



Patientenrechtegesetz

Rechtsberatertagung bei der Bundesärztekammer
am 19. März 2013





Patientenrechtegesetz

Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen
und Patienten vom 20. Februar 2013 – BGBl. I S. 277

Inkrafttreten 26. Februar 2012

BT-Drucksache 17/10488 (Gesetzentwurf)

BT-Drucksache 17/11710 (Beschlussempfehlung und Bericht)



Gliederung

- Warum das Gesetz erlassen wurde.
- Was im Bereich des Öffentlichen Rechts – insbesondere im Recht der Sozialversicherung – geregelt wird.
- kurzer Exkurs IGeL.



Warum wurde das Gesetz gemacht?

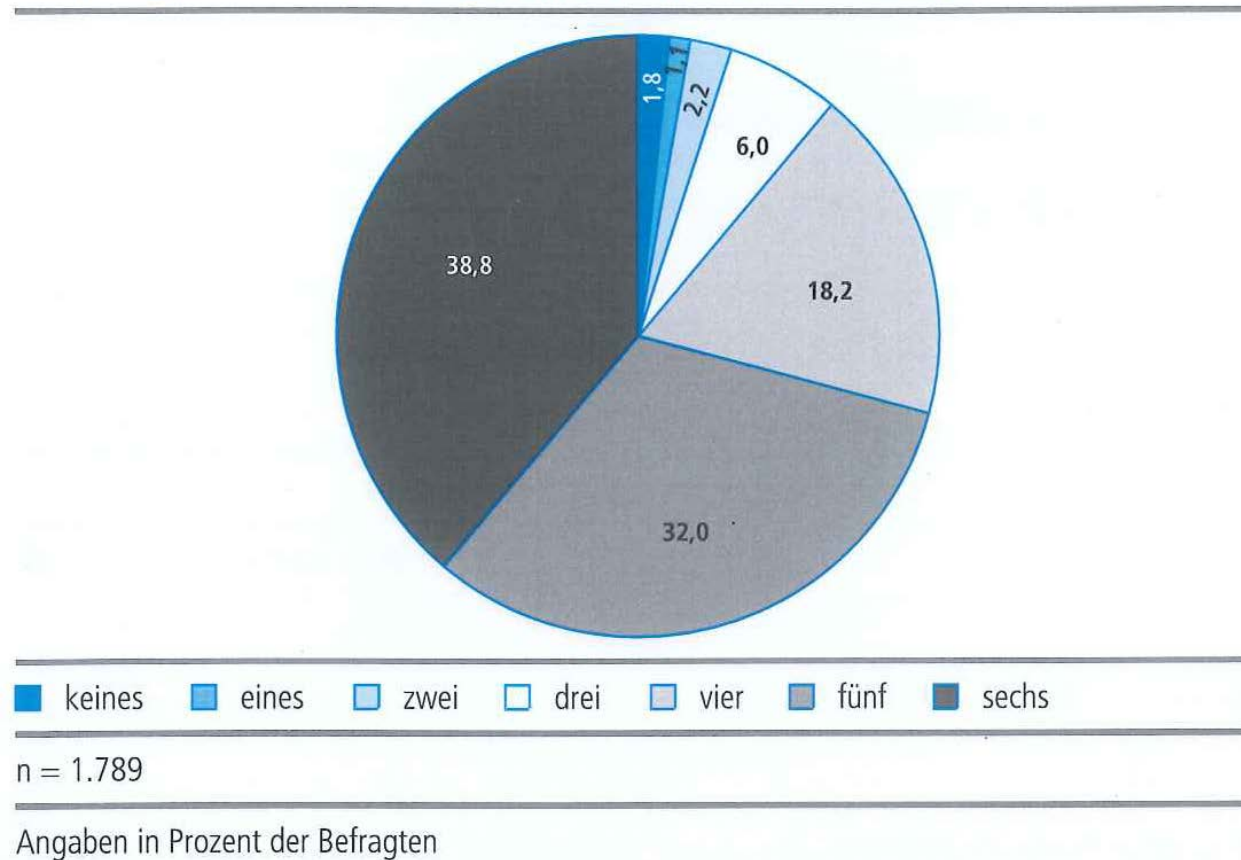


- Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem.
- Dennoch: Defizite im Behandlungsalltag reichen von Nichtbeachtung von Behandlungswünsche über Versagung der Einsicht in die Behandlungsdokumentation bis hin zu Fehlern bei der Behandlung.
- Wesentliches stand nicht im Gesetz, sondern war Richterrecht.
- Stärkung der Rolle des Patienten im Gesundheitssystem: Bisher warten Patienten oftmals zu lange auf Entscheidungen der Krankenkassen; bei dem Verdacht eines Behandlungsfehlers sind sie auf Unterstützung angewiesen.
- Rund zwei Drittel aller Patienten kennen ihre Rechte beim Arztbesuch gar nicht oder nur teilweise.



Rund zwei Drittel aller Patienten kennen ihre Rechte beim Arztbesuch gar nicht oder nur teilweise, wie eine Studie der Bertelsmann-Stiftung ergab.

Abbildung 4: Wie viele richtige Patientenrechte wurden zutreffend bewertet?





Was wird geregelt?

- Kodifizierung des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)
- Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern
- Stärkung Versichertenrechte bei Behandlungsfehlern
- Förderung der Fehlervermeidungskultur
- Patientenschutz
- Stärkung der Patientenbeteiligung
- Stärkung der Patienteninformationen





I. Kodifizierung des Behandlungsvertrages -Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

- Der Behandelnde muss den Patienten vorher in Textform über die voraussichtlichen Kosten einer Behandlung informieren,
 - ◆ wenn dieser Anhaltspunkte dafür hat, dass die Kosten wie bei den sog. IGeL nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Hierzu gehören z.B. Reiseimpfungen, aber auch Behandlungen deren medizinischer Nutzen nicht mit der erforderlichen Evidenz nachgewiesen ist.

- Der Behandelnde muss genau angeben, wie hoch die Kosten sein werden.
 - ◆ Ein pauschaler Hinweis auf ein Kostenrisiko reicht nicht. Bereits nach geltendem Recht muss ein Vertrag über sog. IGeL-Leistungen schriftlich geschlossen werden.



§ 630c BGB Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

(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.**



§ 12 MBO

Honorar und Vergütungsabsprachen

(4) **Vor** dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten **erkennbar nicht** von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger **erstattet werden**, müssen Ärztinnen und Ärzte die Patientinnen und Patienten ***schriftlich*** über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden **voraussichtlichen Honorars** sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf **Übernahme der Kosten** durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger **nicht gegeben** oder **nicht sicher** ist.



I. Kodifizierung des Behandlungsvertrages -Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Bereits nach geltendem Recht :

- muss für Leistungen, für die eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht besteht, ein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen werden (§ 3 Abs. 1 S. 3 BMV-Ä)
- darf ein Vertragsarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern,
 - ◆ wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies schriftlich bestätigt (§ 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä)
 - ◆ wenn bei Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherte vorher auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde und schriftlich zugestimmt hat (§ 18 Abs. 8 Nr. 3 BMV-Ä)



II. Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern

- Einführung von Fristen bei Leistungsentscheidungen der Krankenkassen (§ 13 Absatz 3a SGB V)
 - ◆ Krankenkassen müssen innerhalb von 3 bzw. 5 Wochen über einen Antrag auf eine Leistung entscheiden. Entscheiden sie ohne hinreichenden Grund verspätet, können sich die Versicherten die Leistung selbst beschaffen.



§ 13 Abs. 3a SGB V Kostenerstattung

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen **zügig, spätestens** bis zum Ablauf von **drei Wochen** nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine **gutachtliche Stellungnahme**, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von **fünf Wochen** nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die **Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten**. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für **Zahnärzte** vorgesehene Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von **sechs Wochen** zu entscheiden; der **Gutachter** nimmt innerhalb von **vier Wochen** Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine **erforderliche Leistung selbst**, ist die Krankenkasse zur Erstattung der **hierdurch** entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. **Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.**



II. Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern Fristen bei Leistungsentscheidungen der Krankenkassen (§ 13 Absatz 3a SGB V)

- Entscheidung der Krankenkasse **spätestens** bis zum Ablauf von 3 Wochen nach Antragseingang bei Gutachten 5 Wochen
 - ◆ gerade bei Eilbedürftigkeit schnellstmöglich
 - ◆ **Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3**, etwa wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte, bleibt unberührt.

- Fristen gelten für **jegliche Gutachteneinholung**, nicht nur MDK.

- Fristen gelten auch für Anträge auf **Krankengeld**.



II. Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern Fristen bei Leistungsentscheidungen der Krankenkassen (§ 13 Absatz 3a SGB V)

- **längere Frist für Vertragszahnärzte** (4 bzw. 6 Wochen)
 - ◆ Gutachten wird von niedergelassenen Vertragszahnärzten neben dem regulären Praxisbetrieb erledigt, daher längere Frist als beim Medizinischen Dienst.

- **hinreichende Gründe für Fristüberschreitung:**
 - ◆ Versicherte oder Dritte haben nicht genügend oder rechtzeitig bei einer körperlichen Untersuchung mitgewirkt
 - ◆ oder von einem Gutachter angeforderte notwendige Unterlagen beigebracht;
 - ◆ ein Obergutachten wird eingeholt oder der Prothetik Einigungsausschuss wird angerufen.



II. Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern Fristen bei Leistungsentscheidungen der Krankenkassen (§ 13 Absatz 3a SGB V)

- **Genehmigungsfiktion** erleichtert zeitnahe Leistungsbeschaffung.
 - ◆ Änderung im Gesetzgebungsverfahren: im Entwurf noch zusätzliche Fristsetzung durch Versicherten erforderlich.

- Kostenerstattung in Höhe der „hierdurch“, d.h. durch die Selbstbeschaffung entstandenen Kosten
 - ◆ die Krankenkasse hat auch im Fall der selbst beschafften Leistung, zum Beispiel bei einer notwendigen Versorgung mit Zahnersatz, nicht den vom Versicherten zu tragenden Eigenanteil zu übernehmen.

- Für Anträge auf Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** gelten die bisher bestehenden **Sonderregelungen** (§§ 14, 15 SGB IX) weiter.



II. Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern

- Mehr Transparenz bei Selektivverträgen durch Widerrufsmöglichkeit (§§ 73b, 73c, 140a SGB V)
 - ◆ Widerruf innerhalb von 2 Wochen.
 - ◆ rechtzeitige Absendung genügt zur Fristwahrung
 - ◆ Die Krankenkassen müssen in ihren Satzungen Vorgaben zur Abgabe der Teilnahmeerklärung machen.



§ 73b SGB V

Hausarztzentrierte Versorgung

(3) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt. **Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an seine Teilnahmeerklärung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen. Die Satzung hat auch Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärung zu enthalten; die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.**



III. Stärkung der Versichertenrechte bei Behandlungsfehlern

- Krankenkassen sollen künftig ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern unterstützen (Änderung von § 66 SGB V).
- Die Unterstützungspflicht gilt auch in der Pflegeversicherung (§ 115 Absatz 3 Satz 7 SGB XI iVm § 66 SGB V).



§ 66 SGB V

Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Die Krankenkassen **sollen** die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen.



III. Stärkung der Versichertenrechte bei Behandlungsfehlern

→ Mögliche Unterstützungshandlungen sind:

- ◆ Hilfe bei der Klärung der Frage: Was ist überhaupt passiert?
- ◆ Unterstützung bei der Beschaffung der Behandlungsunterlagen und dabei, diese zu verstehen
- ◆ Einholung von Gutachten beim Medizinischen Dienst, um den Verdacht eines Behandlungsfehlers zu erhärten oder aber auch zu entkräften
- ◆ keine Unterstützung bei der Prozessführung
- ◆ keine finanzielle Unterstützung
- ◆ Initiative durch Krankenkassen zulässig?



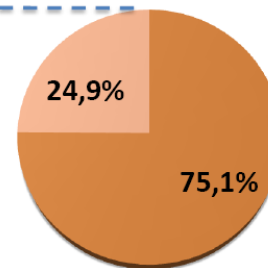
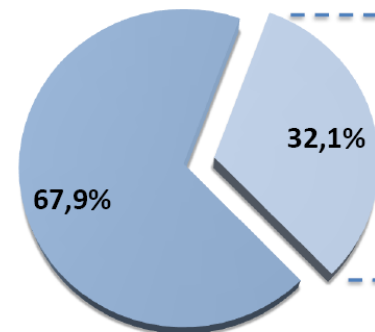
Rund ein Drittel der Behandlungsfehlervorwürfe wird bestätigt, so die Behandlungsfehlerstatistik des MDS

Ergebnisse 2011



Behandlungs-
fehlervorwürfe insgesamt:
12.686

Bestätigte
Behandlungsfehler:
4.068



■ Behandlungsfehler nicht bestätigt
■ Behandlungsfehler bestätigt

■ Behandlungsfehler mit Kausalität
■ Behandlungsfehler ohne Kausalität



IV. Förderung der Fehlervermeidungskultur

- Alle Krankenhäuser müssen ein patientenorientiertes **Beschwerdemanagement** einführen (§ 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V)
- Daten aus Fehlermeldesystemen werden **geschützt** (§ 135a Abs. 3 SGB V)





§ 135a Abs. 2 SGB V Verpflichtung zur Qualitätssicherung **Beschwerdemanagement**

(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137d verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
1. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, **wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.**



IV. Förderung der Fehlervermeidungskultur

Patientenorientiertes Beschwerdemanagement

- Elemente eines patientenorientierten Beschwerdemanagements sind:
- ◆ Unterrichtung der Patienten in geeigneter Form vor Ort über ihre Beschwerdemöglichkeiten.
 - ◆ Zügige transparente Bearbeitung der Beschwerden .
 - ◆ Unterrichtung über das Ergebnis und mögliche Konsequenzen.
 - ◆ Transparente Regelungen in Bezug auf die Stellung und die Kompetenzen der mit dem Beschwerdemanagement betrauten Personen.



§ 135a Abs. 2 SGB V
Verpflichtung zur Qualitätssicherung
Schutz der Meldedaten

(3) Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen nach Absatz 2 in Verbindung mit § 137 Absatz 1d **dürfen im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden.** Dies gilt nicht, soweit die Verwendung zur Verfolgung einer Straftat, die im Höchstmaß mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist und auch im Einzelfall besonders schwer wiegt, erforderlich ist und die Erforschung des Sachverhalts oder die Ermittlung des Aufenthaltsorts des Beschuldigten auf andere Weise aussichtslos oder wesentlich erschwert wäre.



IV. Förderung der Fehlervermeidungskultur

Schutz von Daten aus Fehlermeldesystemen

- Daten dürfen im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden.
 - ◆ Schutz vor arbeitsrechtlichen Sanktionen, strafrechtlicher Verfolgung oder Verfolgung nach OWiG.
 - ◆ Kein Schutz bei besonders schweren Straftaten mit Höchstmaß von mehr als 5 Jahren Freiheitsstrafe, wenn Nutzung erforderlich:
 - erfasst sind z.B. vorsätzliche Tötung, sexueller Missbrauch von Kindern
 - nicht erfasst: üblicherweise bei Behandlungsfehler mögliche Delikte wie Körperverletzung, fahrlässige Tötung, Delikte in Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbruch.
 - ◆ Andere Quellen können weiterhin genutzt werden, z.B. Patientenakten



IV. Förderung der Fehlervermeidungskultur

- **Fehlermeldesysteme** werden für GBA verbindlich
 - ◆ Richtlinien des GBA müssen Vorgaben für Risiko- und Fehlermeldesysteme enthalten.
 - ◆ einrichtungsübergreifende Systeme werden gefördert.





§ 137 Abs. 1d SGB V

Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

Mindeststandards für Fehlermeldesysteme

(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.



V. Patientenschutz

- Ruhen der Approbation nach § 6 Abs. 1 Nr. 5 BÄO bei fehlender oder nicht ausreichender Berufshaftpflichtversicherung
 - ◆ Sanktionsmöglichkeit bei Verstoß gegen **landesrechtliche Versicherungspflicht**.
 - ◆ Anordnung durch die zuständigen Landesbehörden.
 - ◆ Länder können Meldeverfahren und Meldestellen für die Versicherungen vorsehen.
 - ◆ Mindestversicherungssumme nach § 114 Abs. 1 VVG 250.000 Euro.



§ 6 BÄO

Ruhen der Approbation

- (1) Das Ruhen der Approbation **kann** angeordnet werden, wenn
1. nachträglich die Voraussetzung nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 weggefallen ist,
 1. gegen den Arzt wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergeben kann, ein Strafverfahren eingeleitet ist,.
 2. Zweifel bestehen, ob die Voraussetzung des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 noch erfüllt ist und der Arzt sich weigert, sich einer von der zuständigen Behörde angeordneten amts- oder fachärztlichen Untersuchung zu unterziehen,
 3. sich ergibt, dass der Arzt nicht über die Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt, die für die Ausübung der Berufstätigkeit in Deutschland erforderlich sind oder
 4. **sich ergibt, dass der Arzt nicht ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren versichert ist, sofern kraft Landesrechts oder kraft Landesrechts eine Pflicht zur Versicherung besteht.**
- (2) Die Anordnung ist aufzuheben, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- (3) Der Arzt, dessen Approbation ruht, darf den ärztlichen Beruf nicht ausüben.

...



VI. Stärkung der Patientenbeteiligung

- Stellungnahmerecht bei der Aufstellung des Bedarfsplanes zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 99 SGB V).
- Mitberatungsrecht auf Landesebene im künftigen (fakultativen) gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V und bei Beratungen zu Befristungen von Zulassungen für Vertragsärzte in den Zulassungs- und Berufungsausschüssen.
- Im GemBA: Über Anträge der Patientenorganisationen ist in der Regel in der nächsten Sitzung zu entscheiden (§ 140f Abs. 2 SGB V).
- Erweiterung der Patientenbeteiligung bei Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes (nun auch bei Rahmenempfehlungen bei der Hilfsmittelversorgung und bei Krankentransportleistungen).



VII. Stärkung der Patienteninformation **Nationale Kontaktstelle (§ 219d SGB V)**

- Setzt die EU-Richtlinie 2011/24/EU um.
- Informationen im Zusammenhang mit **grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme**
- Informationen über
 - ◆ **Gesundheitsdienstleister,**
 - ◆ **Qualitäts- und Sicherheitsbestimmungen**
 - ◆ **Patientenrechte,**
 - ◆ **Beschwerdeverfahren, Rechtsbehelfe** und Möglichkeiten zur **Streitbeilegung.**



VII. Stärkung der Patienteninformation **Nationale Kontaktstelle (§ 219d SGB V)**

- Abfrageberechtigt sind auch Gesundheitsdienstleister
- Organisationshoheit liegt bei der DVKA. Näheres wird durch Vertrag geregelt.
 - ◆ weitere Organisationen wie z.B. BÄK können konsultiert werden; Patientenorganisationen sollen zu grundsätzlichen Fragestellungen die Möglichkeit zur Stellungnahme haben.
- kein Fallmanagement



§ 219d SGB V Nationale Kontaktstelle

(1) Die Aufgaben der nationalen Kontaktstelle nach der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45) nimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, ab dem 25. Oktober 2013 wahr. Sie stellt insbesondere Informationen über

1. die **Rechte** und **Ansprüche** des Versicherten bei **Inanspruchnahme grenzüberschreitender Leistungen** in anderen Mitgliedstaaten und
2. nationale **Gesundheitsdienstleister**, geltende **Qualitäts- und Sicherheitsbestimmungen** sowie **Patientenrechte** einschließlich der Möglichkeiten ihrer **Durchsetzung**,
3. Kontaktstellen in anderen Mitgliedstaaten

zur Verfügung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die privaten Krankenversicherungen stellen der nationalen Kontaktstelle die zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Informationen zur Verfügung. Soweit es zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist, darf die nationale Kontaktstelle personenbezogene Daten der anfragenden Versicherten nur mit deren schriftlicher Einwilligung und nach deren vorheriger Information verarbeiten und nutzen.



§ 219d SGB V Nationale Kontaktstelle

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, und die in Absatz 1 Satz 3 genannten Organisationen vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung der Informationen durch die nationale Kontaktstelle gemäß Absatz 1 Satz 2 in einem **Vertrag**.

(3) An den zur Finanzierung der Aufgaben der nationalen Kontaktstelle erforderlichen **Kosten** sind die in Absatz 1 Satz 3 genannten Organisationen zu beteiligen. Das Nähere zur Finanzierung, insbesondere auch zur Höhe der jährlich erforderlichen Mittel, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, und die in Absatz 1 Satz 3 genannten Organisationen in dem Vertrag nach Absatz 2. Wird nichts Abweichendes vereinbart, beteiligen sich die privaten Krankenkassen zu 5 Prozent, die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu 20 Prozent, die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu 20 Prozent sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu 10 Prozent an den zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Kosten.

(4) Die in Absatz 1 Satz 2 genannten **Informationen** müssen **leicht zugänglich** sein und, soweit erforderlich, auf elektronischem Wege und in barrierefreien Formaten bereitgestellt werden.

5) Die nationale Kontaktstelle arbeitet mit den nationalen Kontaktstellen anderer Mitgliedstaaten und der Europäischen Kommission in Fragen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung zusammen.



VII. Stärkung der Patienteninformation

- Künftig erstellt der Patientenbeauftragte eine umfassende Übersicht der Patientenrechte und hält sie zur Information der Bevölkerung bereit (§ 140h Abs. 3 S. 3 SGB V).



Manfred Zöller, MdB

Patientenbeauftragter der Bundesregierung



Auf Wiedersehen!

Regine Nellen
Bundesministerium für
Gesundheit

**Stellvertretende Leiterin
des Referats 317
Grundsatzfragen des
Gesundheitsrechts**

