss der Psychotherapeut entscheiden, ob das Einsichtnahmerecht aus erheblichen therapeutischen Gründen insoweit zu verweigern ist. Da sich der Brief entsprechend in der von ihm zu verantwortenden Patientenakte befindet, ist er diejenige Person, die eine Entscheidung über die Einsichtnahme treffen und verantworten muss.

Den Stempel der Kliniken könnte allenfalls die Bedeutung beigemessen werden, dass die Klinik in einer Art „Vorprüfung“ ihre Ansicht zum Ausdruck gibt, dass hier einer Einsichtnahme erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen würden. Wenn man allerdings die Praxis betrachtet und weiß, dass diese Stempel standardmäßig aufgebracht werden, ohne dass eine individuelle Prüfung erfolgt, so muss man davon ausgehen, dass den Stempeln weder eine rechtliche noch tatsächliche Bedeutung zukommt.

8.4. Einschränkung zum Schutz erheblicher Rechte Dritter

Das Einsichtnahmerecht kann insbesondere auch eingeschränkt werden, wenn sonstige erhebliche Rechte Dritter beeinträchtigt würden. Dies gilt insbesondere dann, wenn Bezugspersonen (die Eltern) dem Psychotherapeuten Umstände mitteilen, von denen sie nicht möchten, dass der Patient (der Jugendliche) Kenntnis erlangt. Beantragt der einwilligungsfähige Jugendliche die Einsichtnahme in seine Patientenakte, so kann und muss gegebenenfalls der Psychotherapeut ihm insoweit die Einsichtnahme verweigern. Dieses Problem wird teilweise auch unter dem Stichwort „Familiengeheimnisse“ diskutiert. Die Gesetzesbegründung setzt sich mit den Problemen wie folgt auseinander:

*„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“ (BT-Drs. 17/10488, Seite 40).*

TIPP: Wenn Eltern den Wunsch äußern, dass das Kind etwas aus dem persönlichen Bereich der Eltern nicht erfahren soll, dokumentieren Sie den Wunsch entsprechend.

8.5. Keine Einschränkung zum Schutz des Psychotherapeuten

Die Aufzählung der Ausnahmen vom Einsichtnahmerecht ist abschließend. Das bedeutet, dass eine Einsichtnahme nicht verweigert werden kann, wenn sie allein zum Schutz des Persönlichkeitsrechts des Therapeuten verweigert werden soll. Im Regierungsentwurf war als Formulierung noch gewählt „sonstige erhebliche Gründe“.

Diese Formulierung änderte der Gesetzgeber im Gesetzgebungsverfahren in „erhebliche Rechte Dritter“. Sie schließt eine Einschränkung des Einsichtnahmerechts allein zum Schutz des Psychotherapeuten aus. Diese Rechtslage entspricht der, wie sie das Bundesverfassungsgericht – zumindest für Patienten im Maßregelvollzug – entschieden hat. Dabei führte das Bundesverfassungsgericht aus, dass Persönlichkeitsrechte des Therapeuten eine Beschränkung der Akteneinsicht auf sogenannte objektive Befunde nicht rechtfertigen können. Die Behandlungsdokumentation gehöre ohnehin nicht zum absolut geschützten Privatrecht desjenigen, der die Dokumentation anfertigt, sondern richte sich nach ihrer Funktion von vornherein auch an Dritte.

Die Dokumentation dient dazu, eine sachgerechte therapeutische Behandlung und vor allem auch eine sachgerechte Weiterbehandlung durch andere zu gewährleisten. Sie dient auch der Wahrung des Persönlichkeitsrechts des Patienten und jedenfalls faktisch auch der Beweissicherung. Alle diese drei Zwecke setzen eine Verwendung durch andere als den Behandelnden voraus. Das Bundesverfassungsgericht geht aber noch einen Schritt weiter und formuliert wie folgt:

*„Selbst wenn es an einem Informationsbedarf Dritter fehlen würde, die Krankenakten also Informationen enthielten, die nicht zur Kenntnisnahme durch irgendeinen Dritten bestimmt, sondern ausschließlich als Gedächtnisstütze für den aufzeichnenden Therapeuten gedacht sind, wäre im Übrigen näher klärungsbedürftig, ob ein allgemeiner persönlichkeitsrechtlicher Schutz derartiger Informationen nicht deshalb ausscheiden muss, weil **Persönlichkeitsrechte des Therapeuten hinreichend dadurch geschützt** wären, dass dieser insoweit die Dokumentation in den Akten ohne Beeinträchtigung eigener oder fremder Belange beschränken kann“ (BVerfG, Beschluss vom 09.01.2006, Az.: 2 BvR 443/02).*

Der Psychotherapeut muss also alles, was für die Behandlung so wesentlich ist, dass er oder gegebenenfalls andere dies wissen müssen, auch aufzeichnen – mit der Konsequenz, dass es auch für den Patienten zugänglich ist. Ist es für die Behandlung nicht wesentlich, muss es auch nicht aufgezeichnet werden.

Es muss daher davon ausgegangen werden, dass das Gesetz insoweit nichts Neues regelt, sondern – wie an anderen Stellen auch – derzeit geltendes Recht kodifiziert, und schon vor dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes galt.

Das Einsichtnahmerecht ist unverzüglich zu gewähren. Ein Psychotherapeut muss seinen Praxisablauf sicherlich nicht modifizieren und Patienten warten lassen, um dem Einsichtnahmerecht nachzukommen. Er ist jedoch sicherlich verpflichtet, die Einsichtnahme bei der nächsten sich bietenden Gelegenheit zu gewähren.

TIPP: Denken Sie daran, dass sich die Dokumentation der Patientenakte nach ihrem Zweck auch an den Patienten und andere Behandelnde richtet. Formulieren Sie präzise, ohne dass etwas verloren geht, so, dass eine Einsichtnahme jedenfalls mit Blick auf die Formulierung unproblematisch ist und jederzeit erteilt werden kann – wenn nicht erhebliche therapeutische Gründe dem ausnahmsweise entgegenstehen.

8.6. Kopien der Patientenakte

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

Nach einer Entscheidung des Landgerichts München I aus dem Jahre 2008 (Urteil vom 19.11.2008, Az.: 9 O 5324/08) kann eine Vergütung von 0,50 Euro je DIN A4 Seite angemessen sein, wenn die Vervielfältigung der Patientenakte, z. B. aufgrund unterschiedlicher Formate der Seiten, mit hohem Aufwand verbunden ist. Nach dieser Entscheidung kann die Herausgabe der Kopien auch von der Zahlung der Kopierkosten abhängig gemacht werden.

Es bietet sich für die Frage der Höhe der Kopierkosten auch eine Orientierung an Nummer 9000 der Anlage 1 zum Gerichtskostengesetz an. Danach können als Kopierkosten 0,50 Euro je Seite für die ersten 50 Seiten und für jede weitere Seite 0,15 Euro angesetzt werden.

8.7. Einsichtnahme nach Tod des Patienten

Das Patientenrechtegesetz regelt ebenfalls die Einsichtnahme nach dem Tod des Patienten. Das Einsichtnahmerecht steht im Fall des Todes des Patienten zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen.

Wegen der Schweigepflicht und des Persönlichkeitsrechts des Patienten, das über den Tod hinaus seine Wirkung entfaltet, gilt die Einschränkung, dass die Einsichtnahme ausgeschlossen ist, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht. Es kann vorkommen, dass der Patient den Wunsch äußert, dass seine nächsten Angehörigen auch im Falle seines Todes nichts von der Behandlung erfahren.

TIPP: Sollte ein Patient den Wunsch äußern, dass ein Angehöriger niemals vom Inhalt der Therapie erfahren soll, dokumentieren Sie dies für den Fall, dass später Einsichtnahme begehrt wird.

9. Beweislast

Im sogenannten Arzthaftungsrecht, das trotz seines Namens auch für Psychotherapeuten zutrifft, haben Beweislastregeln eine zentrale Bedeutung. Denn im deutschen Zivilprozess muss grundsätzlich jeder die für ihn günstigen Umstände darlegen und beweisen – und das ist schwierig. Beweisen heißt, dass der entsprechende Umstand nach der Überzeugung des Gerichts mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen muss, und dies ist bei komplexen Abläufen mit unterschiedlichen möglichen Ursachen sehr schwierig. Deshalb hat die Rechtsprechung Beweiserleichterung geschaffen. In bestimmten Fällen wird ein Zusammenhang vermutet und dieser muss in

einem Haftungsprozess nicht mehr bewiesen werden. Eine Beweisregel des § 630h Absatz 3 BGB soll an dieser Stelle besonders hervorgehoben werden:

„Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.“

Die mündliche Einwilligung eines Patienten in die Behandlung ist zu dokumentieren. Erfolgt dies nicht, so würde in einem Haftungsprozess zunächst vermutet, dass sie auch nicht erfolgt ist. Das wiederum hätte die Konsequenz, dass das Gericht davon ausgehen würde, dass der Patient ohne Einwilligung behandelt worden ist. Daher sollten Psychotherapeuten auch aus diesem Grund auf eine ordnungsgemäße Dokumentation achten.

TIPP: Dokumentieren Sie – auch wenn es nicht ausdrücklich gesetzlich gefordert ist – alles, was sie vielleicht später einmal nachweisen müssen.

10. Fristen für die Entscheidung zur Kostenerstattung

Mit dem Patientenrechtegesetz wurde auch ein neuer Absatz 3a in § 13 SGB V eingefügt. Die Krankenkasse hat danach über einen Antrag auf Leistung zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang, zu entscheiden. Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, muss sie dies dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Den Zeitpunkt des Zugangs des Antrags bei der Krankenkasse muss der Versicherte im Streitfall nachweisen.

Die Gesetzesbegründung betont dabei ausdrücklich, dass sich die Krankenkasse dabei nicht auf Gründe berufen kann, die in ihren Verantwortungsbereich fallen, wie z. B.

Organisationsmängel oder Arbeitsüberlastung von Mitarbeitern. Reagiert die Krankenkasse also nicht, gelten gestellte Anträge nach Ablauf der Frist als genehmigt. Nach Ansicht der Bundesregierung gilt dies ausdrücklich auch für die Anträge auf Leistung im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V. In der Antwort auf eine schriftliche Frage führt die Bundesregierung dazu aus:

„Auf den Ablauf der Fristen nach § 13 Abs. 3a können sich nach hiesiger Einschätzung auch Versicherte berufen, die gegenüber ihrer Krankenkasse einen Leistungsantrag gestellt haben, der sich auf die Inanspruchnahme eines nicht zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Therapeuten in den Fällen fehlender Behandlungskapazitäten bezieht“ (Antwort auf schriftliche Fragen an die Bundesregierung im April 2013, Arbeitsnummern 4/99 und 4/100).

Es gibt noch keine gerichtliche Entscheidung, die die Rechtsauffassung der Bundesregierung bestätigt.

TIPP: Informieren Sie sich mit der Broschüre der Bundespsychotherapeutenkammer: „Kostenerstattung – ein Ratgeber für psychisch kranke Menschen“ (www.bptk.de).

11. Fazit

Das Patientenrechtegesetz bringt wenig Neues, fasst aber Zentrales der derzeitigen Rechtslage an einem Ort zusammen. Es bietet damit nicht nur für Patienten die Gelegenheit, sich zu informieren, sondern ist ein Anlass für Psychotherapeuten, den aktuellen Stand Revue passieren zu lassen.

Bundesrat

Drucksache 7/13

11.01.13

R - G

Gesetzesbeschluss
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 211. Sitzung am 29. November 2012 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 17/11710 – den von der Bundesregierung eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten

– Drucksache 17/10488 –

in beigefügter Fassung angenommen.

Fristablauf: 01.02.13

Erster Durchgang: Drs. 312/12

Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

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 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:

„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:

„Titel 8

Dienstvertrag und ähnliche Verträge“.

3. Vor § 611 wird folgende Überschrift eingefügt:

„Untertitel 1

Dienstvertrag“.

4. Nach § 630 wird folgender Untertitel 2 eingefügt:

„Untertitel 2

Behandlungsvertrag

§ 630a

Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

(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.

(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 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) 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 unaufschiebbare 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 Absatz 1 bis 4 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 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. 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.

(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 Papierform 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) 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 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) 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 aufgezeichnet 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 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 Spitzen-

verband 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 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 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) 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 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) 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.
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. 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 einrichtungsüber-

greifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.“

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.“

- b) 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.“

- c) 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.

11. 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.“

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, § 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 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“ einge-

fügt 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 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 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 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.