

Universität Kassel · 34109 Kassel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Sozialausschuss
Landeshaus
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 19/4278

Prof. Dr. Felix Welti
Institut für Sozialwesen
Fachgebiet Sozial- und
Gesundheitsrecht, Recht der
Rehabilitation und Behinderung

Universität Kassel
Arnold-Bode-Straße 10
34109 Kassel

Tel. 0561 804 2970
welti@uni-kassel.de

Sekretariat: Edgar Ladwig
ladwig@uni-kassel.de
Telefon +49 561 804 2956
Fax +49 561 804 3045

09.07.2020

Seite 1 von 6

Gesetzentwurf der Landesregierung – Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Schleswig-Holstein, Drucksache 19/2042

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem Gesetzentwurf nehme ich gerne wie gewünscht Stellung. Es ist zu begrüßen, dass die Landesregierung eine eigene umfassende gesetzliche Grundlage für das Krankenhauswesen in Schleswig-Holstein plant.

Krankenhausgesetze sind geeignet zu verdeutlichen und zu konkretisieren, dass Krankenhäuser nicht nur Wirtschaftsunternehmen und Leistungserbringer der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sind, sondern auch existenziell notwendige soziale Einrichtungen der Daseinsvorsorge, mit deren Regulierung der soziale Rechtsstaat seiner Schutzpflicht für Leben und Gesundheit nach Art. 2 Abs. 2 GG und Art. 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Sozialpakt) nachkommt.

Im Folgenden nehme ich zu einzelnen Vorschriften Stellung:

§ 1 Grundsätze

Hier wie an anderer Stelle wird allein auf die Versorgung der Bevölkerung des Landes Schleswig-Holstein Bezug genommen (§ 1 Abs. 1 Nr. 1; § 8 Abs. 1). Zu bedenken ist, dass – insbesondere in den Randregionen des Landes und bei spezialisierten Krankenhausangeboten sowie in Notlagen wie Pandemien oder bei Naturkatastrophen – Krankenhäuser auch legitime Versorgungsfunktionen für die Bevölkerung über das Land hinaus in Deutschland und der Europäischen Union sowie dem Europäischen Wirtschaftsraum haben (vgl. § 13 Abs. 5 SGB V; VO 883/2004; RL 2011/24/EU). Dies kann sowohl sozial- wie auch wirtschaftspolitischen Erwägungen des Landes Schleswig-Holstein mit einer starken Gesundheitswirtschaft entsprechen. Zudem ist bei der Bedarfsplanung über die Wohnbevölkerung hinaus auch an zusätzlichen Bedarf durch Tourismus und Transit zu denken.

§ 5 Beteiligte

In Bezug auf die in § 5 Abs. 2 genannten weiteren Beteiligten ist zu überprüfen, ob die relevanten Interessen hinreichend repräsentiert sind. Mit Blick auf das in § 1 Nr. 3 genannte Ziel, die Patienteninteressen zu stärken, ist fraglich, ob dieses Interesse allein durch die Patientenombudsperson hinreichend vertreten ist. Das Patienteninteresse ist nicht einheitlich, insbesondere chronisch kranke und behinderte Patientinnen und Patienten haben Interessen, die anders gelagert sind als diejenigen kurzfristig akut erkrankter Personen. Auf Bundesebene wird dies durch die Patientenbeteiligungsverordnung verdeutlicht, in der der Deutsche Behindertenrat, die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und der Verbraucherzentrale Bundesverband als Spitzenorganisationen der Patienteninteressen benannt sind. Die auf Grundlage von § 140f SGB V organisierte Patientenbeteiligung auf Bundesebene ist nach § 140f Abs. 3 SGB V auch für die Selbstverwaltungsgremien auf Landesebene relevant und sollte im Sinne eines Gleichklangs auch für den Landeskrankenhausausschuss gelten (vgl. § 17 Abs. 1 Nr. 17 und 18 Hamburgisches Krankenhausgesetz). Ggf. kann dazu der Landesbeirat für Menschen mit Behinderungen (§ 14 LBGG Schleswig-Holstein) genutzt werden. Hierfür spricht auch das Partizipationsgebot für die Verbände von Menschen mit Behinderungen nach Art. 4 Abs. 3 UN-Behindertenrechtskonvention.

Weiterhin sollten, auch mit Blick auf Art. 9 Abs. 3 GG, die Beschäftigten und Berufe des Gesundheitswesens nicht nur durch die Kammern, sondern auch durch die maßgeblichen

Gewerkschaften und Berufsverbände vertreten sein (vgl. § 17 Abs. 1 Nr. 11–14 Hamburgisches Krankenhausgesetz).

§ 27 Aufnahme, Dienstbereitschaft und Notaufnahme

Die Vorschrift ist als Klarstellung zu begrüßen, dass und wie weit der öffentliche Versorgungsauftrag der Krankenhäuser einer rein einzelwirtschaftlich und kommerziell orientierten Unternehmensführung vorgeht. Sie entspricht den Regelungen in vielen anderen Krankenhausgesetzen und hilft den Verantwortlichen und Beschäftigten der Krankenhäuser, Klarheit und Handlungssicherheit beim Umgang mit Zielkonflikten zu bekommen und kann sie diesbezüglich auch von eventuellen Haftungspflichten entlasten.

§ 28 Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf (Kinder, Menschen mit Behinderungen, Demenzkranke, Sterbende)

Die Aufnahme von Regelungen zu den besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen, Patientinnen und Patienten mit Behinderung, Demenzerkrankten und sterbenden Patientinnen und Patienten ist zu begrüßen. Die besondere Berücksichtigung dieser Belange ist auch durch Artikel 23 und 24 der UN-Kinderrechtskonvention und Art. 25 der UN-Behindertenrechtskonvention geboten. Mit Blick auf diese in Art. 7, 8 und 10 der Verfassung des Landes Schleswig-Holstein in Bezug genommenen Staatsziele und sozialen Rechte greift die Regelung aber noch zu kurz.

Die Zusammenfassung der heterogenen Patientinnen und Patienten unter der Kategorie des besonderen Betreuungsbedarfs könnte der Übersichtlichkeit und Systematik des Gesetzes schaden. Eine Regelung der in § 28 genannten Materien in separaten Paragraphen wäre vorzugswürdig. Nicht alle Kinder und Jugendlichen und nicht alle Menschen mit Behinderungen haben besonderen Betreuungsbedarf. Es gibt auch andere wichtige Gründe, diese Patientinnen und Patienten besonders zu beachten (vgl. §§ 6c, 6d Hamburgisches Krankenhausgesetz).

Es wäre sinnvoll, im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen die Verpflichtung des Krankenhauses aufzunehmen, sich an verbindlichen Netzwerkstrukturen im Kinderschutz nach § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) zu beteiligen (vgl. § 6c Hamburgisches Krankenhausgesetz).

Die Mitaufnahme einer Begleitperson kann bei Kindern und Jugendlichen aus Gründen des Kindeswohls, bei behinderten einschließlich pflegebedürftigen und demenzkranken Menschen als angemessene Vorkehrung im Sinne von Art. 5 Abs. 3 UN-BRK geboten sein. Ob durch die Mitaufnahme einer Begleitperson die Aufnahme und Versorgung von Patientinnen und Patienten beeinträchtigt wird, hängt wesentlich davon ab, auf die Mitaufnahme von Begleitpersonen in der Organisation des Krankenhauses vorgesehen und ermöglicht wird. Insofern sind die Krankenhäuser anzuhalten, dies als Qualitätsstandard umzusetzen.

Barrierefreiheit

Der Entwurf des Krankenhausgesetzes sagt bislang nichts zur Barrierefreiheit der Krankenhäuser. Da die Beeinträchtigung von Menschen mit Behinderungen durch Barrieren keine Frage eines Betreuungsbedarfs ist, sollte die notwendige Regelung von Pflichten zur Barrierefreiheit im gleichen Kontext, aber in einer eigenen Norm erfolgen. Die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Barrierefreiheit ist aus Gründen des übergeordneten Rechts, der Rechtssystematik und der Rechtsklarheit geboten.

Barrierefreie Einrichtungen des Gesundheitswesens sind nach Sinn und Zweck des Benachteiligungsverbots in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG, des Inklusionsgrundsatzes in Art. 7 Verfassung des Landes Schleswig-Holstein und nach dem Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung in Art. 25 UN-Behindertenrechtskonvention geboten. Art. 9 UN-Behindertenrechtskonvention bekräftigt und konkretisiert, dass die Vertragsstaaten zur Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen und -barrieren von medizinischen Einrichtungen verpflichtet sind.

Die Krankenkassen sind nach § 2a SGB V verpflichtet, den besonderen Belangen behinderter Versicherter Rechnung zu tragen. Nach § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB I sind sie verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass Sozialleistungen in barrierefreien Räumen und Anlagen ausgeführt werden. Bei den Behandlungsverträgen der Krankenhäuser mit ihren Patientinnen und Patienten gilt § 19 AGG und damit ein Verbot der Benachteiligung wegen Behinderung, was die Pflicht zu angemessenen Vorkehrungen einschließt.

Um diese Pflichten rechtssystematisch zu ergänzen und die Vertragsbeziehungen der Krankenhäuser mit den Krankenkassen und mit den Patientinnen und Patienten zu entlasten, ist eine öffentlich-rechtliche und aufsichts- und förderrechtlich gestützte Pflicht zur Barrierefreiheit sinnvoll. Dies gilt umso mehr als das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und die kommunalen Krankenhäuser bereits durch § 1 Abs. 2 LBGG Schleswig-Holstein zur Barrierefreiheit verpflichtet sind (vgl. zum Ganzen: Hlava, Barrierefreie Gesundheitsversorgung, Baden-Baden, 2018).

Die Pflicht zur Barrierefreiheit und zu angemessenen Vorkehrungen für Menschen mit Behinderungen umfasst nicht nur bauliche Belange, sondern auch kommunikative Barrierefreiheit im Krankenhaus durch Gebärdensprache und Kommunikationshilfen (vgl. § 10 LBGG Schleswig-Holstein, § 17 Abs. 2 SGB I) wie auch in der Außendarstellung durch barrierefreie Informationstechnik (vgl. §§ 12–12f LBGG Schleswig-Holstein).

§ 29 Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Eine stärkere Kooperation im Gesundheitswesen ist für eine gute Versorgung von zentraler Bedeutung. Daher bedarf es verbindlicher Pflichten zur Kooperation, um den Drang selbstständig wirtschaftender Krankenhäuser und ihrer teils gewinnorientierten Trägerunternehmen zur Konkurrenz abzumildern und auszugleichen. Sinnvoll wäre es, in § 29 Abs. 2 expliziter die Pflicht zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung – gerade auf dem Gebiet der Notfallversorgung – zu verankern. Zudem könnte ein Bezug zum gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V hergestellt werden.

§ 30 Krankenhausalarmplanung

Es wird angeregt, die sinnvolle Vorschrift auf die Pandemieplanung auszuweiten.

§ 31 Sozialdienst im Krankenhaus, Krankenhauseelsorge und ehrenamtliche Hilfe

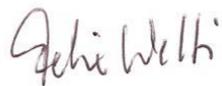
Auch hier wird angeregt, die drei wichtigen Materien aus Gründen der Übersichtlichkeit in getrennten Paragraphen zu regeln.

Die gesetzliche Festschreibung des Sozialdienstes im Krankenhaus ist sehr zu begrüßen. Sie verdeutlicht, dass Krankenhäuser eine Stellung innerhalb des vielgliedrigen Sozial- und Versorgungssystems haben, für die sie auch institutionell und personell ausgerüstet sein müssen.

Fraglich ist, ob ein krankenhausexterner Sozialdienst, der nach § 31 Abs. 2 möglich sein soll, die Funktionen des Sozialdienstes nach innen und außen hinreichend erfüllen kann. Er hat nach § 31 Abs. 3 Satz 2 seine Aufgaben in enger Abstimmung mit den ärztlichen, psychotherapeutischen und pflegerischen Diensten zu erfüllen. Bei einem externen Dienstleister dürfte diese Vorgabe schwer zu erfüllen sein und unter anderem auf datenschutzrechtliche Barrieren stoßen. Das Outsourcing von Kernaufgaben im Krankenhaus sollte gesetzgeberisch nicht unterstützt werden.

Sinnvoll wäre es, für die personelle Ausstattung des Sozialdienstes verbindlichere Vorgaben zu machen. Für die Beschäftigten des Sozialdienstes sollte daher die staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter oder Sozialarbeiterin oder ein vergleichbarer Abschluss gefordert werden.

Mit freundlichen Grüßen



Felix Welti