

## **Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten**

**Gesetzentwurf – Bundesdrucksache 17/10488**

## **Individuelle Gesundheitsleistung eindämmen**

**Antrag Fraktion der SPD – Bundesdrucksache 17/9061**

## **Mehr Rechte von Patientinnen und Patienten**

**Antrag Fraktion DIE LINKE – Bundesdrucksache 17/6489**

## **Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen**

**Antrag Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN – Bundesdrucksache 17/6348**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
17.10.2012**

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>II. Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (zu Artikel 1 Nummer 4)</b> .....	<b>3</b>
1. Definition Behandlungsvertrag (§ 630a Absatz 1 BGB).....	3
2. Beweisverwertungsverbot (§ 630c Absatz 2 Satz 3 BGB).....	4
3. Behandlungsvereinbarung (§ 630c Absatz 2a – neu – und § 630d Absatz 1 Satz 2 BGB) .....	4
4. Einwilligungsfähigkeit (§ 630d BGB) .....	7
5. Zur Aufklärung Befugte (§ 630e Absatz Satz 1 Nummer 1 BGB).....	8
6. Einsichtnahme in die Patientenakte (§ 630g BGB) .....	9
<b>III. Änderung des SGB V (Artikel 2) .....</b>	<b>12</b>
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) .....	13
3. Beteiligungsrechte beim Aufstellen des Bedarfsplans (Nummer 5 – § 99 SGB V) .....	15
4. Versorgungsbedarf an muttersprachlicher Psychotherapie berücksichtigen (Nummer 5a neu – § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 neu).....	15
5. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für Jobsharing und Anstellung (Nummer 5b § 101 Absatz 1 Satz 2 neu) .....	16
6. Gesperrte Sitze in Ostdeutschland freigeben und Mindestquote für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen entfristen (Nummer 5c neu – § 101 Absatz 4 Satz 5) .....	17
7. Beschwerdemanagement und Fehlermeldesysteme (Nummern 6, 7 – §§ 135a, 137 SGB V) .....	19
8. Beteiligung im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a (Nummer 9 – § 140f SGB V) .....	19
9. Informationen über Patientenrechte durch den Patientenbeauftragten .....	20
<b>IV. Rechte privatversicherter Patienten .....</b>	<b>21</b>
1. Mindeststandards für den Versicherungsschutz.....	21
2. Mindeststandards für den Datenschutz .....	21

## **I. Einleitung**

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

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 BPTK ebenfalls als positiv ein. Aus Sicht der BPTK bedarf es noch gesetzlicher Regelungen zur sogenannten Behandlungsvereinbarung und zur Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger.

Die BPTK begrüßt es ausdrücklich, dass missverständliche Passagen zur Einschränkung von Patientenrechte in der Gesetzesbegründung gegenüber dem Referententwurf fallengelassen wurden. So wurden nun mehr Formulierungen gewählt, die Missverständnisse weitestgehend ausschließen. Die ursprüngliche Formulierung hätte so verstanden werden können, dass die Rechte psychisch erkrankter Menschen einfacher eingeschränkt werden können als die von somatisch Erkrankten.

## **II. Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (zu Artikel 1 Nummer 4)**

### **1. Definition Behandlungsvertrag (§ 630a Absatz 1 BGB)**

Die Definition des Behandlungsvertrages sollte, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, beibehalten werden. Eine Formulierung, wonach Gegenstand des Behandlungsvertrages eine „ärztliche Behandlung“ sein soll, die dann für alle anderen Berufe entsprechend anwendbar erklärt wird, überzeugt nicht. Diese vom Bundesrat angeregte Formulierung beseitigt zum einen keine sprachlichen Probleme und zum anderen ist sie für den Rechtsanwender nicht leichter verständlich. Den Ausführungen der Bun-

desregierung in ihrer Gegenäußerung ist zuzustimmen, wonach eine Umformulierung gerade nicht zur Rechtsklarheit beiträgt, sondern vielmehr Rechtsunsicherheit schafft. Es sollen nämlich nicht nur ärztliche Behandlungen, sondern alle Heilbehandlungen erfasst werden. Die in der Stellungnahme des Bundesrates angeregte Lösung, eine entsprechende Anwendbarkeit für „Gesundheitsfachberufe“ vorzusehen, würde nicht alle vom Entwurf vorgesehenen Berufsgruppen erfassen. So würden gerade Psychotherapeuten nicht darunter fallen, da sie eigenständig Heilkunde ausüben. Somit sollte an dieser Stelle die Formulierung des Gesetzentwurfs unbedingt beibehalten werden.

## **2. Beweisverwertungsverbot (§ 630c Absatz 2 Satz 3 BGB)**

Bundesrat und Bundesregierung ist darin zuzustimmen, dass das Beweisverwertungsverbot auch auf Angehörige des Informationspflichtigen ausgeweitet werden sollte. In § 630c Absatz 2 Satz 3 sollte daher nach den Worten „gegen ihn“ die Worte „oder einen seiner Angehörigen“ eingefügt werden.

## **3. Behandlungsvereinbarung (§ 630c Absatz 2a – neu – und § 630d Absatz 1 Satz 2 BGB)**

Im Gesetz sollte die Verpflichtung aufgenommen werden, Patienten eine Behandlungsvereinbarung anzubieten. Die Verpflichtung sollte anders als in der Stellungnahme des Bundesrates jedoch auf Patienten beschränkt werden, bei denen Anhaltspunkte vorhanden sind, dass die wiederkehrenden Krankheitsepisoden mit Zeiten der Einwilligungsunfähigkeit einhergehen. Die Formulierung des Bundesrates legt nämlich nahe, dass psychisch kranke Patienten mit wiederkehrenden Krankheitsepisoden generell (zumindest zeitweise) einwilligungsunfähig sind. Das ist jedoch nicht der Fall. Die allermeisten psychisch kranken Patienten, auch solche mit wiederkehrenden Krankheitsepisoden, sind für die gesamte Dauer ihres Lebens einwilligungsfähig. Eine Ausweitung der Verpflichtung auf alle psychisch kranken Patienten mit wiederkehrenden Krankheitsepisoden ist daher zum einen nicht notwendig. Zum anderen birgt sie die Gefahr, alle psychisch kranken Patienten zu stigmatisieren. Daher sollte ein neuer Absatz 2a wie folgt formuliert werden:

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

Die Folgeänderung ist wie vom Bundesrat vorgesehen sinnvoll.

Die Einwände in der Gegenäußerung der Bundesregierung gegen eine solche Ergänzung sind nicht überzeugend. Freiwillig angebotene Behandlungsvereinbarungen erreichen nämlich nur einen Bruchteil der Patienten. Da sie in den häufigsten Fällen gar nicht erst angeboten werden, sind sie auch nicht geeignet, das Recht auf Selbstbestimmung und partizipative Entscheidungsfindung auf freiwilliger Basis zu stärken. Es bedarf hier vielmehr einer rechtlichen Verpflichtung, eine solche Vereinbarung anzubieten. Dies sollte gerade nicht in den jeweiligen landesrechtlichen Landeskrankenhaus- oder Psychiatriegesetzen ermöglicht werden, da das Ziel eine allgemeine zivilrechtliche Regelung ist. Die sogenannten Psychisch-Kranken-Gesetze würden wiederum nur die Personen erfassen, die zwangsweise eingewiesen wurden. Hier geht es aber um einen zivilrechtlichen Kontrahierungszwang, der auch im Zivilrecht richtig aufgehoben ist. Der Einwand, man könne bereits mit der Patientenverfügung Festlegungen von bestimmten Behandlungen ausreichend sicherstellen, greift nicht. Denn die Patientenverfügung ist eine einseitige Erklärung. Mit ihrer Hilfe kann kein Behandlungsanspruch gesichert, sondern allenfalls bestimmte Behandlungen ausgeschlossen werden.

Vor dem Hintergrund der Urteile des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung, gewinnt eine solche Behandlungsvereinbarung erheblich an Bedeutung. Mit ihrer Hilfe kann präventiv das Recht auf Selbstbestimmung und auf die Durchführung der gewünschten Behandlung gesichert werden, sodass es keiner Fremdbestimmung über eine (Zwangs-)behandlung mehr bedarf. Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention hat sich die Bundesrepublik Deutschland völkerrechtlich verpflichtet, geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie

bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen“ (Artikel 12 Absatz 3 in der Fassung des Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 21. Dezember 2008, UN-Behindertenrechtskonvention).

Dieser völkerrechtlichen Bestimmung kann durch eine Verpflichtung zum Angebot einer Behandlungsvereinbarung nachgekommen werden. Denn hierdurch werden Patienten bei der Ausübung ihrer Handlungsfähigkeit für den Fall der vorübergehenden Einwilligungsunfähigkeit unterstützt. Die hierfür zu treffenden Sicherungsmaßnahmen müssen dabei „gewährleisten, dass bei den Maßnahmen betreffend die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit die Rechte, der Wille und die Präferenzen der betreffenden Person geachtet werden“ (Artikel 12 Absatz 4 Satz 2 UN-Behindertenrechtskonvention).

Den Präferenzen bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit von Personen, bei denen mit dem vorübergehenden Verlust der Einwilligungsfähigkeit zu rechnen ist, kann am besten durch den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung im Vorfeld Rechnung getragen werden. Dazu muss ihnen aber verbindlich der Abschluss einer solchen Vereinbarung angeboten werden. Sie selbst können dann über den Abschluss entscheiden. Die Möglichkeit, die eine Patientenverfügung hierzu bietet, ist bei Weitem geringer. Denn sie kann den gewünschten Behandlungsanspruch nicht sichern.

Und schließlich sichert die Behandlungsvereinbarung bestmöglich die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, mit der Folge, dass diese dann auch umgesetzt werden. Die Freiheit eigene Entscheidungen zu treffen, ist einer der zentralen Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention. Der erste Grundsatz der Konvention lautet: „... die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der **Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen**, sowie seiner Unabhängigkeit ...“ (Artikel 3 Buchstabe a UN-Behindertenrechtskonvention).

#### 4. Einwilligungsfähigkeit (§ 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 § 630d Absatz 1 BGB klar, dass es nicht allein 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 in 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 vertragsrechtlich relevanter 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 BGB ausdrücklich im Gesetzestext geregelt werden. Dazu kann auf die Formulierung der Musterberufsordnung (MBO) 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 BGB folgender neue Satz eingefügt werden:

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

Damit würde die anhand des Deliktsrechts entwickelte Rechtsprechung transparent in das Vertragsrecht übernommen. Auch bei einem vom gesetzlichen Vertreter für den minderjährigen Patienten geschlossenen wirksamen Behandlungsvertrag käme es damit auf die Einwilligung des minderjährigen Patienten an, soweit dieser über die natürliche Einsichtsfähigkeit verfügt.

## **5. Zur Aufklärung Befugte (§ 630e Absatz Satz 1 Nummer 1 BGB)**

Hier sollte die Formulierung des Gesetzentwurfs beibehalten werden. Das Tatbestandsmerkmal der „notwendigen Befähigungen“ für den entsprechenden Eingriff erfasst richtigerweise auch die Fälle einer ausreichenden Qualifikation. Somit ist sichergestellt – was das eigentliche Begehren in der Stellungnahme des Bundesrats ist –, dass beim Aufklärenden die notwendige Qualifikation vorliegen muss. Ein Abstellen auf eine „gleiche fachliche Befähigung und Qualifikation“ schränkt die Möglichkeiten hier ohne Grund ein. Es kommt nicht darauf an, dass die fachliche Befähigung „gleich“ ist, sondern darauf, dass der Aufklärende den Eingriff vollständig beurteilen kann. Soweit eine psychotherapeutische Behandlung einen Eingriff darstellt, steht außer Frage, dass ein entsprechend qualifizierter Arzt oder Psychotherapeut aufklären kann. Würde hier auf eine „gleiche fachliche Befähigung“ abgestellt, so



würde sich schon die Frage stellen, ob beispielsweise ein Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie über die Psychotherapie durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und ob ein Psychotherapeut über Eingriffe der genannten Facharztgruppen oder umgekehrt aufklären kann. Inhaltlich steht dies außer Frage. Es sind nämlich alle zu dem entsprechenden Eingriff befähigt. Daher ist die Formulierung im Gesetzentwurf gegenüber der vorgeschlagenen Änderung des Bundesrates vorzugswürdig und schafft Klarheit.

## **6. Einsichtnahme in die Patientenakte (§ 630g BGB)**

Die BPTK begrüßt die gegenüber dem Referentenentwurf erfolgte Klarstellung der Gesetzesbegründung zum Einsichtnahmerecht ausdrücklich. Sie empfiehlt jedoch eine Regelung zur Einsichtnahme durch einwilligungsfähige minderjährige Patienten. Hier stellt sich das Problem der Einsichtnahme der Dokumentation einer (laufenden) Behandlung durch die Sorgeberechtigten (in der Regel die Eltern). Soweit im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung – was sehr häufig vorkommt – Gegenstand der Behandlung auch Konflikte mit den Eltern sind, ist eine Einsichtnahme durch die Eltern häufig schädlich und vor allem nicht im Interesse des Minderjährigen. Das Einsichtnahmerecht durch die Eltern kann dann möglicherweise unter den Aspekten der „erheblichen entgegenstehenden therapeutischen Gründe“ oder dem entgegenstehenden „Recht Dritter“ abgelehnt werden. Allerdings ist insbesondere bei letzterem die Frage, ob der Minderjährige, dessen Einsichtnahmerecht die Eltern wahrnehmen, „Dritter“ im Sinne der Vorschrift sein kann. Daher sollte in § 630g Absatz 1 nach Satz 1 BGB folgender Satz aufgenommen werden:

*„Soweit ein Minderjähriger einwilligungsfähig ist, erfordert eine Einsichtnahme durch Sorgeberechtigte seine Einwilligung“.*

Dies kann jedoch den Minderjährigen erheblich unter Druck setzen, wenn beispielsweise die Sorgeberechtigten ihn bitten, einer Einsichtnahme durch sie zuzustimmen. Vor allem aber löst diese Einschränkung nicht die Probleme, die sich stellen, wenn die Konflikte zwischen Eltern und nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen zentraler Bestandteil der Behandlung sind und die Wahrnehmung des Einsichtnahmerechts durch die Eltern diese Konflikte verschärfen und damit dem Kind als Patienten schaden würden. Hinzu kommt ein weiteres Problem, das leider relativ häufig auftritt. Es

gibt Fälle, in denen die Einsichtnahme zu dem Zweck genutzt wird, bei streitigen Auseinandersetzungen unter den Sorgeberechtigten, die in einem Rechtsstreit um das Sorgerecht gipfeln können, die eigene Position zu stärken, was dem Kind in der Regel keinen Nutzen bringt, sondern ihm letztlich nur schadet. Eine solche Einsichtnahme läuft dann dem Wohl des Patienten, in diesem Fall des Kindes, diametral entgegen, obwohl das Einsichtnahmerecht eigentlich die Position des Patienten stärken soll. Hier bietet sich als Lösung an, die Wahrnehmung des Einsichtnahmerechts des Kindes nicht den Sorgeberechtigten zu überlassen, sondern einem Ergänzungspfleger, der dann auch entscheiden kann, die Sorgeberechtigten entsprechend zu informieren.

Schon heute wird das Institut des Ergänzungspflegers (§ 1909 ff. BGB) herangezogen, wenn es Interessenskonflikte zwischen Sorgeberechtigten und Minderjährigen gibt oder die Maßnahme, die entschieden werden soll, tief in die Rechtsposition des Minderjährigen eingreift. Die Bestellung eines Ergänzungspflegers ist beispielsweise dann notwendig, wenn ein Sorgeberechtigter – gegen den wegen einer Straftat gegen sein Kind ermittelt wird – über die Wahrnehmung des Zeugnisverweigerungsrechts des Kindes entscheiden müsste. Dann kann er nicht im Namen des Kindes darüber entscheiden, ob das Kind sein Zeugnisverweigerungsrecht ihm gegenüber wahrnimmt. Vielmehr beantragt in diesem Fall die Staatsanwaltschaft bei Gericht die Bestellung eines Ergänzungspflegers, der darüber entscheidet. Dies gilt, sofern das Kind nicht in der Lage ist, die Reichweite des Zeugnisverweigerungsrechts zu verstehen (grundlegend dazu Bayrisches Oberstes Landesgericht, Beschluss vom 7. August 1997, 1Z BR 146/97). Auch können Sorgeberechtigte nicht darüber entscheiden, ob ein Minderjähriger einen Unterhaltsanspruch gegen sie geltend macht.

Die Wahrnehmung des Einsichtnahmerechts durch einen Ergänzungspfleger stellt damit eine Lösung für die aufgezeigte Problematik dar. Zwar könnten einer Einsichtnahme in die Patientenakte, in der Konflikte mit den Eltern geschildert werden, erhebliche therapeutische Gründe im Sinne von § 630g Absatz 1 Satz 1 BGB des Gesetzentwurfs entgegenstehen. Das Problem dieser Auslegung besteht jedoch darin, dass nicht der Einsichtnahme per se Gründe entgegenstehen, sondern nur der Einsichtnahme durch die Eltern als Sorgeberechtigte. In Fällen der Missbrauchsgefahr des Einsichtnahmerechts zur Stärkung der eigenen Position und entgegen dem Kin-

deswohl kann dies bei weiter Auslegung unter „entgegenstehende erhebliche therapeutische Gründe“ subsumiert werden. Ob sich eine solche Auslegung durchsetzen würde, ist jedoch ungewiss, sodass diese zwei relevanten Fallgruppen ausdrücklich geregelt werden sollten.

Die geschilderte Problematik besteht nur bei einer sehr geringen Anzahl der Behandlungen. Allerdings hat bei diesen die uneingeschränkte Wahrnehmung des Einsichtnahmerechts durch die Sorgeberechtigten umso größere Auswirkungen und läuft dem Zweck des Gesetzes – der Stärkung von Patientenrechten – zuwider.

Aufgrund des ausschließlichen Bezugs auf das im Besonderen Teil des Schuldrechts des BGB geregelten Einsichtnahmerechts sollte die Regelung in den Vorschriften zum Behandlungsvertrag erfolgen, obwohl auch eine Verortung bei den Vorschriften zur elterlichen Sorge (§ 1626 ff. BGB) denkbar ist. Nach § 630g Absatz 1 Satz 2 neu (s. o.) sollte folgender Satz eingefügt werden:

*„Der Behandelnde kann eine Einsichtnahme durch Sorgeberechtigte verweigern, wenn Konflikte zwischen Patient und seinen Sorgeberechtigten zentraler Gegenstand der Behandlung und der Dokumentation ist oder Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Einsichtnahme zum Zweck der Verwendung der Dokumentation oder daraus gewonnener Informationen in einer streitigen Auseinandersetzung zwischen den Sorgeberechtigten dienen soll; mit der Verweigerung können diese insoweit den minderjährigen Patienten nicht vertreten und die Wahrnehmung des Einsichtnahmerechts obliegt einem Ergänzungspfleger.“*

Mit der Verweigerung der Einsichtnahme durch den Behandelnden können die Sorgeberechtigten ihr Sorgerecht aus rechtlichen Gründen in Bezug auf das Einsichtnahmerecht nicht mehr ausüben, sodass die Voraussetzungen für eine Ergänzungspflegschaft nach § 1909 BGB vorliegen. Der zweite Halbsatz stellt klar, dass damit das Einsichtnahmerecht des Patienten nicht untergeht, sondern von einem Ergänzungspfleger wahrgenommen wird. Dessen Bestellung erfolgt wie sonst auch nach den Vorschriften des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit. Durch die Formulierung „zentral“

soll zum Ausdruck gebracht werden, dass unerhebliche Konflikte nicht zur Verweigerung der Einsicht berechtigen. Die Beurteilung, ob eine Einsicht erfolgen soll, liegt – wie auch in den übrigen Fällen – zunächst beim Behandelnden. Erfolgt die Einsichtnahme durch den Ergänzungspfleger, obliegt es diesem im Sinne des Kindeswohls zu handeln. Dadurch werden die Rechte des Patienten – des Kindes – gestärkt.

### **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 GKV-Spitzenverband 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 auch Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 3 SGB V miteinbeziehen. Dazu sollte in einem neuen Absatz 3b in § 13 SGB V diese Pflicht einheitlich für beide Arten der Kostenerstattung normiert werden und der letzte Satz in § 13 Absatz 3a SGB V 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. Eine informierte Entscheidung der Patienten, ob sie sich in solche Versorgungsmodelle einschreiben, ist jedoch nur möglich, wenn sie nachvoll-

ziehen 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 1. Januar 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. Versorgungsbedarf an muttersprachlicher Psychotherapie berücksichtigen (Nummer 5a neu – § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 neu)**

Es sollte eine Regelung ergänzt werden, wonach ein Sonderbedarf auch aufgrund des Bedarfs **an muttersprachlicher Psychotherapie** vorliegen kann. Dazu sollte eine neue Nummer 5b ergänzt werden:

5a) In Nummer 3 werden nach dem Wort *„Versorgungsbedarf“* die Wörter *„einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf einschließlich des erforderlichen Angebots an muttersprachlicher Psychotherapie für Menschen mit Migrationshintergrund“* eingefügt.

Trotz erhöhter Prävalenz psychischer Erkrankungen nehmen Migranten unterdurchschnittlich psychotherapeutische Versorgungsleistungen in Anspruch. Dies liegt auch an fehlenden spezialisierten Angeboten – insbesondere für Migranten, die der deut-

schen Sprache nicht hinreichend mächtig sind. Psychotherapie ist in besonderem Maße sprach- und kulturgebunden. Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit entsprechenden Sprachkenntnissen sind in zu geringer Zahl zugelassen. Eine Möglichkeit, diesem Versorgungsbedarf über Sonderbedarfszulassungen Rechnung zu tragen, gibt es bisher nicht – auch in Stadtvierteln mit einem hohen Anteil von Migranten, die nicht ausreichend deutsch sprechen. Dies hat zur Folge, dass für einen großen Teil der Menschen mit Migrationshintergrund im Falle einer psychischen Erkrankung kein ausreichendes Versorgungsangebot vorhanden ist.

Der G-BA wird gesetzlich verpflichtet, eine Regelung zur Deckung dieses Versorgungsbedarfs zu schaffen. Er kann auf dieser Grundlage Regelungen erlassen, wonach zusätzliche Zulassungen auszusprechen sind, wenn ein signifikanter Bedarf besteht.

## **5. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für Jobsharing und Anstellung (Nummer 5b § 101 Absatz 1 Satz 2 neu)**

Bei Jobsharing und der Anstellung von Psychotherapeuten sollte bei zeitbezogenen Leistungen für die Leistungsbegrenzung nicht der bisherige Praxisumfang maßgeblich sein, sondern die allgemein geltenden zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen. Dazu sollte eine neue Nummer 5b in Artikel 2 ergänzt werden:

5b) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

*„Bei zeitbezogenen Leistungen bezieht sich die Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung abweichend von Satz 1 Nummern 4 und 5 auf die Einhaltung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen gemäß Teil F Ziffer 4.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V vom 26. März 2010.“*

Die Verpflichtung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummern 4 und 5, den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich zu überschreiten, soll verhindern, dass es durch Jobsharing oder Anstellung zu einer übermäßigen Ausweitung des Leistungsvolumens kommt. Bei Leistungen, die nicht von vornherein zeitgebunden sind, ist eine Orientierung am bisherigen Praxisumfang zum Zweck der Leistungsbegrenzung nachvollziehbar. Bei zeitbezogenen Leistungen ist es hingegen sinnvoll, auf die allgemeine



zeitbezogene Höchstzahl von Leistungen einer Praxis abzustellen, die von vornherein feststeht.

Die bisherige Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung auf der Grundlage der Abrechnungsvolumina der entsprechenden Vorjahresquartale führt in psychotherapeutischen Praxen zu einer zur Erreichung des Zwecks nicht notwendigen Einschränkung der Leistungen und damit zu einer nicht gewollten Beeinträchtigung der Versorgung. Darüber hinaus benachteiligt die Regelung Psychotherapeuten und ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte gegenüber anderen Arztgruppen: Zum einen bestimmt § 20 Absatz 4 BMV-Ä und § 20 Absatz 4 BMV-Ä/EKV, dass Vertretungen im Rahmen von genehmigungspflichtigen Leistungen und probatorischen Sitzungen grundsätzlich unzulässig sind. Das hat zur Folge, dass die Leistungsmengen im Falle von Urlaub, Erkrankung oder Fortbildung geringer ausfallen, weil eine Vertretung gemäß § 32 Absatz 1 Ärzte-ZV anders als bei anderen Vertragsarztgruppen nicht möglich ist. Zweitens besteht in der Psychotherapie in besonderer Weise die Problematik von Ausfallzeiten, wenn Therapiesitzungen kurzfristig abgesagt werden und somit dem Zeitaufwand keine abrechnungsfähigen Leistungen gegenüberstehen. Die Verpflichtung, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen einzuhalten, erfüllt hingegen den Zweck der Leistungsbegrenzung und vermeidet zugleich die Nachteile einer Begrenzung auf den bisherigen Praxisumfang.

## **6. Gesperrte Sitze in Ostdeutschland freigeben und Mindestquote für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen entfristen (Nummer 5c neu – § 101 Absatz 4 Satz 5)**

Der Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte sollte aufgehoben werden, da durch ihn dringend benötigte Sitze für die Niederlassung vor allem in Ostdeutschland gesperrt werden. Zugleich sollte der Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, unbefristet weitergelten. Dazu sollte eine neue Nummer 5c eingefügt werden:

- 5c) In Absatz 4 Satz 5 werden die Wörter „für die Zeit bis zum 31. Dezember 2013“ und die Wörter „mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe

*von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und“ gestrichen.*

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Patientinnen und Patienten warten oft monatelang auf ein erstes Gespräch bei einem ambulanten Psychotherapeuten, mit der Folge, dass sich ihre psychischen Erkrankungen verschlimmern, erneut auftreten oder chronifizieren können. Insbesondere in Ostdeutschland wird die Versorgungssituation zusätzlich dadurch verschlechtert, dass freie Praxissitze, die über die Bedarfsplanung für psychotherapeutisch tätige Ärzte reserviert sind, durch Psychologische Psychotherapeuten nicht besetzt werden können. Davon sind derzeit mindestens 150 Niederlassungsmöglichkeiten betroffen. Das GKV-OrgWG hat zum 1. Januar 2009 die Quote für die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten auf 25 Prozent der Allgemeinen Verhältniszahl (AVZ) abgesenkt und diese bis zum 31. Dezember 2013 befristet. Ein vorzeitiger Wegfall dieser Quote hilft, die psychotherapeutische Versorgungssituation zu verbessern. Auf aktuell nicht von psychotherapeutisch tätigen Ärzten besetzte Sitze könnten sich schon im Jahr 2013 Psychologische Psychotherapeuten niederlassen.

Die Festschreibung eines Mindestversorgungsanteils ist dann als sinnvoll zu erachten, wenn dadurch die Versorgung einer bestimmten Patientengruppe gewährleistet wird, bzw. wenn von den „quotierten“ Leistungserbringern besondere, für die Versorgung besonders relevante Leistungen erbracht werden.

Analysen mit KBV-Daten zeigen, dass es zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzten keine nennenswerten Unterschiede im Leistungsspektrum gibt. Die Besetzung von Niederlassungsmöglichkeiten in ländlichen Regionen, speziell in Ostdeutschland ist mit Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfahrungsgemäß zeitnah möglich.

Im Gegensatz zum Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte dient der Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder

und Jugendliche behandeln, der Versorgung einer Patientengruppe, deren adäquate Versorgung ohne den Mindestversorgungsanteil gefährdet wäre.

Die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen besteht auch nach dem 31. Dezember 2013 fort. Zum Schutz der ausreichenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist es deshalb erforderlich, dieser Mindestquote eine unbefristete Gültigkeit zu verschaffen.

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

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

### **8. 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 SGB V, 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 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“.*

## **9. 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**

Die Bundesregierung hat einen Gesetzentwurf 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 Privatversicherter 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 Privatversicherter – 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 Krankenversi-

cherung und der Beihilfe gibt es entsprechende Vorschriften. Im Bereich der privaten Krankenversicherung ist der Gesundheitsdatenschutz nach Erkenntnissen der BPTK 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.