

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
17/4794

A01



Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. · Humboldtstraße 31 · 40237 Düsseldorf

An die
Ausschussassistentin
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landtages Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf

Telefon: +49 211 47819-0
Telefax: +49 211 47819-99

E-Mail: info@kgnw.de
Internet: www.kgnw.de

Referat V - Politik, PR und Presse
Unser Zeichen: hir/Fr
Durchwahl: -70
E-Mail: hriemenschneider@kgnw.de

**Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales zum Entwurf
eines vierten Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des
Landes Nordrhein-Westfalen**

Düsseldorf, 25.01.2022

Ihr Schreiben vom 20.12.2021 / Drucksache 17/15517

Seite 1 von 1

Sehr geehrte Frau Hufschmidt,

für die Möglichkeit, zum Entwurf eines vierten Gesetzes zur Änderung des
Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen Stellung zu
nehmen, möchten wir Ihnen zunächst danken.

Die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen ist als
Anlage diesem Schreiben beigelegt.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Matthias Blum
Geschäftsführer

Anlage

Geschäftsführer
Matthias Blum
Bankverbindung
Kontonummer: 30 164 024
Bankleitzahl: 360 602 95
Bank im Bistum Essen eG
BIC: GENODED1BBE
IBAN: DE38 3606 0295 0030 1640 24



Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 02.02.2022

Landtag Nordrhein-Westfalen

Stellungnahme

der

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW)

zum

Entwurf eines vierten Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

(Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 17/15517)

Düsseldorf, 25.01.2022

A Vorbemerkung

Seite 2 von 21

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) begrüßt, dass der vorliegende Gesetzentwurf nun normierte Regelungen zur Bestellung von Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern festlegt. Diese übernehmen schon jetzt in ihren Ehrenämtern eine wichtige Funktion für die Patientinnen und Patienten sowie die Krankenhausleitungen. Dennoch gibt es einige Details im Entwurf, bei denen die KGNW im betreffenden Kapitel Änderungsbedarf sieht.

Die meisten anderen der im vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigten Neuregelungen sind zwar bei einer ersten Lektüre nachvollziehbar, aber im Ergebnis sind sie rechtlich nicht erforderlich. Einige Regelungen sind bereits spezialgesetzlich geregelt und bedürfen deshalb keiner besonderen Regelung im KHGG NRW. Überdies schränkt der vorliegende Gesetzentwurf ohne Not die in der Komplexität des Betriebes notwendige Organisationsfreiheit der Krankenhäuser ein. Und er trifft einige Festlegungen, die erhebliche Kostenfolgen für das Land auslösen.

Deshalb setzt sich die KGNW im Interesse ihrer Mitgliedshäuser nachfolgend kritisch und konstruktiv mit den beabsichtigten Regelungen auseinander. Denn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern wünschen sich Anerkennung nicht durch Applaus, sondern durch eine spürbare Reduktion der Bürokratie auf den Stationen. Das Gegenteil enthält teilweise aber der vorliegende Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG NRW), der konkrete zusätzliche „Überwachungsregelungen“ mittels der umfangreichen rechtsaufsichtlichen Konkretisierungen einführt. Deren Notwendigkeit ist im Entwurf jedoch nicht nachvollziehbar belegt. Darüber hinaus sollen sie über die Ordnungswidrigkeitennorm des § 25 KHGG NRW nun auch noch explizit und konkret sanktioniert werden.

Aus Sicht der Krankenhäuser in NRW wirkt dieses Vorhaben – gerade nach den extremen Herausforderungen der Pandemie - als ein nicht nachvollziehbares und nicht hinnehmbares Signal des Misstrauens. Überdies stehen diese Festlegungen im direkten Widerspruch zur eigenen Politik dieser Landesregierung, die zuletzt im Juli dieses Jahres mit den Entfesselungspaketen 7 und 8 einen weiteren Bürokratieabbau beschlossen hat. Neben einem Bürokratiendeckel sollen möglichst keine Regeln geschaffen werden, die weder Bundes- und Europarecht wiederholen noch darüber hinausgehen. Diesem Gedanken hatte auch schon das 2018 verabschiedete Entfesselungspaket 1 Rechnung getragen – damals sogar mit direktem Bezug zum KHGG NRW.

Für den Wunsch des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS), in künftigen pandemischen Situationen in Nordrhein-Westfalen schnell reagieren zu können, hat die

KGNW grundsätzlich Verständnis. Dennoch greifen die geplanten Änderungen in § 10 KHGG NRW unverhältnismäßig tief in die Autonomie der Krankenhäuser ein, die unter Corona ihre Handlungsbereitschaft bewiesen haben. Zudem sind die im Entwurf genannten Regelungen mit enormen Kostenfolgen – möglicherweise in Milliardenhöhe – für das Land verbunden. So müsste das Land den Kliniken den finanziellen Ausgleich zahlen, wenn das MAGS per Weisung in die Steuerung der Arbeit der Krankenhäuser eingreift oder diese beschränkt. Auch die Kosten für angeordnete Kapazitätserweiterungen mittels dann erforderlicher Investitionen müsste das Land übernehmen, das damit die bisherige Verantwortung des Bundes übernehme.

Deshalb und aus rechtlichen Erwägungen bittet die KGNW den Landtag eindringlich, die geplanten Maßnahmen zu überdenken oder sie zumindest im Sinne der nachfolgend genannten Alternativen anzupassen.

B Zu den Änderungen im Einzelnen

1. Zu Artikel 1 (Ergänzung des § 2 Abs. 1 Satz 3)

Standardisierte Ersteinschätzungsverfahren in der Notfallversorgung

Neuregelung / Änderung:

„³Dazu ist ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren einzusetzen.“

§ 2 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW normiert im Rahmen der stationären Versorgung einen Vorrang von Notfallpatientinnen und -patienten. Die Neuregelung des § 2 Abs. 1 Satz 3 soll die Krankenhäuser nunmehr in diesem Zusammenhang verpflichten, ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren einzusetzen, um diesen Vorrang umzusetzen.

KGNW-Vorschlag

Ersatzlos streichen, hilfsweise die nachfolgende Fassung des Satzes 3 aufnehmen:

„Die G-BA-Reglungen zum Ersteinschätzungsverfahren sind zu beachten.“

Begründung

In den Krankenhäusern sind die gängigen Ersteinschätzungsverfahren seit langem etabliert. Der Vorrang von Notfällen mittels Ersteinschätzungsverfahren ist aus haftungsrechtlicher Sicht aber vor allem aus berufsethischer Sicht selbstverständlich, so dass gegen die Neuregelung keine inhaltlichen Bedenken bestehen.

Die Neuregelung muss jedoch zwingend im Kontext bereits existierender G-BA-Regelungen bewertet werden.

Seite 4 von 21

Das Ersteinschätzungsverfahren bezüglich stationärer Notfälle ist bereits bundesweit im § 12 Nr. 2 der „G-BA-Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ für alle Notfallstufen verpflichtend und konkret geregelt.

„2. Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung. Alle Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.“

Die Voraussetzungen der G-BA-Notfallstufenregelungen werden auf Basis des § 275a SGB V in Verbindung mit Abschnitt 3 Besonderer Teil der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) mittels anhaltspunktbezogenen unangemeldeten Kontrollen (§ 27 ff Abschnitt 3 Besonderer Teil i.V.m. § 4 ff Allgemeiner Teil MD-QK-RL) sowie jährlichen Stichprobenkontrollen (§ 32 ff Abschnitt 3 Besonderer Teil MD-QK-RL; jährlich 20% der Krankenhäuser) standortbezogen durch den Medizinischen Dienst engmaschig überprüft.

Die G-BA-Richtlinie schließt in § 5 Abs. 2 Allgemeiner Teil der MD-QK-RL „Doppelkontrollen“ explizit aus und fordert eine Abstimmung zwischen den beauftragenden Stellen unter Nutzung der bei den MD eines Bundeslandes vorgehaltenen Datenbanken.

§ 5 Abs. 2 Allgemeiner Teil der MD-QK-RL lautet wie folgt:

„(2) Um Doppelkontrollen bei Mehrfachbeauftragungen zum selben Kontrollgegenstand im selben Krankenhaus auszuschließen, findet eine Abstimmung zwischen dem MD und den beauftragenden Stellen statt. Zu diesem Zweck führt der MD eines jeden Bundeslandes eine Datenbank, in der bundesweit einheitlich die erforderlichen Informationen zu den Kontrollen dokumentiert werden.“

Soweit die Neuregelung des Satzes 3 des § 2 Absatz 1 KHGG NRW nicht gestrichen wird, sollte zumindest sichergestellt werden, dass es im Kontext der Neuregelung zur Rechtsaufsicht (§ 11 Abs. 2 Nr. 1 i.V.m. Abs. 3 Satz 1 - neu) zu keiner Doppelprüfung kommt, z.B. durch Streichung des § 11 Abs. 2 Nr. 1 oder einen Verweis auf die vorrangige Überprüfung im Rahmen der Kontrolle nach § 275a SGB V i.V.m. der MD-QK-RL.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass der G-BA auch das Ersteinschätzungsverfahren im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung bundesweit zu regeln hat. § 120 Abs. 3b SGB V lautet wie folgt:

„(3b) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 20. Juli 2022 Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden. ²Die nach § 136c Absatz 4 beschlossenen Festlegungen sind zu berücksichtigen. ³Dabei ist auch das Nähere vorzugeben

1. zur Qualifikation des medizinischen Personals, das die Ersteinschätzung vornimmt,
2. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs,
3. zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,
4. zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 vorliegt, und
5. zur Weiterleitung an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1.

⁴Die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 im Krankenhaus setzt ab dem Inkrafttreten des Beschlusses nach Satz 1 voraus, dass bei der Durchführung der Ersteinschätzung nach Satz 1 ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde. ⁵Der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließt innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vorgaben nach Satz 1 über die sich daraus ergebende erforderliche Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen. ⁶Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen des Beschlusses nach Satz 1 hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen bis zum 31. Dezember 2025 zu prüfen. ⁷Der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a hat die Entwicklung der Leistungen in Notaufnahmen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2025 zu berichten; § 87 Absatz 3a gilt entsprechend.“

Fazit:

Seite 6 von 21

Die Neuregelung ist nicht erforderlich, da die Ersteinschätzungsverfahren für (ambulante und) stationäre Notfälle etabliert sind, diese konkret in den G-BA-Richtlinien bundesweit verpflichtend geregelt sind und im Rahmen der MD-Kontrollen nach § 275a SGB V engmaschig überprüft werden.

Zudem kann die Neuregelung auf Landesebene in Verbindung mit der Neuregelung des § 11 Abs. 1 Nr. 1 zu einer unnötigen Doppelüberprüfung führen und die Kontrollen nach der MD-QK-RL – z.B. bei abweichenden Ergebnissen – konterkarieren. Die Landesbehörden haben als beauftragende Stelle i.S.d. § 5 Abs. 1 Allgemeiner Teil MD-QK-RL in Abstimmung mit dem MD und den anderen beauftragten Stellen bereits Kontrollmöglichkeiten bezüglich dieses Kontrollgegenstandes.

2. Zu Artikel 1 Nr. 3 a) (Änderung des § 3 Abs. 2 KHGG)

Besuchsrechte im Krankenhaus

Neuregelung / Änderung:

„(2) ¹Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf den Empfang von Besuch in angemessenem Umfang. ²Die besonderen Bedürfnisse von schwerkranken Patientinnen und Patienten sowie von Patientinnen und Patienten mit Behinderungen sind in diesem Zusammenhang besonders zu berücksichtigen. ³Jedes Krankenhaus hat eine Besuchsregelung zu erlassen und diese im Internet und durch für die Patientinnen und Patienten ohne Weiteres ersichtlichen Aushang zu veröffentlichen. ⁴Einschränkungen von Besuchen im Rahmen der bestehenden Besuchsregelung sind zulässig, soweit dies aufgrund besonderer Umstände zwingend erforderlich ist. ⁵Sie bedürfen einer verständlichen Begründung im Besuchskonzept und dürfen nicht zu einer vollständigen Isolation der betroffenen Patientinnen und Patienten führen. ⁶Im Falle einer Einschränkung ist die Kommunikation mit den Angehörigen der betroffenen Patientinnen und Patienten sicherzustellen.“

Die Neuregelung des § 3 Abs. 2 Satz 1 normiert ein Recht der Patientinnen und Patienten auf Besuch in angemessenem Umfang auf Grundlage einer verpflichtend durch das Krankenhaus zu erlassenen Besuchsregelung, welche die Bedürfnisse schwerkranker oder behinderter Patientinnen und Patienten angemessen zu berücksichtigen hat. Krankenhäusern wird zudem die Verpflichtung auferlegt, diese Besuchsregelung im Internet sowie durch zugänglichen Aushang zu veröffentlichen und im Falle von individuellen Beschränkungen der Besuchsrechte diese gegenüber Patienten und Angehörigen verständlich zu begründen.

KGNW-Vorschlag

Seite 7 von 21

Ersatzlos streichen, hilfsweise den Absatz 2 wie folgt zu fassen:

(2) ¹Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf den Empfang von Besuch in angemessenem Umfang. ²Hierbei sind die vielschichtigen Sicherheits-, Organisations- und Hygieneverpflichtungen der betreffenden Krankenhäuser sowie die besonderen Bedürfnisse insbesondere von Kindern und Jugendlichen, Patientinnen und Patienten mit Behinderung, Demenzerkrankten sowie sterbenden Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen zu berücksichtigen.

Begründung

Das „Recht“ der Patientinnen und Patienten auf den Empfang von Besuch in angemessenem Umfang ist aus sozialer, ethischer, medizinischer und (verfassungs-)rechtlicher Sicht selbstverständlich und wurde in allen Krankenhäusern durch entsprechende Besuchskonzepte im Sinne der Patientinnen und Patienten umgesetzt. Bis zum Beginn der Pandemie wurden regelhaft nur die Besuchszeiten (in der Hausordnung) geregelt.

Insoweit ist zunächst festzuhalten, dass diese Thematik in der Vergangenheit zu keinem Zeitpunkt problematisch war und die Krankenhäuser ihre Besuchsregelungen in der Corona-Pandemie anpassen und dann erstmalig die Besuche auf Basis der sich ständig ändernden bundes- sowie landesgesetzlich vorgegebenen Hygiene-, Isolations-, Test- und Kontaktbeschränkungsvorgabe einschränken mussten.

Die vorgesehenen Regelungen sollen nun die Problemstellungen einer Ausnahmesituation regeln, die aber bereits in einer Spezialnorm geregelt werden; aktuell mit der Allgemeinverfügung des Ministeriums vom 09.09.2021 (*zum Schutz von Krankenhäusern vor dem Eintrag von SARS-CoV-2-Viren unter Berücksichtigung des Rechts auf soziale Kontakte der Patientinnen und Patienten – CoronaAVKrankenhäuser/Besuche*). Nr. 2 der CoronaAVKrankenhäuser/Besuche enthält alle Regelungen des Absatzes 2:

„2. Anforderungen an einrichtungsbezogene Besuchskonzepte der Krankenhäuser

2.1 Besuche sind unter Berücksichtigung eines einrichtungsbezogenen Besuchskonzepts, das die jeweils aktuellen Richtlinien und Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu Hygiene und Infektionsschutz umsetzt, umfassend zu ermöglichen. Das Recht der Patientinnen und Patienten auf soziale Kontakte und der Schutz der Ehe und Familie sind vollumfänglich zu berücksichtigen.

2.2 Das Besuchskonzept hat die Regelungen der CoronaSchVO sowie weitergehende Bestimmungen anderer Gesetze und Verordnungen zu berücksichtigen. Die Inhalte

des Besuchskonzepts sind durch Aushang im Eingangsbereich der Einrichtung und auf der Homepage der Einrichtung im Internet bekannt zu geben.

2.3 Besuche können aufgrund des Konzepts nach 2.1 zur Vermeidung von Infektionsgefahren zum Schutz besonders vulnerabler Personen im Einzelfall eingeschränkt werden. Einschränkungen bedürfen einer besonderen Begründung und sind im Besuchskonzept nach Ziffer 2.1 schriftlich zu begründen. Aufgrund der mit den Einschränkungen verbundenen Gefahren für die Gesundheit und den Genesungsprozess ist die Einschränkung von Besuchen auf das zwingend erforderliche Maß zu reduzieren. Eine Isolierung ist zu vermeiden. Die Einschränkungen sind den Betroffenen auf Nachfrage verständlich zu erläutern. Besuche nach § 22 Absatz 2 Satz 1 PsychKG dürfen nicht untersagt werden. Die Begleitung des Geburtsprozesses und der Geburt muss unter Wahrung des Infektionsschutzes ermöglicht werden. Dies gilt ebenso für die Begleitung Sterbender.

2.4 Begleitpersonen, die die Patientin oder den Patienten im Rahmen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus oder der stationären Aufnahme begleiten, ist der Zutritt in das Krankenhaus unter Berücksichtigung des einrichtungsbezogenen Besuchskonzepts zu gewähren, sofern die Begleitung aus rechtlichen Gründen erforderlich ist. Satz 1 gilt entsprechend, wenn aufgrund der Schwere der Verletzung oder aus besonderen Gründen, die in der Person der Patientin oder des Patienten selbst liegen, eine Begleitung geboten ist. Die Anzahl der Begleitpersonen ist auf das zwingend erforderliche Maß zu beschränken.“

Diese Spezialregeln ergänzen die allgemeinen Regelungen des KHGG NRW für die aktuelle Ausnahmesituation. Insoweit ist die Aufnahme dieser Besuchsregelungen im KHGG NRW als allgemeine Regelung (also für die „Normalsituation“) nicht notwendig/erforderlich. Sie wäre erst dann erforderlich, wenn die Besuchsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten nach der Pandemie weiterhin unverhältnismäßig und grundlos von Krankenhäusern eingeschränkt würden.

Unabhängig von der fehlenden Erforderlichkeit aufgrund der in der Pandemie geltenden Spezialnorm möchten wir nachfolgend auf eine konkrete Problemstellung in Satz 2 hinweisen:

Es ist weitgehend unklar, auf welcher Grundlage und in welcher Form die besonderen Rechte schwerkranker und behinderter Patientinnen und Patienten eine besondere Berücksichtigung erfahren sollen. Ein allgemein zu veröffentlichendes Besuchskonzept kann und sollte grundsätzlich keine verallgemeinernden patientenbezogenen „Abstufungen“ enthalten, zumal nicht nur schwerkranke, sondern auch minderjährige, hochbetagte oder nicht

deutschsprachige Patientinnen und Patienten oder geburtsbegleitende Situationen einer besonderen individuellen Prüfung bedürfen, welcher nicht vorgegriffen werden kann. Im Übrigen ist der Begriff „schwerkrank“ aus rechtlicher Sicht nicht geeignet, da er keine eindeutige Abgrenzung zu den anderen stationär behandelten Patientinnen und Patienten ermöglicht.

Entscheidend ist auch hier, dass in der Normalsituation (also nach der Pandemie) eine Abstufung auch nicht erforderlich ist, da die Besuchsregelungen – wie vor der Pandemie – regelmäßig nur die Besuchszeiten regeln und keine weiteren Einschränkungen abgesehen von etwaigen gesetzlichen Vorgaben enthalten werden.

3. Zu Artikel 1 Nr. 4 (Änderung des § 5)

Bestellung von Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

Neuregelung / Änderung:

- (1) ¹Der Krankenhausträger bestellt jeweils für jedes Krankenhaus eine unabhängige Patientenfürsprecherin oder einen unabhängigen Patientenfürsprecher sowie eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter. ²Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher soll mit allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe eng zusammenarbeiten. ³Beschäftigte des Krankenhausträgers oder Mitglieder seiner Organe können nicht bestellt werden.*
- (2) ¹Bei dem Amt der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers handelt es sich um ein Ehrenamt. ²Der jeweilige Krankenhausträger soll der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher eine angemessene Fort- und Weiterbildung ermöglichen.*
- (3) ¹Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher vertritt die Interessen der Patientin oder des Patienten gegenüber dem Krankenhaus im Rahmen dieses Gesetzes. ²Sie oder er prüft Anregungen, Bitten und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und wird grundsätzlich nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin oder des Patienten tätig. ³Sie oder er kann sich mit schriftlichem Einverständnis der Patientin oder des Patienten unmittelbar an die Krankenhausleitung, den Krankenhausträger und sonstige zuständige Institutionen oder Behörden wenden. ⁴Die datenschutzrechtlichen Vorschriften bleiben unberührt. ⁵Tatsachen, die unter eine gesetzliche oder vertragliche Schweigepflicht fallen, darf die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher nur offenbaren, soweit eine entsprechende Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt.*

(4) ¹Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher wird vom Krankenhaus in ihrer oder seiner Arbeit unterstützt. ²Zur Ausübung sind ihr oder ihm insbesondere geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen. ³Das Krankenhaus teilt den Namen und die Anschrift der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers der Krankenhausaufsichtsbehörde mit. ⁴Es stellt sicher, dass die Patientinnen und Patienten frühzeitig über den Namen, die dienstliche Anschrift, die Sprechstundenzeit und den Aufgabenbereich der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher in geeigneter Weise informiert werden. ⁵Hierzu ist den Patientinnen und Patienten insbesondere entsprechendes Informationsmaterial bereitzustellen. ⁶Der unmittelbare Zugang zur Patientenfürsprecherin oder zum Patientenfürsprecher muss gesichert sein.

Mit der Neuregelung der bestehenden Vorgaben zur Einrichtung unabhängiger Anlaufstellen für Patientenbeschwerden soll nunmehr die verpflichtende Bestellung einer ehrenamtlich tätigen – neutralen – Patientenfürsprecher*in für jedes Krankenhaus normiert werden.

KGNW-Vorschlag

Satz 2 des Absatz 2 sollte wie folgt geändert werden:

²Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher hat einen Anspruch auf eine kostenlose angemessene Fort- und Weiterbildung, die vom Land finanziert und organisiert wird.

Begründung

Allgemein

Die KGNW begrüßt – mit Ausnahme von zwei Sätzen – die Konkretisierung und Spezifizierung der bereits bestehenden Strukturvorgaben. Die KGNW hat die Umsetzung der bisherigen Vorgabe des § 4 Absatz 1 mittels Etablierung von Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern intensiv begleitet.

Die Regelung des § 5 KHGG NRW enthält bereits die Verpflichtung zum Vorhalt unabhängiger Stellen für die Entgegennahme, Bearbeitung und Prüfung der Beschwerden von Patientinnen und Patienten. Die Umsetzung dieser Regelung war Gegenstand einer Ende 2013 vom Gesundheitsministerium und das Landeszentrum Gesundheit NRW in Kooperation mit dem unabhängigen Patientenbeauftragten des Landes und der KGNW unter Einbeziehung der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher der rund 365 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen organisierten Netzwerktagung in Bochum, in deren Anschluss Handlungsempfehlungen für die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher entwickelt und im Mai 2014 veröffentlicht wurden.

Von Dezember 2015 bis Februar 2016 führte das LZG.NRW in Kooperation mit dem Patientenbeauftragten und der KGNW eine Befragung bei Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern durch, um Einschätzungen zu erhalten, ob die in 2014 vereinbarten Handlungsempfehlungen in der Praxis angekommen sind und angewendet bzw. umgesetzt werden.

Die Ergebnisanalyse zeigte, dass in einigen Bereichen, etwa der Gewährleistung der Unabhängigkeit der Patientenfürsprecher oder der Bekanntheit der Tätigkeit, Nachbesserungsbedarf besteht, welchem mit der nunmehr erfolgten gesetzlichen Neuregelung begegnet wird.

Änderungsbedarf:

§ 5 Absatz 2 Satz 2 ist nicht mit der Neutralität der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern vereinbar. Die Unterstützung mittels „angemessener Fort- und Weiterbildung“ der neutralen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern kann sachlogisch nur durch einen neutralen Dritten (das Land) gewährleistet werden. Es darf kein Abhängigkeitsverhältnis (z.B. durch Genehmigung und Vergütung der Fort- und Weiterbildung) geschaffen werden. Fort- und Weiterbildung einer neutralen Stelle kann auch nicht in den Zuständigkeitsbereich der primär betroffenen Partei (hier das Krankenhaus) fallen, zumal das Krankenhaus die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher, die ihre Einsatzzeiten als Ehrenamtler frei wählen, auch nicht freistellen kann/muss. Zudem ist eine Vergütung einer ausschließlich landesrechtlich vorgegebenen neutralen Stelle aus den bundesgesetzlich restriktiv geregelten Betriebskostensystem der Krankenhäuser systemwidrig.

Bezüglich der Finanzierungsmöglichkeiten durch das Land möchten wir auf die Ehrenamt-Initiative des Landes NRW, insbesondere auf das Landesprogramm „2.000 x 1.000 Euro für das Engagement“ hinweisen. Die Organisation und Vergütung der Fort- und Weiterbildung einer vom Land vorgegebenen neutralen Stelle, die nicht vom Krankenhaus aus eigenem Interesse genutzt, sondern ordnungspolitisch verpflichtend bestimmt wird, muss auch vom Land übernommen werden. Zudem kann es auch nur so eine einheitliche, zweckentsprechende Fort- und Weiterbildung dieser Ehrenamtler im Sinne der gesetzlichen Zielvorstellung sichergestellt werden.

Anmerkung zur Bestellverpflichtung in Abs. 1:

Bezüglich der Pflicht zur Bestellung einer Patientenfürsprecherin oder eines Patientenfürsprechers geben wir zu Bedenken, dass es sich hierbei um eine ehrenamtliche Tätigkeit einer nicht beim Krankenhaus angestellten Person handelt, so dass die Einflussnahmemöglichkeit des Krankenhauses faktisch auf den Such- und Auswahlprozess beschränkt bleibt.

Denn im Gegensatz zu den kraft Gesetzes betrieblich-beauftragten Personen (z.B. den Datenschutzbeauftragten), kann das Krankenhaus ja gerade keine/n Mitarbeiter/in im Rahmen seiner arbeitsrechtlichen Möglichkeiten bestimmen. Insoweit gehen wir davon aus, dass sich etwaige Maßnahmen der Aufsichtsbehörden ausschließlich auf die Informations- einholung und Unterstützung des Krankenhauses bei der Suche nach einer Patientenfür- sprecherin oder eines Patientenfürsprechers beschränken können.

4. Zu Artikel 1 Nr. 5 (Änderung des § 10 Abs. 1 und Ergänzung eines neuen Abs. 3)

***Nachweis freier Behandlungskapazitäten, Großeinsatzlagen und Katastrophen:
Ermächtigungsgrundlage zur Bestimmung weiterer Routinemeldepflichten und -wege***

Neuregelung / Änderung:

Absatz 1 Satz 3-5:

„³Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, weitere Routi- nemeldepflichten und -wege, wie zum Beispiel die Meldung über den Intensivbettenbe- stand, das Personal für Intensivstationen sowie den Infektionsstatus von Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen, für den Krankenhausbereich durch Rechtsverord- nung zu regeln. ⁴Die Bestimmungen des § 8 Absatz 3 des Rettungsgesetzes NRW bleiben unberührt. ⁵Die Rechtsverordnung regelt mindestens Form, Inhalt, Art und Umfang der Meldung und gibt die Meldeempfängerin oder den Meldeempfänger sowie den Melde- turnus vor.“

KGNW-Vorschlag

Nach Absatz 1 Satz 3 sollte folgender Satz eingefügt werden:

„Hierbei wird im jeweiligen Anwendungsfall zur Vermeidung einer Doppelmeldung durch das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium geprüft, ob die benötigten Daten nicht bereits über bestehende gesetzliche oder untergesetzliche Meldewege ver- fügbar sind und hieraus für eine landesweite Datenbank bezogen werden können. Neue Meldeverpflichtungen sind für den Meldenden aufwandsarm auszugestalten und zeitlich zu befristen.“

Begründung:

Zu der Neuregelung in Absatz 1 Sätze 3 bis 5

Die Krankenhäuser erfüllen bereits aktuell zahlreiche Meldeverpflichtungen auf der Landes- und Bundesebene. In Anbetracht einer dringend notwendigen und politisch ausdrücklich

gewünschten Entbürokratisierung (Stichwort: Entfesselungsgesetze) in der gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger sind Doppelmeldungen, wie zum Beispiel im Kontext des DIVI-Intensivregisters, DEMIS und des Moduls „MediRIG“ von IG NRW, unbedingt zu vermeiden. Neue Meldeverpflichtungen sind aufwandsarm auszugestalten und zeitlich zu befristen.

5. Zu Artikel 1 Nr. 6 (Änderung des § 11 KHGG NRW)

Rechtsaufsicht

Neuregelung / Änderung:

(2) ¹Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für die in Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden gesundheitsrechtlichen Vorschriften. ²Zu den gesundheitsrechtlichen Vorschriften im Sinne von Satz 1 zählen insbesondere:

- 1. der Vorrang für Notfallpatientinnen und -patienten gemäß § 2 Absatz 1 Satz 2 und 3,*
- 2. das Entlassmanagement gemäß § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 8 Absatz 1 dieses Gesetzes,*
- 3. Aufklärungs- und Informationspflichten gemäß den §§ 630 c bis 630 g des Bürgerlichen Gesetzbuches,*
- 4. Patientensicherheit gemäß § 2 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 3 Absatz 1 und 2,*
- 5. die Einhaltung der Vorgaben gemäß § 5,*
- 6. die Sicherstellung der Krankenhaushygiene gemäß § 6,*
- 7. die Sicherstellung der Transparenzvorgaben gemäß § 7,*
- 8. die Bestellung von Transplantationsbeauftragten gemäß § 9 und die Einhaltung der Vorgaben des Transplantationsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206) in der jeweils geltenden Fassung,*
- 9. die Mitwirkung an der Bewältigung von Großeinsatzlagen gemäß § 10 Absatz 2,*
- 10. die Organisation des Krankenhauses gemäß § 31 und*
- 11. die Einhaltung der weiteren Vorgaben nach den Abschnitten II bis IV.*

(3) ¹Die zuständige Aufsichtsbehörde ist bei konkreten Anhaltspunkten für einen Verstoß gegen gesundheitsrechtliche Vorschriften im Sinne von Absatz 2 Satz 1 oder gegen eine auf Grund dieser Vorschriften erlassenen Anordnung befugt, die anlassbezogen erforderlichen Maßnahmen zur Untersuchung zu ergreifen. ²Maßnahmen in diesem Sinne sind zum Beispiel die Begehung vor Ort, Akteneinsicht und die Einholung von Gutachten. ³Bei einem Verstoß gegen eine gesundheitsrechtliche Vorschrift ist die zuständige Aufsichtsbehörde befugt, die erforderlichen Maßnahmen zur Abhilfe des Verstoßes zu treffen. ⁴Zu den erforderlichen Maßnahmen gehört insbesondere die Erteilung von Auflagen und Rügen. ⁵Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den von der zuständigen Aufsichtsbehörde beauftragten Personen Grundstücke, Räume, Anlagen und Einrichtungen zugänglich zu machen, auf Verlangen Bücher und sonstige Unterlagen vorzulegen, die Einsicht in diese zu gewähren und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. ⁶Bei Gefahr im Verzug sind der Zutritt jederzeit zu gestatten und die notwendigen Prüfungen zu dulden. ⁷Die Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes), das allgemeine Persönlichkeitsrecht einschließlich des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung (Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes), die Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) und das Grundrecht auf Eigentum (Artikel 14 Absatz 1 des Grundgesetzes) werden insoweit eingeschränkt. ⁸Die Vorschriften über den Infektionsschutz, die Aufsicht über die Gemeinden, Gemeindeverbände, Universitätskliniken sowie Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

(4) ¹Ist im Rahmen der Maßnahmen nach Absatz 3 eine Einsicht in die Patientendokumentation erforderlich, soll vorab die Einwilligung der Patientin oder des Patienten eingeholt werden. ²Die zuständige Aufsichtsbehörde ist auch ohne Einwilligung der Patientin oder des Patienten zu einer vollständigen Einsichtnahme in die Patientendokumentation befugt, sofern dies zur Abwehr einer Gefahr für Leben, Gesundheit oder Freiheit einer Patientin, eines Patienten oder einer oder eines Dritten unbedingt erforderlich ist und schützenswerte Interessen der Betroffenen im konkreten Einzelfall nicht überwiegen. ³Personenbezogene Daten, einschließlich solcher besonderer Kategorien, sollen soweit wie möglich unkenntlich gemacht werden. ⁴Sofern das Einverständnis der Patientin oder des Patienten [zur Einsichtnahme] in die Patientenakte vorab nicht eingeholt werden kann, ist die Patientin oder der Patient unverzüglich nachträglich über die erfolgte Einsichtnahme zu informieren. ⁵Die Bestimmungen zum Schutze der patientenbezogenen Daten bleiben im Übrigen unberührt.

(5) Die Zuständigkeiten für die Belange des Krankenhauswesens werden in der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren im Krankenhauswesen auf

dem Gebiet des Krankenhauswesens vom 21. Oktober 2008 (GV. NRW. S. 642) in der jeweils geltenden Fassung geregelt.

(6) ¹Die Aufsichtsbehörden können mit der Durchführung der ihnen obliegenden Aufgaben auch fachlich und persönlich geeignete Dritte beauftragen. ²Die Verantwortung der Aufsichtsbehörden bleibt dadurch unberührt. ³Bei zeitlich unabweisbaren Angelegenheiten, die eine Gefahr für wichtige Rechtsgüter befürchten lassen, kann die übergeordnet zuständige Behörde eigenständig tätig werden.

Die Neuregelung bezweckt die Stärkung der Rechtsaufsicht der zuständigen Stellen über die Krankenhäuser, indem die bereits in der jetzigen Fassung des KHGG NRW enthaltenen Vorschriften zur Krankenhausaufsicht klarer definiert und Eingriffs- sowie Abhilfebefugnisse bestimmt werden. Die grundsätzliche Regelung zur Rechtsaufsicht bleibt unberührt. Ausweislich der Gesetzesbegründung fehle es dem Land gegenwärtig an einem Instrumentarium, die Einhaltung der Vorgaben durch die Krankenhäuser zu überwachen und diese gegebenenfalls durchzusetzen. Diese Eingriffsbefugnisse sollen nun konkreter ausgestaltet werden, um Rechtssicherheit für Krankenhäuser und Patienten zu schaffen.

KGNW-Vorschlag

Streichung der Neuregelung.

Äußerst hilfsweise werden nachfolgende Änderungen zur Neuregelung vorgeschlagen:

Im § 11 das Wort „gesundheitsrechtlich“ durch sollte das Wort „krankenhausrechtlich“ ausgetauscht werden.

§ 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 bis 4 sowie § 11 Abs. 6 sollten ersatzlos gestrichen werden.

§ 11 Abs. 3 Satz 3 sollte durch nachfolgende Sätze ersetzt werden:

³Werden die Vorschriften dieses Gesetzes durch ein Handeln oder Unterlassen eines Krankenhauses verletzt, soll die Aufsichtsbehörde zunächst beratend darauf hinwirken, dass das Krankenhaus binnen einer angemessenen Frist Abhilfe schafft. ⁴Geschieht dies nicht, ist die zuständige Aufsichtsbehörde befugt, die erforderlichen Maßnahmen zur Abhilfe des Verstoßes zu treffen.

Begründung

Nach Ansicht der KGNW ist die alte Regelung vollkommen ausreichend. Es gibt derzeit bereits eine umfassende Rechtsaufsicht für die Krankenhäuser. Diese bezieht sich auf alle für die Krankenhäuser geltenden Vorschriften (§ 3 Abs. 2 Satz 1). Im Weiteren gibt es unseres

Erachtens auch eine ausreichende Generalnorm für erforderliche Maßnahmen (Abs. 2 Satz 2) und zur Auskunftspflicht (Abs. 3 Satz 1).

Seite 16 von 21

Die vorgeschlagene Regelung insbesondere mit der nicht abschließenden Aufzählung von „Prüfstatbeständen“ sowie die Konkretisierungen bezüglich der Kontrollausübungen sowie etwaiger nachgehender Maßnahmen haben keinen rechtlichen Mehrwert.

Aktuelle Regelung des § 11 KHGG NRW

- (1) Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sowie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten gem. § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, unterliegen der Rechtsaufsicht.
- (2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für die in Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden Vorschriften. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann bei einem Verstoß gegen die in Satz 1 genannten Vorschriften oder gegen eine auf Grund dieser Vorschriften erlassene Anordnung die erforderlichen Maßnahmen treffen. Die Vorschriften über die Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die Universitätskliniken sowie über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.
- (3) Die in Absatz 1 genannten Einrichtungen sowie die Einrichtungen nach § 8 Abs. 2 sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

Eine – wie in der Neuregelung vorgesehene – „kleinteilige“ Regelung gibt es nach einer Recherche der KGNW auch in keinem anderen Bundesland. Die KGNW hat keine Erkenntnisse, warum die bisherigen aufsichtsrechtlichen Regelungen in NRW als auch in anderen Bundesländern nicht ausreichen.

Im Weiteren irritiert die Aufnahme des Begriffs „*gesundheitsrechtliche*“ Vorschriften, da der Zweck nach § 1 KHGG NRW die Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten gestuften wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser vorsieht und die Regelungen sich folgerichtig auf die „*krankenhausrechtlichen*“ Vorschriften beziehen sollten.

In dem Kontext ist dann auch die (neue) Auflistung des § 2 Abs. 2 Satz 2 zu bewerten, insbesondere die Nummern 1 bis 4.

Es ist selbstverständlich das im Rahmen der Rechtsaufsicht krankenhauserorganisatorische Vorgaben überprüft (Nummern 5 bis 10) werden. Hier geht es um abstrakte einrichtungsbezogene Voraussetzungen, die z.B. durch Prozessbeschreibungen, Dienstanweisungen etc. belegt werden können.

Die Aufnahme Nummern 1 bis 4 könnten zwar auch hinsichtlich der organisatorischen Maßnahmen des Krankenhauses überprüft werden (z.B. Prozessbeschreibung oder Vorlagen von Materialien).

Gemäß Absatz 3 Satz 1 i.V.m. Sätzen 3 und 4 sowie Absatz 4 (Maßnahmen bei konkreten Anhaltspunkten mit Einsicht in Patientenakten) scheint aber auch eine einzelfallbezogene Überprüfung mit einzelfallbezogenen Maßnahmen möglich zu sein. Einzelfallbezogene Maßnahmen stehen in diesen Bereichen aber in Konkurrenz zu zivilrechtlichen (haftungs- und arbeitsrechtlichen) sowie ggf. strafrechtlichen Entscheidungen der diesbezüglich zuständigen Stellen (u.a. Schlichtungsstellen und Gerichte).

Die Wahrung der Aufklärungspflichten gegenüber einem Patienten vor medizinischen Maßnahmen ist keine Frage, die die Rechtsaufsicht der Aufsichtsbehörden tangiert oder von dieser einer Klärung zugeführt werden kann. Auch der Vorrang von Notfallpatienten oder die Umsetzung des individuellen Entlassmanagements betreffen vorrangig zivil- und strafrechtliche Fragestellungen des konkreten Einzelfalls und entziehen sich einer aufsichtsrechtlichen Prüfung.

Im Weiteren irritiert, dass der Gesetzesvorschlag als erstes Mittel Auflagen und Rügen normiert und um diese dann mit den Mitteln des Verwaltungszwanges durchzusetzen. Aus Sicht der KGNW sollte in Fortführung des bislang erfolgreich praktizierten offenen und konstruktiven Dialogs in erster Linie der Grundgedanke betont werden, dass das beratende Einwirken der Aufsichtsbehörde im Vordergrund steht und mit einer Rechtsaufsicht keine grundsätzliche Pflicht zum Einschreiten bei Rechtsverstößen verbunden ist. Die Ergreifung verwaltungsrechtlicher Maßnahmen sollte in diesem Sinne gestuft unter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes erfolgen.

Die in Absatz 6 vorgesehene Möglichkeit der Delegation der Rechtsaufsicht wird nachdrücklich abgelehnt. Die Ablehnung dieser vollkommen offenen Delegationsmöglichkeit behördlichen Handelns an Dritte bedarf in diesem u.a. auch datenschutzrechtlich hochsensiblen Bereich u.E. keiner weiteren Begründung.

C Weiterer Änderungsbedarf

1. Änderung des § 34c KHGG (eingefügt durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen)

Maßnahmen zur Sicherung von Patientenakten

Seite 18 von 21

Einleitung

Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen wurde erstmals die Regelung des § 34 c KHGG NRW eingefügt, welche die Verantwortlichkeit zur Sicherung von Patientenakten bei den Krankenhausträgern sowie den Datenschutz im Falle der Insolvenz eines Krankenhausträger gewährleisten soll.

Hiernach haben Krankenhausträger Maßnahmen dahingehend zu treffen, dass im Falle der Schließung eines Krankenhauses aufgrund einer drohenden Zahlungsunfähigkeit die dort geführten Patientenunterlagen entsprechend ihrer individuellen Aufbewahrungsdauer unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben weiterhin aufbewahrt werden können, wobei weitergehend Ansprüche der Patienten auf jederzeitige Durchsetzung ihrer Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie ihrer Rechte nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch gewährleistet sein müssen.

KGNW-Vorschlag

Streichung des § 34c KHGG NRW.

Hilfsweise: Der § 34c KHGG NRW sollte zumindest wie folgt neu gefasst werden:

„(1) Der Krankenhausträger soll vorsorglich für den Fall der Schließung seines Krankenhauses oder einer seiner Betriebsstätten im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde abstimmen, wie die Sicherung der geführten Patientenunterlagen entsprechend ihrer individuellen Aufbewahrungsdauer unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben, insbesondere zur Gewährleistung von Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit gewährleistet wird.

(2) ¹Im Rahmen der Abstimmung ist zu klären, ob die Patientenunterlagen im Fall der Schließung

1. von der zuständigen Aufsichtsbehörde im Interessen des Gemeinwohls und der Rechte der betroffenen Patienten in Obhut genommen werden sollen

oder ausnahmsweise

2. vom Krankenhausträger in einer anderen Betriebsstätte

im Sinne des Absatzes 1 aufbewahrt werden sollen. ²Satz 1 Nr. 2 kommt nur in Betracht, wenn der Krankenhausträger dies ausdrücklich erklärt.

(3) *Die Aufsichtsbehörde kann einen Dritten mit der Erfüllung dieser Aufgabe betrauen.“*

Seite 19 von 21

oder

„Der Krankenhausträger soll im Falle der Schließung eines Krankenhauses aufgrund einer drohenden Zahlungsunfähigkeit im Einvernehmen mit der zuständigen oberen Aufsichtsbehörde gemäß § 11 Abs. 4 Maßnahmen treffen, die die Sicherung der geführten Patientenunterlagen entsprechend ihrer individuellen Aufbewahrungsdauer unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben, insbesondere zur Gewährleistung von Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit gewährleistet. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Ansprüche der Patientinnen und Patienten auf jederzeitige Durchsetzung ihrer Rechte nach der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314 vom 22.11.2016, S. 72, ABl. L 127 vom 23.5.2018, S. 2) sowie ihrer Rechte nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch nicht beeinträchtigt werden. Es ist sicherzustellen, dass die Maßnahmen auch im Falle der Schließung eines Krankenhauses während der individuellen Aufbewahrungsdauer aufrechterhalten werden können. Können diese Maßnahmen nicht durch das Krankenhaus oder auf andere Weise gewährleistet werden, kann zur Wahrung der Interessen des Gemeinwohls und unter Beachtung der Rechte der Patienten die Aufsichtsbehörde nach § 11 Abs. 4 die Patientenunterlagen für die Dauer der Aufbewahrungspflicht in Obhut nehmen und Patientenrechte gemäß Satz 2 zu gewährleisten. Die Aufsichtsbehörde kann einen Dritten mit der Erfüllung dieser Aufgabe betrauen.“

Begründung

Eingangs möchten wir betonen, dass die KGNW die Sicherung der Patientenakten für den Fall der Schließung eines Krankenhauses für zwingend erforderlich hält. Patientenakten dürfen nicht ungesichert bleiben!

Allerdings zeigte sich bei der Prüfung rechtskonformer und verhältnismäßiger Umsetzungsmöglichkeiten seitens der KGNW, dass entsprechende Konzepte in der Praxis faktisch und rechtlich an ihre Grenzen stoßen. Aufbewahrungskonzepte, welche im laufenden Betrieb ansetzen, dabei jedoch nachgelagerte Verpflichtungen begründen sollen, sind zum einen aus insolvenzrechtlicher Sicht insbesondere im Fall der Vollabwicklung (vollständiger Einstellung des Krankenhausbetriebes nach Schlussverteilung oder wegen Masseunzulänglichkeit) problematisch.

Nach einer insolvenzrechtlichen Vollabwicklung ist eine Rückgabe der Akten mangels einer zur Entgegennahme existierenden juristischen Person nicht möglich. Zum anderen besteht aus datenschutzrechtlicher Sicht die Schwierigkeit, dass eine Archivierung sowie die Prüfung der Einsichtnahme und Herausgabe der Patientenunterlagen auf Anfrage von Patienten vor dem Hintergrund der Regelung des § 203 StGB nur durch „befugte“ Personen erfolgen darf.

Eine streng am Wortlaut des § 34c KHGG NRW orientierte Umsetzung würde faktisch eine aufschiebend bedingte Beauftragung (mit einem 10- 15 Jahreszeitraum) oder eine proaktive und insolvenzfeste Hinterlegung desjenigen Betrages erfordern, welcher für die Beauftragung eines Dritten für den Transport, die Archivierung und Herausgabe von sämtlichen Patientenunterlagen bis zu 15 Jahren nach Schließung anfallen würde. Eine aufschiebend bedingte Beauftragung (ab Eintritt der Liquidation und dann bis zu 15 Jahre) geht jedoch ins Leere, da der Beauftragende nach der Liquidation des Krankenhauses keinen Vertragspartner mehr hat und zudem auch die Insolvenzfestigkeit des Beauftragten über den langen Zeitraum nicht gesichert ist.

Unabhängig von der fraglichen Effizienz eines derartigen Vorgehens stehen auch die hierfür zu erwartenden, nicht refinanzierten Kosten (für den Gesamtzeitraum in siebenstelliger Höhe) nicht im Verhältnis. Auch das Anstreben einer „Versicherungslösung“ dürfte nicht zuletzt aufgrund der nicht abschätzbaren Kosten für die Archivierung und Gewährleistung von laufenden Akteneinsichtnahmebegehren über 15 Jahre kaum verhältnismäßig sein. Aus dem Mitgliedsbereich wurde berichtet, dass dies derzeit auch kein Versicherer anbiete.

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass die aktuelle Verpflichtung aller nach § 108 SGB V gelassenen Krankenhäuser auch unverhältnismäßig ist, da – so verstehen wir auch die Aussagen des Gesundheitsministers zur neuen Krankenhausplanung – nur einige wenige Krankenhäuser in Betracht kommen und bei diesen aufgrund des moderierten Prozesses und einer darauf basierenden durchgeplanten Schließung kein Gefährdungspotential im Sinne der Norm besteht. Insoweit ist (wenn überhaupt) nur eine Maßnahmenverpflichtung im Einzelfall, und zwar zum Zeitpunkt des Eintritts einer sich potenziell abzeichnenden Insolvenzgefährdung gerechtfertigt.

Dementsprechend ist beispielsweise in § 41 der Berliner Krankenhaus-VO (Verfahren bei Schließung oder Umwandlung eines Krankenhauses) geregelt:

„Bei Schließung oder Umwandlung eines Krankenhauses oder eines Teils davon in eine Pflege- oder Betreuungseinrichtung wird die Patientendokumentation abgeschlossen. Die

weitere Aufbewahrung des Bestandes an Patientendokumentationen wird vom Krankenhausträger im Einvernehmen mit dem zuständigen Bezirksamt so geregelt, dass Unbefugte nicht Einsicht nehmen können.“

Fazit:

Ein Krankenhausträger kann vor der Schließung grundsätzlich keine Maßnahmen ergreifen, die die Sicherung der Patientenakten nach der Liquidation des Unternehmens gewährleisten, da der Träger nach der Liquidation des Krankenhauses nicht mehr existent ist. Die Sicherung der Patientenakten kann in diesen Fällen letztlich nur dadurch sichergestellt werden, dass die Patientenakten nicht herrenlos werden, d.h. das Land die Verfügungsgewalt über die Patientenunterlagen erhält und die Patientenakten in staatlichen Archiven aufbewahrt werden.

Aus diesem Grund ist aus rechtlichen Gründen nur eine Abstimmung zwischen Krankenhausträger und Aufsichtsbehörde vor Schließung des Krankenhauses möglich. Etwaige Verpflichtungen für Sicherheitsvorkehrungen (Maßnahmen) können sich – auch unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes – nur auf den Einzelfall im Kontext des Zeitpunkts einer konkreten Gefährdungslage beziehen

2. Änderung des § 21 Absatz 9

Die KGNW spricht sich auch weiterhin für eine 100-prozentige Deckungsfähigkeit zwischen der Baupauschale und der Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter aus.

KGNW-Vorschlag

§ 21 Absatz 9 Satz 2 sollte durch folgenden Satz ersetzt werden:

„²Dabei dürfen die Krankenhäuser die Pauschalmittel vollständig für Zwecke der jeweils anderen Zweckbestimmung nach § 18 Abs. 1 einsetzen.“