

Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Schleswig-Holstein - Landeskrankenhausgesetz (LKHG)", Drucksache 19/2042

- Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein

Vorbemerkung

Grundsätzlich ist der politische Wille nach dem Erlass eines Landeskrankenhausgesetzes für Schleswig-Holstein zu akzeptieren, obwohl sich aus Sicht der Krankenhausträger das bisherige Ausführungsgesetz zum Krankenhausfinanzierungsgesetz in jahrzehntelanger Praxis bewährt hat.

Der im Entwurf vorliegende Gesetzestext bringt den Krankenhäusern eine Reihe zusätzlicher bürokratischer Lasten und über die Vorgaben von Krankenhausfinanzierungsgesetz und Sozialgesetzbuch V hinausgehende Aufgaben. Die dafür notwendigen Ressourcen stehen dann für die Krankenversorgung als eigentliche Aufgabe der Krankenhäuser nicht zur Verfügung. Zusätzliche finanzielle Mittel des Landes sieht der Gesetzentwurf nicht vor. Dass sich Finanzierungsansprüche gegenüber den Kostenträgern durchsetzen lassen, ist fraglich.

Im Folgenden nehmen wir zu einzelnen der vorgesehenen Regelungen des Gesetzentwurfes in der Fassung der Landtags-Drucksache 19/2042 Stellung und bitten um Berücksichtigung im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens.

§ 5 Beteiligte

Der Kreis der unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 sollte außer einer Vertretung der Hochschulmedizin auch durch Repräsentanten der privaten (Verband der Privatkliniken) und der freigemeinnützigen (Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände) Krankenhausträger erweitert werden. Damit wäre eine umfassende Abbildung der realen Versorgungslandschaft im Landeskrankenhausausschuss gegeben. Für den Bereich der Kostenträger ist dies durch die unmittelbare Beteiligung aller – auch kleiner – Verbände bereits seit langem gegeben.

Die Aufnahme weiterer einzelner Berufsgruppen in den Kreis der mittelbar Beteiligten erschließt sich nicht ohne weiteres. Notwendig ist es aus unserer Sicht, den Ausschuss mit einer angemessenen Zahl an Vertretern arbeitsfähig zu erhalten. Die ambulante Leistungserbringerseite ist dabei durch Ärztekammer und KVSH bereits ausreichend breit aufgestellt.

Die KGSH bekennt sich zur sektorübergreifenden Versorgung. Der vorgesehenen fallweisen Einordnung der KV als unmittelbar steht bislang keine entsprechende Mitwirkung der Krankenhäuser in der ambulanten Bedarfsplanung gegenüber, die genauso sektorübergreifende Auswirkungen haben kann. Wir befürworten Mitwirkungsrechte in beide Richtungen; stellen aber klar, dass, sofern dies nicht möglich ist, eine nur einseitige Mitwirkung als nicht zielführend und sachgerecht abgelehnt werden muss.

Falls an der fallweise unmittelbaren Beteiligung der KVSH festgehalten wird, sollten „sektorübergreifender Fragestellungen“ in der Geschäftsordnung des Landeskrankenhausausschusses definiert werden. Das gilt auch für das Verfahren der Beratung. Eine „Sondersitzung“ im Sinne der Begründung erscheint wenig sinnvoll.

Die vorgesehene Geschäftsordnung des Landeskrankenhausausschusses wird im Sinne einer strukturierten und nachvollziehbaren Beratung und Entscheidungsfindung begrüßt. Allerdings fehlt eine Lösung für den Fall, dass sich die Mitglieder des Landeskrankenhausausschusses nicht auf eine Geschäftsordnung einigen können.

§ 6 Mitwirkung der Beteiligten

Um unnötige Verzögerungen bei planerischen oder Investitionsentscheidungen zu vermeiden, sollte das Ministerium im Regelfall bereits nach einmaliger Beratung im Landeskrankenhausausschuss zum Letztentscheid berechtigt sein. Eine weitere Beratung ist dann nur in den Fällen notwendig, in denen bis zu einer weiteren Beratung zusätzliche Erkenntnisse zu erwarten sind.

§ 7 Aufstellung eines Krankenhausplans

In der Begründung zu § 7 finden sich Ausführungen zur Besetzung einer „AG Krankenhausplanung“. Im Gesetz selbst ist eine solche Arbeitsgruppe nicht vorgesehen. Die Einrichtung und Besetzung von Arbeitsgruppen sollte im Rahmen der Geschäftsordnung des Landeskrankenhausausschusses geregelt werden.

§ 8 Inhalt der Krankenhausplans

Es sollte im Gesetz verdeutlicht werden, dass eine differenzierte Ausweisung von Leistungsgruppen und damit eine Beschränkung des Leistungsangebotes einzelner Krankenhäuser nur in den Fällen erfolgen darf, in denen dies zur Sicherung einer hohen Behandlungsqualität nachweisbar notwendig ist. Insbesondere dann, wenn bestehende Versorgungsaufträge hierdurch eingeschränkt werden sollen, müssen die Auswirkungen auf die Klinikstandorte sowohl hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit als auch der personellen Besetzbarkeit angemessen berücksichtigt werden. Die Freiheit der Berufsausübung ist zu beachten.

Weiter wird die Berücksichtigung pflegerischer Leistungserfordernisse nach dem SGB XI gefordert. Um welche Leistungserfordernisse es sich dabei handelt, bleibt offen. Da Krankenhäuser grundsätzlich keine Vergütungsansprüche nach SGB XI haben, ist die Regelung ohne Refinanzierung abzulehnen.

Der Bezug auf die Pflegepersonaluntergrenzen ist aus unserer Sicht nicht zielführend. Einerseits besteht ein breiter fachlicher Konsens, dass dieses Instrument die Ziele des Bundesgesetzgebers nicht erreicht. Daher ist eine Ablösung dieser Regelung notwendig und wahrscheinlich.

In Absatz 6 sollte in den Gesetzestext entsprechend dem nach der Begründung eigentlich Gemeinten statt „... zu berücksichtigen.“ „... angemessen in die Abwägung einzubeziehen.“ formuliert werden.

Wie die Formulierung Abs. 8 zu interpretieren ist, bleibt offen. Soll dies bedeuten, dass Krankenhäuser, die nicht wirtschaftlich geführt werden (was möglicherweise mit Fragen der Sicherstellung in einem dünn besiedelten Gebiet zusammenhängen kann), aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden können? Auch die Begründung gibt hierüber keinen Aufschluss.

Der Bundesgesetzgeber hat im Rahmen des SGB V den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Festlegung von Mindestfallzahlen für die Erbringung besonderer Leistungen ermächtigt. Es besteht keine Notwendigkeit hierzu mit dem Absatz 9 einen weiteren – potentiell widersprüchlichen – Regelungsrahmen auf Landesebene zu schaffen, zumal die rechtlichen und fachlichen Anforderungen an die Festlegung von Mindestmengen anspruchsvoll sind.

§ 9 Aufnahme in den Krankenhausplan

Bei Abweichungen von den Feststellungen des Krankenhausplans kann das Krankenhaus nach Absatz 2 aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden. Nach dem Wortlaut wäre eine solche Abweichung auch beim Betrieb zusätzlicher – über die Zahl der Planbetten hinausgehender – Kapazitäten gegeben. Dies kann dem Sinn der Vorschrift nicht entsprechen.

Erforderlich ist zudem eine Klarstellung, dass nur eine durch das Krankenhaus zu vertretende Abweichung von den Planvorgaben auch sanktioniert werden kann.

Notwendig ist darüber hinaus eine Ergänzung um die Möglichkeit der Kündigung des Versorgungsauftrages durch das Krankenhaus.

Die in Absatz 3 angesprochene „psychiatrische Pflichtversorgung“ ist bislang weder nach diesem Gesetzentwurf noch nach anderen Rechtsvorschriften definiert. Unklar sind die Konsequenzen der gemäß Nr. 6 zugewiesenen „Nicht-Teilnahme“ an der Notfallversorgung. Wird das Krankenhaus damit von den Verpflichtungen nach § 27 befreit?

Wie eine nach Absatz 4 vorgesehene „detaillierte Wirtschaftlichkeitsberechnung“ auszusehen hat, bleibt unklar. Damit besteht die Gefahr einer willkürlichen Anwendung dieser Regelung. Insbesondere muss klargestellt werden, dass positive Entscheidungen über Plananträge von Krankenhäusern nicht von einem positiven Jahresergebnis abhängen dürfen.

§ 10 Wechsel des Trägers oder Eigentümers

Ein Krankenhausträger hat das Ministerium über den Wechsel der Trägerschaft oder Ähnliches zu informieren. Wird dieser Wechsel durchgeführt, so scheidet das Krankenhaus zunächst einmal aus dem Krankenhausplan aus. Damit ergeben sich für den (neuen) Krankenhausträger, der diesen Rechtsform- oder Trägerwechsel initiiert hat, unabsehbare Unsicherheiten. Es muss gefordert werden, dass das Ministerium im Sinne einer verbindlichen Voranfrage, wie man sie zum Beispiel auch beim Finanzamt stellen kann, eine zuverlässige Auskunft gibt, wie sich ein Rechtsform-/Trägerwechsel auswirken würde.

Damit könnte ein neuer Träger bereits vor Durchführung des Träger- oder Rechtsformwechsels Planungssicherheit bekommen. Anderenfalls wäre praktisch keinerlei Veränderungen mehr möglich, weil die Risiken für die Krankenhausträger unabsehbar wären.

Die Möglichkeit des Rückgriffes nach Abs. 2 Satz 3 auf den alten Krankenhausträger kann sich nur auf die durch diesen selbst verwendeten Fördermittel beziehen. Eine Haftung für Handlungen des neuen Trägers wäre nicht nachvollziehbar.

§ 11 Grundsätze der Förderung

In Abs. 2 wird gefordert, dass die Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit einer Investitionsmaßnahme darzustellen ist. Diese Verpflichtung ergibt sich bereits aus den Regelungen des KHG und des SGB V. Wie Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Hinblick auf Investitionsmaßnahmen darzustellen sind, ist zudem völlig unklar.

§ 15 Förderung der Errichtung und Erstaussattung

Die Klarstellung, dass entgegen der bisherigen Praxis auch IT-Infrastruktur förderfähig ist, wird begrüßt. Diese Klarstellung sollte jedoch Bestandteil des Gesetzestextes, und nicht nur der Begründung, sein. Die Ausstattung mit zusätzlichen Fördermitteln ist notwendig.

§ 20 Pauschale Förderung

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung sektorübergreifender Versorgungsangebote, die politisch gewollt und inhaltlich zu begrüßen ist, sollte die Verordnungsermächtigung nach Absatz 3 zumindest optional um entsprechende Fördertatbestände erweitert werden.

§ 27 Aufnahmen, Dienstbereitschaft und Notaufnahme

Absatz 1 verpflichtet das Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages alle Patienten, die seine Leistungen benötigen, zu versorgen. Diese Versorgungspflicht des Krankenhauses kann - so auch die Gesetzesbegründung - nicht uneingeschränkt bestehen. Zur Klarstellung und Vermeidung etwaiger Streitigkeiten sollten Einschränkungen der Versorgungspflicht aber bereits dem Gesetzestext selbst und nicht nur der Gesetzesbegründung zu entnehmen sein. Hier bedarf es dabei neben den bereits in der Begründung genannten Einschränkungen bei Vollbelegung zwingend einer Regelung zum Verhältnis der Versorgungsverpflichtung zur Verpflichtung zur Einhaltung der Personaluntergrenzen oder ähnlicher verbindlicher Vorgaben. Keinesfalls ist es für die Krankenhäuser hinnehmbar, in Situationen geraten zu können, in denen sie, egal wie sie sich verhalten, jedenfalls gegen eine der beiden vorgenannten Verpflichtungen verstoßen müssen. Grundsätzlich kann die Versorgungsverpflichtung nur in einem Umfang gelten, für den das Krankenhaus tatsächlich über qualitativ und quantitativ über entsprechende Ressourcen verfügt.

Mit der Neuregelung in Absatz 1 wird die bislang gegenüber gesetzlich Versicherten bestehende Versorgungspflicht (vgl. § 109 Abs. 4 SGB V) nun auf alle Patienten erweitert. Eine solche Erweiterung birgt gerade bei teuren Behandlungen ein nicht unerhebliches Kostenrisiko, das bei reinen Selbstzahlern anders als bei gesetzlich Versicherten nicht zwingend durch einen solventen Kostenträger gedeckt ist. Eine Erweiterung des Kontrahierungszwangs kann daher nur akzeptiert werden, wenn im Gegenzug die Krankenhäuser von einem etwaigen Kostenausfallrisiko befreit werden.

Unklar ist im ersten Absatz zudem, was unter "aktiver Mithilfe bei der Organspende" zu verstehen sein und welche Krankenhäuser dies in welchem Umfang betreffen soll. Das Transplantationsgesetz, auf das in der Gesetzesbegründung Bezug genommen wird, richtet sich insoweit lediglich an Entnahmekrankenhäuser.

Die in Absatz 2 vorgesehene jederzeitige Aufnahmebereitschaft kann von keinem Krankenhaus gewährleistet werden. Immer kann es in diesem Zusammenhang besondere Ausnahmesituationen geben, die eine Erstversorgung nicht zulassen; dies muss im Gesetzestext Berücksichtigung finden. Die pauschale Regelung zur prioritären Aufnahme und Versorgung von Notfallpatienten kann nach unserem Verständnis nur für Krankenhäuser gelten, die auch an der Notfallversorgung teilnehmen. Insbesondere eine Verpflichtung unter Beibehaltung des Abschlags für die Versorgung von Notfallpatienten an Krankenhausstandorten, die nicht am gestuften System der Notfallversorgung gemäß GBA-Beschluss teilnehmen, ist nicht akzeptabel.

Die weiteren Regelungen zur Verlegung und Sicherstellung des Verlegungstransports durch das abgebende Krankenhaus verkennen, dass es sich bei der Verlegung aus medizinischen Gründen nicht um eine Leistung des abgebenden oder aufnehmenden Krankenhauses handelt. Dementsprechend regelt § 14 Abs. 3 RDG SH auch, dass Behandlungseinrichtungen bei Bedarf im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit Ärztinnen und Ärzte für die Arztbegleitung bei Sekundär- und Intensivtransporten freistellen und die entstehenden Kosten durch die Rettungsdienststräger zu erstatten sind. Eine derartige Klarstellung sowohl zur Leistungsfähigkeit als auch zur Kostentragung ist zwingend auch im LKHG zu treffen. Weder kann vom Krankenhaus, dessen Kapazitäten eine Versorgung des Patienten im eigenen Hause schon nicht zulassen, die Sicherstellung einer ärztlichen Betreuung verlangt werden, noch kann diese Aufgabe ohne eine entsprechende Refinanzierung von den Krankenhäusern übernommen werden.

§ 28 Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf

Nach Absatz 2 haben die Krankenhäuser die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson sicherzustellen. Sicherstellen würde insoweit grundsätzlich bedeuten, dass man ggf. auch die Begleitperson zur Verfügung stellen muss. Dies kann so nicht gemeint sein, weswegen "sicherstellen" durch "ermöglichen" ersetzt werden sollte. Die Kosten für die Mitaufnahme einer nicht notwendigen Begleitperson werden nicht von den Krankenkassen getragen, so dass die in Absatz 2 Satz 4 vorgesehene Verpflichtung nur bei einer entsprechenden Refinanzierung möglich sein kann. Dies ist in der jetzt vorgesehenen Form als Selbstzahlerleistung nicht zwingend gewährleistet.

Absatz 4 verpflichtet die Krankenhäuser, Maßnahmen für ein angemessenes Abschiednehmen der Hinterbliebenen zu treffen, was insbesondere die Schaffung und Unterhaltung entsprechender Räumlichkeiten bedeuten soll. Auch hier stellt sich die Frage, in welchem Umfang dies Aufgabe des Krankenhauses ist bzw. sein kann und wer die entsprechenden Kosten der Schaffung und Unterhaltung der Räume tragen soll.

§ 29 Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Die in § 29 Absatz 1 normierte Pflicht zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern ist aus unserer Sicht nicht mit der Organisationsfreiheit der Krankenhäuser vereinbar. Überdies ist die Regelung in der jetzigen Form völlig unklar. Es erschließt sich weder, unter welchen Voraussetzungen eine Pflicht zur Zusammenarbeit bestehen soll, noch wer eine entsprechende Zusammenarbeit einfordern kann. Ungeregelt ist zudem, wer die Kosten der für eine Zusammenarbeit notwendigen Strukturanpassungen tragen soll.

Gleiches gilt für die in Absatz 2 vorgesehene Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit anderen an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern. Hier ist zudem problematisch, dass mit dem Gesetzentwurf nur die Krankenhäuser angesprochen werden; die Regelung aber nur dann Sinn machen kann, wenn neben den Krankenhäusern auch die anderen an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern entsprechend verpflichtet werden. Ob und an welcher Stelle dies geschehen soll, ist nicht ersichtlich.

§ 30 Krankenhausalarmplanung

Die in dem Entwurf vorgeschlagene Durchführung von regelmäßigen Alarmübungen zur Überprüfung der Alarm- und Einsatzpläne ist ebenso wie die Abstimmung der Pläne mit dem zuständigen Träger des Rettungsdienstes nachvollziehbar. Problematisch ist aus unserer Sicht jedoch das in dem Gesetzentwurf vorgesehene "Einvernehmen". Sollte dies im Einzelfall nicht erzielt werden können, muss es dem Krankenhaus möglich bleiben, auch einseitig seine Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen, weswegen das "Einvernehmen" durch "Benehmen" ersetzt werden sollte. Auch die Einbeziehung des Ministeriums wird begrüßt, wünschenswert wäre jedoch ein noch stärkeres, vereinheitlichendes Engagement des Landes, z.B. in Form eines Standard-KAEP, der nur in Nuancen an die Gegebenheiten des jeweiligen Hauses angepasst werden müsste. Zumindest aber erwarten wir, wenn Pläne schon vorgelegt werden müssen, eine entsprechende Prüfung und Rückmeldung des Ministeriums.

Nicht hinnehmbar ist, dass die Krankenhäuser mit den entstehenden Kosten wieder alleine gelassen werden (§ 30 Absatz 4). Sowohl die zusätzlichen Kosten für Alarmübungen als auch für die Bestellung der Beauftragten sind kostenintensiv und werden im Gegensatz zu der in der Gesetzesbegründung aufgestellten Behauptung über das DRG-System nicht entsprechend abgebildet.

§ 31 Sozialdienst im Krankenhaus, Krankenhausseelsorge und ehrenamtliche Hilfe

Die Verpflichtung zur Einrichtung eines Sozialdienstes greift erneut in die Organisationshoheit der Krankenhäuser ein, ohne dass dies erforderlich wäre. Schon jetzt sind die Krankenhäuser nach § 39 Abs. 1a SGB V zur Durchführung eines Entlassmanagements verpflichtet und erfüllen diese Aufgabe in den dazu gewählten Organisationsstrukturen.

Unklar bleibt zudem, welche Aufgaben sich hinter dem Begriff "soziale Fragen" konkret verbergen sollen. Fest steht, dass die Krankenhäuser ihren Patienten bereits jetzt im Rahmen des Entlassmanagements umfänglich die Unterstützung bieten, die sie für eine nahtlose Anschlussversorgung benötigen. Darüber hinausgehende Unterstützungsleistungen sind nicht Aufgabe der Krankenhausversorgung und würden die dringend benötigten Personalressourcen weiter schmälern, weswegen eine Übertragung weiterer Aufgaben - erst recht ohne jegliche Refinanzierung - strikt abgelehnt werden muss.

§ 32 Sonstige Pflichten

Die Pflicht zur Unterstützung der schulischen Betreuung kann sich nach unserem Verständnis nur darauf beziehen, den Patienten eine Teilnahme am Unterricht zu ermöglichen. Weder die schulische Betreuung selbst noch die Bereitstellung von Materialien und Räumlichkeiten ist hingegen Aufgabe des Krankenhauses.

Die in Absatz 2 vorgesehene Freistellung von Ärztinnen und Ärzten zur Teilnahme am Rettungsdienst erfolgt schon jetzt; allerdings erhalten die Krankenhäuser hierfür einen entsprechenden Kostenersatz. Dies sollte zur Klarstellung auch in dem jetzigen Gesetzentwurf ergänzt werden.

Durch die Regelung in Absatz 3 erübrigt sich aus unserer Sicht § 27 Absatz 1 Satz 3.

Bei der in Absatz 4 getroffenen Regelung zur Absicherung gegen Personenschäden ist unklar, ob unter den Begriff "ähnliche Regelung" auch die Fälle zu subsumieren sind, in denen Krankenhäuser auf den Abschluss einer Haftpflichtversicherung verzichten und etwaige Schäden selbst regulieren. Diese Fälle sind aus Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten zwingend zu berücksichtigen.

§ 33 Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfung

Mit der Regelung, die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel durch einen Wirtschaftsprüfer oder eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft feststellen zu lassen, wird wiederum eine kostenintensive Verpflichtung ohne Refinanzierungsmöglichkeit für die Krankenhäuser geschaffen. Ohnehin unterliegen die Krankenhäuser den allgemeinen Offenlegungspflichten entsprechend ihrer jeweiligen Rechtsform.

Sofern diese zusätzliche Anforderung dennoch aufrechterhalten wird, müssen diese zusätzlichen Kosten durch das Land getragen werden.

§ 34 Betriebsleitung, ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

Die Regelungen zu Betriebsleitung und Abteilungen greifen unangemessen in die betriebliche Organisation der Kliniken ein. Es ist nicht erforderlich, dass das Gesetz vorschreibt, wie eine Betriebsleitung auszusehen hat, zumal sich auch andere Betriebsführungsformen in der Vergangenheit bewährt haben. Gleiches gilt für die in Absatz 2 festgelegte Gliederung nach Abteilungen. Unklar bleibt hier zudem die Definition der Abteilungen. Sind damit nur Fachabteilungen oder auch andere Strukturen gemeint?

Die vorgesehene Möglichkeit der Bestellung eigenverantwortlicher und selbständig tätiger Psychotherapeuten kann zu unklaren Verantwortlichkeiten in Abgrenzung zur ärztlichen Leitung führen.

Teil 7 Patientendatenschutz

Der Patientendatenschutz ist aus unserer Sicht durch die DS-GVO, das Bundes- und Landesdatenschutzgesetz bereits umfassend geregelt. Wiederholungen der dortigen Regelungen im LKHG sind überflüssig, weitere Verschärfungen der bereits bestehenden Regelungen sollten unbedingt vermieden werden. Die bestehenden Regelungen zum Datenschutz gewährleisten den Schutz der Patientendaten bereits jetzt, so dass weitere Hürden mit zusätzlichem bürokratischem Aufwand nicht gerechtfertigt sind. Auch die Patienten haben mit der Flut der notwendigen Informationen und Einwilligungen, mit der sie bereits jetzt im Rahmen der Aufnahme konfrontiert sind, die Grenze der Belastbarkeit mehr als erreicht. Der Teil 7 sollte daher aus unserer Sicht insgesamt entfallen. Ergänzend und rein hilfsweise nehmen wir zu den einzelnen Regelungen des Teil 7 noch wie folgt Stellung:

§ 35 Allgemeine Bestimmungen, Begriffsbestimmungen

Nach Absatz 2 gelten als Patientendaten auch personenbezogene Daten von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten sowie sonstiger Dritter, die dem Krankenhaus im Zusammenhang mit einer Behandlung bekannt werden. Unklar ist, welche Folgen mit dieser Erweiterung um Personen, bei denen regelmäßig gerade keine Gesundheitsdaten erhoben werden, verbunden sein sollen.

§ 36 Datenverarbeitung im Krankenhaus

Die enumerativ aufgelisteten Fälle sollten ergänzt werden um folgenden Punkt:

- „zur Information von Patienten bezüglich medizinischer Fragestellungen und zur Ansprache und Aufruf bei Spendenaktionen des Krankenhauses“

Ebenso ist die Streichung der ursprünglich im Gesetzesentwurf enthaltenen Punkte

- „5. zur Leistungsabrechnung und Abwicklung von Ansprüchen, die mit der Behandlung im Zusammenhang stehen,“
- 6. zur Geltendmachung von Ansprüchen des Krankenhauses sowie zur Abwehr von Ansprüchen oder Verfolgung von Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten, die gegen das Krankenhaus oder seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerichtet sind,“

nicht nachvollziehbar; diese sollten wieder in den Gesetzestext aufgenommen werden.

Unklar ist, was mit dem Begriff „aufzeichnen“ bei mündlich erteilten Einwilligungen gemeint sein soll (Absatz 2). Auch hier kann doch nur eine entsprechende Dokumentation gemeint sein.

Absatz 3 verpflichtet den Krankenhausträger, bei Dritten die Einhaltung von Vorschriften sicherzustellen. Hierfür dürften dem Krankenhausträger die notwendigen Mittel nicht zur Verfügung stehen. Wie soll eine Sicherstellung in der Praxis umsetzbar sein?

§ 37 Datenverarbeitung im Auftrag

Es ist nicht nachvollziehbar, dass eine Vorschrift zur Datenverarbeitung im Auftrag, die in der DSGVO bereits umfassend geregelt ist, Eingang in das Gesetz findet. Bezweifelt werden muss hier, dass Einschränkungen der DSGVO-Regelung in einem Landesgesetz überhaupt zulässig getroffen werden können, zumal diese auch nicht als sachgerecht erachtet werden können. Völlig an der aktuellen Realität vorbei geht bspw. die Vorgabe des Grundsatzes in § 37 Abs. 1, wonach die Daten im Krankenhaus zu verarbeiten sind.

Auch die in Abs. 2 geforderte Anonymisierung in AV-Verhältnissen ist absurd. Genauso wenig können Verarbeitungen in AV-Verhältnissen stets pseudonymisiert erfolgen. Wie sähe beispielsweise die Einbindung eines externen Schreibdienstes oder einer externen IT praktisch aus, wenn diese lediglich anonymisierte, wenigstens aber pseudonymisierte Daten verarbeiten dürften. Dies führt doch gerade die Auftragsverarbeitung und die damit verbundene gewollte Privilegierung ins Leere. Auch der Bundesgesetzgeber hat die Notwendigkeit der Einbindung Dritter in den Behandlungsverlauf erkannt und aus diesem Grund den § 203 StGB entsprechend angepasst.

§ 38 Verarbeiten von Patientendaten im Rahmen von Forschungsvorhaben

Nicht verständlich ist die Verschärfung gegenüber dem BDSG, das in § 27 Abs. 1 bestimmt: „Abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 ist die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 auch ohne Einwilligung für wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke oder für statistische Zwecke zulässig, wenn die Verarbeitung zu diesen Zwecken erforderlich ist und die Interessen des Verantwortlichen an der Verarbeitung die Interessen der betroffenen Person an einem Ausschluss der Verarbeitung erheblich überwiegen.“ Durch die nun in § 38 Abs. 1 vorgesehene Einwilligung werden Forschungsvorhaben unnötig erschwert bzw. im Falle nachgelagerter Forschungen unmöglich gemacht.

§ 39 Auskunft und Akteneinsicht

Auch die Regelung des § 39 Abs. 1 geht an der Praxis vorbei, da in den meisten Fällen nur Kopien verlangt werden und dieser Auskunftsanspruch selbstverständlich nicht von ärztlichem Personal erledigt wird. Wenn ärztliche Tätigkeiten durch das Gesetz auf solche Bereiche erweitert werden, ist dies ohne eine entsprechende Refinanzierung abzulehnen.

Das Therapieprivileg ist bereits in § 630g Abs. 1 BGB geregelt, so dass diese Wiederholung hier als überflüssig anzusehen ist.

§ 41 Krankenhausaufsicht und Befugnisse

Angesichts der Bedeutung und Tragweite der Ordnungswidrigkeitentatbestände halten wir es für sachgerecht, den Anwendungsbereich auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit zu beschränken.