

Vorlage – zur Beschlussfassung –

**Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung
(Patientenmobilitätsrichtlinienumsetzungsgesetz – PatMobRLUG)**

Der Senat von Berlin
GesSoz - I C 2
Telefon: 9(0)28 2627

An das
Abgeordnetenhaus von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

Vorblatt

Vorlage - zur Beschlussfassung -

über

Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Patientenmobilitätsrichtlinienumsetzungsgesetz - PatMobR-LUG)

A. Problem

Das Europäische Parlament und der Rat haben mit der Richtlinie 2011/24/EU vom 9. März 2011 beschlossen, dass die Bürgerinnen und Bürger der Europäischen Union weitgehend selbst bestimmen können sollen, in welchem Land der Europäischen Union sie sich ambulant oder stationär behandeln lassen. Die Richtlinie bildet einen Rahmen für die Rechte, die Patientinnen und Patienten in Europa bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung haben sollen, wenn sie sich selbst und eigenverantwortlich zu einer Behandlung in einen anderen europäischen Mitgliedstaat begeben und sich anschließend die Kosten dieser Behandlung in ihrem Heimatland erstatten lassen wollen. Die Rechte aus der Richtlinie treten neben die Möglichkeiten, die den Bürgerinnen und Bürgern, die im Ausland arbeiten oder krank geworden sind, bereits durch andere europäische Richtlinien gewährt werden.

Die Richtlinie 2011/24/EU ist sehr umfangreich. Mit Regelungen zur Kostenerstattung von EU-Auslandsbehandlungen wird im Wesentlichen die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs seit Ende der 1990er Jahre kodifiziert. Es werden aber auch Anforderungen an die Information von Patientinnen und Patienten durch Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister, an die Verwaltungszusammenarbeit und an den Informationsaustausch zwischen den Behörden der Mitgliedstaaten sowie der einzurichtenden nationalen Kontaktstellen normiert. Diese Regelungen zum Berufsrecht der Angehörigen der Gesundheitsberufe und die Verpflichtung, über das Binnenmarktinformationssystem Informationen über die Berufsausübungsberechtigung von Angehörigen der Gesundheitsberufe auszutauschen, berührt die Kompetenzen der Bundesländer, weshalb ein Umsetzungsbedarf der Richtlinie auch auf Länderebene besteht.

B. Lösung

Die Richtlinie 2011/24/EU wird durch dieses Gesetz in Berliner Recht umgesetzt. Das neue Gesetz wird die von der Richtlinie erfassten Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister definieren sowie die geforderten Informationspflichten und die Pflicht zur Absicherung von Schadensersatzansprüchen normieren.

Der Erlass des neuen Gesetzes muss möglichst schnell erfolgen, weil die Frist zur Umsetzung der Richtlinie am 25. Oktober 2013 endete.

C. Alternative / Rechtsfolgenabschätzung

Keine.

Die Schaffung eines neuen Gesetzes ist erforderlich, da die Gesetze der von der Richtlinie 2011/24/EU erfassten Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister die sich aus der Richtlinie ergebenden Pflichten nicht enthalten. Ein neues Gesetz ist im Übrigen zweckmäßig, da es die Definitionen und Pflichten aller betroffenen Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister aus der Richtlinie zusammenfassend und übersichtlich regelt.

D. Auswirkungen auf die Gleichstellung der Geschlechter

Das Gesetz wirkt sich gleichermaßen auf Frauen und Männer aus.

E. Kostenauswirkungen auf Privathaushalte und/oder Wirtschaftsunternehmen

Finanzielle Auswirkungen hat das Gesetz auf Selbständige und juristische Personen, die bislang nicht über eine Absicherung der gegen sie gerichteten Schadensersatzansprüche durch den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung oder durch eine Garantie oder ähnliche Regelung verfügen und die hierzu mit diesem Gesetz verpflichtet werden.

F. Gesamtkosten

Keine

G. Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg

Keine

H. Zuständigkeit

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

Der Senat von Berlin
GesSoz - I C 2
Telefon: 9(0)28 2627

An das
Abgeordnetenhaus von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

Vorlage

- zur Beschlussfassung -

über

Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Patientenmobilitätsrichtlinienumsetzungsgesetz - PatMobRLUG)

Das Abgeordnetenhaus wolle beschließen:

**Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*
(Patientenmobilitätsrichtlinienumsetzungsgesetz – PatMobRLUG)**

Vom

Das Abgeordnetenhaus hat das folgende Gesetz beschlossen:

**§ 1
Gegenstand und Anwendungsbereich**

(1) Dieses Gesetz dient der Umsetzung 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) und damit der Erleichterung des Zugangs zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

(2) Dieses Gesetz gilt vorbehaltlich des nachfolgenden Absatzes für jegliche Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten, unabhängig davon, wie diese organisiert, erbracht oder finanziert wird.

* ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45

(3) Dieses Gesetz gilt nicht für:

1. Dienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege, deren Ziel darin besteht, Personen zu unterstützen, die auf Hilfe bei routinemäßigen, alltäglichen Verrichtungen angewiesen sind;
2. die Zuteilung von und den Zugang zu Organen zum Zweck der Organtransplantation;
3. öffentliche Impfprogramme gegen Infektionskrankheiten, die ausschließlich dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaates dienen und die mit gezielten Planungs- und Durchführungsmaßnahmen verbunden sind.

§ 2 Begriffsbestimmungen

(1) Unter Gesundheitsversorgung sind alle Gesundheitsdienstleistungen zu verstehen, die von Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber Patientinnen und Patienten erbracht werden, um deren Gesundheitszustand zu beurteilen, zu erhalten oder wiederherzustellen, einschließlich der Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten.

(2) Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung ist die Gesundheitsversorgung, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat erbracht oder verschrieben wird.

(3) Angehörige der Gesundheitsberufe sind Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger, Zahnärztinnen und -ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger, Apothekerinnen und Apotheker sowie andere Fachkräfte, die im Gesundheitsbereich Tätigkeiten ausüben, die einem reglementierten Beruf im Sinne von Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe a der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22), die zuletzt durch Richtlinie 2013/25/EU vom 13. Mai 2013 (ABl. L 158 vom 10.6.2013, S. 368) geändert worden ist, vorbehalten sind, und Personen, die nach den Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder als Angehörige eines reglementierten Gesundheitsberufes gelten.

(4) Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister im Sinne dieses Gesetzes sind alle natürlichen und juristischen Personen sowie sonstigen Einrichtungen, die Gesundheitsdienstleistungen auf Basis einer staatlichen Erlaubnis entweder persönlich oder durch bei ihnen beschäftigte Personen gegenüber Patientinnen und Patienten erbringen. Abhängig Beschäftigte zählen nicht zu den Gesundheitsdienstleisterinnen und -leistern. Gesundheitsdienstleistungen sind alle medizinisch indizierten Leistungen und die Verschreibung, die Abgabe und die Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten.

(5) Patientin oder Patient ist jede natürliche Person, die Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen möchte oder in Anspruch nimmt.

(6) Verschreibung im Sinne dieses Gesetzes ist die Ausstellung eines medizinischen Rezeptes für die Entgegennahme eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes durch einen Angehörigen eines reglementierten Gesundheitsberufs im Sinne von Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe a der Richtlinie 2005/36/EG, der in dem Mitgliedstaat, in dem die Verschreibung erfolgt, hierzu gesetzlich berechtigt ist.

§ 3

Informationspflichten

(1) Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister stellen der jeweiligen Patientin oder dem jeweiligen Patienten auf Nachfrage einschlägige Informationen bereit, um ihr oder ihm zu helfen, eine sachkundige Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Gesundheitsdienstleistung zu treffen. Dies gilt auch in Bezug auf Behandlungsoptionen, Verfügbarkeit, Qualität und Sicherheit ihrer erbrachten Gesundheitsversorgung. Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister stellen außerdem klare Rechnungen und klare Preisinformationen sowie Informationen über ihren Zulassungs- oder Registrierungsstatus und ihren Versicherungsschutz oder andere Formen des persönlichen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf die Berufshaftpflicht bereit.

(2) Soweit Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister den im Behandlungsmitgliedstaat ansässigen Patientinnen und Patienten bereits einschlägige Informationen zur Verfügung stellen, sind sie nicht verpflichtet, Patientinnen und Patienten aus anderen Mitgliedstaaten ausführlichere Informationen zur Verfügung zu stellen.

§ 4

Absicherung von Schadensersatzansprüchen

Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister, die nach § 630a Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches Gesundheitsversorgung zusagen, müssen zur Absicherung von Schadensersatzansprüchen eine Haftpflichtversicherung abschließen oder durch eine Garantie oder eine ähnliche Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist, abgesichert sein.

§ 5

Verwaltungszusammenarbeit und Amtshilfe

(1) Das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin sowie die für die Gesundheitsberufe und für die Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister im Sinne von § 2 Absatz 3 und Absatz 4 dieses Gesetzes im Land Berlin zuständigen Kammern leisten die zur Durchführung der Patientenmobilitätsrichtlinie gemäß Artikel 10 der Richtlinie 2011/24/EU erforderliche Amtshilfe.

(2) Die in Absatz 1 genannten Stellen werden ermächtigt, der nationalen Kontaktstelle für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung die für die Erfüllung ihrer Aufgaben aus Artikel 6 der Richtlinie 2011/24/EU erforderlichen Informationen zu übermitteln.

(3) Das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin kann in Registern geführte Informationen über die Berufsausübungsberechtigung von Angehörigen der Gesundheitsberufe, die es als Approbationsbehörde nach § 14 Absatz 4 des Berliner Kammergesetzes in der Fassung vom 4. September 1978 (GVBl. S. 1937, 1980), das zuletzt durch Gesetz vom 27. März 2013 (GVBl. S. 70) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung oder als Meldebehörde nach § 14 des Gesundheitsdienst-Gesetzes vom 25. Mai 2006 (GVBl. S. 450), das zuletzt durch Artikel II des Gesetzes vom 17. Dezember 2009 (GVBl. S. 875) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung erlangt hat, soweit dies zur Erfüllung der Verpflichtungen aus Artikel 10 Absatz 4 der Richtlinie 2011/24/EU erforderlich und zulässig ist, mittels des Binnenmarktinformationssystems auf Anfrage den Behörden anderer Mitgliedstaaten übermitteln.

(4) Die Kammern für Heilberufe können Daten aus den für ihre Mitglieder nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 des Berliner Kammergesetzes geführten Berufsverzeichnissen, soweit dies zur Erfüllung der Verpflichtungen aus Artikel 10 Absatz 4 der Richtlinie 2011/24/EU erforderlich und zulässig ist, mittels des Binnenmarktinformationssystems auf Anfrage den Behörden anderer Mitgliedstaaten übermitteln.

(5) In Fällen der Absätze 3 und 4 haben die dort genannten Stellen die schnellstmögliche Information der betroffenen Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister über die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten nach Artikel 18 Absatz 1 der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Oktober 2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarktinformationssystems und zur Aufhebung der Entscheidung 2008/49/EG der Kommission (ABl. L 316 vom 14.11.2012, S. 1) im Rahmen des Binnenmarktinformationssystems sicherzustellen.

§ 6 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin in Kraft.

A. Begründung:

a) Allgemeines

Das Gesetz dient der Umsetzung 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), die die Behandlungsmitgliedstaaten auffordert, umfassende Informationspflichten und das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung für Gesundheitsdienstleister sicherzustellen, um die Rechte der Patientinnen und Patienten in der Europäischen Union bei grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgungen zu verbessern, die Patientenmobilität zu gewährleisten und die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten in der Gesundheitsversorgung zu fördern.

Den Bundesländern obliegt die Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Gesetzgebung im Bereich der Berufsausübung. Hierzu gehören die die Berufsausübung der Gesundheitsberufe betreffenden Informationspflichten und die Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung oder einer vergleichbaren Absicherung.

Der Gesetzentwurf wurde am 19. September 2013 den Berliner Kammern für Heilberufe, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, dem Berliner Krankenhausgesellschaft e.V., dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK Nordost e.V.), dem Berliner Hebammenverband e.V., dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., dem Verband Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen, dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband e.V., der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. und dem Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e.V. zur Anhörung sowie dem Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit zur Stellungnahme übersandt. Lediglich die Ärztekammer Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft e.V., der Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen

Berlin-Brandenburg e.V., die Kassenärztliche Vereinigung Berlin sowie der Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit haben sich zum Gesetzesentwurf geäußert. Die Anmerkungen wurden zum Großteil berücksichtigt und in den Gesetzestext und die Begründung eingearbeitet. Die Einzelheiten ergeben sich aus der Einzelbegründung.

b) Einzelbegründung

Zu § 1:

Absatz 1 normiert den Gegenstand des Gesetzes entsprechend Artikel 1 Absatz 1 Satz 1 der Richtlinie 2011/24/EU. Zweck des Gesetzes ist, allen Bürgerinnen und Bürgern der Europäischen Union gleichermaßen den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen und sicheren grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und es ihnen zu ermöglichen, sich in jedem Mitgliedstaat medizinisch behandeln zu lassen und dabei im Voraus die erforderlichen Informationen für die Gesundheitsbehandlung zu erhalten.

Absatz 2 legt den Anwendungsbereich des Gesetzes entsprechend Artikel 1 Absatz 2 der Richtlinie 2011/24/EU fest. Er stellt klar, dass die Regelungen des Gesetzes für jegliche Gesundheitsversorgung gelten, das heißt für alle Gesundheitsdienstleistungen im Sinne des § 2 Absatz 1, unerheblich, auf welcher vertraglichen Grundlage die Gesundheitsdienstleistung erbracht wird, wie die Gesundheitsdienstleisterin oder der Gesundheitsdienstleister organisiert ist und auf welche Art die Gesundheitsdienstleistung an der Patientin oder am Patienten erbracht wird.

Absatz 3 regelt entsprechend Artikel 1 Absatz 3 der Richtlinie 2011/24/EU, auf welche Bereiche das Gesetz keine Anwendung findet.

Nach Nummer 1 sind Dienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege, wie z. B. häusliche Pflegedienste, betreute Wohnformen und Pflegeheime, die als notwendig erachtet werden, um der pflegebedürftigen Person eine erfülltes und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, vom Anwendungsbereich des Gesetzes ausgenommen. Auf gesonderte Dienstleistungen, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der vom Gesetz ausgeschlossenen Langzeitpflege stehen, sondern gegenüber der zu pflegenden Person ebenso erbracht werden wie gegenüber allen anderen Patientinnen und Patienten, bleibt das Gesetz jedoch anwendbar.

Nach Nummer 2 fallen aufgrund der Spezialität des Sachverhalts die Zuteilung von Organen und der Zugang zu Organen nicht unter den Anwendungsbereich des Gesetzes.

Nach Nummer 3 sind öffentliche Impfprogramme gegen Infektionskrankheiten nicht vom Anwendungsbereich umfasst, weil dort nicht die Dienstleistung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Vordergrund steht, sondern Maßnahmen der Gefahrenabwehr zum Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten.

Zu § 2:

§ 2 enthält die Begriffsbestimmungen des Gesetzes. Der Wortlaut der Begriffe Gesundheitsversorgung, grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, Angehörige der Gesundheitsberufe, Patientin oder Patient, und Verschreibung deckt sich mit den Begriffsbestimmungen des Artikel 3 der Richtlinie 2011/24/EU.

Die Gesundheitsversorgung (§ 2 Absatz 1) erfasst nicht nur Gesundheitsdienstleistungen, die sich auf die Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beziehen, sondern auch Tätigkeiten, die ganz allgemein den Gesundheitszustand einer Person beurteilen oder erhalten. Die Gesundheitsversorgung beinhaltet somit mehr als nur die Ausübung von Heilkunde. Gegenstand der Gesundheitsdienstleistung ist die subjektiv medizinisch indizierte Leistung unabhängig von ihrer Qualität. Reine Wellnessbehandlungen

gen und ähnliche Behandlungen bleiben daher außen vor. Im Gegensatz zum Begriff der „Behandlung“ der §§ 630a bis 630c des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) umfasst die Gesundheitsversorgung auch die Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, nicht jedoch Gesundheitshandwerke, bei denen es vorrangig um die Produktion von Medizinprodukten oder Hilfsmitteln geht. Die Gesundheitsversorgung ist keine produzierende Tätigkeit.

Die Begriffsbestimmung Gesundheitsdienstleisterin und -leister (§ 2 Absatz 4) ist umfassender und genauer als in der Richtlinie 2011/24/EU definiert. Die Bundesländer haben sich bei einem Treffen zur Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU auf eine einheitliche Definition verständigt. Der Begriff der Gesundheitsdienstleisterin und des Gesundheitsdienstleisters ist sehr weit zu verstehen. Abhängig Beschäftigte werden nicht erfasst; vielmehr muss die jeweilige natürliche oder juristische Person, bei der die abhängig beschäftigte Person tätig ist, die Pflichten aus diesem Gesetz erfüllen. Der Begriff der staatlichen Erlaubnis ist weit auszulegen, so dass er jegliche Form der staatlichen Legitimation erfasst, mittels derer die Gesundheitsdienstleistung erbracht wird. Bei natürlichen Personen wäre dies die Approbation oder die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung und bei juristischen Personen die Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), die die Zulassung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung festlegen, sowie für Privatkrankenanstalten die Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung (GewO).

Die Bundesländer haben eine Aufzählung der zurzeit unter den Begriff Gesundheitsdienstleisterin und -leister fallenden natürlichen und juristischen Personen vorgenommen. Dies sind:

- Ärztinnen und Ärzte,
- Zahnärztinnen und Zahnärzte,
- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten,
- Apothekerinnen und Apotheker,
- Diätassistentinnen und Diätassistenten,
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten,
- Hebammen und Entbindungspfleger,
- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger,
- Logopädinnen und Logopäden,
- Masseurinnen und medizinische Bademeisterinnen sowie Masseur und medizinische Bademeister,
- Physiotherapeutinnen und -therapeuten,
- Altenpflegerinnen und -pfleger,
- Orthoptistinnen und Orthoptisten
sowie
- Krankenhäuser,
- Privatkrankenanstalten (§ 30 GewO),
- Medizinische Versorgungseinrichtungen (§ 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V),
- Praxisgemeinschaften, Berufsausübungsgemeinschaften und Praxisnetze,
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 107 Absatz 2 SGB V),
- Praxiskliniken (§ 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V),
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V),
- psychiatrische und geriatrische Institutsambulanzen (§§ 118, 118a SGB V),
- von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen, z. B. Geburtshäuser (vgl. § 134a SGB V),
- Einrichtungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V),
- Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b SGB V),
- ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize (§ 39a SGB V),
- sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V),

- Einrichtungen der Behindertenhilfe und stationäre Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der ambulanten Behandlung (§§ 119a und 119b SGB V) und
- Pflegeeinrichtungen, soweit sie nach den §§ 63 ff. SGB V behandeln.

Patientin oder Patient ist nach § 2 Absatz 5 nicht nur die Person, die bereits einen Behandlungsvertrag o. ä. abgeschlossen hat, sondern auch die Person, die eine solche Behandlung plant und sich im Voraus informieren möchte.

Zu § 3:

§ 3 setzt die von Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe b der Richtlinie 2011/24/EU geforderte Pflicht zur Bereithaltung einschlägiger Informationen, die für eine sachkundige Entscheidung der Patientin oder des Patienten notwendig sind, um und hebt dabei die in der Richtlinie genannten Informationen bezüglich Behandlungsoptionen, Verfügbarkeit, Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung, Klarheit der Rechnungen und der Preisinformationen, Zulassungs- und Registrierungsstatus sowie Versicherungsschutz oder andere Formen des persönlichen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf die Berufshaftpflicht hervor.

Die Ärztekammer Berlin hat die Übernahme des Begriffes „einschlägige“ Informationen aus der Richtlinie 2011/24/EU kritisiert. Der Begriff „einschlägig“ sei zu unbestimmt und führe zwangsläufig zu Auslegungsfragen. Diesem Einwand ist entgegenzuhalten, dass der Begriff „einschlägig“ in der Rechtssprache allgemein anerkannt ist und dann verwendet wird, wenn wie im vorliegenden Fall eine umfassende Aufzählung oder eine sonstige genauere Spezifizierung nicht möglich ist.

Ferner hat die Ärztekammer Berlin gerügt, dass die zeitliche Einordnung und der inhaltliche Kern der Informationspflicht zu unklar seien, die §§ 630c bis 630e BGB würden demgegenüber den Gegenstand, Umfang und Zeitpunkt der Informationsbereitstellung genau regeln. Eine zeitliche Präzision der Informationspflicht ist durch die Einfügung der Wörter „auf Nachfrage“ in § 3 Absatz 1 Satz 1 erfolgt. Eine weitere zeitliche Einschränkung wie in § 630c Absatz 2 Satz 1 BGB („zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf“) ist wegen des Sinn und Zwecks der Richtlinie 2011/24/EU nicht möglich. Die Informationspflichten sollen die Patientinnen und Patienten in die Lage versetzen, sich zwischen einer Behandlung in dem Heimatstaat oder in einem anderen Mitgliedstaat und zwischen verschiedenen Gesundheitsdienstleisterinnen und -leistern zu entscheiden. Diese Entscheidung über den Ort der Behandlung und die behandelnde Person können die Patientinnen und Patienten aber nur treffen, wenn sie die Informationen bereits vor der Behandlung erhalten und nicht erst zu deren Beginn; in letzterem Fall steht die behandelnde Gesundheitsdienstleisterin oder der behandelnde Gesundheitsdienstleister nämlich bereits fest.

In Übereinstimmung mit der Ärztekammer Berlin und dem Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. ist jedoch festzuhalten, dass die Informationspflichten zum überwiegenden Teil bereits in anderen Rechtsquellen geregelt sind, so dass sie durch § 3 nur konstituiert werden, soweit sie sich nicht bereits aus anderen Rechtsquellen ergeben. Bereits bestehende Informationspflichten ergeben sich insbesondere aus Folgendem:

- Den §§ 630a ff. BGB, die durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) in das Bürgerliche Gesetzbuch eingefügt wurden.
- § 20 Absatz 3 der Apothekenbetriebsordnung für Apothekerinnen und Apotheker.
- Dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, z. B. hinsichtlich der Verfügbarkeit durch Vereinbarung eines Behandlungstermins oder hinsichtlich der Qualität und Sicherheit durch den Hinweis auf die durch die sozialrechtliche Zulassung geltenden Qualitätssicherungsmaßnahmen. Der Hinweis der behandelnden Person im Sinne der §§ 630a ff. BGB auf die sozialrechtliche Zulassung genügt der Informationspflicht hinsichtlich des Zulassungsstatus.

- Der Bundesärzteordnung (BÄO) hinsichtlich der Zulassung zum ärztlichen Beruf durch Approbation (§ 2 Absatz 1 BÄO) oder durch Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs (§ 10 BÄO). Eine Auskunft bzgl. des Registerstatus stellt daher z. B. der Hinweis auf die Approbation oder die Berufserlaubnis dar.
- Den Berufsordnungen der Heilberufskammern insbesondere bezüglich der Verpflichtung, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen. Ein diesbezüglicher Hinweis genügt der Informationspflicht über den Versicherungsschutz oder andere Formen des persönlichen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf die Berufspflicht. Gleiches gilt hinsichtlich bereits berufsrechtlich geregelter Dokumentationspflichten und Qualitätssicherungsanforderungen und bezüglich der Informationspflicht über die Qualität der erbrachten Gesundheitsversorgung.
- Der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte hinsichtlich der Rechnungsstellung. Ein dahingehender Hinweis genügt insbesondere der Informationspflicht über die klare Rechnungsstellung und Preisinformation. Gleiches gilt z. B. für einen Hinweis auf Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und des Bewertungsmaßstabs zahnärztlicher Leistungen (BEMA) bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dem Einwand der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, dass im Hinblick auf die zwei Gebührenordnungen für Vertragsärzte (Einheitlicher Bewertungsmaßstab und Gebührenordnung für Ärzte) die „klare Rechnungsstellung“ klärungsbedürftig sei, kann nicht gefolgt werden. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab gilt nur für die gesetzlich Versicherten. Ein Hinweis der Gesundheitsdienstleisterin oder des Gesundheitsdienstleisters auf den Einheitlichen Bewertungsmaßstab kann folglich nur dann die Informationspflicht erfüllen, wenn die Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs auf die Patientin oder den Patienten überhaupt anwendbar sind. Dies ist aber keine Frage dieses Gesetzes.

Die Rechnungsstellung im Krankenhaus ist in den §§ 7 und 8 des Krankenhausentgeltgesetzes geregelt. Informationspflichten für selbst zahlende Patientinnen und Patienten sind dabei in § 8 Absatz 8 und 9 des Krankenhausentgeltgesetzes konkretisiert.
- Den Berufsgesetzen und den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen, welche die fachlichen Anforderungen der Ausbildungsinhalte festlegen, anhand derer die behandelnde Person geprüft wird. Ein diesbezüglicher Hinweis genügt der Informationspflicht über die Qualität der erbrachten Gesundheitsversorgung.
- § 137 SGB V, der unter anderem die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser und die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement regelt. § 137 Absatz 3 Nummer 4 SGB V regelt Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung dargestellt wird.
- § 30 GewO, der die Voraussetzungen enthält, die für die Konzessionierung von Privatkrankeanstalten zu erfüllen sind.

Patientinnen und Patienten sollen, wenn sie sich in einen anderen Mitgliedstaat zur Gesundheitsversorgung begeben, hinreichend Klarheit darüber erhalten, welche Rechte und Ansprüche ihnen zustehen. Sie sollen grundsätzlich in die Lage versetzt werden, eine sachkundige Entscheidung zu treffen. Die Informationsrechte stehen, obwohl die Richtlinie 2011/24/EU der Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung der Europäischen Union dient, nicht nur Angehörigen anderer Mitgliedstaaten zu, sondern auch inländischen Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten aus Drittstaaten.

Dem Einwand des Berliner Krankenhausgesellschaft e.V., dass die Einbeziehung von inländischen Patientinnen und Patienten sowie von Patientinnen und Patienten aus Drittstaaten über den Zweck der Richtlinie 2011/24/EU hinausgehe und inländischen Patientinnen und Patienten bereits Informationsrechte gegenüber ihrer Krankenkasse aus nationalen Schutznormen zustünden, kann nicht gefolgt werden. Denn die Nichteinbeziehung dieser Patientinnen und Patienten würde zu einer Diskriminierung der Personen führen. Gründe, die eine

Ungleichbehandlung rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich. Weshalb die Ausweitung des Adressatenkreises nach Ansicht des Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. zu praktischen Umsetzungsschwierigkeiten bei den Krankenkassen aufgrund der Regelung des § 219d Absatz 1 Satz 2 SGB V führen soll, kann nicht nachvollzogen werden und wird von dem Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. nicht näher erklärt.

Bereiche der Gesundheitsversorgung, deren Inanspruchnahme naturgemäß ungeplant erfolgt, wie z. B. bei der Notfallversorgung, sind von dem die Entscheidungsmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten betreffenden Regelungsziel nicht erfasst. Dasselbe gilt für solche Gesundheitsdienstleistungen, die regelmäßig nicht isoliert nachfragbar sind, sondern ausschließlich Bestandteil einer umfassenderen Gesundheitsdienstleistung sind, somit die Leistungen der technischen Assistenzberufe.

Entscheidungserhebliche Informationen sind insbesondere Behandlungsoptionen, so dass die Patientin und der Patient erfahren kann, welche Arten von Behandlungen eine Gesundheitsdienstleisterin oder ein Gesundheitsdienstleister anbietet. Unter Verfügbarkeit sind etwa Hinweise auf freie Termine, Terminplanung und eventuell bestehende Wartelisten zu verstehen. Qualität und Sicherheit der zu erbringenden Gesundheitsversorgung erfassen in der Regel, ob und nach welchen Standards qualitativ gearbeitet wird, z. B. nach internationalen Qualitätsmanagementnormen oder -zertifikaten. Unter Informationen zum Zulassungs- und Registrierungsstatus sind z. B. die Kassenzulassung, die Kammerzugehörigkeit und die staatliche Erlaubnis zur Berufsausübung zu verstehen. Auch über die nach § 4 vorgeschriebene Absicherung von Schadensersatzansprüchen müssen die Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister Auskunft erteilen. Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister sind auch verpflichtet, klare Rechnungen und Preisinformationen zur Verfügung zu stellen. Die Rechnungsstellung erfolgt in der Regel nach Erbringung der Gesundheitsdienstleistung. Preisinformationen werden in der Regel vor Behandlungsbeginn erteilt. Sowohl Rechnungen als auch Preisinformationen müssen jeweils einzeln aufgeschlüsselt erkennen lassen, welche Leistung nach welchen Kriterien mit welchem Betrag bemessen wird.

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin hat kritisiert, dass der Umfang der Informationsunterlagen unklar sei.

Der notwendige Umfang der Information kann jedoch nicht generell festgeschrieben werden. Dieser richtet sich vielmehr nach den Umständen des Einzelfalles, zum Beispiel der Art und Schwere der Behandlung oder dem jeweiligen Wissensstand der Patientin oder des Patienten. Die Informationen müssen allerdings nicht schriftlich erteilt werden, sondern können auch mündlich erfolgen.

Da die Richtlinie 2011/24/EU nicht verlangt, dass die Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister die Information in einer der Patientin oder dem Patienten verständlichen Sprache zu erteilen haben, ist der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin dahin zuzustimmen, dass der Informationspflicht genüge getan ist, wenn die Information in deutscher Sprache erteilt wird. Es ist Sache der Patientin oder des Patienten, sich auf eigene Kosten eine Dolmetscherin oder einen Dolmetscher oder eine Übersetzerin oder einen Übersetzer zur Hilfe zu holen, wenn sie oder er der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig ist. Eine darüber hinausgehende Verpflichtung, die Information in mehreren Sprachen zu erteilen, würde die Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister unverhältnismäßig in Anspruch nehmen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin hat zu Recht darauf hingewiesen, dass die Informationspflicht nicht mit dem Werbeverbot für Ärztinnen und Ärzte kollidieren darf. Die Informationen sind daher, wie in § 3 Absatz 1 Satz 1 ausdrücklich geregelt, nur auf Nachfrage, d. h. auf Wunsch der Patientin oder des Patienten zu erteilen. Informationen, die ohne Verlangen einer Patientin oder eines Patienten und ohne Bezug zu einer bereits vereinbarten oder geplanten Behandlung erfolgen, stellen eine unerlaubte Werbung dar. Die Unterlagen sind rein informativ und nicht werbend zu gestalten.

Ein Umsetzungszeitraum von zwölf Monaten, wie von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gefordert, kann nicht eingeräumt werden. Die Richtlinie 2011/24/EU bietet hierfür keinen Spielraum. Auch ist nicht ersichtlich, dass dieses Gesetz für die Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister einen wesentlich höheren Verwaltungsaufwand mit sich bringen wird, der einen Umsetzungszeitraum rechtfertigen würde.

Absatz 2 erfasst den Fall, dass den im Behandlungsmitgliedstaat ansässigen Patientinnen und Patienten bereits einschlägige Informationen zur Verfügung gestellt werden. Hier haben die Patientinnen und Patienten aus anderen Mitgliedstaaten nur Anspruch auf Informationen derselben Art und Güte.

Zu § 4:

§ 4 setzt das von Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe d der Richtlinie 2011/24/EU geforderte Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung oder einer Garantie oder ähnlichen Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist, um.

Nach Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe d der Richtlinie 2011/24/EU stellt der Behandlungsstaat sicher, dass für Behandlungen im Hoheitsgebiet des betreffenden Mitgliedstaats Systeme der Berufshaftpflichtversicherung, einer Garantie oder einer ähnlichen Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist, bestehen.

Diese Regelung zur Berufshaftpflichtversicherung wurde zwischen den Bundesländern kontrovers diskutiert, da der Wortlaut der Richtlinie 2011/24/EU nicht eindeutig ist. Mehrheitlich einigten sich die Länder nach einem schriftlichen Umlaufverfahren darauf, dass die Richtlinie 2011/24/EU die Pflicht zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung oder vergleichbarer Garantien verlangt. Nur so kann das Vertrauen in grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Die Patientin oder der Patient soll vor einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung nicht erst erfragen müssen, ob die Gesundheitsdienstleisterin oder der Gesundheitsdienstleister haftpflichtversichert ist, sondern sie oder er soll davon in der Regel ausgehen dürfen. Für einen hochwertigen Standard hinsichtlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen ist es von großer Bedeutung, dass es in allen Mitgliedstaaten Mechanismen zum Umgang mit Schäden gibt, die im Zusammenhang mit Leistungen der Gesundheitsversorgung entstanden sind. Dadurch wird das Risiko reduziert, dass aufgrund mangelnden Vertrauens in diese Mechanismen auf die Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung verzichtet wird. Die Annahme einer Verpflichtung zur Haftpflichtversicherung ist zudem der sichere Weg, um kein Vertragsverletzungsverfahren zu riskieren.

Wie bei der Informationspflicht ist auch hinsichtlich der Berufshaftpflichtversicherung eine Pflicht zur Absicherung aller Behandlungen geregelt, unabhängig davon, ob es sich bei den Patientinnen und Patienten um solche aus dem Behandlungsstaat, aus einem anderen Mitgliedstaat oder aus einem Drittstaat handelt. Alles andere würde eine ungerechtfertigte Benachteiligung der inländischen Patientinnen und Patienten bedeuten, weshalb wie bei der Informationspflicht dem Einwand des Berliner Krankenhausgesellschaft e.V., der Adressatenkreis gehe über die Richtlinie 2011/24/EU hinaus, nicht gefolgt werden kann. Zudem könnten Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister ansonsten aufgrund der Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung die grenzüberschreitende Gesundheitsversor-

gung von vornherein ablehnen, was dem Zweck der Richtlinie 2011/24/EU eindeutig zuwiderlaufen würde.

Nach § 4 sind alle Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister verpflichtet, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen oder sich einem Haftungssystem anzuschließen, das im Hinblick auf den Zweck der Berufshaftpflichtversicherung gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und zugleich nach Art und Umfang dem jeweiligen Risiko angemessen ist. Welcher Versicherungsschutz nach Art und Umfang dem jeweiligen Risiko angemessen ist, kann nur für den Einzelfall entschieden werden. Die von dem Begriff Gesundheitsdienstleisterin und -leister erfassten Berufsgruppen sind so unterschiedlich und tragen selbst innerhalb einer Profession so unterschiedliche Risiken, dass hierzu keine pauschalen Regelungen getroffen werden können. Neben der Berufshaftpflichtversicherung der Gesundheitsdienstleisterin oder des Gesundheitsdienstleisters können auch andere alternative Absicherungsformen von Schadensersatzansprüchen gewählt werden. Dies kann z. B. ein kollektives Haftungssystem sein, wie für kommunale Gesundheitsdienstleisterinnen oder -leister der kommunale Schadensausgleich, oder die Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister können durch Rücklagen entsprechende Vorsorge treffen. Die Höhe der Rücklagen hat sich dabei an der durchschnittlichen Schadenserwartung bei in Art und Umfang vergleichbaren Gesundheitsdienstleisterinnen und -leistern zu orientieren, wenn sich nicht durch eigene Daten oder Maßnahmen eine geringere Schadenshöhe erwarten lässt. Damit wird den verschiedenen Absicherungsformen von Schadensersatzansprüchen Rechnung getragen, was auch den Vorschlägen des Verbands privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e.V. und des Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. entspricht.

Aus Gründen der Verhältnismäßigkeit ist eine Versicherungspflicht allerdings nur für diejenigen anzuordnen, deren Tätigkeit nicht schon anderweitig durch eine Berufshaftpflichtversicherung abgesichert ist. Eine Verpflichtung zu einer Mehrfachversicherung ist von der Richtlinie 2011/24/EU nicht gefordert.

Die Pflicht aus § 4 trifft nur die selbstständig tätig werdenden natürlichen Personen und die juristischen Personen, die Angehörige der reglementierten Gesundheitsberufe beschäftigen. Abhängig Beschäftigte trifft die Pflicht aus § 4 nicht, da sie nicht Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister im Sinne dieses Gesetzes sind. Hier muss vielmehr die jeweilige natürliche oder juristische Person, bei der die abhängig beschäftigte Person tätig ist, die Pflicht zur Absicherung erfüllen.

Zu § 5:

Absatz 1 ermächtigt das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin und die Kammern für die in § 2 Absatz 3 und 4 genannten Gesundheitsberufe und Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister zur Amtshilfe im Sinne von Artikel 10 der Richtlinie 2011/24/EU. Durch den Rückgriff auf die in den Anwendungsbereich des Gesetzes fallenden Gesundheitsberufe und Gesundheitsdienstleisterinnen und -leister wird sichergestellt, dass das Gesetz für alle im Berliner Kammergesetz aufgeführten Kammern offen ist und bei einer Erweiterung des Anwendungskreises des Berliner Kammergesetz nicht geändert werden muss.

Absatz 2 betrifft den nicht über das Binnenmarktinformationssystem abzuwickelnden Teil der Amtshilfe, der in der Übermittlung von Informationen an die nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung besteht, um diese bei der Erfüllung der Informations- und Auskunftspflichten nach Artikel 6 der Richtlinie 2011/24/EU zu unterstützen. Die Vorschrift schafft damit die datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnis für das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin und die von Absatz 1 erfassten Kammern zur Erfüllung der Pflichten aus Artikel 6 Absatz 3 der Richtlinie 2011/24/EU. Die Zulässigkeit der Datenverarbeitung bedarf nach Auffassung des Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit einer besonderen Rechtsgrundlage. Denn die Datenübermittlung könne

weder auf § 12 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 11 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und § 6 Absatz 1 Satz 2 des Berliner Datenschutzgesetzes noch auf § 14 Absatz 4 des Berliner Kammergesetzes gestützt werden. In diesen Fällen erhalte das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin die Daten zu einem anderen Zweck. Das gelte entsprechend für die nichtakademischen Berufe und die Vorschriften des Gesundheitsdienst-Gesetzes.

Absatz 3 gibt dem Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin eine Übermittlungsbefugnis für Daten, welche von ihm in seiner Eigenschaft als Approbationsbehörde oder als Meldebehörde im Sinne des Gesundheitsdienstgesetzes erfasst werden und gemäß Artikel 10 Absatz 4 der Richtlinie 2011/24/EU den Behörden anderer Mitgliedstaaten auf Anfrage mittels des Binnenmarktinformationssystems zu übermitteln sind.

Absatz 4 gibt den Kammern für Heilberufe eine Übermittlungsbefugnis für Daten aus dem für ihre Mitglieder geführten Berufsverzeichnis, die sonst nicht aus anderen Quellen allgemein zugänglich sind, wie z. B. Widerruf der Approbation. Eine Veröffentlichungs- und Übermittlungsbefugnis für Daten, die auch aus anderen Quellen allgemein zugänglich sind, findet sich schon in § 5a Absatz 1 Satz 2 des Berliner Kammergesetzes.

Absatz 5 stellt die Beachtung der Benachrichtigungspflichten nach der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 sicher. Diese Verordnung ist zwar in allen Teilen unmittelbar für die Mitgliedstaaten verbindlich. Der Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit hält es jedoch für erforderlich, im Rahmen der Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU auch auf die Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 und die Regelung der Benachrichtigung der Betroffenen hinzuweisen.

Zu § 6:

§ 6 bestimmt das Inkrafttreten des Gesetzes.

B. Rechtsgrundlage:

Artikel 59 Absatz 2 der Verfassung von Berlin

C. Kostenauswirkungen auf Privathaushalte und/oder Wirtschaftsunternehmen:

Kostenauswirkungen auf Privathaushalte sind nicht ersichtlich. Kostenauswirkungen sind mit diesem Gesetz nur für Selbständige und juristische Personen verbunden, die bislang nicht über eine Absicherung der gegen sie gerichteten Schadensersatzansprüche durch den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung oder durch eine Garantie oder ähnliche Regelung verfügen und die hierzu mit diesem Gesetz verpflichtet werden.

D. Gesamtkosten:

Gesamtkosten sind mit dem Gesetz nicht verbunden.

E. Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg:

Auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg wirkt sich das Gesetz nicht aus.

F. Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung:

a) Auswirkungen auf Einnahmen und Ausgaben:

Keine

b) Personalwirtschaftliche Auswirkungen:

Keine

Berlin, den 12. August 2014

Der Senat von Berlin

Klaus W o w e r e i t
Regierender Bürgermeister

Mario C z a j a
Senator für Gesundheit und Soziales

Wortlaut der zitierten Rechtsvorschriften

Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Oktober 2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems und zur Aufhebung der Entscheidung 2008/49/EG der Kommission („IMI-Verordnung“)

(ABl. L 316 vom 14.11.2012, S. 1)

Artikel 18 Information der betroffenen Personen und Transparenz

(1) Die IMI-Akteure stellen sicher, dass die betroffenen Personen über die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen des IMI so schnell wie möglich unterrichtet werden und dass sie Zugang zu Informationen über ihre Rechte und die Ausübung dieser Rechte, einschließlich der Identität und der Kontaktdaten des für die Verarbeitung Verantwortlichen und gegebenenfalls des Vertreters des für die Verarbeitung Verantwortlichen, im Einklang mit Artikel 10 oder Artikel 11 der Richtlinie 95/46/EG und mit den der Richtlinie entsprechenden nationalen Rechtsvorschriften haben.

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)

Artikel 1 Gegenstand und Anwendungsbereich

(1) Diese Richtlinie enthält Bestimmungen zur Erleichterung des Zugangs zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten im Bereich der Gesundheitsversorgung, wobei die nationalen Zuständigkeiten bei der Organisation und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen uneingeschränkt geachtet werden. Diese Richtlinie zielt ferner darauf ab, ihr Verhältnis zum bestehenden Rechtsrahmen für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Verordnung (EG) Nr. 883/2004, im Hinblick auf die Ausübung der Patientenrechte zu klären.

(2) Diese Richtlinie gilt für jegliche Gesundheitsversorgung von Patienten, unabhängig davon, wie diese organisiert, erbracht oder finanziert wird.

(3) Diese Richtlinie gilt nicht für:

- a) Dienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege, deren Ziel darin besteht, Personen zu unterstützen, die auf Hilfe bei routinemäßigen, alltäglichen Verrichtungen angewiesen sind;
- b) die Zuteilung von und den Zugang zu Organen zum Zweck der Organtransplantation;
- c) unbeschadet Kapitel IV, öffentliche Impfprogramme gegen Infektionskrankheiten, die ausschließlich dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats dienen und die mit gezielten Planungs- und Durchführungsmaßnahmen verbunden sind.

Artikel 3 Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieser Richtlinie bezeichnet der Ausdruck

- a) "Gesundheitsversorgung" Gesundheitsdienstleistungen, die von Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber Patienten erbracht werden, um deren Gesundheitszustand zu beurteilen, zu erhalten oder wiederherzustellen, einschließlich der Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten;
- b) "Versicherter"
 - i) Personen einschließlich ihrer Familienangehörigen und Hinterbliebenen, die unter Artikel 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 fallen und die Versicherte im Sinne des Artikels 1 Buchstabe c jener Verordnung sind, und
 - ii) Staatsangehörige eines Drittlands, die unter die Verordnung (EG) Nr. 859/2003 oder die Verordnung (EU) Nr. 1231/2010 fallen oder die die gesetzlichen Voraussetzungen des Versicherungsmitgliedstaats für einen Anspruch auf Leistungen erfüllen;
- c) "Versicherungsmitgliedstaat"
 - i) bei Personen nach Buchstabe b Ziffer i den Mitgliedstaat, der gemäß der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 dafür zuständig ist, dem Versicherten eine Vorabgenehmigung für die Inanspruchnahme angemessener Behandlungsleistungen außerhalb seines Wohnsitzmitgliedstaats zu erteilen;
 - ii) bei Personen nach Buchstabe b Ziffer ii den Mitgliedstaat, der gemäß der Verordnung (EG) Nr. 859/2003 oder der Verordnung (EU) Nr. 1231/2010 dafür zuständig ist, dem Versicherten eine Vorabgenehmigung

für die Inanspruchnahme angemessener Behandlungsleistungen in einem anderen Mitgliedstaat zu erteilen. Ist kein Mitgliedstaat gemäß jener Verordnungen hierfür zuständig, so gilt als Versicherungsmitgliedstaat derjenige Mitgliedstaat, in dem der Betreffende versichert ist oder in dem er gemäß den Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaats einen Anspruch auf Leistungen bei Krankheit hat;

- d) "Behandlungsmitgliedstaat" den Mitgliedstaat, in dessen Hoheitsgebiet Gesundheitsdienstleistungen für den Patienten tatsächlich erbracht werden. Im Fall der Telemedizin gilt die Gesundheitsversorgung als in dem Mitgliedstaat erbracht, in dem der Gesundheitsdienstleister ansässig ist;
- e) "grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung" die Gesundheitsversorgung, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat erbracht oder verschrieben wird;
- f) "Angehöriger der Gesundheitsberufe" einen Arzt, eine Krankenschwester oder einen Krankenpfleger für allgemeine Pflege, einen Zahnarzt, eine Hebamme oder einen Apotheker im Sinne der Richtlinie 2005/36/EG oder eine andere Fachkraft, die im Gesundheitsbereich Tätigkeiten ausübt, die einem reglementierten Beruf im Sinne von Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe a der Richtlinie 2005/36/EG vorbehalten sind, oder eine Person, die nach den Rechtsvorschriften des Behandlungsmitgliedstaats als Angehöriger der Gesundheitsberufe gilt;
- g) "Gesundheitsdienstleister" jede natürliche oder juristische Person oder sonstige Einrichtung, die im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats rechtmäßig Gesundheitsdienstleistungen erbringt;
- h) "Patient" jede natürliche Person, die Gesundheitsdienstleistungen in einem Mitgliedstaat in Anspruch nehmen möchte oder in Anspruch nimmt;
- i) "Arzneimittel" ein Arzneimittel gemäß der Definition in der Richtlinie 2001/83/EG;
- j) "Medizinprodukt" ein Medizinprodukt gemäß der Definition in Richtlinie 90/385/EWG, Richtlinie 93/42/EWG oder Richtlinie 98/79/EG;
- k) "Verschreibung" die Verschreibung eines Arzneimittels oder eines Medizinprodukts durch einen Angehörigen eines reglementierten Gesundheitsberufs im Sinne von Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe a der Richtlinie 2005/36/EG, der in dem Mitgliedstaat, in dem die Verschreibung erfolgt, hierzu gesetzlich berechtigt ist;
- l) "Gesundheitstechnologie" ein Arzneimittel, ein Medizinprodukt oder medizinische und chirurgische Verfahren sowie Maßnahmen zur Prävention von Krankheiten oder in der Gesundheitsversorgung angewandte Diagnose- und Behandlungsverfahren;
- m) "Patientenakte" sämtliche Unterlagen, die Daten, Bewertungen oder Informationen jeglicher Art über die klinische Situation und Entwicklung eines Patienten im Verlauf des Behandlungsprozesses enthalten.

Artikel 4 Zuständigkeiten des Behandlungsmitgliedstaats

(2) Der Behandlungsmitgliedstaat stellt Folgendes sicher:

- a) ...;
- b) Gesundheitsdienstleister stellen einschlägige Informationen bereit, um den jeweiligen Patienten zu helfen, eine sachkundige Entscheidung zu treffen, auch in Bezug auf Behandlungsoptionen, Verfügbarkeit, Qualität und Sicherheit ihrer im Behandlungsmitgliedstaat erbrachten Gesundheitsversorgung; Gesundheitsdienstleister stellen ferner klare Rechnungen und klare Preisinformationen sowie Informationen über ihren Zulassungs- oder Registrierungsstatus, ihren Versicherungsschutz oder andere Formen des persönlichen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf die Berufshaftpflicht bereit. Soweit Gesundheitsdienstleister den im Behandlungsmitgliedstaat ansässigen Patienten bereits einschlägige Informationen hierzu zur Verfügung stellen, sind sie nach dieser Richtlinie nicht verpflichtet, Patienten aus anderen Mitgliedstaaten ausführlichere Informationen zur Verfügung zu stellen;
- c) ...;
- d) für Behandlungen im Hoheitsgebiet des betreffenden Mitgliedstaats bestehen Systeme der Berufshaftpflichtversicherung, eine Garantie oder eine ähnliche Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist;

...

Artikel 6 Nationale Kontaktstellen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

(3) Damit Patienten ihre Rechte in Bezug auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wahrnehmen können, stellen ihnen die nationalen Kontaktstellen im Behandlungsmitgliedstaat gemäß dessen gesetzlichen Bestimmungen Informationen über die Gesundheitsdienstleister zur Verfügung, einschließlich — auf Anfrage — der Informationen über die Berechtigung eines konkreten Dienstleisters zur Erbringung von Leistungen oder über jegliche Beschränkungen seiner Tätigkeit, Informationen nach Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe a sowie Informationen über Patientenrechte, Beschwerdeverfahren und Verfahren zur Einlegung von Rechtsbehelfen sowie über die verfügbaren rechtlichen und administrativen Möglichkeiten zur Streitbeilegung, auch bei Schäden, die im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung entstanden sind.

Artikel 10 Amtshilfe und Zusammenarbeit

(4) Die Behandlungsmitgliedstaaten gewährleisten, dass Informationen über die Berufsausübungsberechtigung von Angehörigen der Gesundheitsberufe, die in den auf ihrem Hoheitsgebiet eingerichteten nationalen oder lokalen Registern enthalten sind, auf Anfrage den Behörden anderer Mitgliedstaaten zum Zwecke der grenzüber-

schreitenden Gesundheitsversorgung im Einklang mit den Kapiteln II und III und den nationalen Maßnahmen zur Umsetzung der Unionsvorschriften über den Schutz personenbezogener Daten, insbesondere den Richtlinien 95/46/EG und 2002/58/EG, sowie dem Grundsatz der Unschuldsvermutung bereitgestellt werden. Der Informationsaustausch findet über das Binnenmarktinformationssystem statt, das nach der Entscheidung 2008/49/EG der Kommission vom 12. Dezember 2007 über den Schutz personenbezogener Daten bei der Umsetzung des Binnenmarktinformationssystems (IMI) eingerichtet wurde.

Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen

(ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22), zuletzt geändert durch Richtlinie 2013/25/EU vom 13. Mai 2013 (ABl. L 158 vom 10.6.2013, S. 368)

Artikel 3 Begriffsbestimmungen

(1) Für die Zwecke dieser Richtlinie gelten folgende Begriffsbestimmungen:

- a) „reglementierter Beruf“ ist eine berufliche Tätigkeit oder eine Gruppe beruflicher Tätigkeiten, bei der die Aufnahme oder Ausübung oder eine der Arten der Ausübung direkt oder indirekt durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften an den Besitz bestimmter Berufsqualifikationen gebunden ist; eine Art der Ausübung ist insbesondere die Führung einer Berufsbezeichnung, die durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften auf Personen beschränkt ist, die über eine bestimmte Berufsqualifikation verfügen. Trifft Satz 1 dieser Begriffsbestimmung nicht zu, so wird ein unter Absatz 2 fallender Beruf als reglementierter Beruf behandelt;

...

Bürgerliches Gesetzbuch

in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Artikel 4 Absatz 5 des Gesetzes vom 1. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3719)

§ 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 Fall 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 aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. 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.

Bundesärzteordnung

in der Fassung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert durch Artikel 4c des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277)

§ 2

- (1) Wer im Geltungsbereich dieses Gesetzes den ärztlichen Beruf ausüben will, bedarf der Approbation als Arzt.

§ 10

- (1) Die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs kann auf Antrag Personen erteilt werden, die eine abgeschlossene Ausbildung für den ärztlichen Beruf nachweisen. Eine Erlaubnis nach Satz 1 wird Antragstellern, die über einen Ausbildungsnachweis als Arzt verfügen, der in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz ausgestellt wurde, nicht erteilt. Eine Erlaubnis wird auch nicht in den Fällen des § 3 Absatz 2 Satz 9 erteilt. § 8 bleibt unberührt.
- (1a) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 und 3 kann auf Antrag eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs erteilt werden, wenn mit dem Antrag dargelegt wird, dass im Hinblick auf die beabsichtigte ärztliche Tätigkeit ein besonderes Interesse an der Erteilung der Erlaubnis besteht. Die Erlaubnis steht der Erteilung einer Approbation nicht entgegen.
- (2) Die Erlaubnis kann auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen beschränkt werden. Sie darf nur widerruflich und nur bis zu einer Gesamtdauer der ärztlichen Tätigkeit von höchstens zwei Jahren im Geltungsbereich dieses Gesetzes erteilt oder verlängert werden.
- (3) Eine Erlaubnis darf ausnahmsweise über den in Absatz 2 genannten Zeitraum hinaus im besonderen Einzelfall oder aus Gründen der ärztlichen Versorgung erteilt oder verlängert werden, wenn eine Approbation wegen Fehlens der Voraussetzungen nach § 3 Absatz 1 Nummer 4 nicht erteilt werden kann. Die Erteilung oder Verlängerung aus Gründen der ärztlichen Versorgung ist nur zulässig, wenn in dem Gebiet, in dem die ärztliche Tätigkeit ausgeübt werden soll, ein gleichwertiger Ausbildungsstand nachgewiesen ist. Die Erlaubnis ist in diesem Fall auf das Gebiet zu beschränken. Die §§ 5, 6, 8, 9 und 13 finden entsprechende Anwendung.
- (4) Erlaubnisse nach Absatz 1 Satz 1, die vor dem 1. April 2012 erteilt wurden, bleiben wirksam. Für sie ist Absatz 3 in seiner bis dahin geltenden Fassung bis zum 1. April 2014 für solche Inhaber der Erlaubnis weiter anzuwenden, die bis zum 1. Juli 2012 einen Antrag auf Erteilung der Approbation nach § 3 Absatz 1 Satz 1 gestellt haben. Satz 2 findet auf Staatsangehörige eines Mitgliedstaats der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz, die über einen Ausbildungsnachweis nach Absatz 1 Satz 2 oder Satz 3 verfügen, sowie auf Drittstaatsangehörige, soweit sich nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaft eine Gleichstellung ergibt, keine Anwendung.
- (5) In Ausnahmefällen kann eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs auf Antrag auch Personen erteilt werden, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes eine ärztliche Ausbildung erworben, diese Ausbildung aber noch nicht abgeschlossen haben, wenn
 1. der Antragsteller auf Grund einer das Hochschulstudium abschließenden Prüfung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes die Berechtigung zur beschränkten Ausübung des ärztlichen Berufs erworben hat und

2. die auf Grund der Erlaubnis auszuübende Tätigkeit zum Abschluss einer ärztlichen Ausbildung erforderlich ist.
- (6) Personen, denen eine Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs nach den vorstehenden Vorschriften erteilt worden ist, haben im Übrigen die Rechte und Pflichten eines Arztes.

Gewerbeordnung

in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 202), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. September 2013 (BGBl. I S. 3556)

§ 30 Privatkrankenanstalten

- (1) Unternehmer von Privatkranken- und Privatentbindungsanstalten sowie von Privatnervenkliniken bedürfen einer Konzession der zuständigen Behörde. Die Konzession ist nur dann zu versagen, wenn
1. Tatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Unternehmers in Beziehung auf die Leitung oder Verwaltung der Anstalt oder Klinik dartun,
 - 1a. Tatsachen vorliegen, welche die ausreichende medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten als nicht gewährleistet erscheinen lassen,
 2. nach den von dem Unternehmer einzureichenden Beschreibungen und Plänen die baulichen und die sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalt oder Klinik den gesundheitspolizeilichen Anforderungen nicht entsprechen,
 3. die Anstalt oder Klinik nur in einem Teil eines auch von anderen Personen bewohnten Gebäudes untergebracht werden soll und durch ihren Betrieb für die Mitbewohner dieses Gebäudes erhebliche Nachteile oder Gefahren hervorrufen kann oder
 4. die Anstalt oder Klinik zur Aufnahme von Personen mit ansteckenden Krankheiten oder von Geisteskranken bestimmt ist und durch ihre örtliche Lage für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Grundstücke erhebliche Nachteile oder Gefahren hervorrufen kann.
- (2) Vor Erteilung der Konzession sind über die Fragen zu Absatz 1 Nummer 3 und 4 die Ortspolizei- und die Gemeindebehörden zu hören.

Krankenhausentgeltgesetz

vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 5a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423)

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

- (1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet:
1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
 2. Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
 3. gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Absatz 2a,
 4. der Ausbildungszuschlag (§ 17a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) und sonstige Zu- und Abschläge (§ 17b Absatz 1 Satz 4 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie § 4 Absatz 2a, 7, 9 und 11, § 5 Absatz 4 und § 12 Satz 3),
 5. Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Absatz 1),
 6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 aufgenommen worden sind (§ 6 Absatz 2),
 7. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Absatz 4,
 8. Versorgungszuschlag nach § 8 Absatz 10.
- Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Darüber hinaus werden der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Telematikzuschlag nach § 291a Absatz 7a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet.
- (2) Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ermittelt:
1. Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Bewertungsrelation einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen (effektive Bewertungsrelation) wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert;
 2. Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2; die bundeseinheitliche Entgelthöhe wird dem Entgeltkatalog entnommen;
 3. Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogene Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, 5 und 6; die Entgelte sind in der nach § 6 krankenhausesindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen;

4. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4; die Zu- und Abschläge werden krankenhausesindividuell vereinbart.

Die auf der Bundesebene vereinbarten Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sind anzuwenden.

§ 8 Berechnung der Entgelte

(1) Die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen; § 17 Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden, sind die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 7 zu berechnen; dies gilt auch bei klinischen Studien mit Arzneimitteln. Die Entgelte dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich

1. bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Absatz 1 in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. bei einer Hochschulklinik aus der Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften, dem Krankenhausplan nach § 6 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. bei anderen Krankenhäusern aus dem Versorgungsvertrag nach § 108 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Fallpauschalen werden für die Behandlungsfälle berechnet, die in dem Fallpauschalen-Katalog nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bestimmt sind. Für die Patienten von Belegärzten werden gesonderte Fallpauschalen berechnet. Zusätzlich zu einer Fallpauschale dürfen berechnet werden:

1. Zusatzentgelte nach dem Katalog nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder nach § 6 Absatz 1 bis 2a, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren sowie für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist,
2. Zu- und Abschläge nach § 5, im Jahr 2009 ein Zuschlag nach § 4 Absatz 8 und ein Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
3. eine nachstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt; eine vorstationäre Behandlung ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar; dies gilt auch für eine entsprechende Behandlung von Privatpatienten als allgemeine Krankenhausleistung,
4. Zuschläge nach den §§ 139c, 91 Absatz 2 Satz 6 und § 291a Absatz 7a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet berechnen bis zum 31. Dezember 2014 für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts mit Ausnahme des Entlassungstags (Belegungstage) den Investitionszuschlag nach Artikel 14 Absatz 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet.

(4) Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten Abschläge nach § 137 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen.

(5) Werden Patientinnen oder Patienten, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen. Näheres oder Abweichendes regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine Rechtsverordnung nach § 17b Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(6) Werden die mit einer Fallpauschale vergüteten Leistungen ohne Verlegung des Patienten durch mehrere Krankenhäuser erbracht, wird die Fallpauschale durch das Krankenhaus berechnet, das den Patienten stationär aufgenommen hat.

(7) Das Krankenhaus kann eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts kann das Krankenhaus eine angemessene Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte zu orientieren hat. Die Sätze 1 bis 2 gelten nicht, soweit andere Regelungen über eine zeitnahe Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen in für das Krankenhaus verbindlichen Regelungen nach den §§ 112 bis 114 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in der Vereinbarung nach § 11 Absatz 1 getroffen werden.

(8) Das Krankenhaus hat dem selbstzahlenden Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter die für ihn voraussichtlich maßgebenden Entgelte so bald wie möglich schriftlich bekannt zu geben, es sei denn, der Patient ist in vollem Umfang für Krankenhausbehandlung versichert. Im Übrigen kann jeder Patient verlangen, dass ihm unverbindlich die voraussichtlich abzurechnende Fallpauschale und deren Höhe sowie voraussichtlich zu zahlende, ergänzende Entgelte mitgeteilt werden. Stehen bei der Aufnahme eines selbstzahlenden Patienten die Entgelte noch nicht endgültig fest, ist hierauf hinzuweisen. Dabei ist mitzuteilen, dass das zu zahlende Entgelt sich erhöht,

wenn das neue Entgelt während der stationären Behandlung des Patienten in Kraft tritt. Die voraussichtliche Erhöhung ist anzugeben.

(9) Die Rechnungen des Krankenhauses für selbstzahlende Patientinnen oder selbstzahlende Patienten sind in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form zu gestalten. Dabei sind die Fallpauschalen und Zusatzentgelte mit der Nummerierung und den vollständigen Texten aus dem jeweils anzuwendenden Entgeltkatalog, den maßgeblichen Diagnose- und Prozedurenschlüsseln sowie bei Fallpauschalen den effektiven Bewertungsrelationen und dem Landesbasisfallwert auszuweisen. Zu den Diagnose- und Prozedurenschlüsseln sind außerdem die entsprechenden Textfassungen anzugeben. Weitere Entgelte sowie Zu- oder Abschläge sind mit kurzen verständlichen Texten zu bezeichnen. Die Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 3 werden in der Rechnung zusammengefasst und gemeinsam als „Systemzuschlag“ ausgewiesen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft gibt zur Gestaltung der Rechnung eine entsprechende Empfehlung im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung ab. Das Verfahren nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(10) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 berechnet werden, ist für Aufnahmen ab dem 1. August 2013 ein Versorgungszuschlag in Höhe von 1 Prozent der entsprechenden Entgelte und für Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2014 aufgenommen werden, ein Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8 Prozent der entsprechenden Entgelte vorzunehmen und gesondert in der Rechnung auszuweisen. Der nach Satz 1 für 2013 zu berechnende Versorgungszuschlag ist nach Maßgabe von § 10 Absatz 5 Satz 6 zu erhöhen. Der Versorgungszuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung -

Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. März 2014 (BGBl. I S. 261)

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzu- sehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

§ 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Absatz 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Absatz 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Absatz 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

§ 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert. Der Zuschuss darf kalendertäglich 7 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(2) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie
2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten. Der Zuschuss bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbegleitungen bestimmen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen je Leistungseinheit 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das

Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste ausreichend Rechnung zu tragen.

§ 63 Grundsätze

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(2) Die Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, zur Krankenbehandlung sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(3) Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben nach Absatz 1 kann von den Vorschriften des Vierten und des Zehnten Kapitels dieses Buches, soweit es für die Modellvorhaben erforderlich ist, und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abgewichen werden; der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. Gegen diesen Grundsatz wird insbesondere für den Fall nicht verstoßen, dass durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachzuweisende Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden. Einsparungen nach Satz 2 können, soweit sie die Mehraufwendungen überschreiten, auch an die an einem Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden. Satz 1 gilt mit der Maßgabe, dass von § 284 Absatz 1 Satz 5 nicht abgewichen werden darf.

(3a) Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen wird, können insbesondere informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der Datenverwendung, einschließlich der Erweiterungen der Befugnisse zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten sein. Von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten darf nur mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten und nur in dem Umfang abgewichen werden, der erforderlich ist, um die Ziele des Modellvorhabens zu erreichen. Der Versicherte ist vor Erteilung der Einwilligung schriftlich darüber zu unterrichten, inwieweit das Modellvorhaben von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abweicht und aus welchen Gründen diese Abweichungen erforderlich sind. Die Einwilligung des Versicherten hat sich auf Zweck, Inhalt, Art, Umfang und Dauer der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten sowie die daran Beteiligten zu erstrecken; die Einwilligung kann widerrufen werden. Erweiterungen der Krankenversichertenkarte, die von § 291 abweichen, sind nur zulässig, wenn die zusätzlichen Daten informationstechnisch von den Daten, die in § 291 Absatz 2 genannt sind, getrennt werden. Beim Einsatz mobiler personenbezogener Speicher- und Verarbeitungsmedien gilt § 6c des Bundesdatenschutzgesetzes entsprechend.

(3b) Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe

1. die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie

2. die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer

vornehmen, soweit diese auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt. Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Physiotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, soweit die Physiotherapeuten auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.

(3c) Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Absatz 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. Satz 1 gilt für die Angehörigen des im Altenpflegegesetz geregelten Berufes auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Absatz 7 des Altenpflegegesetzes entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen der in den Sätzen 1 und 2 genannten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist der Bundesärztekammer sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.

(4) Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 können nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Fragen der biomedizinischen Forschung sowie Forschungen zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

(5) Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung von Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten sind in der Satzung festzulegen. Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. Verträge nach § 64 Absatz 1 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Modellvorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen werden kann, sind auf längstens fünf Jahre zu befristen; personenbezogene Daten, die in Abweichung von den Regelungen des Zehnten Kapitels dieses Buches erhoben, verarbeitet oder genutzt

worden sind, sind unverzüglich nach Abschluss des Modellvorhabens zu löschen. Über Modellvorhaben nach Absatz 1, in denen von den Vorschriften des Zehnten Kapitels dieses Buches abgewichen wird, sind der Bundesbeauftragte für den Datenschutz oder die Landesbeauftragten für den Datenschutz, soweit diese zuständig sind, rechtzeitig vor Beginn des Modellvorhabens zu unterrichten.

(6) Modellvorhaben nach den Absätzen 1 und 2 können auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden vereinbart werden. Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten entsprechend.

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Absatz 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Absatz 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

§ 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um

- a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
- b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

§ 115 Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken),
2. die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,
3. die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes,
4. die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Missbrauch; in den Verträgen können von § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 abweichende Regelungen vereinbart werden.
5. die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus.

Sie sind für die Krankenkassen, die Vertragsärzte und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

§ 117 Hochschulambulanzen

(1) Der Zulassungsausschuss (§ 96) ist verpflichtet, auf Verlangen von Hochschulen oder Hochschulkliniken die Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist so zu gestalten, dass die Hochschulambulanzen die Untersuchung und Behandlung der in Satz 1 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung regeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die Ermächtigung der Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten im Rahmen des für Forschung und Lehre erforderlichen Umfangs und der Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannt sind, sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen. Im Rahmen der Ermächtigung der Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten sind Fallzahlbegrenzungen vorzusehen. Für die Vergütung gilt § 120 Absatz 2 bis 4 entsprechend.

§ 118 Psychiatrische Institutsambulanzen

(1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.

(2) Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen. Kommt der Vertrag ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 festgelegt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. Absatz 1 Satz 3 gilt. Für die Qualifikation der Krankenhausärzte gilt § 135 Absatz 2 entsprechend.

(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung entsprechend.

§ 118a Geriatrische Institutsambulanzen

(1) Geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen geriatrischen Abteilungen sowie Krankenhausärzte können vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sicherzustellen. Voraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung ist, dass die Einrichtung unter fachärztlich geriatrischer Leitung steht; die Ermächtigung eines Krankenhausarztes setzt voraus, dass dieser über eine geriatrische Weiterbildung verfügt.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft:

1. Inhalt und Umfang einer strukturierten und koordinierten Versorgung geriatrischer Patienten nach Nummer 2,
2. die Gruppe derjenigen geriatrischen Patienten, die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einer Versorgung nach Nummer 1 bedürfen,
3. sächliche und personelle Voraussetzungen an die Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung und
4. in welchen Fällen die ermächtigte Einrichtung oder der ermächtigte Krankenhausarzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt, das hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einfacher Stimmenmehrheit entscheidet; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend.

§ 119 Sozialpädiatrische Zentren

(1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.

§ 119a Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen, sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten ärztlichen Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung zu ermächtigen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte in den Einrichtungen durch niedergelassene Ärzte nicht sichergestellt ist. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. In dem Zulassungsbescheid ist zu regeln, ob und in welchen Fällen die Ärzte in den Einrichtungen unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die ärztlich geleiteten Abteilungen sollen mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.

§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

(1) Stationäre Pflegeeinrichtungen können einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 zu vermitteln. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.

(2) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 vereinbaren bis spätestens 30. September 2013 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.

(3) Das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 evaluiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die mit den Maßnahmen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. August 2015 über die Ergebnisse. § 87 Absatz 3f gilt entsprechend.

§ 134a Versorgung mit Hebammenhilfe

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene mit bindender Wirkung für die Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und der Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe sowie über die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkassen. Die Vertragspartner haben dabei den Bedarf der Versicherten an Hebammenhilfe und deren Qualität, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität sowie die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen zu berücksichtigen. Bei der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen nach Satz 2 sind insbesondere Kostensteigerungen zu beachten, die die Berufsausübung betreffen.

(1a) Die Vereinbarungen, die nach Absatz 1 Satz 1 zur Qualität der Hebammenhilfe getroffen werden, sollen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen sowie geeignete verwaltungsunaufwändige Verfahren zum Nachweis der Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen festlegen.

(2) Die Verträge nach Absatz 1 haben Rechtswirkung für freiberuflich tätige Hebammen, wenn sie

1. einem Verband nach Absatz 1 Satz 1 auf Bundes- oder Landesebene angehören und die Satzung des Verbandes vorsieht, dass die von dem Verband nach Absatz 1 abgeschlossenen Verträge Rechtswirkung für die dem Verband angehörenden Hebammen haben, oder
2. einem nach Absatz 1 geschlossenen Vertrag beitreten.

Hebammen, für die die Verträge nach Absatz 1 keine Rechtswirkung haben, sind nicht als Leistungserbringer zugelassen. Das Nähere über Form und Verfahren des Nachweises der Mitgliedschaft in einem Verband nach Satz 1 Nummer 1 sowie des Beitritts nach Satz 1 Nummer 2 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum Ablauf

- a) der nach Absatz 1 Satz 1 bestimmten Frist oder
- b) einer von den Vertragspartnern vereinbarten Vertragslaufzeit

zu Stande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 4 festgesetzt. Im Falle des Satzes 1 Buchstabe b gilt der bisherige Vertrag bis zu der Entscheidung der Schiedsstelle weiter.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen sowie die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Hebammen in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt § 89 Absatz 3 Satz 5 und 6 entsprechend. Im Übrigen gilt § 129 Absatz 9 und 10 entsprechend.

(5) Als Hebammen im Sinne dieser Vorschrift gelten auch Entbindungspfleger.

§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Absatz 3 Satz 3 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.

Soweit erforderlich erlässt er die notwendigen Durchführungsbestimmungen und Grundsätze für Konsequenzen insbesondere für Vergütungsabschlüsse für Leistungserbringer, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten. Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 zu beteiligen; die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen.

(1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität. Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2012 zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch sowie die Empfehlungen der nach § 23 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen.

(1b) Die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Absatz 1a Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 darzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll ihm bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern unverzüglich in die Qualitätsberichte aufnehmen lassen sowie zusätzliche Anforderungen nach Absatz 3 Nummer 4 zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene stellen.

(1c) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und beschließt insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich. Bei Festlegungen und Empfehlungen nach Satz 1 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben. Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzuführen. Informationen über die Umsetzung der Empfehlungen zur Ausstattung mit therapeutischem Personal und die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 darzustellen.

(1d) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 1 Nummer 1 erstmalig bis zum 26. Februar 2014 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. Über die Umsetzung von Risikomanagement und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 zu informieren. Als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17b Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.

(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Die Regelungen in Absatz 3 und 4 bleiben unberührt.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten auch Beschlüsse über

1. die im Abstand von fünf Jahren zu erbringenden Nachweise über die Erfüllung der Fortbildungspflichten der Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
2. einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände,
3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und
4. Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach Absatz 1 und 1a sowie der Umsetzung der Regelungen nach den Nummern 1 und 2 dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie eine Erklärung zu enthalten, die unbeschadet der Rechte Dritter Auskunft darüber gibt, ob sich das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 136a Satz 2 hält; liegen diese Empfehlungen nach dem 30. April 2013 nicht vor oder hält sich das Krankenhaus nicht an sie, hat es unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, für welche Leistungen leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden; der Bericht ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. Er ist über den in dem Beschluss festgelegten Empfängerkreis hinaus auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen.

Wenn die nach Satz 1 Nr. 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht erbracht werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Leistungen aus dem Katalog nach Satz 1 Nr. 2 bestimmen, bei denen die Anwendung von Satz 2 die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte; sie entscheidet auf Antrag des Krankenhauses bei diesen Leistungen über die Nichtanwendung von Satz 2. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach Nummer 4 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 bis 4 zu beteiligen; bei den Beschlüssen nach Nummer 1 und 4 ist zusätzlich die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen. Die Beschlüsse sind für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Sie haben Vorrang vor Verträgen nach § 112 Abs. 1, soweit diese keine ergänzenden Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten. Verträge zur Qualitätssicherung nach § 112 Abs. 1 gelten bis zum Inkrafttreten von Richtlinien nach Absatz 1 fort. Ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder sind zulässig.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutsche Zahn-techniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen.

§ 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 Ver-

bindungsstelle 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 Kassenärztliche 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.

Apothekenbetriebsordnung

in der Fassung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), zuletzt geändert durch Artikel 1a der Verordnung vom 19. Februar 2013 (BGBl. I S. 312)

§ 20 Information und Beratung

(3) Der Apothekenleiter muss einschlägige Informationen bereitstellen, um Patienten und anderen Kunden zu helfen, eine sachkundige Entscheidung zu treffen, auch in Bezug auf Behandlungsoptionen, Verfügbarkeit, Qualität und Sicherheit der von ihm erbrachten Leistungen; er stellt ferner klare Rechnungen und klare Preisinformationen sowie Informationen über den Erlaubnis- oder Genehmigungsstatus der Apotheke, den Versicherungsschutz oder andere Formen des persönlichen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf seine Berufshaftpflicht bereit.

Berliner Datenschutzgesetz

in der Fassung vom 17. Dezember 1990 (GVBl. 1991 S. 16, 54), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Mai 2012 (GVBl. S. 137)

§ 6 Zulässigkeit der Datenverarbeitung

(1) Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist nur zulässig, wenn

1. dieses Gesetz oder
2. eine besondere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder
3. der Betroffene eingewilligt hat.

Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist nach diesem Gesetz zulässig, wenn wegen der Art der Daten, wegen ihrer Offenkundigkeit oder wegen der Art der Verwendung schutzwürdige Belange der Betroffenen nicht beeinträchtigt werden. Satz 1 Nr. 2 gilt nur, wenn die Rechtsvorschrift einen diesem Gesetz vergleichbaren Datenschutz gewährleistet.

§ 11 Zweckbindung

(2) Sollen personenbezogene Daten zu Zwecken weiterverarbeitet werden, für die sie nicht erhoben oder gespeichert worden sind, so ist dies nur zulässig, wenn

1. eine der Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 oder des § 6a Abs. 1 oder 2 vorliegt,
2. es zur Abwehr erheblicher Nachteile für das Gemeinwohl oder einer sonst unmittelbar drohenden Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder zur Abwehr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Rechte einer anderen Person erforderlich ist oder
3. sich bei Gelegenheit der rechtmäßigen Aufgabenerfüllung Anhaltspunkte für Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten ergeben und die Unterrichtung der für die Verfolgung oder Vollstreckung zuständigen Behörden geboten erscheint.

Unterliegen die personenbezogenen Daten einem Berufs- oder besonderen Amtsgeheimnis und sind sie der datenverarbeitenden Stelle von der zur Verschwiegenheit verpflichteten Person in Ausübung ihrer Berufs- oder Amtspflicht übermittelt worden, findet Satz 1 Nr. 2 und 3 keine Anwendung.

§ 12 Datenübermittlung innerhalb des öffentlichen Bereichs

(1) Die Übermittlung personenbezogener Daten an Behörden und sonstige öffentliche Stellen ist zulässig, wenn eine der Voraussetzungen des § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3 vorliegt. Werden die Daten von einer Behörde oder sonstigen öffentlichen Stelle zur Erfüllung des gleichen Zwecks benötigt, zu dem die Daten erhoben worden sind, ist die Übermittlung personenbezogener Daten an Behörden und sonstige öffentliche Stellen ferner zulässig,

wenn sie zur rechtmäßigen Erfüllung der durch Gesetz der übermittelnden Stelle oder der Behörde oder sonstigen öffentlichen Stelle zugewiesenen Aufgabe erforderlich ist.

Berliner Kammergesetz

in der Fassung vom 4. September 1978 (GVBl. S. 1937, 1980), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. März 2013 (GVBl. S. 70) geändert

§ 4

- (1) Die Kammern haben die Aufgabe,
...
5. Berufsverzeichnisse zu führen,
...

§ 5a

(1) Die Kammern dürfen von ihren Mitgliedern und Berufsangehörigen nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 folgende Daten in die Berufsverzeichnisse nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 aufnehmen und weiterverarbeiten:

1. Namen
2. akademische Grade und Titel
3. Anschriften
4. Geburtsdatum und -ort
5. Geschlecht
6. Staatsangehörigkeit
7. Ausbildung
8. Berufs- und Betriebserlaubnis sowie die ausstellende Behörde oder Stelle und deren Aufsichtsbehörde
9. Weiter- und Fortbildung
10. berufliche Tätigkeit und Betriebsstätte
11. Telekommunikationsanschlüsse
12. Ort der letzten Berufsausübung
13. Mitgliedstaat der rechtmäßigen Niederlassung
14. Mitgliedschaft einschließlich zuvor oder gleichzeitig bestehender Mitgliedschaften in einer Kammer oder einer vergleichbaren Berufsorganisation
15. Beitrags- und Gebührenpflicht
16. Bank- und andere Inkassoverbindungen
17. Tätigkeit in der Selbstverwaltung
18. Berufsbildung und Prüfung des Fachpersonals
19. Erfüllung der Berufspflichten, berufsgerichtliche Maßnahmen.

Die Kammern dürfen die im Berufsverzeichnis geführten Daten insoweit veröffentlichen und übermitteln, als diese Daten auch aus anderen Quellen allgemein zugänglich sind.

§ 14

- (4) Jede Kammer hat der Aufsichtsbehörde oder den von ihr bestimmten Stellen nach näherer Vereinbarung
1. Abschriften des Berufsverzeichnisses zu übersenden und über Veränderungen laufend zu berichten,
 2. die für statistische Zwecke erforderlichen Angaben zu übermitteln,
 3. über die Verletzung von Berufspflichten zu unterrichten, wenn das Verhalten geeignet ist, Zweifel an der Eignung, Würdigkeit oder Zuverlässigkeit des Mitgliedes oder des Berufsangehörigen nach § 2 Absatz 2 Nummer 2 hervorzurufen,
 4. über Erkrankungen und körperliche Einschränkungen von Mitgliedern und Berufsangehörigen nach § 2 Absatz 2 Nummer 2 zu unterrichten, sofern eine weitere Berufstätigkeit erhebliche konkrete Gefahren befürchten lässt, und
 5. über Maßnahmen zu unterrichten, die sie auf Grund von Auskünften nach Artikel 56 Absatz 2 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EG Nummer L 255 S. 22) ergriffen hat.

Gesundheitsdienst-Gesetz

vom 25. Mai 2006 (GVBl. S. 450), zuletzt geändert durch Artikel II des Gesetzes vom 17. Dezember 2009 (GVBl. S. 875)

§ 14 Anzeigepflichten der Berufe des Gesundheitswesens

(1) Wer selbständig einen staatlich geregelten Beruf des Gesundheitswesens oder einen anderen staatlich geregelten Pflegeberuf ausüben will, hat unbeschadet weitergehender rechtlicher Verpflichtungen dem öffentlichen Gesundheitsdienst den Beginn und das Ende seiner Tätigkeit unter Nachweis der Berechtigung zur Berufsausübung oder zum Führen der Berufsbezeichnung anzuzeigen. Diese Verpflichtung entfällt, sofern die zuständige Ärzte-, Zahnärzte-, Tierärzte- oder Apothekerkammer oder die Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten benachrichtigt wird.

(2) Wer gegen Entgelt krankenpflegerische Tätigkeiten anbietet oder erbringt, hat dies unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift sowie gegebenenfalls des Namens und der Anschrift der Einrichtung sowie Beginn und Ende der Tätigkeit unverzüglich dem öffentlichen Gesundheitsdienst anzuzeigen.

(3) Wer Angehörige der staatlich geregelten Berufe des Gesundheitswesens oder anderer staatlich anerkannter Pflegeberufe in Krankenhäusern oder in Einrichtungen, die Krankenpflege betreiben, beschäftigt, hat die Zahl dieser Beschäftigten dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder einer von ihm benannten Stelle einmal jährlich anzuzeigen.

(4) Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Verarbeitung von Daten über die Angehörigen der staatlich geregelten Berufe des Gesundheitswesens zu regeln, insbesondere die Angabe des Namens, des Geburtstages, der Anschrift, der Anschrift des Ortes, an dem die selbständig Tätigen ihren Beruf ausüben, der Berufsbezeichnung mit Qualifizierung und Spezialisierung, des Datums und Ortes der staatlichen Prüfungen.

(5) Der öffentliche Gesundheitsdienst führt die Aufsicht über die Ausbildung und Berufsausübung der staatlich geregelten Berufe des Gesundheitswesens und wirkt darauf hin, dass eine ausreichende Zahl von Angehörigen dieser Berufe zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung steht.

(6) Der öffentliche Gesundheitsdienst überprüft die Eignung der Antragsteller für eine Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, und erteilt die Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702).

(7) Wer als Verband oder sonstiger Träger Krankenpflege nicht gewerblich betreibt, hat dies unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift sowie gegebenenfalls des Namens und der Anschrift der Einrichtung sowie Beginn und Ende der Tätigkeit unverzüglich dem öffentlichen Gesundheitsdienst anzuzeigen.