

Gesetzentwurf

Der Niedersächsische Ministerpräsident

Hannover, den 03.02.2015

Herrn
Präsidenten des Niedersächsischen Landtages
Hannover

Sehr geehrter Herr Präsident,

anliegend übersende ich den von der Landesregierung beschlossenen

Entwurf eines Niedersächsischen Gesetzes über Pflichten von Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleistern (NGesDPG)

nebst Begründung mit der Bitte, die Beschlussfassung des Landtages herbeizuführen. Gleichzeitig beantrage ich, den Gesetzentwurf gemäß § 24 Abs. 2 Satz 1 der Geschäftsordnung des Niedersächsischen Landtages sogleich an einen Ausschuss zu überweisen. Eine Gesetzesfolgenabschätzung hat stattgefunden.

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

Mit freundlichen Grüßen
Stephan Weil

Entwurf

Niedersächsisches Gesetz über Pflichten von Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleistern (NGesDPG)*

§ 1

Regelungszweck und Anwendungsbereich

(1) Dieses Gesetz soll den Zugang zu einer sicheren und hochwertigen Gesundheitsversorgung dadurch erleichtern, dass den Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleistern Informationspflichten und Pflichten zur Absicherung von Schadenersatzansprüchen auferlegt werden.

(2) ¹Dieses Gesetz gilt für die Gesundheitsversorgung in Niedersachsen unabhängig davon, wie diese organisiert, erbracht oder finanziert wird. ²Es 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 und
3. öffentliche Impfprogramme gegen Infektionskrankheiten, die ausschließlich dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung dienen und mit gezielten Planungs- und Durchführungsmaßnahmen verbunden sind.

(3) Regelungen in anderen Rechtsvorschriften über Informationspflichten von Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleistern gegenüber Patientinnen und Patienten und über die Absicherung von Schadenersatzansprüchen gegenüber Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleistern haben Vorrang.

§ 2

Begriffsbestimmung

(1) Unter Gesundheitsversorgung im Sinne dieses Gesetzes sind 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) ¹Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister im Sinne dieses Gesetzes sind alle natürlichen oder juristischen Personen oder sonstigen Einrichtungen, die berechtigt sind, Gesundheitsdienstleistungen persönlich oder durch bei ihnen beschäftigte Personen zu erbringen. ²Beschäftigte sind keine Gesundheitsdienstleisterinnen oder Gesundheitsdienstleister.

§ 3

Informationspflichten

(1) ¹Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister haben auf Nachfrage einschlägige Informationen bereitzustellen, um den jeweiligen Patientinnen und Patienten zu helfen, eine sachkundige Entscheidung über die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zu treffen. ²Insbesondere sind leicht nachvollziehbare Informationen über

1. die Verfügbarkeit, die Qualität, die Sicherheit und die Preise ihrer angebotenen Gesundheitsdienstleistungen,

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. EU Nr. L 88 S. 45), geändert durch Artikel 6 der Richtlinie 2013/64/EU des Rates vom 17. Dezember 2013 (ABl. EU Nr. L 353 S. 8).

2. ihren Zulassungs- oder Registrierstatus und
3. ihren Versicherungsschutz oder andere Formen des persönlichen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf die Haftpflicht (§ 4)

bereitzustellen. ³Rechnungen der Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister müssen leicht nachvollziehbar sein.

(2) Für Patientinnen und Patienten, die im Ausland ansässig sind, müssen die Informationen nach Absatz 1 nicht ausführlicher sein als für im Inland ansässige Patientinnen und Patienten.

§ 4

Absicherung von Schadenersatzansprüchen

Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister müssen zur Deckung der Schäden, die durch eine Tätigkeit im Rahmen der Gesundheitsversorgung entstehen können, gegen Haftpflichtansprüche versichert oder durch eine Garantie oder ähnliche Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang angemessen ist, abgesichert sein.

§ 5

Inkrafttreten

Das Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

1. Anlass und Ziele des Gesetzes

Der Gesetzentwurf 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. EG Nr. L 88 S. 45). Die Richtlinie regelt im Bereich grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen insbesondere Anforderungen an die Information der Patientinnen und Patienten durch Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister, an die Verwaltungszusammenarbeit und an den Informationsaustausch zwischen den Behörden der Mitgliedsstaaten der EU sowie die Verpflichtung für alle Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister, eine Berufshaftpflichtversicherung vorzuhalten.

Zahlreiche Aspekte der Patientenmobilitätsrichtlinie hat der Bundesgesetzgeber bereits mit dem Patientenrechtsgesetz vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geregelt (vgl. BT-Drs. 17/10488, S. 13), dessen Erlass er auf seine Gesetzgebungskompetenz aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 1 des Grundgesetzes (im Folgenden: GG) für das Bürgerliche Recht und für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG sowie für die vorgesehene Änderung des Krankenhausfinanzierungsrechts aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 a GG gestützt hat (vgl. BT-Drs. 17/10488, S. 12).

Dagegen hat der Bund Forderungen nach der Einführung einer Proportionalhaftung und nach Bildung eines Entschädigungsfonds ausdrücklich abgelehnt, weil alternative Haftungs- oder Entschädigungsmodelle dem deutschen Haftungsrecht fremd seien und wie im Fall eines Entschädigungsfonds Fragen nach der Finanzierbarkeit aufwerfen würden (BT-Drs. 17/10488, S. 9).

Wegen der nicht vollständigen Umsetzung der Patientenmobilitätsrichtlinie 2011/24/EU durch den Bund bedarf es einer zusätzlichen gesetzlichen Umsetzung durch die Länder im Bereich der Berufsausübung in den Gesundheitsberufen, für die diese aufgrund von Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 GG zuständig sind. Hierzu gehören u. a. Regelungen zu den Informationspflichten und zur Berufshaftpflicht der Angehörigen der Gesundheitsberufe. Die Länder Bayern, Berlin, Bremen, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen haben bereits derartige Gesetze erlassen.

2. Auswirkungen auf die Umwelt, den ländlichen Raum und die Landesentwicklung, auf Menschen mit Behinderungen, auf Familien sowie auf die Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern

Das Gesetz über Pflichten von Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleistern (NGesDPG) hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Umwelt, den ländlichen Raum und die Landesentwicklung, auf Menschen mit Behinderungen, auf Familien sowie auf die Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern.

3. Wesentliches Ergebnis der Gesetzesfolgenabschätzung

Eine Gesetzesfolgenabschätzung hat stattgefunden. Hinsichtlich des Ergebnisses wird auf die Ausführungen unter Nummer 1 verwiesen.

4. Voraussichtliche Kosten und haushaltmäßige Auswirkungen

Aus der Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU entstehen für den Landeshaushalt keine zusätzlichen Kosten. Für einige Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister, für die es bislang noch keine gesetzliche Verpflichtung zum Vorhalten einer Haftpflichtversicherung gibt, ist eine zusätzliche finanzielle Belastung nicht auszuschließen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Kosten in den Vergütungen der jeweiligen Leistungen berücksichtigt werden.

5. Beteiligung von Verbänden und sonstigen Stellen gemäß § 31 GGO

Im Rahmen der Beteiligung von Verbänden und sonstigen Stellen gemäß § 31 GGO wurde folgenden Verbänden und Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben:

- AOK - Die Gesundheitskasse
- BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen Mitte
- IKK classic
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Knappschaft
- Verband der Ersatzkassen e. V. Landesvertretung Niedersachsen
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
- Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens
- Niedersächsischer Pflegerat
- Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen
- Landesarbeitsgemeinschaft der Verbände der privaten Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen (LAG PPN)
- Katholisches Büro Niedersachsen
- Konföderation der Evangelischen Kirchen in Niedersachsen
- Deutscher Gewerkschaftsbund Landesverband Niedersachsen-Bremen-Sachsen-Anhalt
- Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V. (NKG)
- Verband der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen e. V.

-
- SoVD-Landesverband Niedersachsen e. V.
 - Landessenorenrat Niedersachsen e. V.
 - Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V.
 - Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderungen
 - Landesbeauftragter für den Datenschutz Niedersachsen
 - Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen
 - Ärztekammer Niedersachsen
 - Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
 - Apothekerkammer Niedersachsen
 - Zahnärztekammer Niedersachsen
 - Berufsverband Heilerziehungspflege
 - Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V.
 - Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.
 - BED - Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V.
 - Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V.
 - Hebammenverband Niedersachsen e. V.
 - Bundesverband PTA e. V.
 - Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e. V. - Landesverband Niedersachsen e. V.
 - Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK e. V.
 - Verband Physikalische Therapie - Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V.
 - VDB - Physiotherapieverband e. V.
 - Berufsverband der Orthoptistinnen Deutschlands e. V.
 - Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e. V.
 - Verband Deutscher Podologen
 - Deutscher Podologen Verband e. V.
 - Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland e. V.
 - dbI e. V. - Deutscher Bundesverband für Logopädie

Von 43 Verbänden und Organisationen haben sich 21 zu dem Gesetzentwurf geäußert. Dabei wurde der Gesetzentwurf fast ausschließlich ausdrücklich begrüßt. Sechs Voten beinhalteten Änderungswünsche. Diese waren zum großen Teil abzulehnen, weil sie mit den Anforderungen der Richtlinie nicht vereinbar waren. Das Ergebnis der Verbandsanhörung hat in § 3 Abs. 1 Satz 1 zu einer Beschränkung der Informationspflicht geführt, welche nunmehr erst auf Nachfrage und nicht generell besteht. Im Übrigen wird auf die Erläuterungen im Besonderen Teil verwiesen.

B. Besonderer Teil

Zu § 1:

Diese Vorschrift definiert entsprechend Kapitel I Artikel 1 Abs. 1 bis 3 der Richtlinie 2011/24/EU Gegenstand und Anwendungsbereich des Gesetzes.

In Absatz 1 wird beschrieben, welchem Zweck das Niedersächsische Gesetz über Pflichten von Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister dient. Es hat den Zweck, allen Bürgerinnen und Bürgern der Europäischen Union gleichermaßen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen und sicheren grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu erleichtern. Alle Bürgerinnen und Bürger der Europäischen Union sollen die Möglichkeit erlangen, sich in jedem Mitgliedstaat medizinisch/therapeutisch behandeln zu lassen und dabei im Vorfeld die erforderlichen Informationen zu erhalten.

Die NKG hat zu § 1 Abs. 1 angemerkt, es möge allein der Gesetzeszweck und nicht das Mittel dargestellt werden. Dem konnte aus Gründen der Rechtsklarheit nicht gefolgt werden. Sowohl die Richtlinie als auch zahlreiche Landesgesetze beinhalten in ihren Überschriften allein den Aspekt der Patientenmobilität in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Normadressaten sind aber vor allem die Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister, denen - damit eine sichere und hochwertige Gesundheitsversorgung ermöglicht werden kann - Pflichten auferlegt werden. Vor diesem Hintergrund sind die Normadressaten zu Beginn des Gesetzes anzusprechen.

Das Gesetz gilt nach Absatz 2 Satz 1 für jegliche Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten, unabhängig davon, wie diese organisiert, erbracht oder finanziert wird. Dass mit dem Begriff der Gesundheitsversorgung vor allem geplante Behandlungen umfasst sein sollen, ergibt sich aus dem Kontext der Richtlinie. Der Richtliniengeber spricht u. a. davon, dass sich Patientinnen und Patienten für eine Behandlung „entscheiden“ und sie Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen „wollen“ (vgl. Erwägungsgründe 11, 20 und 21). Der Aufforderung der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, den Anwendungsbereich auf elektive Leistungen zu beschränken, wird nicht gefolgt, weil die Richtlinie eine solche Beschränkung des Anwendungsbereichs nicht zulässt.

Der Anwendungsbereich des Gesetzes wird in Absatz 2 Satz 2 in drei Fällen ausgeschlossen. Erstens: Das Gesetz gilt nicht für Dienstleistungen, deren primäres Ziel darin besteht, Personen zu unterstützen, die auf Hilfe bei routinemäßigen alltäglichen Verrichtungen angewiesen sind. Das Gesetz gilt insbesondere nicht für jene Dienstleistungen der Langzeitpflege, die als notwendig erachtet werden, um der oder dem Pflegebedürftigen ein erfülltes und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Deshalb gilt dieses Gesetz beispielsweise nicht für Dienstleistungen der Langzeitpflege, die von häuslichen Pflegediensten, im Rahmen von betreuten Wohnformen und in Wohnheimen oder -stätten („Pflegeheimen“) erbracht werden. Wie von der LAG PPN zu Recht angemerkt worden ist, muss dabei die Rechtsgrundlage der Finanzierung unerheblich sein. Das von der LAG PPN geforderte Schutzniveau für inländische Kunden, die von osteuropäischen Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleistern in der eigenen Häuslichkeit Leistungen der Langzeitpflege erhalten, entspricht - weil Dienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege ausgenommen worden sind - nicht dem Normzweck der Richtlinie und damit auch nicht dem dieses Gesetzes.

Zweitens: Angesichts ihrer Besonderheit fällt der Zugang zu Organen und deren Zuteilung zum Zweck der Organtransplantation ebenfalls nicht unter den Anwendungsbereich.

Drittens: Ebenfalls ausgeschlossen sind öffentliche Impfprogramme gegen Infektionskrankheiten, die ausschließlich dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung dienen und mit gezielten Planungs- und Durchführungsmaßnahmen verbunden sind, weil bei solchen Maßnahmen nicht etwa die Dienstleistung „grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ im Vordergrund steht, sondern der Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten, zum Beispiel im Zusammenhang mit einer Pandemie.

In Absatz 3 wird die Subsidiarität des Gesetzes gegenüber anderen landesgesetzlichen Bestimmungen für Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister geregelt. Umfasst werden davon insbesondere berufsrechtliche Regelungen wie im Kammergesetz für die Heilberufe, die für die dort geregelte Berufsausübung auch weiterhin maßgeblich bleiben. Konkret bedeutet dies im

Hinblick auf die in § 4 NGesDPG normierte Absicherung von Schadenersatzansprüchen, dass für Mitglieder der Heilberufskammern weiterhin ausschließlich die aufgrund von § 33 Abs. 2 Nr. 16 des Kammergesetzes für die Heilberufe in den Berufsordnungen angeordnete Versicherungspflicht für Haftpflichtansprüche im Rahmen der beruflichen Tätigkeit gilt. Die LAG PPN geht deshalb zu Recht davon aus, dass keine Pflicht zur Mehrfachversicherung besteht.

Zu § 2:

In § 2 werden einige Begriffsbestimmungen vorgenommen, die für die Auslegung und die Anwendung des Gesetzes erforderlich sind.

Absatz 1 definiert den Begriff der „Gesundheitsversorgung“ gemäß Kapitel I Artikel 3 Buchst. a der Patientenmobilitätsrichtlinie:

„Gesundheitsdienstleistungen“ umfassen zunächst ihrer Beschreibung nach die Ausübung der Heilkunde nach § 1 Abs. 2 des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung. Gesundheitsdienstleistungen gehen jedoch noch darüber hinaus, weil sie sich nicht nur auf die Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beziehen, sondern auch Tätigkeiten umfassen, die ganz allgemein den Gesundheitszustand einer Person beurteilen oder erhalten. Insofern ist von der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen mehr umfasst als lediglich die Ausübung von Heilkunde. Die Richtlinie nennt in diesem Zusammenhang ausdrücklich die Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Nicht umfasst werden sogenannte Wellnessbehandlungen.

Weiteres Definitionselement des Begriffs der Gesundheitsversorgung ist, dass sie durch „Angehörige eines Gesundheitsberufs“ erbracht werden muss. Die Zugehörigkeit zum Kreis der Angehörigen der Gesundheitsberufe richtet sich nach Artikel 3 Buchst. f der Richtlinie, die wiederum auf Artikel 3 Abs. 1 Buchst. a der Richtlinie 2005/36/EG (sog. Berufsanerkenntnisrichtlinie) verweist. Demnach sind nur diejenigen Angehörigen eines Gesundheitsberufes, die einen nach dieser Regelung reglementierten Beruf ausüben. Bei reglementierten Berufen handelt es sich um berufliche Tätigkeiten, deren Aufnahme oder Ausübung durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften an den Besitz bestimmter Berufsqualifikationen gebunden ist. Eine Art der Ausübung ist das Führen einer Berufsbezeichnung, die durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften auf Personen beschränkt ist, die über bestimmte Berufsqualifikationen verfügen. Außerdem gehören zu den Angehörigen der Gesundheitsberufe solche Personen, die einen Beruf ausüben, der nach Bundes- oder Landesrecht entsprechend definiert wird.

Angehörige von Gesundheitsberufen sind damit insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Apothekerinnen und Apotheker, Diätassistentinnen und -assistenten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Hebammen und Entbindungspfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger, Logopädinnen und Logopäden, Masseurinnen und Medizinische Bademeisterinnen und Masseure und Medizinische Bademeister, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Podologinnen und Podologen, Altenpflegerinnen und -pfleger, Orthoptistinnen und Orthoptisten, Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten für Laboratoriumsdiagnostik, Medizinisch-technische Radiologieassistentinnen und -assistenten, Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten für Funktionsdiagnostik und Pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten sowie Rettungsassistentinnen und -assistenten und Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter. Der Beruf der Heilpraktikerin oder des Heilpraktikers zählt nicht zu den Gesundheitsberufen im Sinne dieses Gesetzes. Die erworbene Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde wird ausschließlich zum Zweck der Gefahrenabwehr erteilt und dient nicht dem Nachweis bestimmter Berufsqualifikationen. Darüber hinaus handelt es sich nicht um einen reglementierten Beruf im Sinne der Richtlinie 2005/36/EG.

Ebenfalls nicht zu den Gesundheitsberufen im Sinne dieses Gesetzes zählen in Absprache mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie die sogenannten Gesundheitshandwerke nach den Nummern 33 bis 37 der Anlage A der Handwerksordnung (Augenoptiker, Hörgeräteakustiker, Orthopädietechniker, Orthopädieschuhmacher, Zahntechniker), da bei ihnen die Produktion

von Medizinprodukten oder von Hilfsmitteln im Vordergrund steht. Eine Behandlung ist aber gerade keine produzierende Tätigkeit.

Die Aufforderung der NKG, statt des Begriffes der „Gesundheitsversorgung“ den Begriff der „Gesundheitsdienstleistung“ zu definieren geht insofern fehl, als dass dieser Begriff im Anwendungsbereich der Richtlinie und im Gesetzeszweck verwendet wird. Ferner konnte nicht dem von der NKG und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen vorgetragenen Wunsch gefolgt werden, die Angehörigen der Gesundheitsberufe im Gesetzestext einzeln aufzuführen. Zum einen wären auch mit dem von den Krankenkassen geforderten Verweis auf die Richtlinie nicht alle Berufe erfasst, weil die dritte Variante von Artikel 3 Buchst. f der Richtlinie auf die im Behandlungsmitgliedstaat geregelten Gesundheitsberufe abstellt. Zum anderen soll verhindert werden, dass der Gesetzestext bei der Schaffung neuer oder bei der Veränderung bestehender Berufe stets angepasst werden muss.

Absatz 2 definiert den Begriff der Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister gemäß Kapitel I Artikel 3 Buchst. g der Richtlinie. Danach sind Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister alle natürlichen Personen, die einen Gesundheitsberuf auf der Grundlage einer staatlichen Erlaubnis ausüben. In der Regel sind dies Personen, die als Angehörige eines Gesundheitsberufes in einer Einzelpraxis selbständig tätig sind. Darüber hinaus sind Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister auch juristische Personen, bei denen Angehörige der Gesundheitsberufe Gesundheitsdienstleistungen erbringen. Zu denken ist hier etwa an Krankenhäuser, Geburtshäuser, Medizinische Versorgungseinrichtungen, Praxiskliniken oder Zusammenschlüsse von Ärztinnen und Ärzten. Die Pflichten aus diesem Gesetz trifft die selbständig tätig werdende natürliche oder juristische Person, die Angehörige der reglementierten Gesundheitsberufe beschäftigt und über diese tätig wird. Abhängig Beschäftigte treffen die Pflichten aus diesem Gesetz nicht persönlich. Dort muss die jeweilige natürliche oder juristische Person, bei der die oder der abhängig Beschäftigte tätig ist, diese Pflichten erfüllen. Die NKG weist zur Klarstellung zurecht darauf hin, dass sowohl die Belegärztin oder der Belegarzt (§ 121 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs - SGB V) als auch die ermächtigte Krankenhausärztin oder der ermächtigte Krankenhausarzt (§ 95 SGB V) keine abhängig Beschäftigten im Sinne der Norm sind.

Die Tatbestandsvoraussetzung „berechtigt zu sein“ ist bewusst weit gefasst. Hierunter fällt jegliche Form der staatlichen Legitimation, auf deren Basis die Gesundheitsdienstleistung erbracht wird. Bei den natürlichen Personen dürfte dies in der Regel die Approbation oder die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung sein. Für juristische Personen wären dies in erster Linie die Regelungen des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs, die die Zulassung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung festlegen. Hierzu gehören etwa rechtsfähige medizinische Versorgungseinrichtungen (§ 95 SGB V), Krankenhäuser (§ 108 SGB V), Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 107 Abs. 2 in Verbindung mit den §§ 111, 111 a und 111 c SGB V), Praxiskliniken (§ 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V), Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) geriatrische Institutsambulanzen, (§ 118 a SGB V), von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen (z. B. Geburtshäuser, § 134 a SGB V), Einrichtungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V), spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37 b SGB V) sowie palliativ-medizinische Behandlungen in Hospizen (§ 39 a SGB V), sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V), ambulante Behandlungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in stationären Pflegeeinrichtungen der Behindertenhilfe (§§ 119 a, 119 b SGB V) und Pflegeeinrichtungen, soweit sie nach den §§ 63 ff. SGB V behandeln. Darüber hinaus gehören hierzu auch Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wie Privatkrankenhäuser mit einer Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung.

Dem Hinweis der NKG und des IFK, dass nunmehr mit dem vorliegenden Gesetz eigenständige Pflichten für Ambulanzen und niedergelassene Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die nach ärztlicher Verordnung tätig werden, konstituiert werden, ist entgegenzuhalten, dass die Konstituierung einer eigenständigen Informationspflicht von der Richtlinie gerade gewollt ist. Über die Ausgestaltung dieser Pflicht schweigt der Gesetzgeber bewusst, sodass diese Pflicht von den Ambulanzen zum Beispiel auch mittels eines gemeinsamen Internetauftritts mit dem Krankenhaus erfüllt werden kann.

Zu § 3:

Die Informationen, welche gegenüber Patientinnen und Patienten gemäß Kapitel II Artikel 4 Abs. 2 Buchst. b der Richtlinie bereitzustellen sind, sind zum weit überwiegenden Teil bereits jetzt kodifiziert. Insbesondere ist dies der Fall in

1. den §§ 630 a ff. des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), welche durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) eingeführt wurden, so zum Beispiel § 630 c (Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten), § 630 e (Aufklärungspflichten) und § 630 f (Dokumentation der Behandlung).
2. § 20 Abs. 3 der Apothekenbetriebsordnung in der Fassung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 19. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2371), für Apothekerinnen und Apotheker.
3. den einschlägigen sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs. Eine Auskunft hinsichtlich der Verfügbarkeit stellt beispielsweise die Vereinbarung eines Behandlungstermins dar, hinsichtlich Qualität und Sicherheit gilt Gleiches insbesondere durch den Hinweis auf die durch die sozialrechtliche Zulassung geltenden Qualitätssicherungsmaßnahmen des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs. Der Hinweis der behandelnden Person im Sinne der §§ 630 a ff. BGB auf die sozialrechtliche Zulassung genügt der Informationspflicht hinsichtlich des Zulassungsstatus.
4. den Vorschriften der Bundesärzteordnung (BÄO) in der Fassung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1301), hinsichtlich der Zulassung zum ärztlichen Beruf durch Approbation (§ 2 Abs. 1 BÄO) oder der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs (§ 10 BÄO). Eine Auskunft hinsichtlich des Registrierungsstatus stellt daher beispielsweise der Hinweis auf Approbation oder Berufserlaubnis dar.
5. den Berufsordnungen der Heilberufe 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 Berufshaftpflicht. Gleiches gilt hinsichtlich bereits berufsrechtlich geregelter Dokumentationspflichten und Qualitätssicherungsanforderungen bezüglich der Informationspflicht über die Qualität ihrer erbrachten Gesundheitsversorgung.
6. den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), und der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661), hinsichtlich der Rechnungsstellung. Ein diesbezüglicher Hinweis genügt insbesondere der Informationspflicht über die klare Rechnungsstellung und Preisinformation. Die Rechnungsstellung im Krankenhaus ist in den §§ 7 und 8 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 2 b des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222), geregelt. Informationspflichten für selbst zahlende Patientinnen und Patienten sind dabei in § 8 Abs. 8 und 9 konkretisiert.
7. den Berufsgesetzen und 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.
8. § 137 SGB V, welcher u. a. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement regelt. § 137 Abs. 3 Nr. 4 regelt Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung dargestellt wird.

9. § 30 der Gewerbeordnung in der Fassung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 202), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 28. November 2014 (BGBl. I S. 1802), welcher die Voraussetzungen enthält, die für die Konzessionierung von Privatkrankenanstalten zu erfüllen sind.

Soweit die Informationspflichten nicht bereits aus diesen oder anderen Rechtsquellen bestehen, werden sie durch § 3 NGesDPG konstituiert.

Dem Hinweis der LAG PPN, der NKG und des Landesbeauftragten für den Datenschutz folgend ist die Informationspflicht dahin gehend eingeschränkt worden, dass sie allein auf Nachfrage und nicht generell besteht. Die Richtlinie verlangt in Artikel 4 Abs. 2 Buchst. b, dass die einschlägigen Informationen den „jeweiligen“ Patienten helfen sollen. Es ist daher rechtlich vertretbar, den Passus so auszulegen, dass damit die Informationspflicht nur in Einzelfällen, nämlich auf Nachfrage, ausgelöst wird. Diese Auslegung wird neben Brandenburg auch von Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen vertreten.

Auf Nachfrage der NKG sei klargestellt, dass die Informationspflicht allein in deutscher Sprache erfolgen muss, weil gemäß Artikel 4 Abs. 5 der Richtlinie die Vorschriften der Mitgliedstaaten zur Sprachregelung unberührt bleiben und in diesem Gesetz Art und Weise der Informationsbereitstellung bewusst nicht geregelt worden sind. Ferner wird nicht dem Vorschlag der NKG gefolgt, den Wortlaut der Richtlinie aus Artikel 4 Abs. 2 Buchst. b (am Ende) aufzunehmen, weil ebendiese Regelung mit § 3 Abs. 2 konvertiert wird.

Insgesamt muss einer Vielzahl der Anmerkungen zur Informationspflicht entgegengehalten werden, dass deren Ausgestaltung in diesem Gesetz aufgrund der Richtlinie rechtlich notwendig ist. Der Bundesgesetzgeber hat mit den §§ 630 ff. BGB die Richtlinie lediglich teilweise umgesetzt (siehe Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, Drucksache 17/10488, S. 13). So kann beispielsweise dem Wunsch des deutschen Berufsverbandes für Logopäden e. V., die Informationspflicht auf „fachliche“ Informationen zu beschränken, aus Rechtsgründen nicht entsprochen werden. Ebenso aus Rechtsgründen kann nicht der Anmerkung der LAG PPN gefolgt werden, die Schaffung von Informationspflichten würde nicht im Einklang mit den Bestrebungen zum Bürokratieabbau stehen. Ebenfalls vor dem Hintergrund der Rechtslage unerheblich sind die Hinweise der NKG, dass die Abrechnungsregeln nur schwer verständlich und deshalb der Bürgerin oder dem Bürger nur schwierig zu erklären seien und dass die haftungsrechtlichen Bedingungen für die Patientinnen und Patienten nicht von Interesse seien.

Zu § 4

Artikel 4 Abs. 2 Buchst. d der Richtlinie sieht vor, dass für Behandlungen im Hoheitsgebiet des betreffenden Mitgliedstaats Systeme der Berufshaftpflichtversicherung und eine Garantie oder eine ähnliche Regelung bestehen, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen sind.

Seitens der EU-Kommission wird die Bestimmung so ausgelegt, dass tatsächlich für jede Gesundheitsversorgung im Sinne dieses Gesetzes Risikoschutz bestehen muss (vgl. „Minutes of bilateral meeting with German MoH [Ministry of Health]“, 12. Dezember 2011 - unveröffentlicht -). Damit kann sich die Patientin oder der Patient darauf verlassen, im Schädigungsfall Regress nehmen zu können. Allein das Bestehen von Versicherungsmöglichkeiten in Niedersachsen genügt hier nicht. Das Bundesministerium für Gesundheit hat sich dieser Auslegung durch die Kommission ausdrücklich angeschlossen.

Die Verpflichtung, eine Haftpflichtversicherung vorzuhalten, ist für die Heilberufe bereits in den jeweiligen Berufsordnungen konstituiert. Für alle anderen Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister im Sinne der Richtlinie ergibt sich die Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung aus § 4 des Gesetzes.

Die NKG hat zu Recht vorgetragen, dass die Schaffung der gesetzlichen Pflicht zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung für Krankenhäuser wenig relevant ist, weil auch ohne Bestehen dieser Rechtspflicht sich Krankenhäuser bislang versichert haben.

Die Pflicht zur Absicherung aller Behandlungen gilt unabhängig davon, in welchem Staat die Patientinnen und Patienten ansässig sind. Würde die Absicherung von Behandlungen allein gegenüber Angehörigen aus anderen Mitgliedstaaten gelten, könnte dies dem Zweck der Richtlinie 2001/24/EU zuwider laufen, weil Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleistern damit die Möglichkeit eröffnet wäre, grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung von vornherein abzulehnen.

Die Durchsetzung der Versicherungspflicht erfolgt mit den allgemeinen Mitteln des Verwaltungsrechts.

Zu § 5

§ 5 regelt das Inkrafttreten, das angesichts des Ablaufs der Umsetzungsfrist in Artikel 21 Abs. 1 der Richtlinie am 25. Oktober 2013 zum frühestmöglichen Zeitpunkt vorgesehen ist.