

BEGRÜNDUNG

KOMMENTAR ZU DEN ARTIKELN

Kapitel 1 - Allgemeine Bestimmung

Artikel 1 -

Diese Bestimmung bedarf keiner weiteren Erläuterung.

Kapitel 2 - Abänderungen des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten

Art. 2 -

In der französischen Fassung des Gesetzes lautet die Überschrift von Kapitel 2 "Définitions et champs d'application". Hierbei handelt es sich um einen sprachlichen Fehler. Die Überschrift muss "Définitions et champ d'application" lauten.

Art. 3 -

Im Gesetz vom 22. April 2019 über die Qualität der Ausübung der Gesundheitspflege wird statt "Berufsfachkraft" der Begriff "Fachkraft der Gesundheitspflege" verwendet. Um zu verdeutlichen, dass beide Gesetze denselben persönlichen Anwendungsbereich haben, wird der Begriff "Berufsfachkraft" im Gesetz über die Rechte des Patienten systematisch durch den Begriff "Fachkraft der Gesundheitspflege" ersetzt. Hierbei handelt es sich um eine rein formelle Anpassung. Die rechtliche Tragweite bleibt unverändert, weil der Verweis auf das koordinierte Gesetz vom 10. Mai 2015 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe und auf das Gesetz vom 29. April 1999 über die nicht konventionellen Praktiken in den Bereichen Heilkunde, Arzneikunde, Heilgymnastik, Krankenpflege und im Bereich der Heilhilfsberufe nicht abgeändert wird.

Die Bestimmung des Begriffs "Fachkraft der Gesundheitspflege" in Artikel 2 Nr. 3 bleibt jedoch "die im koordinierten Gesetz vom 10. Mai 2015 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe erwähnte Fachkraft und die Berufsfachkraft einer im Gesetz vom 29. April 1999 über die nicht konventionellen Praktiken in den Bereichen Heilkunde, Arzneikunde, Heilgymnastik, Krankenpflege und im Bereich der Heilhilfsberufe erwähnten nicht konventionellen Praktik". In dieser Begriffsbestimmung wird der Begriff "Berufsfachkraft" beibehalten.

Art. 4 -

In Artikel 1 des Gesetzes von 2002 wurde auf Artikel 78 der belgischen Verfassung verwiesen. Heute handelt es sich um Artikel 74. Artikel 1 wird entsprechend angepasst.

Art. 5 -

1. Ein Patient ist eine Person, die sich an der Gesundheitspflege beteiligt, die sie in Anspruch nimmt. Er unterzieht sich nicht einfach nur den Untersuchungen und Behandlungen, sondern trägt auch aktiv zur Gesundheitspflege bei, die er in Anspruch nimmt. Im Gesetz von 2002 wurde der Patient eher passiv beschrieben als natürliche Person, zu deren Gunsten Gesundheitspflege geleistet wird. Da sich die Auffassung inzwischen dahingehend weiterentwickelt hat, dass der Patient ein Patient ist, der sich beteiligt, und kein passiver Patient, wird die Bestimmung des Begriffs "Patient" angepasst. Gemäß Artikel 3 Buchstabe h) der europäischen Richtlinie 2011/24/EU vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wird die Bestimmung des Begriffs "Patient" aktiv formuliert als jede natürliche Person, die auf ihren Wunsch hin oder nicht Gesundheitspflege in Anspruch nehmen möchte oder nimmt. Dadurch werden auch Personen, die Gesundheitspflege in Anspruch nehmen möchten und die dafür erforderlichen Initiativen ergreifen, durch das Gesetz geschützt. Die Abänderung dieser Begriffsbestimmung führt beispielsweise

dazu, dass der Patient, der eine Fachkraft der Gesundheitspflege sucht oder einen medizinischen Eingriff benötigt, bereits das Recht hat, relevante Informationen diesbezüglich zu erhalten. Hierbei handelt es sich um eines der Hauptziele der vorerwähnten europäischen Richtlinie 2011/24/EU.

Diese Abänderung ermöglicht es zeitgleich, ein Problem mit Artikel 6 zu lösen. Darin wird bestimmt, dass der Patient ein Recht auf freie Wahl der Berufsfachkraft hat. Solange eine Person keine Gesundheitspflege in Anspruch nimmt, ist sie streng genommen jedoch kein Patient im Sinne des Gesetzes und kann sie dieses Recht daher noch nicht haben und ausüben. Dadurch, dass der Patient ebenfalls als Person definiert wird, die Gesundheitspflege in Anspruch nehmen möchte, aber noch nicht Anspruch nimmt, kann er dieses Recht folglich auch in vollem Umfang ausüben.

Dieser Zusatz hat nicht die Einführung eines Rechts auf Gesundheitspflege zur Folge. Das Recht auf Gesundheitspflege wird in Artikel 23 der Verfassung geregelt. Diese Abänderung beeinträchtigt dieses verfassungsrechtlich verankerte Recht keineswegs. Sie bringt für eine Fachkraft der Gesundheitspflege auch nicht die Verpflichtung mit sich, jeden Patienten anzunehmen. Eine Fachkraft der Gesundheitspflege, die einen Patienten nicht annehmen kann, weil sie beispielsweise aus Gründen der praktischen Organisation die Annahme von neuen Patienten begrenzen muss, muss den Patienten indessen korrekt über die Tatsache informieren, dass sie ihn nicht annehmen kann. Der Zusatz führt auch nicht dazu, dass die Fachkraft der Gesundheitspflege verpflichtet ist, den Patienten zu überweisen, wenn sie den Patienten nicht selbst behandeln kann, unbeschadet des Artikels 9 des Gesetzes vom 22. April 2019 über die Qualität der Ausübung der Gesundheitspflege, durch den eine Überweisungspflicht auferlegt wird, wenn das Gesundheitsproblem oder die erforderliche Gesundheitspflege über den eigenen Fachbereich hinausgeht.

Der Zusatz führt allerdings dazu, dass ein Patient, der von einer potenziellen Fachkraft der Gesundheitspflege unzureichende Informationen über beispielsweise die Tragweite einer geltenden Begrenzung der Annahme von neuen Patienten erhält, aufgrund von Artikel 11 beim zuständigen Ombudsdienst eine Klage diesbezüglich einreichen kann.

Mit diesem Zusatz wird auf die Bedenken eingegangen, die diesbezüglich in der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte (Nr. 55 2969/005) geäußert wurden. Darin wurde gefordert, die Bestimmung des Begriffs "Patient" im Gesetz über die Rechte des Patienten und im Qualitätsgesetz, im Gesetz über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen und erforderlichenfalls in anderen Gesetzen und Königlichen Erlassen so anzupassen, dass auch natürliche Personen, die noch keine Pflege erhalten, diese aber benötigen, die Rechte eines Patienten geltend machen können.

2. Bei der Abänderung der Bestimmung des Begriffs "Fachkraft der Gesundheitspflege" handelt es sich um eine rein juristisch-technische Abänderung infolge der Ersetzung des Königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 durch das koordinierte Gesetz vom 10. Mai 2015 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe. Folglich wird der persönliche Anwendungsbereich des Gesetzes durch die Abänderung nicht verändert.

3. Das Gesetz über die Rechte des Patienten und das Gesetz vom 22. April 2019 über die Qualität der Ausübung der Gesundheitspflege (nachstehend: das Qualitätsgesetz) bilden die beiden Seiten derselben Medaille: die Gewährleistung qualitativ hochwertiger patientenorientierter Gesundheitspflege. So wie im Qualitätsgesetz verschiedene Abänderungen in Anlehnung an das Gesetz über die Rechte des Patienten angebracht wurden, ist dasselbe Phänomen im Gesetz über die Rechte des Patienten zu beobachten. Die im Gesetz über die Rechte des Patienten gewährleistete Selbstbestimmung des Patienten ist demnach das Gegenstück zu der in Artikel 4 des

Qualitätsgesetzes gewährleisteten beruflichen Autonomie (oder diagnostischen und therapeutischen Freiheit). Das Recht des Patienten auf eine sorgfältig fortgeschriebene und an einem sicheren Ort aufbewahrte Patientenakte (Artikel 9 des Gesetzes über die Rechte des Patienten) wird durch die Regeln in Bezug auf die Patientenakte aus den Artikeln 33 und folgenden des Qualitätsgesetzes ergänzt. Angesichts der zahlreichen Verweise auf das Gesetz vom 22. April 2019 über die Qualität der Ausübung der Gesundheitspflege ist es daher sinnvoll, eine Begriffsbestimmung aus dem Qualitätsgesetz aufzunehmen, damit die Verweise im Gesetz gekürzt werden können.

4. In die Bestimmungen über die freiwillige Einwilligung nach Aufklärung wird das Konzept der vorausschauenden Pflegeplanung eingeführt. Unter vorausschauender Pflegeplanung ist die schriftliche Festlegung der Wünsche des Patienten in Bezug auf seine zukünftige Gesundheitspflege zu verstehen. Die schriftliche Festlegung einer vorausschauenden Pflegeplanung kann ebenso für Gesundheitspflege gelten, die ein Patient, der fähig ist, seinen Willen zu äußern, in der Zukunft benötigen wird, auch wenn in diesem Fall immer noch die aktuelle Einwilligung gemäß Artikel 8 erforderlich ist, wie für Gesundheitspflege, die ein Patient, der unfähig ist, seinen Willen zu äußern, in der Zukunft benötigen wird. Es kann sich sowohl um positive Willensäußerungen des Patienten handeln, beispielsweise in Bezug auf die Art und Weise, wie er Gesundheitspflege erhalten möchte, den Wunsch, seine Organe nach dem Tod zu spenden, usw., als auch um negative Willensäußerungen wie das Ablehnen eines Eingreifens.

Art. 6 -

Im Gesetz vom 22. April 2019 über die Qualität der Ausübung der Gesundheitspflege wurde für den König die Möglichkeit geschaffen, gemäß Artikel 32 Zusammenarbeitsabkommen zwischen Fachkräften der Gesundheitspflege festzulegen. Ziel dieser Bestimmung ist es, auf die Entwicklung hin zu mehr integrierter Pflege und Gesundheitspflege, die von multidisziplinären Teams erbracht wird, zu reagieren. Das Gesetz über die Rechte des Patienten muss in diesen Zusammenarbeitsabkommen ebenfalls eingehalten werden.

Die Verfasser möchten diesbezüglich verdeutlichen, dass Artikel 32 des Qualitätsgesetzes, was die eigentliche Gesundheitspflegeleistung angeht, nur eine Delegation für die Festlegung der Struktur und der Organisation oder, mit anderen Worten, des Rahmens beinhaltet. Die nicht-medizinischen Rahmenbedingungen der medizinischen Handlungen/der infrastrukturelle und organisatorische Rahmen (beispielsweise Empfang, administrative Abwicklung, Beziehung zu den nicht-medizinischen Berufsfachkräften, nicht-medizinische Patientenakte) fallen nämlich in den Zuständigkeitsbereich der Gliedstaaten. Durch diesen Zusatz werden die Zusammenarbeitsabkommen zwischen Fachkräften der Gesundheitspflege zu Rechtsverhältnissen, auf die das Gesetz Anwendung findet. Anders als Artikel 17 des Gesetzes über die Rechte des Patienten, in dem Krankenhäuser verpflichtet werden, selbst das Gesetz über die Rechte des Patienten einzuhalten, geht dieser Zusatz also nicht so weit, dass für jedes Zusammenarbeitsabkommen die Verpflichtung gilt, die Patientenrechte zu wahren, was die medizinischen und pflegebezogenen Aspekte und andere berufsmäßige Pflegepraktiken in seinen Rechtsverhältnissen zum Patienten betrifft. Die Hauptverantwortung liegt weiterhin bei der einzelnen Fachkraft der Gesundheitspflege, die im Rahmen eines Zusammenarbeitsabkommens tätig ist. Im Zusammenarbeitsabkommen selbst kann hingegen die Initiative ergriffen werden, bestimmte Rechte des Patienten auszuüben, wie beispielsweise das gemeinsame Organisieren der sorgfältigen Fortschreibung der Patientenakte

und ihrer Aufbewahrung an einem sicheren Ort. Diese Organisation beruht dann allerdings auf der Tatsache der Effizienzsteigerung und nicht auf einer rechtlichen Verantwortlichkeit des Zusammenarbeitsabkommens als Ganzes. Folglich ändert sich im Rahmen eines Zusammenarbeitsabkommens nichts an den individuellen Kompetenzen der Fachkraft der Gesundheitspflege für die Wahrung der Patientenrechte. Die Wahrung der Patientenrechte beschränkt sich lediglich auf die Ausübung der Heilkunst, ob im Rahmen eines Zusammenarbeitsabkommens oder nicht. Die Einhaltung des Gesetzes über die Rechte des Patienten bleibt demnach auf die Tragweite begrenzt, die dieser Bestimmung im Qualitätsgesetz zuteilwird.

Art. 7 -

1. Aus diversen Forschungsprojekten unter anderem der König-Baudouin-Stiftung und insbesondere des Fonds Dr. Daniël de Coninck der König-Baudouin-Stiftung geht hervor, dass die Wende in unserer Gesundheitspflege von diagnose-/behandlungsorientierter Pflege zu gezielter Pflege beschleunigt werden muss. Dies bedeutet einen Übergang von einer krankheits- und problemorientierten Pflege zu einer Pflege, die auf den Zielen und Werten des Patienten beruht. Bei der gezielter Pflege wird vor allem an die auf den Menschen ausgerichtete Grundhaltung der Fachkräfte der Gesundheitspflege appelliert. Indem man der Geschichte einer Person Zeit und Platz einräumt, entdeckt man, was für die Person selbst wichtig und bedeutsam ist. Das ist es, was vorrangig richtungsweisend ist für die Organisation und Planung der Pflege. Durch erhöhte Aufmerksamkeit für die Lebensziele wird eine positive Herangehensweise an Gesundheit und Wohlbefinden verstärkt. Ausgehend von den Lebenszielen kann man nämlich überlegen, wie man die Person entsprechend ihren Möglichkeiten in ihrem Kontext stärken kann, um ihre Lebensqualität zu maximieren. Eine Haltung und eine Kommunikation auf Augenhöhe zwischen allen betreffenden Akteuren spielen bei dieser Herangehensweise eine zentrale Rolle. Im Hinblick darauf besteht eine der Möglichkeiten darin, das Recht auf Qualitätsleistungen entsprechend anzupassen. Patienten möchten schließlich, dass man ihnen zuhört, sie wahrnimmt und sie in ihren eigenen Pflegeverlauf einbezieht. Der Patient macht seine Lebensziele aus und spricht anschließend mit seinem Umfeld sowie mit den Gesundheitsdienstleistern und Hilfeleistenden darüber. Diese untersuchen daraufhin gemeinsam, was die Pflegeziele sind und wie der Pflegeplan mit konkreten Handlungen aussieht. Bei der gezielter Pflege nehmen die Patienten eine aktive Rolle ein, spielt die Beziehung auf Augenhöhe zwischen dem Patienten und den Gesundheitsdienstleistern und Hilfeleistenden eine zentrale Rolle und wird das Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und den Gesundheitsdienstleistern und Hilfeleistenden verstärkt. Es muss immer klar sein, dass die erbrachte Pflege nach Möglichkeit das Ergebnis einer Konzertierung zwischen dem

Patienten und der Fachkraft der Gesundheitspflege ist, die im Pflegeprozess als gleichwertige Partner anerkannt werden. Außerdem ist der Patient mehr als seine Diagnose oder seine Behandlung. In diesem Sinne wurde bereits in den Artikeln 4 und 33 des Qualitätsgesetzes auf die Präferenzen und Gesundheitsziele des Patienten verwiesen. Um das Prinzip der gezielten Pflege in das Gesetz über die Rechte des Patienten einzufügen, wird das Recht auf Qualitätsleistungen entsprechend angepasst.

2. Der Zusatz "und seine Präferenzen berücksichtigt" (d. h. die Präferenzen des Patienten) baut darauf auf. Diese Wörter werden mit dem Ziel hinzugefügt, die Lebensqualität des Patienten zu maximieren und gleichzeitig die Selbstbestimmung des Patienten, die bereits im Gesetz von 2002 einen zentralen Platz eingenommen hat, zu optimieren. Die Verfasser heben hervor, dass die diagnostische und therapeutische Freiheit der Fachkräfte der Gesundheitspflege, die unter anderem durch Artikel 4 des Qualitätsgesetzes gewährleistet wird, dadurch keineswegs beeinträchtigt wird. Eine Fachkraft der Gesundheitspflege, die aufgrund ihrer beruflichen Autonomie die medizinischen Bedürfnisse des Patienten festlegt, muss fortan jedoch die persönlichen Präferenzen des Patienten berücksichtigen. Aber sie ist nicht dazu verpflichtet, diese uneingeschränkt zu befolgen. Die Präferenzen des Patienten werden nur befolgt, wenn die diagnostische und therapeutische Freiheit nicht dagegen spricht. Wenn es aufgrund der diagnostischen und therapeutischen Freiheit hingegen nicht möglich ist, alle Präferenzen des Patienten zu befolgen, ist das Urteil der Fachkraft der Gesundheitspflege maßgebend. Und das immer unbeschadet des Rechts des Patienten, nach Aufklärung seine freiwillige Einwilligung zu jedem Eingreifen der Fachkraft der Gesundheitspflege zu geben.

Art. 8 -

In § 1 wird das, was derzeit in Artikel 6 steht, wortwörtlich übernommen; dieser Paragraph bedarf daher keiner weiteren Erläuterung. Die Tragweite bleibt unverändert.

In § 2 wird das Recht des Patienten auf Kenntnis der fachlichen Eignung und der Berufserfahrung der Fachkraft der Gesundheitspflege festgehalten. Dieses Recht an sich ist nicht neu. Aus dem Recht auf freiwillige Einwilligung nach Aufklärung (Artikel 8 des Gesetzes über die Rechte des Patienten) geht bereits seit Langem hervor, dass der Patient die Fachkraft der Gesundheitspflege über ihre beruflichen Qualifikationen und ihre Berufserfahrung in Bezug auf ein bestimmtes Eingreifen befragen kann. Aufgrund von Artikel 8 Absatz 2 des Gesetzes vom 22. April 2019 muss jede Fachkraft der Gesundheitspflege zudem ihre fachliche Eignung und ihre Berufserfahrung nachweisen. Die Fachkraft der Gesundheitspflege führt, vorzugsweise in elektronischer Form, ein Portfolio mit den notwendigen Angaben, aus dem hervorgeht, dass sie über die erforderliche Eignung und Erfahrung verfügt. Für einen Patienten, der eine Fachkraft der Gesundheitspflege auswählt, können diese Informationen wichtig sein. Der Verfassungsgerichtshof hat in seiner Entscheidung (Nr. 146/2021) vom 21. Oktober 2021 bereits indirekt erklärt, dass der Patient das Recht dazu hat (Erwägung B.7.2).

Das Recht des Patienten auf Kenntnis der fachlichen Eignung und der Berufserfahrung der Fachkraft der Gesundheitspflege wird verallgemeinert. Dabei geht man nicht so weit, dass der Fachkraft der Gesundheitspflege eine aktive Pflicht auferlegt wird, dem Patienten ihre fachliche Eignung und ihre Berufserfahrung nachzuweisen. Man geht auch nicht so weit, dass ein Recht auf Einsichtnahme in das Portfolio der Fachkraft der Gesundheitspflege festgehalten wird. Eine Fachkraft der Gesundheitspflege kann selbst beschließen, diese Informationen aktiv zu teilen, indem sie dem Patienten beispielsweise ihr Portfolio zeigt, sofern sie die Regeln in Sachen Information über die Berufsausübung einhält (Artikel 31 des Gesetzes über die Qualität der Ausübung der Gesundheitspflege). Sie kann dem Patienten diese Informationen auch anders mitteilen, wenn der Patient sie darum bittet.

In der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte wurde der Zusatz ferner ausdrücklich von den Parlamentsmitgliedern gefordert. Darin wurde gefordert, Patienten das Recht auf Einsichtnahme in die beruflichen Qualifikationen der Fachkraft der Gesundheitspflege zu erteilen, wie in Artikel 8 des Qualitätsgesetzes bestimmt (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 5).

In den Paragraphen 3 und 4 werden die Artikel 8/1 und 8/2 des Gesetzes über die Rechte des Patienten wieder aufgenommen. Die Artikel 8/1 und 8/2 sind durch das Gesetz vom 10. April 2014 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit in das Gesetz über die Rechte des Patienten eingefügt worden. Diese Bestimmungen sind Teil der Umsetzung der europäischen Richtlinie 2011/24/EU vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Für den Patienten sind die eingefügten Bestimmungen allerdings bei Ausübung seines Rechts auf freie Wahl der Fachkraft der Gesundheitspflege relevanter als im Rahmen des in Artikel 8 gewährleisteten Rechts auf freiwillige Einwilligung nach Aufklärung. Aus diesem Grund werden die Artikel 8/1 und 8/2 aus dem Gesetz über die Rechte des Patienten gestrichen und als Paragraphen 3 und 4 in Artikel 7 eingefügt. Die Tragweite dieser Bestimmungen bleibt unverändert.

Art. 9 -

1. Die Mitteilung von Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten ist für den Patienten sehr wichtig, damit er seine Pflegesituation einschätzen kann. Aus diesem Grund wurde das Recht auf Mitteilung von Informationen über den Gesundheitszustand und dessen vermutliche Entwicklung bereits in Artikel 7 des Gesetzes von 2002 festgehalten. Um die Bedeutung dieses Rechts für den Patienten noch stärker hervorzuheben, wird die Art und Weise, wie die Informationen erteilt werden müssen, durch zwei Zusätze ergänzt. Zunächst wird betont, dass die Fachkraft der Gesundheitspflege dafür verantwortlich ist, den Patienten rechtzeitig über die Entwicklung seines Gesundheitszustands zu informieren. Das ist neu im Gesetz über die Rechte des Patienten. Die Formulierung dieser Bestimmung beruht auf Artikel 448 Absatz 1 des niederländischen Gesetzes über den medizinischen Behandlungsvertrag (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst). Das rechtzeitige Informieren über den Gesundheitszustand geht mit dem Informieren über die vermutliche Entwicklung des Gesundheitszustands einher. Damit der Patient seinen Gesundheitszustand richtig verstehen und einschätzen kann, ist es sehr wichtig, ihm diese Informationen rechtzeitig mitzuteilen. Dies trägt entsprechend zur Anerkennung der Selbstbestimmung des Patienten und zur wachsenden aktiven Rolle des Patienten bei. Die Verfasser verweisen in diesem Zusammenhang auf die Erwägung in der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte, in der empfohlen wurde, "diese Notwendigkeit der Information und der Mitteilung an den Patienten in die Politik einzubeziehen, um die Qualität der Beziehung zwischen Fachkraft der Gesundheitspflege und Patient sowie ausreichend Zeit für diese Beziehung, insbesondere im Rahmen der intellektuellen Handlung, zu gewährleisten" (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 5).

Zum anderen wird betont, dass deutliches Informieren bedeutet, dass die Fachkraft der Gesundheitspflege ihren Sprachgebrauch und die Art und Weise, wie sie den Patienten informiert, an dessen derzeitiges Begriffsvermögen anpasst. Dieses derzeitige Begriffsvermögen ist eine schwankende Angabe und muss punktuell beurteilt werden, wobei alle mitzuteilenden Informationen zu berücksichtigen sind (beispielsweise klar negative Informationen mit weitreichenden Folgen im Gegensatz zur Mitteilung eines normalen Blutdrucks). In der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte wurde der Zusatz ferner ausdrücklich von den Parlamentsmitgliedern gefordert (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 4): "den in Artikel 7 § 2 erwähnten Begriff 'deutliche Sprache' wie folgt verdeutlichen: 'deutliche, an das derzeitige Begriffsvermögen des Patienten angepasste Sprache'".

2. Die Fachkraft der Gesundheitspflege sollte einer aktiven Pflicht unterliegen, dem Patienten Informationen - wenn es sich dabei um komplexe Informationen handelt - auch in schriftlicher Form bereitzustellen, und zwar immer, nachdem sie ihn zuerst mündlich informiert hat. So ist es dem Patienten möglich, diese Informationen zu einem späteren Zeitpunkt erneut zur Kenntnis zu nehmen. Dieser Zusatz wurde in der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenechte von den Parlamentsmitgliedern gefordert (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 5). Laut Resolution soll untersucht werden, ob es angesichts der Planungslast des Gesundheitsdienstleisters sinnvoll ist, eine Verschärfung des Rechts auf schriftliche Informationen vorzusehen, damit Gesundheitsdienstleister neben einer mündlichen Erklärung auch spontan schriftliche Informationen, gegebenenfalls in digitaler Form, bereitstellen, wenn sie dem Patienten komplexe Informationen über seinen Gesundheitszustand mitteilen.

Diese Verpflichtung gilt nur, wenn es sachdienlich ist. Geht es beispielsweise darum, einem Arztkollegen Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten mitzuteilen, ist eine solche schriftliche Bestätigung nur erforderlich, wenn es der Patient/der Arzt selbst für notwendig hält. Es obliegt demnach der Fachkraft der Gesundheitspflege, einzuschätzen, ob die Informationen zu komplex sind, um nur mündlich mitgeteilt zu werden, und ob es sachdienlich ist, diese komplexen Informationen schriftlich mitzuteilen. Somit wird auf die Bedenken der Parlamentsmitglieder in Bezug auf die Planungslast eingegangen. Zeitgleich ermöglichen diese beiden Begriffe der Fachkraft der Gesundheitspflege, die Situation des Patienten sowohl aus dem Blickwinkel der Komplexität der Informationen als auch aus dem Blickwinkel des Patienten und seines Begriffsvermögens anzugehen.

Die Verfasser betonen, dass diese Pflicht für die Fachkraft der Gesundheitspflege zu der Pflicht, Informationen immer zuerst mündlich mitzuteilen, hinzukommt. Des Weiteren wird durch diese Verdeutlichung im Fall von komplexen Informationen weder verhindert, dass eine Fachkraft der Gesundheitspflege dem Patienten auch nicht komplexe Informationen schriftlich bestätigt, noch dass der Patient im Fall von nicht komplexen Informationen selbst um eine schriftliche Bestätigung dieser Informationen bittet.

3. Weil in Artikel 11/1 ein allgemeines Recht auf Beistand durch eine Vertrauensperson vorgesehen wird, wird die Möglichkeit der Bestimmung einer Vertrauensperson hier gestrichen. Das Recht des Patienten, darum zu bitten, dass eine Vertrauensperson im Namen des Patienten das Recht auf Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten und die vermutliche Entwicklung des Gesundheitszustands ausübt, wird in Artikel 11/1 wieder aufgenommen und kann daher hier gestrichen werden. Auch ist der Satz, dass der Patient ausdrücklich darum bitten kann, die vorerwähnten Informationen in seine Patientenakte aufzunehmen, überflüssig. Denn es handelt sich um eine Pflicht, die aus dem in Artikel 9 festgehaltenen Recht auf eine sorgfältig

fortgeschriebene und an einem sicheren Ort aufbewahrte Patientenakte hervorgeht und die weiterhin auf der Grundlage von Artikel 33 des Gesetzes über die Qualität der Ausübung der Gesundheitspflege erfüllt wird.

Entsprechend wird § 2 Absatz 3 vollständig aufgehoben.

4. Weil die Bestimmung der Vertrauensperson aufgrund des neuen Artikels 11/1 erfolgt, wird der Verweis auf die Vertrauensperson in den Paragraphen 3 und 4 angepasst.

5. Im Gesetz von 2002 wurde das Prinzip der therapeutischen Ausnahme in § 4 verankert. Im diesbezüglichen Kommentar hieß es: "Im Rahmen der Unterrichtung des Patienten muss der Arzt dessen Belastungsfähigkeit berücksichtigen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob der Arzt solche Informationen zum Schutz des Patienten auch NICHT mitteilen darf. Das nennt man therapeutische Ausnahme. Das bedeutet, dass außergewöhnliche Informationen (daher der Begriff: Ausnahme) über den Gesundheitszustand und die Prognose nicht mitgeteilt werden müssen, wenn diese Informationen eine schwere Beeinträchtigung der Gesundheit des Patienten zur Folge haben können (daher der Begriff: therapeutisch, in dem Sinn, dass die Nichtmitteilung besser ist für die Gesundheit des Patienten als die Mitteilung)" (Parl. Dok. 50 1642/001, S. 23). Bis heute wird mit Pro- und Kontra-Argumenten darüber diskutiert, ob die therapeutische Ausnahme ausdrücklich geregelt werden muss, weil sie sich im Recht auch auf die Notlagendoktrin stützen kann, in der die Informationspflicht abgewogen wird gegen die Pflicht, die Gesundheit des Patienten nicht durch die Mitteilung schädlicher Informationen zu beeinträchtigen. Die Schlussfolgerung der Verfasser des Gesetzes von 2002, "dass die gesetzliche Regelung der therapeutischen Ausnahme mehr Vor- als Nachteile mit sich

bringt" (Parl. Dok. 50 1642/001, S. 24), gilt heute immer noch als Standpunkt, der geteilt wird. Aus diesem Grund wird die therapeutische Ausnahme nicht aus dem Gesetz über die Rechte des Patienten gestrichen. Aus der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte geht jedoch hervor, dass es weiterhin Schwierigkeiten gibt bezüglich der Bedingungen in Zusammenhang mit der Möglichkeit, sich auf die therapeutische Ausnahme zu berufen, insbesondere was die offensichtlich schwere Beeinträchtigung angeht: "untersuchen, ob es sinnvoll und möglich ist, die Bedeutung des Begriffs 'schwere Beeinträchtigung' im Rahmen der therapeutischen Ausnahme zu verdeutlichen, um eine korrekte Anwendung der therapeutischen Ausnahme durch die Gesundheitsdienstleister zu gewährleisten, sowie im Rahmen des in Artikel 7 § 3 des Gesetzes über die Rechte des Patienten erwähnten Rechts auf Nichtwissen" (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 5). Es ist unmöglich, zu bestimmen, wann genau von einer offensichtlich schweren Beeinträchtigung die Rede ist, weil es sich um eine Tatsachenfrage handelt, die die Fachkraft der Gesundheitspflege selbst festlegen muss. Dafür muss sie eine andere Fachkraft der Gesundheitspflege zu Rate ziehen und kann sie gegebenenfalls zudem eine multidisziplinäre Konzertierung im Interesse des Patienten organisieren, wie in Artikel 4 des Gesetzes über die Rechte des Patienten vorgesehen. Allerdings ist es auch möglich, anders auf diese Bemerkung in der Resolution vom 15. Dezember 2022 einzugehen. Die Regelung der therapeutischen Ausnahme im Gesetz von 2002 stellt ein Schwarz-Weiß-Bild dar: Entweder man erteilt die Information oder man hält die für den Patienten bestimmte Information zurück. Eine Zwischenlösung, bei der überprüft wird, ob diese Information dem Patienten nicht anders vermittelt werden kann, ist im Gesetz von 2002 keine Option. Darauf wird nun eingegangen, indem die Regel der therapeutischen Ausnahme durch einen Satz ergänzt wird, wonach die Fachkraft der Gesundheitspflege verpflichtet ist, zu prüfen, ob die Information nicht in einer anderen Weise mitgeteilt werden kann, die der offensichtlich schweren Beeinträchtigung Rechnung trägt, die der Patient andernfalls erfährt. Die Verpflichtung kann beispielsweise dazu führen, dass der Patient diese Information nach und nach erhält, wobei berücksichtigt wird,

wie viele Informationen der Patient angesichts seines geistigen Gesundheitszustands auf einmal aufnehmen kann. Die therapeutische Ausnahme, bei der gar keine Information erteilt wird, wird somit relativiert und der Mitteilung von Informationen gebührt selbst bei dieser Rechtsfigur der Vorzug.

Art. 10 -

Die Herangehensweise an das Recht auf freiwillige Einwilligung nach Aufklärung hat sich in den letzten zwanzig Jahren entwickelt. Im Gesetz von 2002 hat die Verdeutlichung des Rechts auf Selbstbestimmung und Autonomie des Patienten in diesem Zusammenhang einen zentralen Platz eingenommen, wobei der Schwerpunkt auf dem Recht des Patienten lag, selbst zu entscheiden, was mit seinem Leben passiert. Heute bleibt das Recht auf freiwillige Einwilligung nach Aufklärung sicherlich das Ergebnis eines Dialogs, eines gemeinsamen Entscheidungsprozesses zwischen Patient und Fachkraft der Gesundheitspflege oder Pflorgeteam. In diesem Prozess spielt die Mitteilung von Informationen eine zentrale Rolle. Das korrekte Informieren des Patienten stellt demnach eine äußerst wichtige Prämisse dieses Rechts dar. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, diese Mitteilung von Informationen in Artikel 8 zu verstärken, ohne das Prinzip der Einwilligung zu verändern. Artikel 8 des Gesetzes über die Rechte des Patienten, in dem das Recht auf freiwillige Einwilligung nach Aufklärung gewährleistet wird, wird dahingehend angepasst. In den letzten Jahren hat sich das in Artikel 8 § 4 Absatz 3 erwähnte Recht des Patienten, wonach er für einen Zeitpunkt, zu dem er nicht mehr in der Lage ist, die in vorliegendem Gesetz festgelegten Rechte auszuüben, schriftlich mitteilen kann, dass er seine Einwilligung für ein bestimmtes Eingreifen der Berufsfachkraft verweigert, zugleich stark entwickelt: weg vom strikten Prinzip einer negativen vorgezogenen Willenserklärung in Bezug auf ein bestimmtes Eingreifen (Erklärung über die Verweigerung einer Behandlung) hin zur Berücksichtigung einer vorausschauenden Pflegeplanung oder der vom Patienten geäußerten Wünsche in Bezug auf seine zukünftige Gesundheitspflege, was zur Berücksichtigung der Lebensziele des Patienten hinzukommt. Um diese Entwicklungen jede für sich widerzuspiegeln, wird Artikel 8 durch vier

Artikel ersetzt. Der erste Artikel (Artikel 8) enthält das Grundprinzip des Rechts auf freiwillige Einwilligung nach Aufklärung. Der zweite Artikel (Artikel 8/1) spiegelt das Prinzip wider, dass der Patient das Recht hat, seine Einwilligung zu verweigern oder zurückzunehmen. Der dritte Artikel (Artikel 8/2) bildet die neue Rechtsgrundlage für die vorausschauende Pflegeplanung und die vorgezogenen Willenserklärungen des Patienten. Der vierte Artikel (Artikel 8/3) spiegelt schließlich die Ausnahme vom Recht auf freiwillige Einwilligung nach Aufklärung wider, wenn es im Dringlichkeitsfall nicht möglich ist, die Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters einzuholen: die mutmaßliche Einwilligung im Fall dringender Hilfe. Würden alle diese Prinzipien in einem Artikel vereint, wäre dieser, aufgrund seiner Größe, in Bezug auf die freiwillige Einwilligung nach Aufklärung beinahe unlesbar und würden die unterschiedlichen Nuancen in Zusammenhang mit diesen verschiedenen Prinzipien zudem beeinträchtigt.

In § 1 wird das Grundprinzip wiedergegeben: Der Patient hat das Recht, nach Aufklärung seine freiwillige Einwilligung zu jedem Eingreifen der Fachkraft der Gesundheitspflege zu geben. Die Tragweite dieses Grundprinzips und die darin aufgeführten Bedingungen für eine gültige Einwilligung - vorherig, freiwillig, nach Aufklärung und überdies für jedes Eingreifen - bleiben unverändert. Sie gelten weiterhin, wie sie im Gesetz von 2002 gegolten haben.

In § 2 wird näher auf die Mitteilung von Informationen eingegangen. Wie bereits erwähnt wurde, ist die Bereitstellung von Informationen vor einer Untersuchung oder einer Behandlung sehr wichtig, damit sich der Patient hinreichend in den Entscheidungsprozess einbezogen fühlt und eine gültige Einwilligung geben kann. Die Bereitstellung von Informationen muss gemäß denselben Modalitäten erfolgen wie die Mitteilung von Informationen über den Gesundheitszustand. In diesem Kontext ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Informationen an das derzeitige Begriffsvermögen des Patienten angepasst werden und dass sie rechtzeitig erteilt werden. Dies geschieht gemäß den in Artikel 7 §§ 2 und 3 formulierten Modalitäten. In der Resolution vom

15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte wurde der Zusatz ferner ausdrücklich von den Parlamentsmitgliedern gefordert: "Diese Mitteilung muss an das derzeitige Begriffsvermögen des betreffenden Patienten angepasst werden" (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 6, Buchstabe h.).

Die Mitteilung von Informationen wird überdies auf die persönliche Situation des Patienten abgestimmt. Deshalb muss sich die Fachkraft der Gesundheitspflege der Situation vergewissern, in der sich der Patient befindet. Dabei geht es nicht nur um die medizinische Situation, sondern auch um alle relevanten Aspekte, die im Entscheidungsprozess des Patienten maßgebend sein können. Die Fachkraft der Gesundheitspflege berücksichtigt auch die Bedürfnisse des Patienten oder hält bei der Mitteilung von Informationen die Prinzipien der gezielten Pflege ein. Um dies zu erreichen, bezieht die Fachkraft der Gesundheitspflege den Patienten aktiv in die Mitteilung von Informationen mit ein. Sie fordert den Patienten auf, Fragen zu stellen, und teilt ihm auf seinen Antrag hin die Informationen schriftlich oder in elektronischer Form mit. Das bedeutet auch, selbst wenn dies nicht ausdrücklich im Gesetz steht, dass ein Patient das Gespräch mit der Fachkraft der Gesundheitspflege aufnehmen darf, um sich die erteilten Informationen zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal anhören zu können. Die Fachkraft der Gesundheitspflege darf außerdem neue Technologieanwendungen gebrauchen, um die Übermittlung von Informationen an den Patienten möglichst effizient zu gestalten. In der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte wurde diesbezüglich erklärt, dass untersucht werden muss, wie das Konzept des "geteilten Entscheidungsprozesses" integraler Bestandteil von Artikel 8 des Gesetzes über die Rechte des Patienten werden kann, damit der Patient dazu aufgefordert wird, seine Bedürfnisse mitzuteilen und Fragen zu stellen. In § 2 Absatz 2, in dem die Fachkraft der Gesundheitspflege dazu verpflichtet wird, sich mit dem Patienten auszutauschen, um Kenntnis von seiner Situation und seinen Präferenzen zu erlangen, wird der geteilte Entscheidungsprozess aktiv angeregt.

In Absatz 3 wird die Tragweite der mitzuteilenden Information bestimmt. Es sollte vermieden werden, dass die Mitteilung von Informationen nur darin besteht, die Basisinformationen in Zusammenhang mit einer Untersuchung oder einer Behandlung zu überfliegen. Im Hinblick darauf ist auch die Festlegung des Umfangs der mitzuteilenden Informationen vom gemeinsamen Entscheidungsprozess abhängig, wobei das, was der Patient vernünftigerweise wissen müsste, um eine freiwillige Einwilligung nach Aufklärung geben zu können, als Leitfaden dient. Der Begriff "vernünftigerweise" muss gedeutet werden als "die Information, die ein normal handelnder Patient, der denselben Bedingungen ausgesetzt ist wie der Patient, erhalten müsste, um eine freiwillige Einwilligung nach Aufklärung geben zu können". Es wird also ein Vergleich hergestellt mit einem Patienten *in abstracto*. Die Aufzählung der mitzuteilenden Informationen ist dieselbe wie diejenige, die bereits 2002 in Artikel 8 des Gesetzes über die Rechte des Patienten erwähnt wurde. Die Verfasser weisen diesbezüglich darauf hin, dass es sich dabei um eine Mindestliste für die Mitteilung von Informationen handelt und dass ihr Inhalt davon abhängt, was der Patient vernünftigerweise wissen müsste, um seine freiwillige Einwilligung nach Aufklärung zu geben.

Aufgrund des Entscheids des Kassationshofes vom 6. September 2021 ist klar, dass Artikel 8 des Gesetzes über die Rechte des Patienten für die Fachkraft der Gesundheitspflege eine aktive Verpflichtung beinhaltet, den Patienten über die finanziellen Auswirkungen des Eingreifens zu informieren. Artikel 73 § 1 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung wurde infolge dieses Entscheids angepasst. Durch das Hinzufügen von Absatz 4 möchten die Verfasser dieses Prinzip weiterhin auf Gesetzesebene verankern, indem sie es in vorliegendem Gesetz als ein Recht des Patienten einbringen. Die Bereitstellung von Informationen über die finanziellen Auswirkungen ist derart, dass sie immer stattfinden muss. Folglich hängt sie nicht von der Einschätzung gemäß Absatz 1 ab, ob der Patient sie vernünftigerweise kennen müsste, um eine freiwillige Einwilligung nach Aufklärung zu geben. Die Tragweite dieser Mitteilung von

Informationen über die finanziellen Auswirkungen wird in Artikel 73 § 1 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes bestimmt. Dafür wird in diesem Absatz eine Verbindung zur Bestimmung im Gesetz vom 14. Juli 1994 hergestellt. In der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte wurde der Zusatz ferner ausdrücklich von den Parlamentsmitgliedern gefordert: "die Modalitäten des Rechts auf Information über die finanziellen Auswirkungen der Gesundheitspflege in Artikel 8 § 2 näher erläutern" (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 5).

In § 3 wird bestimmt, wie eine Einwilligung gegeben werden kann, nachdem der Patient ausreichend informiert wurde. Hier gibt es im Vergleich zu 2002 keine inhaltlichen Abänderungen. Eine Einwilligung kann ausdrücklich gegeben werden. Eine ausdrückliche Einwilligung kann mündlich oder schriftlich erfolgen. Natürlich wird für bestimmte komplexere Eingriffe, wie etwa chirurgische Eingriffe, ausdrücklich empfohlen, eine schriftliche Einwilligung einzuholen. Die Art und Weise, wie die Einwilligung eingeholt werden muss, wird im Gesetz nicht näher erläutert; sie kann aber Gegenstand von Richtlinien sein, die von Akteuren aus der Praxis und Sachverständigen in diesem Bereich verfasst werden. Neben der ausdrücklichen Einwilligung kann die Einwilligung auch implizit gegeben werden, was bedeutet, dass die Fachkraft der Gesundheitspflege nach ausreichender Information des Patienten gemäß § 2 aus dessen Verhalten vernünftigerweise folgern kann, dass er einwilligt. Dieses Prinzip gab es auch bereits im Gesetz von 2002 und es bleibt unverändert. Die unterschiedlichen in vorliegendem Paragraphen beschriebenen Einwilligungsformen führen alle zu einer gültigen Einwilligung, ohne dass eine Form juristisch mehr Wert hat als eine andere. Sowohl der Patient als auch die Fachkraft der Gesundheitspflege können verlangen, die Einwilligung schriftlich festzuhalten und diese der Patientenakte beizufügen.

Art. 11 -

Das Recht, die Einwilligung zu einem Eingreifen zu verweigern oder eine bereits erteilte Einwilligung zurückzunehmen bestand bereits im Gesetz von 2002, nämlich in Artikel 8 § 4 Absatz 1 und 2. Wie bereits im Rahmen der vorhergehenden Bestimmung erläutert, wurde entschieden, die verschiedenen Elemente des Rechts auf freiwillige Einwilligung nach Aufklärung in separaten Bestimmungen zu verankern, um die Nuancen der einzelnen Elemente besser hervorzuheben. Inhaltlich bringt der neue Text von Artikel 8/1 nur wenige Änderungen im Vergleich zu Artikel 8 § 4 Absatz 1 und 2 mit sich. Hauptziel ist, das Recht des Patienten, ein Eingreifen zu verweigern, in den Mittelpunkt zu stellen. So wird der Grundsatz übernommen, dass die Verweigerung oder Rücknahme einer bereits erteilten Einwilligung auf Verlangen des Patienten oder der Fachkraft der Gesundheitspflege schriftlich festgelegt und der Patientenakte beigefügt wird und dass die Verweigerung oder Rücknahme nicht zur Folge hat, dass das in Artikel 5 erwähnte Recht auf gezielte Qualitätsleistungen erlischt.

Die Mitteilung der Information über eine Verweigerungs- oder Rücknahmeentscheidung ist aus Artikel 8 § 2 des Gesetzes von 2002 übernommen. Wie im neuen Artikel 8 steht auch hier die Konzertierung im Mittelpunkt. In einem gemeinsamen Entscheidungsprozess prüfen der Patient und die Fachkraft der Gesundheitspflege, ob es alternative Möglichkeiten zum Eingreifen gibt, in die der Patient einwilligen kann. In dieser Bestimmung wird hinzugefügt, dass alternative Möglichkeiten zum Eingreifen nicht unbedingt von derselben Fachkraft der Gesundheitspflege ausgeführt werden müssen. Dieser Zusatz beruht auf einer Bemerkung in der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte, in der es heißt: "in Bezug auf die in Artikel 8 § 2 erwähnten "möglichen Alternativen" klarzustellen, dass diese "von einer anderen Berufsfachkraft oder nicht" ausgeführt werden können, um das Recht auf freie Wahl des Gesundheitsdienstleisters zu stärken" (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 5). Diese Bestimmung steht auch in Einklang mit der aus Artikel 9 des Qualitätsgesetzes hervorgehenden Verpflichtung, den Patienten an eine andere

sachkundige Fachkraft der Gesundheitspflege zu verweisen, wenn das Gesundheitsproblem oder die erforderliche Gesundheitspflege über den eigenen Fachbereich hinausgeht.

Art. 12 -

Die Formulierung von Lebenszielen, die Abfassung vorgezogener Willenserklärungen und die Äußerung von Präferenzen ermöglichen eine gezielte und patientenorientierte Gesundheitspflege, auch zu Zeitpunkten, in denen der Patient nicht (mehr) fähig ist, seine Rechte auszuüben. Da dieser Grundsatz im Gesetz von 2002 nur am Rande in Form einer negativen vorgezogenen Willenserklärung für ein genau definiertes Eingreifen enthalten war, ist es die Absicht der Verfasser, dies mit dem neuen Artikel 8/2 zu ändern und den rechtlichen Rahmen für die vorausschauende Pflegeplanung zu verankern.

Paragraph 1 umfasst die Grundsätze der vorausschauende Pflegeplanung, wie im neuen Artikel 2 Nr. 5 - schriftliche Festlegung der Wünsche des Patienten für seine zukünftige Gesundheitspflege bestimmt. Fachkräfte der Gesundheitspflege müssen bestehende vorausschauende Pflegeplanungen berücksichtigen. "Berücksichtigen" bedeutet, dass Berufsfachkräfte in ihrer fachlichen Beurteilung die Wünsche des Patienten für dessen zukünftige Gesundheitspflege berücksichtigen müssen. Eine vorausschauende Pflegeplanung ist für Fachkräfte der Gesundheitspflege jedoch prinzipiell nicht bindend. Die diagnostische und therapeutische Freiheit der Fachkräfte der Gesundheitspflege, die unter anderem durch Artikel 4 des Qualitätsgesetzes gewährleistet wird, wird durch eine vorausschauende Pflegeplanung nicht beeinträchtigt. Die Verankerung der Elemente einer vorausschauenden Pflegeplanung wurde auch von den Parlamentsmitgliedern in der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 6) gefordert. Diese Resolution umfasst auch eine Bestimmung des Begriffs "vorausschauende Pflegeplanung". In dieser Resolution ist vorgesehen, dass Artikel 8 des Gesetzes über die Rechte des Patienten um ein Recht auf vorausschauende Pflegeplanung ergänzt wird; die vorausschauende Pflegeplanung

wird definiert als ein kontinuierlicher und dynamischer Prozess der Reflexion und des Dialogs zwischen dem Patienten, eventuell den Angehörigen, und dem/den Gesundheitsdienstleister(n), der es ermöglicht, zukünftige Ziele in Bezug auf Pflege und Unterstützung und vorgezogene Willenserklärungen und Wahlmöglichkeiten am Lebensende, wie Palliativpflege und Sterbehilfe, zu besprechen und zu planen, was die Entscheidungsfindung zu dem Zeitpunkt fördert, an dem der Patient nicht mehr fähig ist, seinen Willen zu äußern.

Anders verhält es sich, wenn der Patient ein genau bestimmtes Eingreifen für einen Zeitpunkt abgelehnt hat, zu dem er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern. In § 1 Absatz 2 wird bestimmt, dass Berufsfachkräfte in einer solchen Situation gemäß Artikel 8 § 4 letzter Absatz des Gesetzes von 2002 diese Verweigerungsentscheidung mit verzögerter Wirkung berücksichtigen müssen. Folglich bleibt dieser Grundsatz von Artikel 8, § 4 letzter Absatz des Gesetzes von 2002 bestehen, wird aber zu Artikel 8/2 hinzugefügt, da es auch um die Gesundheitspflege geht, die ein Patient zukünftig erhalten würde, wenn er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern.

Eine der Schwierigkeiten im Zusammenhang mit einer vorgezogenen Verweigerungserklärung oder mit einer vorausschauenden Pflegeplanung ist die Bekanntheit, die ihr der Patient selbst verleihen muss, damit sie eingehalten und/oder berücksichtigt werden kann. Im Gesetz von 2002 wurde diesbezüglich nichts erwähnt. Aufgrund der Bedeutung dieser vorausschauenden Pflegeplanung und dieser vorgezogenen Verweigerungserklärung für die weitere Einbeziehung des Patienten in die Entscheidungen über seine Gesundheitspflege, auch wenn er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, wollen die Verfasser die Bekanntmachung von vorausschauenden Pflegeplanungen und von vorgezogenen Verweigerungserklärungen regeln. In § 2 Absatz 1 des neuen Artikels 8/2 ist zu diesem Zweck vorgesehen, dass diese Rolle sowohl der Vertrauensperson als auch dem Vertreter zukommt. Da beide Personen grundsätzlich eine enge Beziehung zum Patienten haben, sind sie am

besten in der Lage, diese Information zu übermitteln. Selbst wenn der Patient zu dem Zeitpunkt, zu dem er Gesundheitspflege benötigt, nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, hat die Vertrauensperson, die im Prinzip nur einer Person beisteht, die in der Lage ist, ihren Willen zu äußern, immer noch die Möglichkeit, eine Fachkraft der Gesundheitspflege von einer vorausschauenden Pflegeplanung und/oder einer vorgezogenen Verweigerungserklärung in Kenntnis zu setzen. Der Grund dafür ist, dass bei einem Patienten, der unfähig geworden ist, seinen Willen zu äußern, eine zuvor formulierte Willensäußerung immer noch am besten den Willen des Patienten wiedergibt. Daher ist es vertretbar, dass auch die Vertrauensperson diese Rolle übernehmen kann. Damit erhält die Vertrauensperson auch eine Aufgabe, die der Vertrauensperson im Sinne des Gesetzes vom 28. Mai 2002 über die Sterbehilfe entspricht. Gemäß Artikel 4 § 1 Absatz 2 des Gesetzes über die Sterbehilfe können in der vorgezogenen Willenserklärung in Sachen Sterbehilfe eine oder mehrere volljährige Vertrauenspersonen in Vorzugsreihenfolge angegeben werden, die den behandelnden Arzt vom Willen des Patienten in Kenntnis setzen. Indem diese Aufgabe der in Artikel 8/2 § 2 Absatz 1 des Gesetzes über die Rechte des Patienten erwähnter Vertrauensperson zugewiesen wird, werden die Rollen der Vertrauensperson in diesen beiden Gesetzen angeglichen. Dies war auch eine der Fragen, die in der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte gestellt wurden: die in verschiedenen Gesetzen vorkommenden Bestimmungen der Begriffe "Vertrauensperson", "Vertreter" und "Betreuer" sollten angeglichen werden, um eine einheitliche Bestimmung für jeden dieser Begriffe in allen Gesetzesbestimmungen über die Rechte des Patienten zu erhalten, und es sollte geprüft werden, wie die Rechte und Pflichten dieser Personen präzisiert werden könnten" (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 4).

Darüber hinaus ist in Absatz 2 eine dem König erteilte Übertragungsbefugnis vorgesehen, um die Art und Weise zu bestimmen, wie der Patient auf elektronischem Wege eine vorausschauende Pflegeplanung und/oder eine vorgezogene Verweigerungserklärung erstellen kann. Die Verfasser betonen, dass es sich hierbei lediglich um eine Möglichkeit für den Patienten handelt. Der Patient kann sich dafür entscheiden, eine vorausschauende Pflegeplanung und/oder eine vorgezogene Verweigerungserklärung zu erstellen, muss dies aber nicht tun. Dies erfolgt natürlich vorzugsweise in Absprache mit einer Fachkraft der Gesundheitspflege, insbesondere mit dem Hausarzt, der die AMA führt. Wenn und nur wenn ein Patient sich dafür entscheidet, eine vorausschauende Pflegeplanung und/oder eine vorgezogene Verweigerungserklärung zu erstellen, kann er wählen, wie er sie erstellen möchte: auf Papier oder auf elektronischem Wege. Nur letztere Möglichkeit wird in diesem Absatz 2 geregelt. Es wird jedoch ausdrücklich empfohlen, dass der Patient eine vorausschauende Pflegeplanung und/oder eine vorgezogene Verweigerungserklärung auf elektronischem Wege erstellt. Auf diese Weise soll ein guter Informationsfluss ermöglicht werden. In der Tat ist es die Absicht der Verfasser, dass der König durch die Übertragungsbefugnis Regeln festlegt, durch die diese vorausschauende Pflegeplanung und/oder vorgezogene Verweigerungserklärung auf einer digitalen Patientenplattform wie www.meinegesundheit.belgien.be gespeichert wird, sodass der Patient jederzeit selbst diese Dokumente einsehen und ändern kann. Ebenso kann jede Fachkraft der Gesundheitspflege von einer vorausschauenden Pflegeplanung und/oder einer vorgezogenen Verweigerungserklärung Kenntnis nehmen, wenn sie auf elektronischem Wege erstellt wurde. Der König kann außerdem die Art und Weise festlegen, wie Fachkräfte der Gesundheitspflege davon Kenntnis nehmen können.

Art. 13 -

Diese Bestimmung stellt eine Ausnahme zum Grundsatz der freiwilligen Einwilligung dar. Es geht um Situationen dringender Hilfe, wenn der Patient bewusstlos und daher nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, wenn kein Vertreter anwesend ist, wie in Kapitel 4 des Gesetzes über die Rechte des Patienten erwähnt, und es keine Willensäußerung, wie in vorhergehender Bestimmung beschrieben, gibt. In diesem Fall und nur in diesem Fall kann ein notwendiges Eingreifen im Interesse der Gesundheit des Patienten sofort erfolgen. Die Einwilligung wird dann vorausgesetzt.

Der Grundsatz der "mutmaßlichen Einwilligung im Fall dringender Hilfe" ist nicht neu. Er war auch bereits in Artikel 8 § 5 des Gesetzes von 2002 enthalten. Hier wird er mit der gleichen rechtlichen Tragweite wieder aufgenommen. Er wird jedoch in eine separate Bestimmung aufgenommen, um die logische Gliederung der Bestimmungen über die freiwillige Einwilligung zu gewährleisten.

Art. 14 -

In Artikel 9 § 1 Absatz 2 des Gesetzes von 2002 wurde dem Patienten die Möglichkeit gegeben, der Patientenakte selbst Dokumente beizufügen. Um das Gesetz stärker auf die gezielte Pflege und die vorherige Willensäußerung des Patienten auszurichten, wird gemäß Artikel 33 Nr. 9 des Gesetzes über die Qualität der Ausübung der Gesundheitspflege hinzugefügt, dass diese Bestimmung insbesondere für die Beifügung von Dokumenten, in denen die Gesundheitsziele des Patienten beschrieben werden, und für die vom Patienten im Rahmen einer vorausschauenden Pflegeplanung formulierten positiven und negativen vorgezogenen Willenserklärungen gilt. Die Erläuterung dieses Zusatzes schließt nicht aus, dass der Patientenakte auf Wunsch des Patienten andere Dokumente, wie zum Beispiel relevante ärztliche Atteste, beigefügt werden.

In Artikel 9 § 2 wird das Recht des Patienten auf Einsicht in seine Patientenakte beschrieben. Diese Bestimmung wurde formuliert, lange bevor es die Europäische Datenschutz-Grundverordnung gab. Heute muss die Ausübung dieses Recht auf Einsicht immer in Zusammenhang mit dieser Europäischen Verordnung betrachtet werden. So wird zwar

anerkannt, dass dieses Recht auf Einsicht für den Patienten kostenlos ist, doch können auf der Grundlage von Artikel 12 Absatz 5 der Europäischen Verordnung Verwaltungskosten berechnet werden, wenn sich der Antrag auf Einsicht als offensichtlich unbegründet oder exzessiv erweist. Was die Einschränkung des Einsichtsrechts aufgrund einer bestehenden therapeutischen Ausnahme betrifft, ist § 2 bereits durch das Gesetz vom 30. Oktober 2018 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit um einen Absatz 5 ergänzt worden, in dem die Übereinstimmung dieser Bestimmung mit der Europäischen Verordnung bestätigt wird.

Auch hinsichtlich des Verbots der direkten Einsicht in persönliche Anmerkungen und Daten Dritter ist die Frage, inwieweit dies möglich ist, durch die Auslegung der Europäischen Verordnung zu beantworten. Die Beschreibung für persönliche Anmerkungen in den Kommentaren zum Gesetz von 2002 lautet: "Unter persönlichen Anmerkungen versteht man Anmerkungen, die von der Berufsfachkraft separat aufbewahrt worden sind, die für Dritte, selbst für die anderen Mitglieder des Pflorgeteams, niemals zugänglich sind, und die nur für den persönlichen Gebrauch des Gesundheitsdienstleisters bestimmt sind. Sobald die Berufsfachkraft diese Anmerkungen spontan einem Kollegen vorlegt, verlieren sie ihren Charakter als persönliche Anmerkungen und können daher nicht mehr vom Recht auf Einsicht ausgeschlossen werden (Parl. Dok. 50 1642/001, S. 33). Die Argumentation, die im Rahmen des Gesetzes von 2002 angeführt wurde, um den Grundsatz des Verbots der direkten Einsicht in persönliche Anmerkungen und Daten Dritter mit dem früheren Artikel 10 des Gesetzes vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten in Einklang zu bringen, bleibt für die Übereinstimmung dieses indirekten Rechts auf Einsicht mit der Europäischen Verordnung gültig: "Wenn der Patient die persönlichen Anmerkungen dennoch einsehen möchte, muss er sich an eine Berufsfachkraft wenden und somit sein Recht auf Einsicht indirekt ausüben. Auf diese Weise wird den Bedenken des Ausschusses für den Schutz des Privatlebens entgegengekommen, der der Ansicht ist, dass es

in jedem Fall möglich sein muss, dass ein vom Betreffenden gewählter Dritter, ob Berufsfachkraft oder nicht, Kenntnis von allen Daten, einschließlich persönlicher Anmerkungen, erhält. Da die Möglichkeit der Einsicht über eine gewählte Berufsfachkraft immer gegeben ist, ist auch nicht zu befürchten, dass die ausgearbeitete Regelung zur Erstellung "doppelter" Akten führt. Die gewählte Berufsfachkraft kann ja alle Daten einsehen, unabhängig davon, wo sie gespeichert sind, mit Ausnahme derjenigen, die Dritte betreffen." (Parl. Dok. 50 1642/001, S. 33). Die Verfasser halten es daher nicht für notwendig, diese Bestimmung weiter anzupassen. Die Verfasser sind der Ansicht, dass es vielmehr den zuständigen Beratungsorganen wie der Datenschutzbehörde, der eHealth-Plattform und der Föderalen Kommission "Rechte des Patienten" obliegt, hierzu dokumentierte Stellungnahmen abzugeben, die gegebenenfalls an den sich verändernden Kontext des Datenaustauschs angepasst werden können.

Paragraph 2 Absatz 4 wird aufgehoben. Diese Aufhebung ist rein juristisch-technischer Art. Da der Begriff der Vertrauensperson im neuen Artikel 11/1 ausführlicher geregelt wird, ist der Verweis auf die Vertrauensperson in diesem Absatz überflüssig. Die Tragweite von Absatz 4 bleibt in Artikel 11/1 unverändert. Die Vertrauensperson kann dem Patienten bei der Ausübung seines Rechts auf Einsicht in die Patientenakte beistehen. Darüber hinaus kann der Patient die Vertrauensperson bevollmächtigen, das Recht auf Einsicht in seinem Namen auszuüben. Wenn es sich bei der Vertrauensperson um eine in Artikel 2 Nr. 2 erwähnte Fachkraft der Gesundheitspflege handelt, hat sie ebenfalls ein Recht auf Einsicht in persönliche Anmerkungen und Daten Dritter.

In § 3 werden zwei Abänderungen angebracht. Aufgrund der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung vom 25. Mai 2018 haben Bürger grundsätzlich das Recht, ihre personenbezogenen Daten kostenlos einzusehen und zu kopieren. Mit dem Inkrafttreten der DSGVO ist die Angabe in Artikel 9 § 3, dass für eine Abschrift Kosten in Rechnung gestellt werden können, aufgrund der *lex posterior*-Regel überflüssig geworden. Die Streichung dieses Satzes ist daher nur eine Formalität. Wie bereits

erwähnt schließt dies jedoch nicht aus, dass gemäß Artikel 12 Absatz 5 der Europäischen Verordnung dennoch Verwaltungskosten berechnet werden können, wie bereits im Fall des Rechts auf Einsicht erläutert. In der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte wurde diese Änderung ferner explizit von den Parlamentsmitgliedern gefordert: falls erforderlich sollte das Gesetz über die Rechte des Patienten mit der europäischen DSGVO-Richtlinie und dem Qualitätsgesetz in Einklang gebracht werden, indem auch im Gesetz über die Rechte des Patienten gewährleistet wird, dass eine Abschrift der Patientenakte kostenlos sein muss, und indem die Frist für deren Erhalt im Qualitätsgesetz von 30 auf 15 Tage verkürzt wird, wie im Gesetz über die Rechte des Patienten. (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 7 Buchstabe c).

Mit Artikel 9 § 3 Absatz 2 des Gesetzes von 2002 sollte der Patient geschützt werden. Abschriften von Patientenakten waren strikt persönlich und vertraulich. Es war nicht erlaubt, sie anschließend Dritten zu übermitteln. Obwohl der Patient nach wie vor vor Dritten geschützt werden muss, die versuchen, auf unrechtmäßige Weise medizinische Informationen des Patienten zu erhalten, ist der Grundsatz einer strikt persönlichen und vertraulichen Patientenakte zu parernalistisch. Dieser Grundsatz wird daher aufgehoben. Dies schließt jedoch nicht aus, dass die Fachkraft der Gesundheitspflege im Rahmen einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistung die Aufgabe hat, bei der Aushändigung einer Abschrift den Patienten davor zu warnen, die Abschrift zu verbreiten oder an Dritte weiterzuleiten. Folglich muss das Recht auf Abschrift einer Patientenakte als Ausdruck des gemeinsamen Entscheidungsprozesses zwischen dem Patienten und der Fachkraft der Gesundheitspflege ausgeübt werden.

Im Gesetz wird nirgendwo angegeben, auf welche Weise die Abschrift ausgestellt werden kann. Es ist daher sicherlich nicht verboten, wie in der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte vorgesehen, Abschriften sowohl in Papierform als auch in digitaler Form auszustellen (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 7 Buchstabe c).

Artikel 9 § 4, in dem das Recht auf Einsicht nach

dem Tod des Patienten geregelt wird, wird gänzlich überarbeitet. Die strenge Regelung der Einsicht in Patientenakten durch Hinterbliebene verstorbener Patienten im Gesetz von 2002 war eine direkte Folge der Stellungnahme des Ausschusses für den Schutz des Privatlebens (Stellungnahme Nr. 18/2000 des Ausschusses für den Schutz des Privatlebens vom 15. Juni 2000). Dieser Ausschuss war der Ansicht, dass das Recht auf Schutz des Privatlebens ein Persönlichkeitsrecht ist, das nicht auf Hinterbliebene verstorbener Patienten übertragbar ist. Interessen oder Wünsche der Hinterbliebenen eines verstorbenen Patienten müssen also immer gegen das vorrangige Recht auf Achtung und Schutz des Privatlebens des Verstorbenen abgewogen werden. Die Anwendung dieser strengen, restriktiven und allgemeinen Regelung stieß jedoch auf gewisse rechtliche Unstimmigkeiten, wenn die Rechte des verstorbenen Patienten zu dessen Lebzeiten von einem Vertreter, wie in Kapitel 4 des Gesetzes über die Rechte des Patienten bestimmt, ausgeübt wurden. Zu Lebzeiten minderjähriger Patienten oder volljähriger Patienten, die nicht in der Lage sind, ihren Willen zu äußern, haben ihre Vertreter das Recht auf direkte Einsicht in die jeweilige Akte und das Recht, eine Abschrift davon zu erhalten, ohne dafür Gründe angeben zu müssen. Wenn der betreffende Patient stirbt, erlöschen diese Rechte und man beruft sich auf Artikel 9 § 4 des Gesetzes von 2002. Insbesondere der Erhalt einer Abschrift der Akte ist dann unmöglich. Die Verfasser sind der Ansicht, dass nach dem Tod minderjähriger Patienten oder volljähriger Patienten, die nicht in der Lage sind, ihren Willen zu äußern, ihre Vertreter das Recht auf direkte Einsicht, wie es zu Lebzeiten der Patienten gewährt wurde, und das Recht auf Abschrift behalten müssen. Auch die Stellungnahme der Föderalen Kommission "Rechte des Patienten" vom 23. Juni 2006 über den Zugriff auf die Patientenakte durch Hinterbliebene eines verstorbenen Patienten kommt zu demselben Schluss: "Für die in den Artikeln 12 und 13 des Gesetzes über die Rechte des Patienten erwähnten Patienten (minderjährige Patienten und volljährige Patienten, die unter dem Statut der verlängerten Minderjährigkeit oder der Entmündigung stehen) kann das Recht auf direkten Zugriff auf die Patientenakte, wie es zu

Lebzeiten des Patienten gewährt wurde, auch nach dessen Tod beibehalten werden. (...) Die Kommission ist der Ansicht, dass nach dem Tod des Minderjährigen sein Vertreter das Recht auf direkten Zugriff, wie es zu Lebzeiten des Patienten gewährt wurde, behalten muss, soweit der Schutz des Privatlebens des Minderjährigen durch die Anwendung von Artikel 15 § 1 des vorerwähnten Gesetzes gewährleistet ist." (Stellungnahme der Föderalen Kommission "Rechte des Patienten" vom 23. Juni 2006, Ref. FKR/MED/7). Ausgehend von dieser Philosophie wurde das direkte Recht auf Einsicht und das Recht auf Abschrift der Patientenakte nach dem Tod eines Minderjährigen, der vertreten wird, im Gesetz verankert. In der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte wurde die Änderung des Rechts auf Einsicht und auf Abschrift nach dem Tod des Patienten ferner explizit von den Parlamentsmitgliedern gefordert: "nach dem Tod eines minderjährigen Patienten oder volljährigen Patienten, der nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, das Recht seines Vertreters, wie in Artikel 12 § 1 und Artikel 14 des Gesetzes über die Rechte des Patienten erwähnt, die Patientenakte direkt einzusehen und eine Abschrift davon zu erhalten, vorzusehen, es sei denn, der volljährige oder minderjährige Patient, der in der Lage ist, seine Interessen vernünftig einzuschätzen, hat seine Ablehnung dieser Einsicht oder dieses Antrags auf Abschrift geäußert" (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 7 Buchstabe h). Dieser Grundsatz steht zudem in Einklang mit dem Gesetzesvorschlag zur Abänderung des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten und zur Abänderung des Gesetzes vom 22. April 2019 über die Qualität der Ausübung der Gesundheitspflege (Parl. Dok. 55 1890/001).

Paragraph 4 Absatz 1 betrifft verstorbene minderjährige Patienten. Für die Person, die einen minderjährigen Patienten vertritt oder gemäß Artikel 12 § 1 vertreten hätte, wenn der minderjährige Patient zum Zeitpunkt seines Todes gemäß Artikel 12 § 2 *in fine* nicht in der Lage gewesen wäre, seine Interessen vernünftig einzuschätzen, ist ein direktes Recht auf Einsicht und auf Abschrift vorgesehen. Folglich wird bei jedem minderjährigen Patienten, der verstirbt, der in Artikel 12 § 1 erwähnte Vertreter

hinzugezogen. Es handelt sich um seine Eltern oder gegebenenfalls seinen Vormund. Diese Vertreter des verstorbenen minderjährigen Patienten müssen keine Gründe angeben, um das Recht auf Einsicht in die Patientenakte oder auf Abschrift davon zu erhalten. Darüber hinaus haben auch Verwandte bis zum zweiten Grad einschließlich das Recht, die Patientenakte des verstorbenen minderjährigen Patienten einzusehen, sofern ihr Antrag ausreichend mit Gründen versehen und spezifiziert ist. In der Tat kann der Tod eines minderjährigen Patienten auch emotionale Auswirkungen auf andere Familienmitglieder haben. Aus diesem Grund wird das Recht auf Einsicht und auf Abschrift auf Verwandte bis zum zweiten Grad einschließlich ausgeweitet. Dies bedeutet, dass auch Geschwister und Großeltern die Akte einsehen und eine Abschrift davon erhalten können. Minderjährige Patienten, von denen gemäß Artikel 12 § 2 *in fine* angenommen werden kann, dass sie in der Lage sind, ihre Interessen vernünftig einzuschätzen, können sich dem Recht auf Einsicht und dem Recht auf Abschrift in Bezug auf die in diesem Absatz erwähnten Personen ausdrücklich widersetzen.

Unabhängig davon, wer das Recht auf Einsicht in die Patientenakte eines verstorbenen minderjährigen Patienten und auf Abschrift dieser Patientenakte ausübt, kann dieses Recht nur unter Berücksichtigung von Artikel 15 § 1 des Gesetzes über die Rechte des Patienten ausgeübt werden. In dieser Bestimmung ist Folgendes festgelegt: "Zum Schutz des Privatlebens des Patienten, wie in Artikel 10 erwähnt, kann die betreffende Berufsfachkraft den Antrag der in den Artikeln 12 und 14 erwähnten Person auf Einsichtnahme in die Patientenakte oder auf Erhalt einer Abschrift dieser Akte, wie in Artikel 9 § 2 oder § 3 erwähnt, ganz oder teilweise ablehnen. In diesem Fall wird das Recht auf Einsicht oder Abschrift von der vom Bevollmächtigten bestimmten Berufsfachkraft ausgeübt." Artikel 15 § 1 wird dahingehend angepasst, dass er auch nach dem Tod auf das Recht auf Einsicht und auf Abschrift Anwendung findet. So wird zum Beispiel bei einem verdächtigen Todesfall infolge von Kindesmisshandlung durch einen Elternteil dieser Elternteil das direkte Recht auf Einsicht nicht mehr ausüben können.

In § 4 Absatz 2 wird das indirekte Recht auf Einsicht nach dem Tod eines volljährigen Patienten durch ein direktes Recht auf Einsicht ersetzt und das Recht auf Abschrift wird hinzugefügt. Das über eine bestimmte Fachkraft der Gesundheitspflege ausgeübte indirekte Recht auf Einsicht wird aufgehoben. Es wird also nicht mehr möglich sein, ein indirektes Recht auf Einsicht in persönliche Anmerkungen auszuüben. Bei den Personen, die gemäß Absatz 2 das Recht auf Einsicht oder auf Abschrift ausüben können, handelt es sich um die in § 4 des Gesetzes von 2002 erwähnten Personen, das heißt der Ehepartner, der gesetzlich zusammenwohnende Partner, der faktisch zusammenwohnende Partner und die Verwandten bis zum zweiten Grad einschließlich. Zu diesen Personen kommt die Person hinzu, die zum Zeitpunkt des Todes gemäß Artikel 14 als Vertreter fungierte. Andernfalls hätte ein benannter Vertreter, der weder der Partner (oder Ehepartner) noch ein Verwandter ist, zum Zeitpunkt des Todes keinen Anspruch mehr auf das Recht auf Einsicht oder auf Abschrift, das er vor dem Tod - als einziger - hatte.

Das Recht auf Einsicht in die Patientenakte oder auf Abschrift davon nach dem Tod unterliegt ebenfalls der in Artikel 15 § 1 erwähnten Begrenzung, um das Privatleben der verstorbenen Person zu schützen.

Art. 15 -

1. Für den Fall, dass eine Vermittlung nicht zum gewünschten Ergebnis führt, war im Gesetz von 2002 vorgesehen, dass die Ombudsperson den Patienten über die Möglichkeiten der Bearbeitung seiner Klage informiert. Zu dieser Aufgabe kommt hinzu, dass dies auch auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten möglich ist. Man denkt hier in erster Linie an Informationen über die Föderale Kommission für die Kontrolle der Ausübung der Gesundheitspflege, im Rahmen des Gesetzes vom 22. April 2019 über die Qualität der Ausübung der Gesundheitspflege, da diese Kommission durch einen im Ministerrat beratenen Königlichen Erlass auch für Klagen im Zusammenhang mit dem Gesetz über die Rechte des Patienten zuständig ist. Aber auch Informationen über das Einreichen einer Klage bei den jeweiligen Kammern können eine

Möglichkeit darstellen. Eine aktive Weiterleitung oder Weiterverfolgung durch die Ombudsperson für die weitere Bearbeitung der Klage ist nicht vorgesehen. Die Ombudsperson muss ihre Neutralität wahren und darf daher nur zweckdienliche Zusatzinformationen liefern, unabhängig davon, ob der Patient dies verlangt hat oder nicht.

2. Im Rahmen des Gesetzes von 2002 hatten Hinterbliebene eines verstorbenen Patienten kein Recht, eine Klage wegen Verletzung der Rechte des verstorbenen Patienten einzureichen. In Artikel 11 wird ein neuer Paragraph eingefügt, um dieses Problem zu beheben. Es wird zwischen verstorbenen minderjährigen Patienten und verstorbenen volljährigen Patienten unterschieden. In Bezug auf das Klagerecht für einen verstorbenen minderjährigen Patienten wird in Absatz 1 festgelegt, dass dieses Recht von den Eltern oder dem Vormund ausgeübt wird, die aufgrund von Artikel 12 § 1 die Vertreter des minderjährigen Patienten waren. Wenn gemäß Artikel 12 § 2 *in fine* davon ausgegangen wurde, dass der Minderjährige zu Lebzeiten in der Lage war, seine Interessen vernünftig einzuschätzen, und folglich die Eltern oder der Vormund nicht mehr als Vertreter fungierten, können sie ihr Klagerecht weiterhin ausüben, es sei denn, der Minderjährige hat sich dem zu Lebzeiten widersetzt. In Absatz 2 ist die Regelung für verstorbene volljährige Patienten aufgenommen. Das Klagerecht steht dem Ehepartner des Patienten, dem mit dem Patienten gesetzlich zusammenwohnenden Partner, dem mit dem Patienten faktisch zusammenwohnenden Partner, den Verwandten des Patienten bis zum zweiten Grad einschließlich und der Person zu, die zum Zeitpunkt des Todes des Patienten als Vertreter gemäß Artikel 14 handelte. Auch hier gilt die Bedingung, dass der Patient sich zu Lebzeiten nicht der Ausübung des Klagerechts durch Angehörige widersetzt haben darf.

Art. 16 -

Seit Inkrafttreten des Gesetzes über die Rechte des Patienten im Jahr 2002 sorgt die Vertrauensperson dafür, dass der Patient nicht alleine gelassen wird. Allerdings konnte die Vertrauensperson dem Patienten nur bei der Ausübung seines Rechts auf Information über seinen Gesundheitszustand und dessen

vermutliche Entwicklung (Artikel 7) und des Rechts auf Einsicht in die Patientenakte (Artikel 9) bestehen oder im Rahmen dieser beiden Rechte die Rechte des Patienten im Namen des Patienten ausüben. Die Vertrauensperson kommt jedoch nicht ausschließlich im Gesetz über die Rechte des Patienten vor. Eine Vertrauensperson ist auch im Gesetz vom 28. Mai 2002 über die Sterbehilfe und in Anwendung des Gesetzes vom 17. März 2013 zur Reform der Regelungen in Sachen Handlungsunfähigkeit und zur Einführung eines neuen, die Menschenwürde wahrenenden Schutzstatus vorgesehen. Beim Vergleich dieser verschiedenen Figuren der Vertrauensperson fällt auf, dass jede von ihnen hauptsächlich dazu dient, dem Patienten beizustehen oder ihn auf eine wenig formelle Art und Weise zu unterstützen. Vertrauenspersonen sind keine Vertreter des Patienten. Damit Vertrauenspersonen auch im Rahmen des Gesetzes über die Rechte des Patienten so weit wie möglich einbezogen werden können, wird eine neue Bestimmung eingeführt, die das Recht auf Beistand durch eine Vertrauensperson begründet, unabhängig davon, welches Patientenrecht der Patient ausübt. Der Patient muss in der Tat jederzeit die Möglichkeit haben, sich beistehen zu lassen und auf seinen Wunsch hin Angehörige, Freunde oder Familienmitglieder an der Gesundheitspflege, die er in Anspruch nimmt oder in Anspruch nehmen möchte, teilhaben zu lassen.

Das in § 1 formulierte Recht auf eine Vertrauensperson bezieht sich auf informelle Unterstützung und auf den Beistand für den Patienten im Rahmen seiner verschiedenen Rechte. Es wird keine Möglichkeit geschaffen, alle Rechte des Patienten über eine Vertrauensperson auszuüben. Außerdem bedeutet die Tatsache, dass in Artikel 11/1 ein Recht auf eine Vertrauensperson vorgesehen ist, nicht, dass diese automatisch in die Ausübung aller Patientenrechte einbezogen wird. Der Patient selbst bestimmt den Umfang. Die Fachkraft der Gesundheitspflege vermerkt die Identität und den Umfang der Befugnis der Vertrauensperson in der Patientenakte. Artikel 33 des Qualitätsgesetzes wird entsprechend ergänzt.

Im Gesetz von 2002 wurde die Benennung einer Vertrauensperson so weit wie möglich frei von Formalitäten gehalten. Dies muss so bleiben. Es muss weiterhin möglich sein, dass die

Begleitperson(en) eines Patienten als Vertrauensperson(en) des Patienten betrachtet werden, da sie dem Patienten beistehen.

Es ist jedoch auch hilfreich, wenn der Patient registriert, wen er als Vertrauensperson benennt. Der König muss die Art und Weise festlegen, wie der Patient eine Vertrauensperson benennen kann, und zwar auf elektronischem Wege über ein Patientenportal wie meinegesundheit.belgien.be. Auf diese Weise kann der Patient flexibel eine oder mehrere Vertrauenspersonen benennen und die selbst getroffene Wahl ändern. Der Patient ist jedoch nicht verpflichtet, die Vertrauensperson auf elektronischem Wege zu benennen. Darüber hinaus hindert die Benennung der Vertrauensperson auf elektronischem Wege den Patienten nicht daran, sich bei der Ausübung seiner Rechte zusätzlich von einer anderen Person beistehen zu lassen, die ebenfalls auf informelle Weise als Vertrauensperson benannt werden kann. Durch diese Bestimmung wird für den König lediglich die Möglichkeit eingeräumt, die Modalitäten festzulegen, wenn der Patient die Vertrauensperson(en) auf elektronischem Wege benennen möchte. Die Benennung einer Vertrauensperson auf elektronischem Wege wird jedoch ausdrücklich empfohlen, da sie anderen Fachkräften der Gesundheitspflege ermöglicht, zu erfahren, wen der Patient als Vertrauensperson benannt hat. Darüber hinaus hat der Patient auf diese Weise die Möglichkeit, eigenständig eine andere als die von ihm benannte Vertrauensperson zu wählen, wann immer er dies wünscht. Man denke zum Beispiel an ein Krankenhaus, in dem die verschiedenen Fachkräfte der Gesundheitspflege dank der Benennung der Vertrauensperson auf elektronischem Wege sofort wissen, wem sie Informationen über die Gesundheit des Patienten mitteilen dürfen.

In § 2 werden neue Regeln vorgesehen, um die Vertrauensperson im Rahmen der Ausübung des Rechts auf Information über den Gesundheitszustand und dessen vermutliche Entwicklung (Artikel 7 § 2 Absatz 3 des Gesetzes von 2002) und des Rechts auf Einsicht in die Patientenakte und auf Abschrift davon (Artikel 9 § 2 Absatz 4 und § 3 des Gesetzes von 2002), aufgrund deren diese spezifischen Rechte über die Vertrauensperson ausgeübt werden, zu

bevollmächtigen, diese Rechte auszuüben. Dies ist nicht neu. Diese Möglichkeit war bereits im Gesetz von 2002 vorgesehen. Um die Regeln in Bezug auf die Vertrauensperson so eindeutig wie möglich zu formulieren, haben sich die Verfasser dafür entschieden, alles in einer einzigen Bestimmung unterzubringen. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass der König die Art und Weise festlegen kann, wie der Patient auf elektronischem Wege die Vertrauensperson benennt, um diese Rechte auszuüben. Außerdem kann der König die Art und Weise vorsehen, auf die Fachkräfte der Gesundheitspflege auf elektronischem Wege Kenntnis von der/den vom Patienten benannten Vertrauensperson(en) erhalten können. So soll bürokratischer Aufwand vermieden werden. Wenn ein Patient eine Vertrauensperson beauftragt, eine Abschrift der Patientenakte zu erhalten, kann die Fachkraft der Gesundheitspflege, die die Abschrift bereitstellen muss, direkt überprüfen, ob die Vertrauensperson dazu bevollmächtigt worden ist. Auf diese Weise wird vermieden, dass der Patient jedes Mal einen schriftlichen Antrag stellen muss, ohne die Kontrolle des Patienten in dieser Hinsicht einzuschränken. Man denke zum Beispiel an einen älteren Mann, dessen Tochter in regelmäßigen Abständen Informationen über den Gesundheitszustand des Vaters erhalten muss. Eine einzige elektronische Vollmacht würde in diesem Fall ausreichen. Wenn ein Patient sich dennoch dafür entscheidet, eine Vertrauensperson über ein schriftliches Dokument zu bevollmächtigen, ist dies immer noch möglich. Gemäß Artikel 33 des Qualitätsgesetzes wird dieser schriftliche Antrag in der Patientenakte vermerkt.

Im letzten Absatz von § 2 ist vorgesehen, dass die Fachkraft der Gesundheitspflege den Patienten in regelmäßigen Abständen, z.B. bei der Verlängerung der globalen medizinischen Akte durch einen Hausarzt, fragt, ob er bereits eine Vertrauensperson benannt hat oder ob er mit den als Vertrauenspersonen benannten Personen noch einverstanden ist. Gegebenenfalls kann die Fachkraft der Gesundheitspflege diese Informationen im Patientenportal für den Patienten anpassen. Wenn ein Patient keine Vertrauensperson hat oder nicht in der Lage ist, selbst eine Vertrauensperson auf elektronischem Wege zu benennen, kann die Fachkraft der

Gesundheitspflege dies für den Patienten übernehmen, wenn der Patient dies wünscht.

Art. 17 -

Die Regelung für Vertreter volljähriger Patienten, die nicht in der Lage sind, ihren Willen zu äußern, war im Gesetz von 2002 sehr innovativ. Dank eines kaskadenartigen Systems konnte immer ein Vertreter gefunden werden, und in letzter Instanz vertrat die Fachkraft der Gesundheitspflege, gegebenenfalls im Rahmen einer multidisziplinären Konzertierung, die Interessen des Patienten. Die Abänderung aufgrund des Gesetzes vom 17. März 2013 zur Reform der Regelungen in Sachen Handlungsunfähigkeit und zur Einführung eines neuen, die Menschenwürde wahren Schutzstatus, mit der Artikel 13 über gesetzlich Entmündigte und Personen, die unter dem Statut der verlängerten Minderjährigkeit stehen, als zusätzlicher Schritt in Form einer Betreuung der Person in Artikel 14 integriert wurde, hatte jedoch gezeigt, dass das System des Gesetzes von 2002 verbesserungsbedürftig war. Ein tiefgreifender Wandel hin zu einem flexiblen System, bei dem die Fähigkeit des Patienten, seinen Willen zu äußern, im Vordergrund steht, parallel zum System des gerichtlichen Schutzes, wie es durch das Gesetz vom 17. März 2013 und später für den außergerichtlichen Schutz mit Vollmacht für die Pflege eingeführt wurde, war jedoch bis heute nicht vollzogen worden. Die Anpassungen von Artikel 14 haben zum Ziel, dies zu ändern. In diesem Rahmen wird der Patient, auch wenn er nicht fähig ist, seinen Willen zu äußern, durch diese Bestimmung stärker in den Mittelpunkt gerückt.

Der Grundsatz, dass Patienten, die fähig sind, ihren Willen zu äußern, ihre Patientenrechte selbst ausüben, bleibt in Artikel 14 § 1 Absatz 1 unverändert. Im Gesetz wird davon ausgegangen, dass die Fähigkeit zur Äußerung des Willens besteht.

In § 1 Absatz 2 wird allgemein bestimmt, dass diese Rechte von einem Vertreter ausgeübt werden, sofern und solange der Patient nicht in der Lage ist, seine Rechte selbst auszuüben. Es wird noch nicht darauf eingegangen, auf welche Weise bestimmt wird, wer als Vertreter gilt. Dieser Punkt wird in den folgenden Paragraphen geregelt.

In § 1 wird ein neuer Absatz 3 hinzugefügt. In diesem neuen Absatz wird betont, dass selbst in dem Fall, in dem eine Fachkraft der Gesundheitspflege der Meinung ist, dass ein Patient nicht mehr fähig ist, seinen Willen zu äußern, und daher nicht mehr fähig ist, seine Patientenrechte selbst auszuüben, er noch eine Rolle spielt. Wenn der Patient als unfähig angesehen wird, seinen Willen zu äußern, ist der erste Schritt, dass der Vertreter die Rechte des Patienten gemeinsam mit dem Patienten ausübt. Formal sind die Rollen vertauscht: Der Vertreter trifft die Entscheidungen und der Patient unterstützt den Vertreter so weit wie möglich, unter Berücksichtigung des Begriffsvermögens des Patienten. Konkret bedeutet dies, dass wenn sich herausstellt, dass ein Patient noch eine gewisse Form der Beteiligung zeigen kann und einem bestimmten Eingreifen gegenüber sehr zurückhaltend ist, der Vertreter seine Erlaubnis zu diesem Eingreifen nicht erteilen kann. Die Beurteilung der Abstufung der gemeinsamen Ausübung der Patientenrechte ist eine Tatsachenfrage, die der Fachkraft der Gesundheitspflege obliegt, wenn möglich auch hier gemeinsam mit dem Patienten und seinem Vertreter. Daher wird eine gemeinsame Entscheidungsfindung angestrebt. Die Verfasser betonen, dass dieser Grundsatz nicht ganz neu ist. In Artikel 14 § 4 des Gesetzes von 2002 wurde ebenfalls bereits bestimmt, dass der Patient unter Berücksichtigung seines Begriffsvermögens so weit wie möglich in die Ausübung seiner Rechte mit einbezogen wird. Dieser neue Absatz baut auf diesem Grundsatz auf, geht aber noch einen Schritt weiter, indem die Beteiligung des Patienten durch eine Zusammenarbeit zwischen Vertreter und Patienten ersetzt wird. Darüber hinaus wird im neuen Absatz erwähnt, dass der Vertreter die Rechte des Patienten entsprechend den vom Patienten geäußerten Präferenzen und Lebenszielen ausübt. Sofern der Patient gemäß Artikel 8/2 eine vorausschauende Pflegeplanung erstellt hat, muss diese als Leitfaden für den Vertreter dienen, der zudem die Präferenzen und Lebensziele des Patienten berücksichtigen muss, über die er auf andere Weise informiert wurde, z.B. durch die Vertrauensperson, Familienmitglieder, ... Dieser neue Absatz ermöglicht es, den Patienten so weit wie möglich einzubeziehen und ihm auch im Rahmen der

Fähigkeit, seinen Willen zu äußern, eine zentrale Position zu verleihen.

Im neuen Paragraphen 1/1 (früherer Paragraph 1 Absatz 3) sind die Modalitäten für die aktive Benennung des Vertreters vorgesehen. Die Modalitäten für die Benennung eines Vertreters werden nicht abgeändert. Sie bleiben dieselben wie im Gesetz von 2002. Es wird jedoch hinzugefügt, dass der Patient auch die Vertrauensperson benennen kann. Die Verfasser sind sich zwar bewusst, dass dies auch aufgrund des Gesetzes von 2002 nicht verboten und daher möglich war, halten es aber dennoch für angebracht, dies zu verdeutlichen. Ziel ist es, Patienten zu ermutigen, sich für einen fortwährenden Beistand durch dieselbe Person zu entscheiden. Zunächst in Form eines Beistands als Vertrauensperson bei der Ausübung der Patientenrechte durch einen Patienten, der fähig ist, seinen Willen zu äußern, und anschließend als Vertreter, wenn der Patient nicht mehr fähig ist, seine Rechte selbstständig auszuüben. Die Schaffung dieses Kontinuums gewährleistet, dass die Lebensziele und Präferenzen des Patienten so weit wie möglich berücksichtigt werden. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass der Patient mehrere Vertreter benennen kann. Wenn der Patient dies tut, muss er jedoch auch angeben, in welcher Reihenfolge diese Personen als Vertreter auftreten können.

Wie bei der Benennung der Vertrauensperson und der Erstellung einer vorausschauenden Pflegeplanung und/oder einer vorgezogenen Verweigerungserklärung hat der König die Möglichkeit, die Art und Weise zu bestimmen, wie der Patient den Vertreter auf elektronischem Wege benennen kann und wie die Fachkräfte der Gesundheitspflege Kenntnis von der Identität des Vertreters erhalten können. Man denkt hier an das [Patientenportal www.meinegesundheit.belgien.be](http://www.meinegesundheit.belgien.be). Auch hier ist es nicht unbedingt erforderlich, den Vertreter auf diese Weise zu benennen, aber es wird ausdrücklich empfohlen, um den Informationsfluss zu optimieren. Ziel ist, dass die Fachkraft der Gesundheitspflege, die ein aktives Vertrauensverhältnis zum Patienten unterhält, den Patienten in regelmäßigen Abständen, z.B. bei der Verlängerung der AMA durch einen Hausarzt, fragt, ob er einen Vertreter benannt hat. Es ist die ausdrückliche Absicht der Verfasser,

die Benennung eines Vertreters nachdrücklich zu fördern und sie daher so zugänglich wie möglich zu machen.

In § 2 wird die Benennung des Vertreters im Rahmen einer Betreuung der Person durch den Friedensrichter gemäß Artikel 492/1 § 1 Absatz 4 des Zivilgesetzbuchs geregelt. Da das Zivilgesetzbuch vor kurzem angepasst worden ist, wird verdeutlicht, dass es sich um Artikel 492/1 des früheren Zivilgesetzbuchs handelt.

Die bestehende Kaskadenregelung des Gesetzes von 2002 wird in § 3 beibehalten. Da es vor allem darum geht, den Patienten aktiv einzubeziehen und die Möglichkeiten der Benennung eines Vertreters durch den Patienten zu optimieren und gleichzeitig flexibler zu gestalten, halten es die Verfasser nicht für notwendig, die Kaskadenregelung nur als Orientierungshilfe zu gestalten und zudem eine neue Stufe "Personen mit einer besonderen affektiven Bindung" vorzusehen, wie in der Resolution vom 15. Dezember 2022 über eine umfassende Reform der Patientenrechte angegeben: "zu prüfen, ob es nicht besser wäre, das in Artikel 14 § 3 vorgesehene Kaskadenmodell eher als Orientierungshilfe denn als verbindlich vorzusehen, da die im Kaskadenmodell erwähnten Personen nicht immer die geeignetsten sind, um als Vertreter des Patienten zu fungieren, und damit der behandelnde Arzt aus berechtigten Gründen und im Interesse des Patienten von diesem Modell abweichen kann. In jedem Fall sollte auch vorgesehen werden, dass eine Person, die eine besondere affektive Bindung zu dem Patienten hat, neben den Angehörigen in die Liste des Kaskadenmodells aufgenommen werden kann, damit sie als Vertreter des Patienten fungieren kann" (Parl. Dok. 55 2969/005, S. 6). Die Verfasser sind der Ansicht, dass der Rechtssicherheit der derzeitigen Regelung der Vorzug gegeben werden muss.

Der Grundsatz, dass die Fachkraft der Gesundheitspflege in letzter Instanz die Interessen des Patienten vertritt und auch bei Konflikten zwischen gleichrangigen Vertretern eingreift, wird beibehalten.

Paragraph 4 wird aufgehoben, da der Grundsatz, dass der Patient so weit wie möglich und unter Berücksichtigung seines Begriffsvermögens in die Ausübung seiner Rechte mit einbezogen wird, in § 1 in Form eines gemeinsamen Entscheidungsprozesses zwischen Vertreter und Patienten unter Berücksichtigung des Begriffsvermögens des Letzteren aufgenommen wird.

Das Klagerecht für alle Vertreter, wie im Gesetz von 2002 vorgesehen, wird in § 5 beibehalten. Lediglich die Nummerierung des Verweises auf § 1/1 wird angepasst.

Art. 18 -

1. Um die Möglichkeit zu schaffen, zum Schutz des Privatlebens eines verstorbenen Patienten das Recht der Hinterbliebenen auf Einsicht in die Patientenakte oder auf Abschrift davon einzuschränken, wird ein Verweis auf Artikel 9 § 4 gemacht.

2. In Artikel 15 § 2 des Gesetzes von 2002 wird die besondere Situation beschrieben, in der eine Berufsfachkraft von einer Entscheidung des Vertreters abweicht, wenn diese Entscheidung eine Bedrohung des Lebens oder eine schwere Beeinträchtigung der Gesundheit des Patienten mit sich zieht. Diese Bestimmung hat in den letzten Jahren zu heftigen Diskussionen geführt, da zwischen dem benannten Vertreter und den anderen Vertretern unterschieden wird. Wenn sich ein benannter Vertreter auf eine Willensäußerung des Patienten berufen kann, muss die Fachkraft der Gesundheitspflege diese Entscheidung jedoch berücksichtigen. Wird die Willensäußerung des Patienten hingegen von einem Vertreter mitgeteilt, der gemäß der Kaskadenregelung bestimmt wurde, aber nicht vom Patienten benannt wurde, gilt diese Regel nicht. Es gibt jedoch viele Patienten, bei denen der Vertreter zum Beispiel der Partner ist, dieser Partner den Willen des Patienten besser kennt als jeder andere und vielleicht sogar über eine Willensäußerung des Patienten verfügt. Um dieser unterschiedlichen Herangehensweise ein Ende zu setzen, wird der Verweis auf die verschiedenen Arten von Vertretern in Artikel 15 § 2 gestrichen.

Kapitel 3 - Abänderung der Bestimmungen über die Patientenrechte in anderen Gesetzen im Bereich Gesundheit

Art. 19 -

Um in den verschiedenen Gesetzen dieselben Begriffsbestimmungen zu verwenden, wird die Bestimmung des Begriffs "Patient" in Anlehnung an Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes über die Rechte des Patienten angepasst.

Art. 20 -

Um in den verschiedenen Gesetzen dieselben Begriffsbestimmungen zu verwenden, wird die Bestimmung des Begriffs "Patient" in Anlehnung an Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes über die Rechte des Patienten angepasst.

Art. 21 -

Um in den verschiedenen Gesetzen dieselben Begriffsbestimmungen zu verwenden, wird die Bestimmung des Begriffs "Patient" in Anlehnung an Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes über die Rechte des Patienten angepasst.

Art. 22 -

Um die Föderale Kommission "Rechte des Patienten" auch für die Aspekte des Qualitätsgesetzes zuständig zu machen, die den Patienten direkt betreffen, wird Artikel 3 § 2 angepasst. Ziel dieser Bestimmung ist es, eventuell zusätzliche Regeln vorsehen zu können, um die Notwendigkeit eines spezifischen Schutzes des Patienten zu berücksichtigen. Es versteht sich von selbst, dass die Föderale Kommission "Rechte des Patienten" besonders gut in der Lage ist, die Notwendigkeit eines spezifischen Patientenschutzes zu beurteilen, zusammen mit den im Rahmen des koordinierten Gesetzes vom 10. Mai 2015 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe eingesetzten föderalen Beiräten, deren Hauptziel darin besteht, Stellungnahmen zu den Regelungen für Gesundheitspflegeberufe abzugeben.

Art. 23 -

Artikel 3 des Gesetzes über die Rechte des Patienten ist durch einen Verweis auf die in Artikel 32 des Qualitätsgesetzes erwähnten

Zusammenarbeitsabkommen angepasst worden. Um diese Argumentation zu vervollständigen, muss Artikel 32 des Qualitätsgesetzes ergänzt werden, damit speziell für Zusammenarbeitsabkommen Regeln in Bezug auf die Patientenrechte formuliert werden können. Die Föderale Kommission "Rechte des Patienten" tritt hier als zuständiges Begutachtungsorgan auf.

Art. 24 -

Da eine neue Bestimmung vorgesehen ist, durch die eine allgemeine Regelung für die Bestimmung einer Vertrauensperson eingeführt wird (Artikel 11/1), muss Artikel 33 in diesem Sinne angepasst werden. Außerdem wird eine neue Nummer 24 eingeführt, in der festgelegt wird, dass die Benennung einer Vertrauensperson gemäß Artikel 11/1 ebenfalls zum Mindestinhalt einer Patientenakte gehört.