

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
09.03.2012**

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	3
II. Änderung im Bürgerlichen Gesetzbuch (Artikel 1).....	4
1. Allgemeiner Teil der Begründung.....	4
2. Behandlungsvertrag (§§ 630a ff. BGB).....	4
3. Einwilligung (§ 630d BGB)	7
4. Aufklärungspflichten (§ 630e BGB).....	10
5. Beweislastregel (§ 630h BGB).....	11
III. Änderung des SGB V (Artikel 2).....	12
1. Kostenerstattung bei nicht rechtzeitiger Bearbeitung (Nummer 1 – § 13 Absatz 3a SGB V).....	12
2. Widerrufsrechte und Qualitätsmanagement (Nummern 3, 4, 8 – §§ 73b, 73c, § 140a SGB V)	12
3. Beteiligungsrechte beim Aufstellen des Bedarfsplans (Nummer 5 – § 99 SGB V)	15
4. Ermöglichung regionaler Abweichungen (neu – § 103 Absatz 1 Satz 1 SGB V).....	15
5. Beschwerdemanagement und Fehlermeldesysteme (Nummern 6, 7 – §§ 135a, 137 SGB V).....	17
6. Beteiligung im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a (Nummer 9 – § 140f SGB V).....	17
7. Informationen über Patientenrechte durch den Patientenbeauftragten	18
IV. Rechte privatversicherter Patienten.....	19
1. Mindeststandards für den Versicherungsschutz	19
2. Mindeststandards für den Datenschutz.....	19

I. Einleitung

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt den vorliegenden Gesetzentwurf, denn er kodifiziert die gefestigte Rechtsprechung zum Behandlungsvertrag und verschafft damit Patienten wie Leistungserbringern die Möglichkeit, sich zügig und rechtssicher über die Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag zu informieren.

Die Regelungen des Entwurfs zur Dokumentation und zum Einsichtnahmerecht in die Patientenakte stellen eine grundlegende Änderung der aktuellen Rechtslage dar und bedürfen einer fundierten Diskussion in der Psychotherapeutenschaft, die derzeit noch nicht abgeschlossen ist. Die BPK wird zeitnah zu dieser Frage gesondert Stellung beziehen. Die vorliegende Stellungnahme beschränkt sich auf die übrigen Aspekte des Referentenentwurfs.

Die Patientenrechte werden durch die Einführung der Widerrufsrechte bei einer Entscheidung für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung und der integrierten Versorgung gestärkt. Die Patientenbeteiligung bei der Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne, im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V und hinsichtlich der Befristung von Zulassungen für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten schätzt die BPK ebenfalls als positiv ein. Im Folgenden schlägt die BPK fachliche Klarstellungen und einige Ergänzungen vor.

II. Änderung im Bürgerlichen Gesetzbuch (Artikel 1)

1. Allgemeiner Teil der Begründung

Im Allgemeinen Teil der Begründung zu Artikel 1 findet sich auf Seite 15 im ersten Satz des dritten Absatzes eine unsystematische Auflistung der Gesundheitsberufe. Der Wortlaut sollte hier an die systematische Darstellung auf Seite 20 letzter Absatz und auf Seite 22 letzter Absatz angepasst werden. Der erste Satz des dritten Absatzes auf Seite 15

„Der Behandlungsvertrag soll nicht nur das Vertragsverhältnis zwischen Patientin oder Patient und Ärztin oder Arzt, sondern auch die Vertragsverhältnisse zwischen Patientinnen und Patienten und Behandelnden anderer Gesundheitsberufe wie etwa Heilpraktikern, Hebammen, Psycho- oder Physiotherapeuten erfassen.“

sollte daher unbedingt durch folgende Sätze ersetzt werden:

„Der Behandlungsvertrag soll nicht nur Vertragsverhältnisse zwischen Patient einerseits und (Zahn-)Ärzten und Psychotherapeuten andererseits erfassen. Darüber hinaus soll er auch Vertragsverhältnisse zwischen Patienten und anderen Gesundheitsberufen wie etwa Heilpraktikern, Hebammen oder Physiotherapeuten erfassen“.

Im Folgenden wird auf die einzelnen Vorschriften eingegangen, um Probleme zu verdeutlichen und Anregungen zur Verbesserung des Entwurfs zu geben.

2. Behandlungsvertrag (§§ 630a ff. BGB)

§ 630a Absatz 1 des Entwurfs knüpft den Behandlungsvertrag an eine medizinische Behandlung eines Patienten. Die Begründung stellt klar, dass unter Behandlung in diesem Sinne die Heilbehandlung zu verstehen ist. Sie gibt sodann eine Definition von Heilbehandlungen wieder, die in Bezug auf psychische Störungen nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht und veraltet erscheint. So soll danach eine Heilbehandlung auch dann vorliegen, wenn es um „**seelische Störungen nicht krankhafter Natur**“ geht (Seite 20, 2. Absatz). Diese Unterscheidung beruht wohl

auf einer überholten Definition einer psychischen Störung in Abgrenzung zu einer körperlichen Erkrankung als einer Störung, die „nicht auf eine **krankhafte Veränderung des menschlichen Körpers**“ zurückzuführen ist, die **also keine somatische Ursache aufweist**.

Seit geraumer Zeit werden psychische Störungen im Sinne der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) diagnostiziert und behandelt. Nach der Terminologie des Kapitels V der international anerkannten ICD-10-Systematik handelt es sich um „Psychische und Verhaltensstörungen“. Fachlich werden zusammenfassend meist die Begriffe „Psychische Störung“ und „Psychische Krankheit“ synonym verwendet. Dabei wird nicht zwischen Störungen krankhafter Natur und Störungen nicht krankhafter Natur unterschieden. Vielmehr verläuft die diagnostische Grenze zwischen psychischen Störungen und subklinischen Symptomen, also Zuständen, die keinen Krankheitswert aufweisen und somit keine psychische Erkrankung darstellen. So sind beispielsweise „normale“ Trauerreaktionen beim Verlust eines Angehörigen von psychischen Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen zu unterscheiden.

Darüber hinaus hat sich im Laufe der Jahre die Terminologie, die der Gesetzgeber verwendet hat, mit der Veränderung in der Fachterminologie vielfach geändert. So spricht das Strafgesetzbuch (StGB) in der seit dem 01.01.1975 geltenden und bis heute insoweit unveränderten Fassung bei der Schuldunfähigkeit noch von einer „krankhaften seelischen Störung“, einer „tiefgreifenden Bewusstseinsstörung“, „Schwachsinn“ und einer „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ (§ 20 StGB). Krankhaft ist eine seelische Störung dabei nach der strafrechtlichen Terminologie, wenn sie nachweislich auf eine somatische Ursache zurückgeht oder wenn eine solche nach wissenschaftlicher Erkenntnis postuliert werden muss. Unter die erste Alternative sollen insbesondere exogene Psychosen fallen, unter die zweite Formkreise der Schizophrenie. Von der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ sollen beispielsweise Persönlichkeitsstörungen erfasst werden (siehe dazu im Einzelnen Lackner/Kühl, StGB, 26. Auflage 2007, § 20 Rn.1 ff.; Fischer StGB, 55. Auflage 2008, § 20 Rn. 8 ff.).

In neueren Gesetzen verwendet der Gesetzgeber diese strafrechtliche Terminologie zu Recht nicht mehr. Er geht zudem davon aus, dass Heilbehandlungen nur bei Störungen mit Krankheitswert infrage kommen. So wird Psychotherapie gemäß § 1 Absatz 3 Satz 1 Psychotherapeutengesetz definiert als „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von **Störungen mit Krankheitswert**“ (Hervorhebung nicht im Original).

Auch die wesentlich neueren „Psychisch-Kranken-Gesetze“ der Länder sprechen von „psychischer Krankheit“ und unterscheiden dabei nicht zwischen Krankheit und „seelischer Störung nicht krankhafter Natur“.

Aus dem Gesamtzusammenhang ergibt sich auch, dass der Entwurf davon ausgeht, dass der Behandlungsvertrag keine Anwendung bei Verträgen über die Beratung oder nicht therapeutische Gespräche finden soll.

Mit Blick auf den Behandlungsvertrag, dessen Definition in der Begründung erläutert wird, ist es letztlich irrelevant, ob es sich um eine rein somatische Erkrankung, eine psychische Erkrankung mit einer somatischen Ursache oder um eine psychische Störung ohne somatische Ursache handelt. Entscheidend für die Frage, ob ein Behandlungsvertrag vorliegt, ist, ob eine Erkrankung behandelt werden soll. Unklar wird deshalb durch den Bezug auf „seelische Störungen nicht krankhafter Natur“, ob ein Vertrag zur „Behandlung“ von Zuständen, die keinen Krankheitswert haben, auch dann einen Behandlungsvertrag darstellt, wenn er nicht die Heilung einer erkrankten Person zum Gegenstand hat, sondern auf eine Verhaltensänderung einer gesunden Person hinwirkt, wie beispielsweise beim „Coaching“, beim Beratungsgespräch oder beim Abmildern einer Reaktionen „nicht krankhafter Natur“, wie z. B. ein seelsorgerisches Gespräch mit einer trauernden Person.

Unabhängig von der Abgrenzungsproblematik wird eine Unterscheidung zwischen „Krankheiten“ und „seelischen Störungen nicht krankhafter Natur“ den Patienten nicht gerecht und suggeriert möglicherweise einen nicht existierenden Unterschied zwischen „echter“ Krankheit und psychischer Störung.

Insofern ist eine Definition der Heilbehandlung als einer solchen, bei der es auch um seelische Störungen nicht krankhafter Natur geht, nicht angemessen und wirft mehr Fragen auf, als sie löst.

Wir regen daher dringend an, der Definition von Heilbehandlungen den fachwissenschaftlich aktuellen Stand zugrunde zu legen und sich in der Begründung nicht auf veraltete Definitionen in der juristischen Literatur zu beziehen. Der Begriff „Störungen nicht krankhafter Natur“ sollte nicht verwendet werden.

3. Einwilligung (§ 630d BGB)

Die Einwilligung ist nach dem Gesetzeswortlaut für einen Eingriff, nicht für die Behandlung ohne Eingriff erforderlich. Allerdings stellt hier schon der Gesetzeswortlaut in § 630e Absatz 1 BGB klar, dass es nicht nur um einen körperlichen Eingriff geht, sondern auch um Eingriffe in die Gesundheit oder sonstige Rechte des Patienten.

Damit stellt eine Psychotherapie grundsätzlich einen Eingriff in die Gesundheit oder das allgemeine Persönlichkeitsrecht dar, für den es einer Einwilligung bedarf. Dabei ist es schwer, zwischen der Psychotherapie als „Behandlung“ und der Psychotherapie als „Eingriff“ zu unterscheiden. Diese Unterscheidung eignet sich eher für eine Behandlung, bei der ein Eingriff (beispielsweise chirurgisch) relativ klar von der (Gesamt-)Behandlung abgegrenzt werden kann. So dürfte beispielsweise das Operieren den Eingriff darstellen, das bloße Untersuchen einer Narbe durch Ansehen von außen Teil der Behandlung sein, aber für sich genommen keinen Eingriff darstellen.

Es ist zu begrüßen, dass die Frage der Einwilligung unmittelbar im Gesetz geregelt wird. Bisher war nicht eindeutig klar, wie sich das Verhältnis zwischen deliktrechtlich relevanter Einwilligung und vertragsrechtsrelevanter Geschäftsfähigkeit darstellt. Die Aufnahme im Gesetz stellt jetzt klar, dass bei der Frage der Rechtmäßigkeit eines Eingriffs auch unter Aspekten des Behandlungsvertrages allein die Einwilligungsfähigkeit entscheidend ist und nicht etwa abweichend davon die Geschäftsfähigkeit.

Dennoch bleibt zu klären, wie im Einzelfall bei Minderjährigen festgestellt werden kann, ob diese selbstständig in einen Eingriff einwilligen können oder ob dies den

Eltern vorbehalten ist bzw. beiden gemeinsam. Gerade im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Behandlung kann es zu einem Spannungsverhältnis zwischen Minderjährigen und Eltern kommen, sodass diese Frage in der Praxis häufiger relevant wird und es oft keine Lösung sein kann – wie vielfach bei somatischen Behandlungen – als Behandelnder „auf die sichere Seite zu gehen“ und die Einwilligung aller Personen einzufordern, die dafür infrage kommen.

Aus diesem Grund sollte nicht nur in der Gesetzesbegründung auf die Frage eingegangen werden, wann Minderjährige einwilligungsfähig sind, sondern dies wie bei der Frage der deliktrechtlichen Verantwortlichkeit in § 828 ausdrücklich im Gesetzestext geregelt werden. Dazu kann auf die Formulierung der Musterberufsordnung für Psychotherapeuten zurückgegriffen werden. § 12 Absatz 2 Satz 1 MBO-Psychotherapeuten lautet:

„Einwilligungsfähig in eine psychotherapeutische Behandlung ist ein Minderjähriger nur, wenn er über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügt.“

Dementsprechend sollte in § 630d Absatz 1 nach Satz 1 folgender neuer Satz eingefügt werden:

„Minderjährige Patienten sind nur einwilligungsfähig, wenn sie über die eingriffsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen.“

Selbstbestimmungsrecht der Patienten/Behandlungsvereinbarung

Das Selbstbestimmungsrecht der Patienten ist zu achten und es endet nicht an der Grenze der Einwilligungsfähigkeit. Ein Instrument, um sicherzustellen, dass auch bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit der Patientenwille weiterhin maßgeblich bleibt, ist neben der Patientenverfügung die so genannte Behandlungsvereinbarung, die bereits in einigen psychiatrischen Einrichtungen zur Anwendung kommt. Sie gibt Patienten, die aufgrund der Schwere und/oder Chronizität ihrer Erkrankung damit rechnen (müssen), erneut stationär behandelt zu werden, die Möglichkeit, im Vorfeld zu bestimmen, welche Behandlungsmaßnahmen ergriffen werden sollen, wenn die Patienten diese Entscheidung nicht mehr selbst treffen bzw. ihren Willen nicht mehr artikulieren können.

Dies betrifft besonders Patienten mit psychischen Erkrankungen, die durch rezidivierende Verläufe gekennzeichnet sind, bei denen wiederkehrende Krankheitszustände mit Phasen von Eigen- oder Fremdgefährdung eintreten können. Bisher fehlt den Patienten eine Möglichkeit, eine Vereinbarung mit den potenziellen Behandlern abzuschließen, z. B. zu den Behandlungsmethoden, die für den Fall angewendet werden sollen, dass es den Patienten vorübergehend so schlecht geht, dass sie keine Entscheidungen mehr treffen können. Die Hilflosigkeit und Unsicherheit in Bezug auf eine stationäre Behandlung und die dort durchgeführten Maßnahmen stellen für die Betroffenen eine erhebliche Belastung dar, die den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen können. Die Unsicherheit kann Patienten davon abhalten, sich in eine notwendige stationäre Behandlung zu begeben.

Die Möglichkeiten, die eine Behandlungsvereinbarung bietet, gehen über die einer Patientenverfügung hinaus. Mit einer Patientenverfügung kann einseitig in eine bestimmte Behandlung eingewilligt oder diese untersagt werden (§ 1901a Absatz 1 Satz 1 BGB), sie bietet aber keine ausreichende Möglichkeit, vertraglich in Bezug auf das konkrete Angebot einer Klinik einen durchsetzbaren Behandlungsanspruch festzulegen.

Die derzeitige Rechtslage, insbesondere das allgemeine Vertragsrecht, reicht nicht aus, um dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten dahingehend gerecht zu werden. Zunächst ist es in das Belieben der Einrichtung gestellt, ob sie überhaupt eine solche Vereinbarung anbietet. Zum andern unterscheiden sich die Inhalte stark und die Vereinbarungen werden teilweise sogar als „rechtlich unverbindlich“ bezeichnet. Zwar kann es auch sinnvoll sein, ergänzend unverbindlich bestimmte Wünsche des Patienten schriftlich festzulegen, wie beispielsweise die Behandlung und Betreuung durch bestimmte Personen je nach Möglichkeit und Dienstplan, die hier angesprochenen Inhalte müssen jedoch rechtlich verbindlich sein. Es ist daher erforderlich, die Einzelheiten zur Behandlungsvereinbarung in einem Patientenrechtegesetz festzulegen. Bei der Patientenverfügung hat der Gesetzgeber dies bereits erkannt und sie ausdrücklich im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt. Die hier beschriebene Behandlungsvereinbarung sollte konsequenterweise im Rahmen des Patientenrechtegesetzes ausdrücklich geregelt werden.

4. Aufklärungspflichten (§ 630e BGB)

Die Aufklärungspflichten beziehen sich nach § 630d Absatz 1 Satz 1 ausschließlich auf den Eingriff. Dies ist auch insofern konsequent, als eine Einwilligung nur bei einem Eingriff erforderlich ist. Neu ist die Unterscheidung von allgemeinen Informationspflichten nach § 630c Absatz 2 und Aufklärung als Voraussetzung einer wirksamen Einwilligung.

Es ist zu begrüßen, dass die Aufklärung gemäß § 630e Absatz 2 Nummer 1 durch eine Person durchzuführen ist, die über die zur sachgemäßen Aufklärung notwendigen Fachkenntnisse und Erfahrungen verfügt. Wenn der Gesetzgeber zusätzlich klarstellen will, dass die Aufklärung durch denjenigen Arzt zu erfolgen hat, der den Eingriff vornimmt, ist dies ebenso zu begrüßen. An dieser Stelle wird im Hinblick auf Psychotherapie aber die Ergänzung notwendig, dass die Aufklärung durch den Arzt oder Psychotherapeuten zu erfolgen hat, der den Eingriff vornimmt.

§ 630e Absatz 2 Nr. 1 BGB wird wie folgt ergänzt:

*„... wird der Eingriff durch einen Arzt **oder Psychotherapeuten** vorgenommen, hat die Aufklärung durch diesen zu erfolgen.“*

Auf die Aufklärung kann nach dem Entwurf auch verzichtet werden, soweit erhebliche therapeutische Gründe der Aufklärung des Patienten entgegenstehen. Tatsächlich sind Fälle denkbar, in denen von einer Aufklärung des Patienten abzusehen sein wird, um Schaden von ihm abzuwenden. Anders als bei der insoweit wortgleichen Einschränkung der allgemeinen Informationspflichten nach § 630c wird hier in der Begründung ausdrücklich Bezug auf psychisch kranke Patienten genommen (Seite 31 oben). Es ist unklar, welchen Mehrwert der Bezug auf psychisch kranke Patienten hat und ob dies nicht suggerieren könnte, dass bei psychisch kranken Patienten einfacher von der Aufklärung abgesehen werden kann als bei anderen Patienten. Wir schlagen vor, in der Begründung den Bezug auf psychisch erkrankte Menschen zu streichen:

„Hätte etwa die Aufklärung eines ~~psychisch kranken~~ Patienten eine erhebliche Gefährdung für dessen Person zur Folge, so kann bzw. muss der

Behandelnde aus therapeutischen Gründen ausnahmsweise von der Aufklärung Abstand nehmen“.

Auch bei Patienten mit somatischen Erkrankungen können durch die krankheitsbedingte besondere Belastungssituation erhebliche Gründe gegen eine Aufklärung bestehen, sodass hier keine Unterschiede zwischen psychisch und somatisch erkrankten Patienten zu machen sind.

5. Beweislastregel (§ 630h BGB)

Es ist sehr zu begrüßen, dass die bisherige Rechtsprechung zu Beweiserleichterungen im Gesetz ausdrücklich festgehalten wird. Hier beschränkt sich der Gesetzestext auf Grundsätze, was aber dem generellen Charakter abstrakter Normen geschuldet ist. Die Rechtsprechung wird auch in Zukunft nicht umhin kommen, die Einzelfälle näher zu beleuchten und zu entsprechenden Unterkategorien zu kommen.

III. Änderung des SGB V (Artikel 2)

1. Kostenerstattung bei nicht rechtzeitiger Bearbeitung (Nummer 1 – § 13 Absatz 3a SGB V)

Die BPtK begrüßt, dass den Versicherten ein Anspruch auf Kostenerstattung eingeräumt wird, wenn erforderliche Leistungen nicht innerhalb festgelegter Fristen bearbeitet werden. Dies kann erheblich zur Beschleunigung der Bearbeitung von Anträgen beitragen.

Die Berichtspflicht der Krankenkassen gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Konsequenterweise sollten diese jedoch im Sinne der Transparenz verpflichtet werden, die Daten auch zu veröffentlichen. Die Berichtspflicht sollte sich zudem nicht nur auf Kostenerstattungen nach dem neuen § 13 Absatz 3a SGB V beziehen, sondern Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 3 SGB V mit einbeziehen. Dazu sollte in einem neuen Absatz 3b in § 13 diese Pflicht einheitlich für beide Arten der Kostenerstattung normiert werden und der letzte Satz in § 13 Absatz 3a des Entwurfs gestrichen werden. Der neue Absatz 3b könnte dann lauten:

„Die Krankenkassen berichten dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen die Fristen nach Absatz 3a nicht eingehalten oder Kostenerstattungen nach Absatz 3 oder Absatz 3a vorgenommen wurden. Der Spitzenverband Bund veröffentlicht die Daten nach Satz 1“.

2. Widerrufsrechte und Qualitätsmanagement (Nummern 3, 4, 8 – §§ 73b, 73c, § 140a SGB V)

Die BPtK begrüßt die Einführung von Widerrufsrechten bei einer Entscheidung für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung und der integrierten Versorgung analog der Widerrufsrechte im Verbraucherschutzrecht wie bei Haustürgeschäften und Fernabsatzverträgen.

Es sollten bei diesen Verträgen zudem ein Qualitätsmanagement und die angemessene Veröffentlichung der Ergebnisse zwingend vorgeschrieben werden, um es (potenziellen) Patienten im Rahmen dieser Verträge zu ermöglichen, eine informierte Entscheidung in Bezug auf die Teilnahme zu treffen.

Das Recht auf informierte Entscheidung zwischen unterschiedlichen Behandlungsangeboten hat eine spezielle Relevanz mit Blick auf neue Versorgungsformen. Um sich qualifiziert für ein solches Versorgungsangebot entscheiden zu können, sollten Patienten beurteilen können, inwieweit sich die dort zusammenarbeitenden Leistungserbringer an multiprofessionell abgestimmten und evidenzbasierten Leitlinien orientieren. Bei laufenden Projekten wird es von erheblicher Bedeutung sein, dass sich Patienten darüber informieren können, inwieweit im Versorgungsalltag die Orientierung an Leitlinien gelingt und unter welchen Bedingungen Abweichungen von den Leitlinien notwendig wurden. Um diese Form von Transparenz sicherzustellen, müssten neue Versorgungsformen über Qualitätsmanagementsysteme verfügen. Diese sollten es den Leistungserbringern ermöglichen zu sehen, inwieweit sie ihre vereinbarten Leitlinien umsetzen, vor allem jedoch sollten sie für Versicherte und Patienten aussagekräftige Informationen generieren und diese den Versicherten kontinuierlich zur Verfügung stellen.

Eine besondere Relevanz erlangt dieser Punkt vor dem Hintergrund, dass Managementgesellschaften neuerdings in der Trägerschaft oder in enger Verbindung mit Pharmaunternehmen Vertragspartner neuer Versorgungsformen sind bzw. seit dem AMNOG Pharmaunternehmen direkt Vertragspartner integrierter Versorgungskonzepte werden können. Dies kann aufgrund der Investitionsstärke von Pharmaunternehmen und des Transfers von Management-Know-how Innovationen fördern. Eine informierte Entscheidung der Patienten, ob sie sich in solche Versorgungsmodelle einschreiben, ist jedoch nur möglich, wenn sie nachvollziehen können, ob sich die Versorgungsangebote tatsächlich an evidenzbasierten Leitlinien orientieren oder eher ökonomische Interessen der Vertragspartner handlungsleitend sind bzw. werden.

Zur Versorgung von Patienten mit Schizophrenie hat beispielsweise die AOK Niedersachsen einen Vertrag zur integrierten Versorgung (IV-Vertrag) mit dem Institut

für Innovation und Integration im Gesundheitswesen (I3G GmbH), einer Tochtergesellschaft der Janssen-Cilag GmbH, abgeschlossen. Die Behandlung im IV-Vertrag soll auf der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ und der S1-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen“ basieren. In beiden Leitlinien wird die Bedeutung einer multiprofessionellen Therapie, die aus mehreren Bausteinen besteht, betont. Neben einer medikamentösen Behandlung und Psychoedukation empfiehlt die Leitlinie „Schizophrenie“ Psychotherapie insbesondere in der Vorphase einer schizophrenen Erkrankung (präpsychotische Prodromalphase) und zur Rückfallprophylaxe.

Es wird nur dann für Patienten und andere möglich sein zu beurteilen, inwieweit das Versorgungsangebot leitliniengerecht ist, wenn umfassende Angaben zur Prozess- und Strukturqualität kontinuierlich und patientenorientiert veröffentlicht werden.

Informationen zur Prozess- und Strukturqualität sind im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen auch deshalb von besonderer Bedeutung, da Indikatoren der Ergebnisqualität, die sich auf kurze Zeiträume beziehen, in der Regel weniger aussagekräftig sind.

Dazu sollte im Rahmen eines neuen Änderungsbefehls nach der Nummer 3 Buchstabe c ergänzt werden:

d) Nach Absatz 9 wird folgender neuer Absatz 10 eingefügt:

„In den Verträgen ist ein Qualitätsmanagement und die Veröffentlichung der Ergebnisse zu vereinbaren, die geeignet sind, Patienten ausreichende Informationen zur Prozess- und Strukturqualität zur Verfügung zu stellen, um zu beurteilen, ob sie durch die Teilnahme eine leitliniengerechte Behandlung erhalten“.

In § 73c und § 140a SGB V ist in der Folge ein neuer Absatz anzufügen:

„§ 73b Absatz 10 gilt entsprechend“.

3. Beteiligungsrechte beim Aufstellen des Bedarfsplans (Nummer 5 – § 99 SGB V)

Die BPTK begrüßt ein Stellungnahmerecht der Patientenorganisationen beim Aufstellen des Bedarfsplans. Seit dem 01.01.2012 kann im Bedarfsplan von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) weitgehend abgewichen werden. Daher ist es nur konsequent, all denjenigen ein Stellungnahmerecht einzuräumen, denen ebenfalls auf Bundesebene ein Stellungnahmerecht zukommt. Daher sollte dies nicht nur auf die Patientenorganisationen beschränkt werden. Die BPTK schlägt daher vor, Artikel 2 Nummer 5 des Entwurfs wie folgt zu fassen:

5. In § 99 Absatz 1 Satz 4 werden nach dem Wort „Landesbehörden“ die Wörter *„der Landesärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer und den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen“* eingefügt.

4. Ermöglichung regionaler Abweichungen (neu – § 103 Absatz 1 Satz 1 SGB V)

Die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeführte Möglichkeit, von den Vorgaben des G-BA auf regionaler Ebene abzuweichen, ist derzeit nicht ausreichend gewährleistet. Eine Lücke im Gesetz liegt darin, dass nach dem geltenden Recht zwar in den Bedarfsplänen von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen werden kann, sich die Feststellung der Überversorgung in einem Planungsbereich aber nicht nach dem Bedarfsplan richtet, sondern durch einen Beschluss des Landesausschusses erfolgt. Dieser ist jedoch allein an die Bedarfsplanungs-Richtlinie gebunden und kann seine Entscheidung nicht auf Grundlage des Bedarfsplans treffen. Der Beschluss wird nach § 103 Absatz 1 SGB V getroffen. Dort heißt es:

„(1) Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen fest, ob eine Überversorgung vorliegt. Wenn dies der Fall ist, hat der Landesausschuss nach den Vorschriften der Zulassungsverordnungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses Zulassungsbeschränkungen anzuordnen.“

Der Bedarfsplan spielt bei der Feststellung der Überversorgung keine Rolle. Auch die Definition des Bedarfsplans in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) spricht gegen eine Bindungswirkung für nachfolgende Entscheidungen:

Der Bedarfsplan ist in § 12 Ärzte-ZV näher geregelt. Er wird damit (ausschließlich) *„zum Zwecke einer auch mittel- und langfristig wirksamen Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und als Grundlage für Sicherstellungsmaßnahmen umfassende und vergleichbare Übersichten über den Stand der vertragsärztlichen Versorgung und die absehbare Entwicklung des Bedarfs“* (§ 12 Absatz 1 Ärzte-ZV) aufgestellt. Nach § 12 Absatz 2 Ärzte-ZV hat er *„Feststellungen zu enthalten insbesondere über*

- *die ärztliche Versorgung auch unter Berücksichtigung der Arztgruppen,*
- *Einrichtungen der Krankenhausversorgung sowie der sonstigen medizinischen Versorgung, soweit sie Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und erbringen können,*
- *Bevölkerungsdichte und -struktur,*
- *Umfang und Art der Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen, ihre Deckung sowie ihre räumliche Zuordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung,*
- *für die vertragsärztliche Versorgung bedeutsame Verkehrsverbindungen.“*

Danach ist der Bedarfsplan eher eine Beschreibung der Versorgungslage als eine Norm oder ein Verwaltungsakt, nach dem sich Beschlüsse zur Feststellung der Überversorgung richten könnten. Ausdrücklich knüpft somit keine Vorschrift die Beschlüsse der Landesausschüsse zur Feststellung der Überversorgung an die Vorgaben des Bedarfsplans. Daher gibt es die Rechtsauffassung, dass beispielsweise eine Überversorgung auch dann festgestellt werden müsste, wenn sie zwar nach den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorliegen würde, aber nicht nach den Feststellungen im Bedarfsplan. Dem kann lediglich entgegengehalten werden, dass sich aus der Gesetzesbegründung etwas anders ergeben soll und der Wortlaut von § 103 Absatz 1 keine Aussage darüber trifft, wonach sich die Feststellung der Überversorgung zu richten hat.

Aus Sicht der BPTK sollte im Gesetzeswortlaut ausdrücklich eine Verknüpfung geschaffen werden, um erst gar keine Diskussion über die Bindung an den Bedarfsplan aufkommen zu lassen. Dazu könnte in § 103 Absatz 1 Satz 1 genau dies durch eine Einfügung erreicht werden. § 103 Absatz 1 Satz 1 würde dann lauten:

*„Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen nach Maßgaben **der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Bedarfsplans** fest, ob eine Überversorgung vorliegt.“*

5. Beschwerdemanagement und Fehlermeldesysteme (Nummern 6, 7 – §§ 135a, 137 SGB V)

Die BPTK begrüßt die verpflichtende Einführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements und die Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, zukünftig insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement und Fehlermeldesysteme festzulegen.

6. Beteiligung im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a (Nummer 9 – § 140f SGB V)

Die Beteiligung von Patientenvertretern im gemeinsamen Landesgremium ist zu begrüßen, allerdings sollte auch auf die Expertise der Heilberufskammern nicht verzichtet werden. Daher sollten anstelle der Verortung der Beteiligungsrechte in § 140f, wie es Artikel 2 Nummer 9a des Entwurfs vorsieht, die Beteiligungsrechte umfassender geregelt werden. Dazu sollte die Liste der Beteiligten des gemeinsamen Landesgremiums erweitert werden und dazu in Artikel 2 nach Nummer 4 als neue Nummer 5 folgende Änderung aufgenommen werden:

In § 90a Absatz 1 werden nach dem Wort „Landeskrankenhausgesellschaft“ ein Komma und die Wörter „der Landesärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer sowie der auf Landesebene für die Wahrung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen“ eingefügt.

Das Beteiligungsrecht bei der Befristung von Zulassungen sollte unmittelbar in der Zulassungsverordnung festgelegt werden. Dazu sollte § 19 Absatz 4 Ärzte-ZV um einen Satz 2 ergänzt werden:

„Vor einer Entscheidung über die Befristung ist der Landesärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer und den auf Landesebene für die Wahrung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben“.

7. Informationen über Patientenrechte durch den Patientenbeauftragten

Bereits heute gehört es zu den Aufgaben des Patientenbeauftragten, darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patientinnen und Patienten umfassend berücksichtigt werden. Darunter dürfte auch das „zur Verfügung halten“ der Informationen gehören, die notwendig sind, um diesen Zweck zu erfüllen. Die ausdrückliche Aufnahme dieser Aufgabe in den Gesetzestext ist dann sinnvoll, wenn daraus auch eine bessere Personal- und Sachausstattung nach § 140h Absatz 1 SGB V resultiert. Ansonsten dürfte ihr keine Bedeutung zukommen.

IV. Rechte privatversicherter Patienten

Das Bundesministerium der Justiz hat am 31.01.2012 einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften veröffentlicht, mit dem die Rechte Privatversicherter gegenüber ihren Versicherungen gestärkt werden sollen. Insofern könnte dieses Gesetzgebungsverfahren geeigneter sein, zwei wichtige Anliegen zur Stärkung der Rechte privatversicherter Patienten aufzugreifen. Aufgrund des engen Sachzusammenhangs mit dem Patientenrechtegesetz wird dies bereits hier kurz dargestellt.

1. Mindeststandards für den Versicherungsschutz

Private Krankenversicherungen sollten verpflichtet werden, bei ihrem Angebot Mindeststandards einzuhalten, die eine leitliniengerechte Versorgung von Privatversicherten ermöglichen. Zwar kann im Rahmen der Privatautonomie hingenommen werden, dass Privatversicherte ein Versicherungsangebot wählen, das ihnen keinen optimalen Versicherungsschutz bietet. Allerdings gibt es immer noch Versicherungsbedingungen, die bestimmte Leistungen generell ausschließen, obwohl eine Behandlung bestimmter Erkrankungen dann nicht mehr evidenzbasiert erfolgen kann. So ist Psychotherapie bei psychischen Erkrankungen unter Evidenzgesichtspunkten allein oder zusammen mit Pharmakotherapie das Mittel der Wahl. Eine Behandlung nach den Regeln der Kunst kann bei der Mehrzahl der psychischen Erkrankungen nicht mehr erfolgen, wenn sie grundsätzlich ohne Psychotherapie erfolgt. Ein Versicherungsvertrag, der die Leistungen von Psychotherapeuten gänzlich ausschließt, führt letztlich zu einem Ausschluss der Behandlung psychisch kranker Menschen. Allen Privatversicherten – auch solchen, die nicht im Basistarif versichert sind – muss ein ethisch vertretbarer Mindestversicherungsschutz zukommen. Daher sollte ein Mindestversicherungsschutz gesetzlich vorgeschrieben werden.

2. Mindeststandards für den Datenschutz

Anträge auf Psychotherapie sollten in einem als vertraulich gekennzeichneten und verschlossenen Umschlag an den Gutachter weitergeleitet werden, um eine Einsichtnahme von Sachbearbeitern auszuschließen. Dies sollte gesetzlich für Privatversicherungen vorgeschrieben werden, soweit sie sich eines Gutachterverfahrens

bedienen. Für das Gutachterverfahren im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe gibt es entsprechende Vorschriften. Im Bereich der privaten Krankenversicherung ist der Gesundheitsdatenschutz nach Erfahrungen der BPK leider nicht immer ausreichend gewährleistet. In den Anträgen an den Gutachter werden intimste Details der Patienten offengelegt, um zu beurteilen, ob eine Psychotherapie durchgeführt werden soll. Es handelt sich dabei um Gesundheitsdaten, die des höchsten Schutzniveaus bedürfen. Dieses einzuhalten, sollten auch private Krankenversicherungen ausdrücklich verpflichtet werden.