

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Arnold-Heller-Straße 3, 24105 Kiel

Durch E-Mail
Sozialausschuss@landtag.ltsh.de
Vorsitzender
des Sozialausschusses
des Schl.-H. Landtages
Herrn Werner Kalinka
Landeshaus
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Justizariat

Ansprechpartner: Kurt-Peter Zilske
Tel.: 0431 500- 10100 - , **Fax:** - 10104
E-Mail: kurt-peter.zilske@uksh.de

www.uksh.de

Datum: 10. Juli 2020

Aktenzeichen: 010

Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Schleswig-Holstein - Landeskrankenhausgesetz - (LKHG)

Gesetzesentwurf der Landesregierung Drucksache 19/2042

Schreiben des Ausschussgeschäftsführers vom 6.5.2020

Sehr geehrter Herr Kalinka,

zu dem Gesetzesentwurf zum LKHG nehmen wir wie folgt Stellung:

1. Zu Buchst. D. Nr. 2 „Verwaltungsaufwand“ der Vorlage zum LKHG-Entwurf (Seite 3)

In der Vorlage zum Gesetzesentwurf ist unter Buchst. D. Nr. 2 „Verwaltungsaufwand“ in Satz 2 und 3 ausgeführt:

„Durch einzelne Regelungen im Bereich Patientenrechte und Katastrophenschutz wird sich auch der Verwaltungsaufwand in den Krankenhäusern erhöhen. Damit sind entsprechende Personalkosten verbunden.“

Sofern das LKHG auf der Basis des jetzigen Entwurfs in Kraft treten sollte, würde im UKSH ein zusätzlicher Aufwand entstehen, der allerdings noch nicht beziffert werden kann. Sicherzustellen ist jedoch, dass der Mehraufwand dem UKSH erstattet wird.

Deshalb sollte Satz 3 um einen Halbsatz ergänzt werden, der die Erstattung beinhaltet. Satz 3 sollte dann wie folgt lauten:

„Damit sind entsprechende Personalkosten verbunden, die das Land der jeweiligen Einrichtung ersetzt.“

2. Zu § 5 LKHG-Entwurf „Beteiligte“ (Seite 9)

a) Zu § 5 Abs. 1 LKHG-Entwurf

In § 5 Abs. 1 Nr. 11 LKHG-Entwurf ist als unmittelbar Beteiligter – also mit Stimmrecht – zusätzlich aufgenommen:

„11. die Hochschulmedizin, deren Vertreterin oder Vertreter von dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium benannt wird“.

Diese Ergänzung begrüßen wir. Anzumerken ist, dass das MSGJFS dem MBWK bereits ein Gastrecht in Sitzungen des Landeskrankenhausausschusses eingeräumt hat.

Als unmittelbar Beteiligter hat die oder der vom MBWK Benannte die Möglichkeit, in Sitzungen des Landeskrankenhausausschusses die Interessen des UKSH als größtem Krankenversorger und einzigem Maximalversorgungskrankenhaus in Schleswig-Holstein zu vertreten. Hierdurch kann sichergestellt werden, dass die vom UKSH für die Wahrnehmung der Belange von Forschung und Lehre und des Maximalversorgungsauftrags benötigten Bettenkapazitäten bei der weiteren Krankenhausplanung in Bezug auf die Plankrankenhäuser Beachtung finden.

Ein weiterer Grund für die Notwendigkeit der rechtzeitigen Einbindung einer oder eines vom MBWK Benannten in die Krankenhausplanung besteht darin, dass im UKSH nur so eine zuverlässige lang- und mittelfristige Bedarfs- und Leistungsplanung möglich ist. Im UKSH werden 25% aller stationären Fälle unseres Bundeslandes behandelt. Das UKSH muss deshalb frühzeitig und umfassend über den Planungsprozess unterrichtet werden, um zu wissen, welche Leistungen zu welchem Zeitpunkt in seinen Leistungskatalog neu aufgenommen bzw. erweitert, reduziert oder eingestellt werden sollten, weil sie von anderen Leistungserbringern bedarfsgerecht erbracht werden können. Nach der Bedarfsplanung richten sich im UKSH die Erlösplanung sowie die Planung des Personal-, Raum- und Sachmittelbedarfs. Ein enger Abstimmungsprozess in den Sitzungen der Beteiligtenrunde würde es dem UKSH ermöglichen, bei seinen Planungen die Vorstellungen anderer Leistungserbringer zu berücksichtigen und hierdurch kostenintensive Doppelvorhaltungen zu vermeiden.

b) Zu § 5 Abs. 4 LKHG-Entwurf

§ 5 Abs. 4 lautet wie folgt:

„(4) Die Mitglieder des Landeskrankenhausausschusses benennen dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium die jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter sowie die Stellvertreterinnen und Stellvertreter.“

Entfallen ist § 5 Abs. 4 Satz 2 LKHG-Entwurf der Landesregierung vom 9.10.2019, der wie folgt lautet:

„Vertreterinnen oder Vertreter als auch deren Stellvertretung, die mit der gegenwärtigen Geschäftsführung eines Krankenhauses in Schleswig-Holstein betraut sind, dürfen nicht für den Landeskrankenhausausschuss benannt werden.“

Diese Streichung bedauern wir. Die Gesetzesbegründung im Entwurfstext vom 9.11.2019 zu § 5 Abs. 4 Satz 2 halten wir nach wie vor für stichhaltig:

„Der Ausschluss solcher Vertreter, die unmittelbar mit der Geschäftsführung eines Krankenhauses in Schleswig-Holstein betraut sind (Absatz 4 Satz 2), soll schon den Anschein von Interessenkollisionen vermeiden.“

Wir bitten, diese Bestimmung im Gesetzentwurf wieder aufzunehmen. Sollte dies im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens nicht geschehen, wäre es im Hinblick auf das Gleichbehandlungsgebot erforderlich, im Gesetz klarzustellen, dass Vertreterinnen oder Vertreter als auch deren Stellvertretung, die mit der gegenwärtigen Vorstandstätigkeit im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein betraut sind, vom Landeskrankenhausausschuss benannt werden können.

3. Zu § 8 LKHG-Entwurf „Inhalt des Krankenhausplans“ (Seite 12 f)

a) In § 8 Abs. 4 LKHG-Entwurf ist geregelt:

„(4) Die besonderen Anforderungen der Hochschulkliniken sind angemessen zu berücksichtigen.“

Diese Regelung bedarf der Änderung und Ergänzung:

Bei der Aufnahme von Plankrankenhäusern in den Krankenhausplan findet nach § 8 Abs. 1 LKHG-Entwurf eine Bedarfsprüfung statt. Demgegenüber sind Universitätsklinik gemäß § 108 Nr. 1, 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V per se – ohne Beachtung von Bedarfskriterien – zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen. Die Bettenkapazitäten in Universitätsklinik richten sich nach dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang. Den für die Gesundheit zuständigen Ministerien steht es daher nicht zu, mit Mitteln der Bedarfsprüfung in die Forschungsfreiheit der in den Universitätsklinik tätigen Professorinnen und Professoren einzugreifen. Ein solcher Eingriff wäre ein Verstoß gegen die durch Art. 5 Abs. 3 GG garantierte Wissenschaftsfreiheit.

Vor diesem Hintergrund sollte § 8 Abs. 4 LKHG-Entwurf wie folgt gefasst werden:

„(4) Die besonderen Anforderungen der Hochschulkliniken sind in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang zu berücksichtigen. Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein legt im Benehmen mit den Universitäten die für Forschung und Lehre erforderlichen Bettenkapazitäten fest, die im Krankenhausplan auszuweisen sind.“

b) In § 8 LKHG-Entwurf sollte nach Absatz 5 folgender Absatz 6 eingefügt werden:

„(6) Der Krankenhausplan kann ferner eine Zusammenarbeit und Aufgabenteilung zwischen Krankenhäusern festlegen.“

Dieser Absatz war im LKHG-Entwurf vom 9.10.2019 als § 8 Abs. 6 enthalten. Uns erschließt sich nicht, weshalb die Streichung erfolgt ist.

Der Krankenhausplan zeichnet sich durch die regionale Abbildung der stationären Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger im Land aus. Von Regel- bis Maximalversorger werden Kliniken zur Zusammenarbeit im Land angehalten. Zur weiteren Stärkung der Zusammenarbeit bedarf es einer weiteren Verpflichtung im Land, insbesondere vor dem Hintergrund einer denkbaren Spezialisierung von Leistungen im Land. Diese Ausrichtung bedarf weiterhin einer zentralen planerischen Komponente.

4. Zu § 9 LKHG-Entwurf „Aufnahme in den Krankenhausplan“ (Seite 13 f)

§ 9 Abs. 4 Satz 2 LKHG-Entwurf lautet:

„Auf Aufforderung des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums ist eine detaillierte Wirtschaftlichkeitsberechnung einzureichen.“

Dieser Satz sollte gestrichen werden. Es ist nicht sachgerecht, dass die Krankenhäuser ihre Kalkulationen offen legen. Die Preise für bestimmte Leistungen, z. B. tagesklinische Preise, sind krankenhausesindividuell mit den Krankenkassen zu verhandeln. Der Grund und Nutzen einer Offenlegung einer detaillierten Wirtschaftlichkeitsberechnung erschließt sich uns nicht.

5. Zu § 14 LKHG-Entwurf „Inhalt des Investitionsprogramms“ (Seite 16)

Das Investitionsprogramm gilt zwar nicht für das UKSH. Das UKSH als Maximalversorger sollte jedoch ein „Anhörungsrecht“ bei der Bedarfsprüfung hinsichtlich der Investitionen haben.

6. Zu § 27 LKHG-Entwurf „Aufnahmen, Dienstbereitschaft und Notaufnahme“ (Seite 21f)

a) Zu § 27 Abs. 1 LKHG-Entwurf

Es sollte aus dieser Verpflichtung resultierend eine Art Fehlermelde- / Malussystem etabliert werden. Dies sollte z. B. dann zur Anwendung kommen, wenn sich ein Krankenhaus wiederholt ohne Grund vom Notdienst abmeldet. So in der Vergangenheit in Lübeck geschehen.

b) Zu § 27 Abs. 2 LKHG-Entwurf

Es sollte erwähnt werden, dass es sich um die stationäre Erstversorgung handelt. Grund hierfür ist der wiederholte Diskussionsbedarf mit der KVSH, die der Auffassung ist, dass das UKSH, z. B. in der Geburtshilfe, auch für die ambulante Erstversorgung zuständig ist. Gesetzlich ist dies nicht geregelt.

c) Zu § 27 Abs. 3 LKHG-Entwurf

Durch die Verpflichtung, die erforderlichen Daten stets zeitgenau und unverzüglich in die Datenbank einzustellen, entsteht ein zusätzlicher Aufwand, der nicht entgolten wird. Gleiches gilt für die entstehenden Systemkosten, wie z. B. Wartungs-, Lizenzkosten. Hier sollte eine Erstattungsregelung aufgenommen werden.

7. Zu § 29 LKHG-Entwurf „Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ (Seite 23)

a) Zu § 29 Abs. 1 LKHG-Entwurf

Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser sollte bereits in den Krankenhausplanungsprämissen Einzug finden. Sie darf nicht alleine den Krankenhäusern überlassen sein, ohne dass konkrete Maßnahmen zur Förderung dieser Zusammenarbeit etabliert werden.

b) Zu § 29 Abs. 2 LKHG-Entwurf

Die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und anderen sollte nicht einseitig, sondern auf Gegenseitigkeit beruhen und entsprechend geregelt werden. Zudem sollten konkrete Maßnahmen zur Förderung dieser Zusammenarbeit etabliert werden. Bei der ambulanten Notfallversorgung hat sich gezeigt, dass die Bemühungen des UKSH zu einer solchen Zusammenarbeit bei einem Entgegenkommen der KVSH endeten. Anzumerken ist zudem, dass die Möglichkeiten der Zusammenarbeit – insbesondere aufgrund der Unterschiede der Vergütungssysteme begrenzt – begrenzt sind.

8. Zu § 30 LKHG-Entwurf „Krankenhausalarmplanung“ (Seite 23f)

In Absatz 4 sollte eine einfache Regelung zur Kostenübernahme bei Ausnahmesituationen aufgenommen werden. In der Vergangenheit wurden dem UKSH die Kosten vom Land nicht erstattet (z.B. EHEC) und bei der Flüchtlingshilfe war der Verwaltungsaufwand im UKSH, die Kosten gegenüber dem Land abzurechnen, erheblich.

9. Zu § 32 LKHG-Entwurf „Sonstige Pflichten“ (Seite 25)

In § 32 LKHG-Entwurf sollte nach dem Absatz 4 folgender Absatz 5 neu aufgenommen werden:

„(5) Das Krankenhaus hat sicherzustellen, dass in ausreichender Zahl Apothekerinnen und Apotheker als Beratungspersonen für die Stationen eingesetzt werden (Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker). Das Krankenhaus bestimmt anhand der Größe und Fachrichtung der Stationen und der von ihnen erbrachten Leistungen, in welchem Umfang Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker für die vorhandenen Fachrichtungen jeweils beratend tätig sein sollen.“

Die Aufnahme in das Gesetz verschafft der Apothekerin oder dem Apotheker das Mandat für die Stationstätigkeit und sorgt für die Voraussetzungen für die Einführung von Unit-Dose. Die Notwendigkeit der gesetzlichen Festschreibung der Stationsapothekerin oder des Stationsapothekers ist begründet mit der Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und Qualitätssicherung im Krankenhaus. Besonders die Digitalisierung / elektronische Verfügbarkeit der Medikationsanordnung und Abgabe von Arzneimitteln sowie die Automatisierung der Arzneimittelbereitstellung als Unit-Doses führen zu einer validen Verbesserung der Arzneimittelvergabe im Krankenhaus. Beide Prozesse werden durch Apothekerinnen oder Apotheker gesteuert. Die Apothekerin oder der Apotheker arbeitet zudem an der Schnittstelle zwischen Apotheke und Station und ist in ständigem Austausch mit Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal. In konsequenter Folge trägt die Apothekerin oder der Apotheker durch die enge Verzahnung zur Patienten- und Arzneimitteltherapiesicherheit und Transparenz grundlegend bei.

10. Zu § 34 LKHG-Entwurf „Betriebsleitung, ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst“ (Seite 26f)

In Absatz 3 sollte eine Regelung aufgenommen werden, wonach den Leiterinnen und Leitern von Abteilungen die sog. Unternehmerpflichten übertragen werden können.

11. Zu § 36 LKHG-Entwurf „§ 36 Datenverarbeitung im Krankenhaus“ (Seite 27 ff)

In Abs. 1 fehlt ein Hinweis, dass Patientendaten auch dann verarbeitet werden dürfen, wenn die Patientinnen und Patienten darin eingewilligt haben.

Der Halbsatz am Ende des Abs. 1: „... soweit diese Zwecke mit anonymisierten oder pseudonymisierten Daten nicht erreicht werden können und im Einzelfall überwiegende schutzwürdige Interessen der Betroffenen nicht entgegenstehen.“ sollte gestrichen werden. Der Grundsatz der Datensparsamkeit ist bereits in der DSGVO festgelegt.

In Abs. 2 sollte Satz 2 lauten: „Wird die Einwilligung mündlich erteilt, ist sie aufzuzeichnen.“ gestrichen werden. Die DSGVO lässt auch ausdrückliche Einwilligungen zu, die nicht mündlich erteilt werden, z.B. Kopfnicken. Die „Dokumentationspflicht“ ist bereits in Satz 1 des Absatzes 2 geregelt.

12. Zu § 37 LKHG-Entwurf „Datenverarbeitung im Auftrag“ (Seite 28 f)

Abs. 1 bis 3 lauten:

„(1) Patientendaten sind grundsätzlich im Krankenhaus zu verarbeiten. Das Krankenhaus kann sich zur Verarbeitung von Patientendaten anderer Personen oder Stellen bedienen

(2) Dem Auftragsverarbeiter dürfen Patientendaten nur offenbart werden, soweit dies für die Auftrags Erfüllung erforderlich ist. Der Krankenhausträger hat, soweit dies für den Auftragszweck ausreichend ist, dem Auftragsverarbeiter anonymisierte Daten zur Verfügung zu stellen; ist eine Anonymisierung nicht möglich, müssen die Daten pseudonymisiert werden.

(3) Im Falle der elektronischen Datenverarbeitung durch den Auftragsverarbeiter hat der Krankenhausträger sicherzustellen, dass sich der Ort der physikalischen Speicherung innerhalb der Europäischen Union befindet und der Auftragsverarbeiter dem Krankenhausträger jederzeit genaue Auskunft über den Ort der physikalischen Speicherung geben kann.“

Gegen diese Regelungen bestehen erhebliche Bedenken. Sie sind weder sach- noch interessengerecht. Auftragsverarbeitungen im Sinne des Art. 28 DSGVO entsprechen der Krankenhauswirklichkeit und sind eine Folge moderner Krankenhausorganisation. Auftragsverarbeitungen finden dabei in einer Vielzahl an Lebenssachverhalten im Krankenhaus statt. Die DSGVO sieht keine besonderen Voraussetzungen für das „ob“ einer Auftragsverarbeitung vor.

Es ist daher zu empfehlen, es bei der Regelung der DSGVO in Art. 28 zu belassen und § 37 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 LKHG-Entwurf zu streichen.

Zudem erschließt sich uns nicht, weshalb in § 37 Abs. 1 Satz 1 LKHG-Entwurf Patientendaten „grundsätzlich“ im Krankenhaus zu verarbeiten sind, zumal nicht erkennbar ist, wann von dem Grundsatz abgewichen werden darf. Denn nach Abs. 1 Satz 2 kann sich das Krankenhaus zur Verarbeitung von Patientendaten anderer Personen oder Stellen bedienen, ohne dass dies an eine Voraussetzung geknüpft ist.

Sofern an § 37 Abs. 2 Satz 2 LKHG-Entwurf festgehalten wird, sollten dort am Ende des zweiten Halbsatzes zumindest folgende Wörter zur Klarstellung ergänzt werden: ..., „soweit dies für den Auftragszweck ausreichend ist“. Denn wenn das UKSH die für die Auftragsverarbeitung seiner beiden IT-Tochtergesellschaften vorgesehenen Daten anonymisieren oder auch nur pseudonymisieren müsste, wäre dies mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Dieser wäre nicht gerechtfertigt, da das UKSH als Mehrheitsgesellschafter auf die Unternehmensentscheidungen seiner IT-Tochtergesellschaften maßgeblichen Einfluss nehmen kann.

Sofern an § 37 Abs. 3 LKHG-Entwurf festgehalten wird, sollten dort zur Klarstellung zwischen den Wörtern „elektronischen Datenverarbeitung“ und „durch den Auftragsverarbeiter“ die Wörter „von Patientendaten“ eingefügt werden.

13. Zu § 40 LKHG-Entwurf „Löschen von Patientendaten und Einschränkung der Verarbeitung“ (Seite 30)

Wir bitten, Satz 2 in § 40 Abs. 2 LKHG-Entwurf zu streichen.

§ 40 Abs. 2 Satz 2 LKHG-Entwurf lautet wie folgt:

„Nach Abschluss der Behandlung unterliegen personenbezogene Daten, die in automatisierten Verfahren gespeichert und direkt abrufbar sind, dem alleinigen Zugriff der jeweiligen Fachabteilung.“

Da die Behandlung im UKSH medizinisch fachabteilungsübergreifend erfolgt und auch diverse administrative Fachabteilungen, wie z. B. das Abrechnungswesen, auf die Fälle zugreifen müssen, kann § 40 Abs. 2 Satz 2 LKHG-Entwurf im UKSH nicht umgesetzt werden.

Für den Fall, dass § 40 Abs. 2 Satz 2 LKHG-Entwurf nicht gestrichen wird, muss zumindest der Zugriff auf die Behandlungsfälle umfassender gestaltet werden. Satz 2 sollte dann wie folgt lauten:

„Nach Abschluss der Behandlung unterliegen personenbezogene Daten, die in automatisierten Verfahren gespeichert und direkt abrufbar sind, dem alleinigen Zugriff der jeweiligen medizinischen und administrativen Fachabteilungen und deren Hilfspersonen.“

Für evtl. Nachfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Scholz

Prof. Dr. Jens Scholz
Vorstandsvorsitzender

gez. Pansegrau

Peter Pansegrau
Kaufmännischer Vorstand