

Ausschussdrucksache
(03.07.2025)

Inhalt

Selbsthilfe M-V e.V. –

Stellungnahme zum **Landeskrankenhausgesetz, Drs. 8/4870**

Stellungnahme des Dachverbandes SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e.V. als Zusammenschluss von derzeit 25 landesweit aktiven Vereinen und Verbänden behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen in Mecklenburg-Vorpommern

im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Sozialausschusses des Landtages am 09.07.2025

Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern (LKHG MV)
Drucksache 8/4870

Vorbemerkungen:

Die im Folgenden aufgeführten Forderungen, Anregungen, Vorschläge und Ergänzungen wurden der SELBSTHILFE MV e.V. durch die Vereine und Verbände behinderter und chronisch kranker Menschen im Land mündlich, postalisch und per e-Mail vorgetragen. Damit legen wir hiermit ein abgestimmtes Forderungspapier der Vereine und Verbände behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen in Mecklenburg-Vorpommern vor.

Wir werden allgemein auf den Entwurf eingehen und dabei auch einen Großteil der einzelnen Fragen aus dem Fragenkatalog beantworten, ohne die Einzelfragen gesondert aufzugreifen.

Eine Sache ist uns aufgefallen, die wir vorab ansprechen möchten, um weitere Missverständnisse zu vermeiden. Durch den gesamten Entwurf zieht sich eine (fachlich und inhaltlich falsche) Gleichsetzung des Dachverbandes der Behindertenverbände und Patientenorganisationen im Land, der SELBSTHILFE MV e. V. mit der Koordinierungsstelle Patientenbeteiligung MV. Hier scheint es im Entwurf regelmäßig zu Verwechslungen zu kommen, so dass wir hier in aller Kürze für Klarstellung sorgen wollen.

Die SELBSTHILFE MV e. V. ist eine gemeinnützige Verbandstruktur, in der sich die Behindertenverbände und Patientenorganisationen zusammengefunden haben, um gemeinsame Ziele zu verwirklichen, Synergien zu nutzen und so die ehrenamtlich Aktiven in den Vereinen und Gruppen zu entlasten. Als gemeinnützigem Verein gibt die Satzung ihr Zweck und Aufgaben vor. Eine Aufgabenübertragung durch Dritte ist ausgeschlossen, sofern sie nicht von der Satzung umfasst ist.

Die Koordinierungsstelle Patientenbeteiligung MV entstand mit Einführung der Bundesverordnung über die Beteiligung der Patient*innen im Jahr 2003. Sie ist verantwortlich für die Benennung von Patientenvertreter*innen nach einem von der Bundesebene vorgegebenen Verfahren. Die SELBSTHILFE MV e. V. hat sich 2004 bereit erklärt, diese Koordinierung der Patientenvertreter*innen im damals notwendigen Rahmen zu übernehmen. Sie erhält von keiner Seite dafür personelle oder finanzielle Unterstützung. Die Arbeit erfolgt zu 100 % im Ehrenamt, für Sachkosten müssen Spenden eingeworben werden. Der Umfang der Aufgaben steigt

1/10

kontinuierlich und hat schon vor Jahren einen Stand erreicht, der mit Ehrenamt und Spenden nicht mehr in der gebotenen und notwendigen Form zu leisten ist. Alle Bemühungen, die Verantwortlichen im Land, aber auch bei Kostenträgern und Leistungserbringern, zu überzeugen, diese wichtige Arbeit endlich auch finanziell zu unterstützen, blieben ohne Erfolg.

Der Gesetzentwurf stellt darauf ab, wahlweise der SELBSTHILFE MV e. V. oder der Koordinierungsstelle neue Aufgaben zu übertragen. Während aber bei allen anderen Leistungserbringern daran gedacht wurde, diese entsprechend finanziell auszustatten (sofern nicht bereits das SGB V diese Finanzierung vorsieht), fehlt eine entsprechende Regelung für die Suche, Ausbildung und Koordinierung und Betreuung der Patientenvertreter*innen bzw. der noch neu zu entwickelnden Struktur der Fürsprecher*innen. Hier ist im Landeshaushalt eine dem Aufgabenumfang entsprechende Position für die Koordinierung der Patientenbeteiligung vorzusehen.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, die Sichtweise von 25 Landesverbänden behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen in den Prozess einfließen zu lassen.

Zum Gesetzentwurf

A Problem und Ziel

Wir begrüßen, die getroffenen Feststellungen. Insbesondere gilt unser Interesse natürlich vulnerablen Zielgruppen. Zu denen gehören Patient*innen im Allgemeinen, Patient*innen mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung aber auch im Besonderen. Bislang sind die Krankenhäuser in MV nach den bei uns ankommenden Beschwerden und Erfahrungsberichten noch einige Schritte von diesem Ziel entfernt. Hoffen wir, dass das neue LKHG Besserung bringt!

B Lösung

Abs. 1 grundsätzliche Empfehlungen und Hinweise, siehe Ausführungen zu § 32

Zusätzlich weisen wir darauf hin, dass die Empfehlungen des Bundespatientenbeauftragten inhaltlich konkreter und ausführlicher gefasst sind und leider nicht so umfänglich wie nötig in den vorliegenden Gesetzentwurf übernommen wurden.

Zudem wurde aus der ursprünglich geplanten Verpflichtung zur Einführung eine eher vage Möglichkeit, die die Kliniken nach unseren Erfahrungen umgehen werden.

Abs. 2 An dieser Stelle sind wir gebeten worden, auf die Vielfalt der Behinderungen und chronischen Erkrankungen hinzuweisen. Hier fehlt es nach Erfahrungen der Patientenverbände und Vereine vom Menschen mit Behinderungen oft am nötigen Grundwissen des Klinikpersonals. Menschen mit psychischen Erkrankungen berichten besonders oft über Diskriminierungen bzw. fehlende soziale Kompetenz des pflegenden und behandelnden Personals in den allgemeinen Krankenhäusern – quer durch alle Stationen und Abteilungen.

Dies scheint ein grundsätzliches Problem zu sein: Der Patient bzw. die Patientin wird nur mit der akuten Erkrankung bzw. seinem akuten Anliegen wahrgenommen. Bereits seit

langem bestehende Erkrankungen und/oder Behinderungen geraten so, gerade wenn sie nicht sichtbar sind, aus dem Fokus.

Hier wünschen wir uns eine verstärkte Sensibilisierung des Personals, gern in Zusammenarbeit und mit Unterstützung der Patientenverbände und Behindertenorganisationen unter dem Dach der SELBSTHILFE MV e. V..

Abs. 6 Hier wird die Hinzuziehung weiterer Beteiligter an der Krankenhausplanung erläutert, u. a. um „eine Patientenvertretung“. Wir verweisen nochmals darauf hin, dass legitimierte Patientenvertreter*innen von organisierten Patient*innen in regulären Verbandsstrukturen demokratisch gewählt werden. Hier ist das Verfahren (fast) analog zu den Vertreter*innen der Ärzteschaft, der Kliniken, der Krankenkassen. Der Unterschied liegt (derzeit noch) in der Ehrenamtlichkeit unserer Strukturen.

Wir bitten darum, zukünftig die Unterschiede zwischen von den Patient*innen gewählten Vertreter*innen (Patientenvertretung) und den von politischen Organen bestellten Personen (lt. § 32 zukünftig Patientenfürsprecher*innen) zu unterscheiden!

Abs. 7 U. E. ist es notwendig, auch bei Alarm- und Einsatzplanung sowie ihrer Fortschreibung die spezifischen Bedarfe behinderter und chronisch kranker Menschen mitzudenken. Hier ist die unbedingte Einbeziehung der Selbstvertretungsorganisationen unter dem Dach der SELBSTHILFE MV vorzusehen.

Abs. 8 Es wäre u. E. wichtiger, zukünftig endlich in der Praxis die spezifischen Unterschiede in der medizinischen Versorgung von Frauen und Männern zu erforschen, zu beachten und zu berücksichtigen, als es nur sprachlich zum Ausdruck zu bringen!

C Alternativen

Gestatten Sie uns die Frage, welche Alternativen geprüft wurden, da wir sonst zu diesem Punkt keine Stellung nehmen können.

D Notwendigkeit

Leider stellt die Begründung für die Notwendigkeit der Novellierung des LKHG MV nicht die dringend notwendige verbesserte Versorgung in den Mittelpunkt.

E-G Kosten

Durchgängig fehlt es an der Benennung von Kosten für die Herstellung von Barrierefreiheit in baulicher, kommunikativer und informativer Hinsicht. Zudem sind u. E. Kosten für spezifische Weiterbildungen des Personals einzuplanen, um mehr Patientenorientierung und weniger Diskriminierung zu erreichen.

F 1 Kosten für die Wirtschaft

Abs. 5 Die Zuordnung der Kosten für Patientenfürsprecher*innen bei den Kliniken erstaunt und wird von uns abgelehnt. Nach einhelliger Meinung und auch den Empfehlungen des Bundespatientenbeauftragten sollen Patientenfürsprecher*innen von den Kliniken unabhängig sein. Dies ist kaum der Fall, wenn die Kosten für Ihre Räume, die Ausstattung und die Weiterbildung von den Krankenhäusern übernommen werden.

Der Bundespatientenbeauftragte empfiehlt nicht ohne Grund, die Finanzierung den Kommunen zu übertragen, wenn von dort die Bestellung erfolgen soll.

U. E. sind die Kosten zudem zu gering angesetzt. Es fehlt an Kosten für Versicherungen, Aufwandsentschädigungen, ggf. Verdienstausfall, Supervision, landes- und bundesweite Vernetzung (auch in Präsenz), Öffentlichkeitsarbeit, Fachliteratur, etc..

Mit der geplanten Summe, die zudem weder die Größe der Klinik noch das gar nicht konkret gefasste Aufgabenspektrum erfasst, wird es sich nur um eine ehrenamtliche „Alibifunktion“ handeln. Dies zeigen alle vorliegenden Erfahrungen aus anderen Bundesländern, die z. T. seit Jahrzehnten Patientenfürsprecher*innen im Einsatz haben.

Weiteres siehe Ausführungen zu § 32.

§ 1 Grundsätze

Abs. 1, letzter Satz, bitte ergänzen:

„... erfolgt patientengerecht, **barriere- und diskriminierungsfrei sowie** in angemessener Zeit erreichbar ...“

§ 8 Beteiligte

Abs. 2 siehe oben in den Ausführungen zu „B – Lösung – Absatz 6“

Abs 5, nach dem letzten Satz, bitte ergänzen:

Perspektivisch ist eine Zustimmung der weiteren Beteiligten anzustreben.

§ 9 Auskunftspflichten ...

Abs. 1 Aufzunehmen ist die Pflicht darzustellen, wie der Stand von Barriere- und Diskriminierungsfreiheit in der Versorgung ist, welche Schritte zum Abbau von Barrieren und Diskriminierungstatbeständen gegangen werden und mit welchen Partner*innen dabei zusammengearbeitet wird.

Unsere Empfehlung ist, gemeinsam mit den entsprechenden Organisationen der Zivilgesellschaft ein entsprechendes Pflichtenheft zu entwickeln.

§ 10 Grundlagen der Förderung

Die barriere- und diskriminierungsfreie Erbringung aller Leistungen in den Kliniken (baulich, Kommunikation, Information), inkl. der Notfallversorgung, muss ebenfalls Grundlage der Förderung sein. Die in Absatz 3 genannten Prinzipien der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit dürfen keine Verhinderer von Barriere- und Diskriminierungsfreiheit sein.

Abweichungen davon müssen Auswirkungen auf die Förderung haben.

Ggf. ist eine Patientenbeschwerde- und/oder Schlichtungsstelle auf Landesebene einzurichten, da gerade Patient*innen, die auf Barrieren stoßen oder Diskriminierung erfahren, häufig vor Ort keine Ansprechpartner*innen finden. Die geplanten Patientenfürsprecher*innen können ein erster Anlaufpunkt sein. Dennoch muss es u. E. bei Wiederholungen und Fortbestehen von Missständen eine übergeordnete Instanz geben.

§ 15, Abs. 2, bitte ergänzen:

„... die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigt und für eine medizinisch zweckmäßige, ausreichende **und sowohl barriere- wie diskriminierungsfrei erbrachte** Versorgung der Patientinnen und der Patienten im Krankenhaus notwendig sind.

§ 26 Verwendungsnachweis

Hier ist unbedingt der Nachweis von Barrierefreiheit mit aufzunehmen. Der Nachweis muss durch fachlich geeignete, ggf. externe Stellen bestätigt werden.

Erfahrungen der letzten Jahrzehnte zeigen, dass Investitionen in Bauten, Geräte, Inventar etc., die unmittelbar an den Patient*innen zum Einsatz kommen bzw. durch diese genutzt werden, diese Vorgabe (Barrierefreiheit) häufig nicht erfüllen und damit unmittelbar auch einen Diskriminierungstatbestand begründen.

§ 29 Aufnahme und Versorgung

Abs. 1 Findet unsere ungeteilte Zustimmung und muss unbedingt so aufgenommen werden!

Abs. 4, Satz 3, bitte ergänzen:

„...Aushang zu veröffentlichen. **Bei Lese- bzw. Verständnisproblemen muss das Krankenhaus zudem Hilfe und Unterstützung anbieten und gewähren. ...**“

§ 30 Versorgung von Patient*innen mit besonderen Bedürfnissen

Insbesondere die Regelungen zum voraussetzungslosen Widerspruchsrecht und darüber, dass die Patient*innen eigenständig über ihre Daten und deren Übermittlung bestimmen finden unsere volle Zustimmung.

§ 32 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

Wir freuen uns, dass diese von uns seit langem erhobene Forderung Eingang in den Gesetzentwurf gefunden hat. Wie bereits oben unter „B – Lösung – Abs. 1“ ausgeführt, hätten u. E. aber nicht nur einzelne Empfehlungen des Bundespatientenbeauftragten übernommen werden sollen. Patientenfürsprecher*innen dürfen kein „Feigenblatt“ der Kliniken sein, mit dem sie sich als „patientenorientiert“ präsentieren können.

Zudem sollten eine wissenschaftliche Evaluation der Arbeit ehrenamtlicher Patientenfürsprecher*innen und daraus zu ziehende entsprechende Schlüsse für die zukünftige Arbeit im Sinne größerer Patientenorientierung noch ins Gesetz aufgenommen werden.

Auf weitere aus unserer Sicht besonders wichtige Punkte für eine erfolgreiche Arbeit der Patientenfürsprecher*innen i. S. d. Patientinnen und Patienten gehen wir nun im Folgenden ein:

Abs. 1 Hier fehlt es an Verbindlichkeit. Der Entwurf enthält lediglich eine Kann-Regelung.

Desweiteren ist klarzustellen, dass die Vorschläge zur Bestellung über die Koordinierungsstelle zur Patientenbeteiligung (c/o SELBSTHILFE MV e. V.) erfolgen (nicht über den Verein SELBSTHILFE MV e. V.). So ist sichergestellt, dass auch ggf. vorhandene Patientenorganisationen außerhalb des Dachverbandes einbezogen werden.

Wie bereits ausgeführt, fehlt es im Land an einer Patientenbeteiligungsverordnung, so dass wir uns als zivilgesellschaftliche Organisationen seit Jahren an den Regelungen des Bundes (Patientenbeteiligungsverordnung Bund) orientieren. Dies kann man derzeit noch beibehalten, für die Zukunft ist eine entsprechende Patientenbeteiligungsverordnung MV wünschenswert.

Die Regelung, vorab Einvernehmen mit dem Krankenhaus herzustellen, ist aus Sicht der Patient*innen abzulehnen, da Kliniken erfahrungsgemäß kaum ihr Einverständnis zu kritischen Patientenvertreter*innen geben werden. Ohne diese wird es aber keine Weiterentwicklung hin zu mehr Patientenorientierung geben.

Zudem trifft dann wieder eine 100% ehrenamtliche Struktur auf hauptamtliche Klinikvertreter*innen, was einvernehmliche Verhandlungen „auf Augenhöhe“ ausschließt.

Zudem halten wir eine Begrenzung der Amtszeit von max. zwei Wahlperioden für sinnvoll (einmalig sollte die Wiederwahl möglich sein).

Grundsätzlich sollte ein*e Patientenfürsprecher*in für ein Krankenhaus zuständig sein. Anderenfalls ist es kaum ehrenamtlich zu leisten. Die Möglichkeit der Überlastungsanzeige muss vorgesehen sein. Für große Kliniken bzw. Maximalversorger sollte die Möglichkeit bestehen, dass mehrere Fürsprecher*innen benannt werden.

Abs. 2 In diesem Absatz geht es um die Anforderungen an potentielle Patientenfürsprecher*innen. Wir begrüßen die deutliche Festschreibung, dass die Patientenfürsprecher*innen keinen Weisungen unterworfen sind (Satz 3). Wir schlagen aber vor, diesen Satz prominent an die erste Stelle des Absatzes zu versetzen.

Mit den weiteren Anforderungen sind wir nur z. T. einverstanden, an vielen Punkten reichen sie u. E. nicht aus.

Landesweit einheitliche Auswahlkriterien im Sinne von Mindestvoraussetzungen und -anforderungen sind festzuschreiben. Basierend auf den jahrzehntelangen Erfahrungen der Patientenorganisationen unter dem Dach der SELBSTHILFE MV e. V. in der Beratung und Unterstützung von Patient*innen schlagen wir vor, gemeinsam mit diesen einen Katalog von Mindestanforderungen zu erstellen.

Zuverlässigkeit und Fachkunde z. B. sind wichtig, es wird aber im Entwurf nicht geregelt, wie diese nachgewiesen werden muss. U. E. muss es hier Vorgaben zu einem grundsätzlichen Procedere der rechtlichen und polizeilichen Vorabprüfung geben.

Die Forderung nach Erfahrungen im Sozial- oder Gesundheitswesen ist ebenfalls nicht konkret genug. Muss eine entsprechende Ausbildung und/oder Berufserfahrung vorliegen? Bedarf es persönlicher Erfahrungen mit diskriminierenden, nicht patientenorientierten und/oder vermutet fehlerhaften Behandlungen im Krankenhaus (Peer-Ansatz)? Zählt langjährige ehrenamtliche Arbeit in einer Patientenorganisation als entsprechende Erfahrung?

Auch der Ansatz, dass von der Wahl ausgeschlossen ist, wer bei einem Krankenhaus-träger arbeitet (oder ihm anderweitig angehört), ist nicht ausreichend. Da Krankenhaus-träger finanziell von Kostenträgern abhängig sind, ist auch die Beschäftigung bei einem Kostenträger auszuschließen. Auch die Wahl von Personen, die hauptamtlich (bzw. ehrenamtlich in führender Position) für Parteien tätig sind, muss u. E. ausgeschlossen werden.

Die Formulierung, dass das Amt grundsätzlich bis zum Amtsantritt der Nachfolgerin/des Nachfolgers weiterzuführen ist, finden wir problematisch. Es ist gerade bei ehrenamtlich Aktiven und im höheren Lebensalter nicht ungewöhnlich, wenn Erkrankungen (oder Tod) jemanden an der weiteren Ausübung ihres/seines Amtes hindern. Auch sind im Bundesgebiet Fälle bekannt, in denen die Zusammenarbeit zwischen der Klinik und den Fürsprecher*innen aus verschiedenen Gründen nicht mehr möglich waren. Die Niederlegung eines Ehrenamtes sollte daher immer (ggf. mit einer Frist von ...) möglich sein.

Abs. 3 Eine pauschalierte monatliche Entschädigung nach § 17 EntschVO M-V ist u. E. für ein so wichtiges Ehrenamt sicher in den meisten Fällen nicht ausreichend, schon gar nicht, wenn es sich um eine Kann-Regelung handelt. Es ist aus unserer Sicht und Erfahrung durchaus denkbar, dass Kosten wie Reisekosten, Sitzungsgelder für Teilnahme an Gremiensitzungen, Teilnahmegebühren für selbstgewählte Fort- und Weiterbildungen, Verdienstausschlag etc. anfallen und erstattet werden müssen. Alles andere würde die Zahl potentiell möglicher Patientenfürsprecher*innen von vornherein in unangemessener Weise einschränken.

Abs. 4 Es fehlt eine Regelung, dass und wie eine verpflichtende Stellen- und Aufgabenbeschreibung zu Stande kommen soll. Diese muss u. E. im Grundsatz landesweit einheitlich und verpflichtend sein, kann aber ggf. den fachlichen Spezifika des Krankenhauses angepasst werden. Es gilt, von vornherein „Wildwuchs“ der Aufgaben zu verhindern. Wir schlagen vor, diese zeitgleich mit den Kriterien der Mindestanforderungen (Abs. 2) und ebenfalls in Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen zu entwickeln.

Zudem muss die Zusammenarbeit mit, aber auch die Abgrenzung zum Qualitäts- und Beschwerdemanagement der Klinik klar beschrieben werden.

Abs. 5 Berichte der Patientenfürsprecher*innen sind grundsätzlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen öffentlich und transparent zu machen. Die Veröffentlichung muss niedrigschwellig und barrierefrei erfolgen.

Die Berichte müssen neben Fall- und Lösungsbeispielen mindestens auch

- Zahl der Patientenfürsprecher*innen im Verhältnis zur Bettenzahl
 - Zahl der vorgetragenen Probleme nach Stationen und Kategorien
 - Arbeitszeit der Fürsprecher*innen insgesamt und pro Einzelfall sowie
 - grundsätzliche Verbesserungsvorschläge aus Sicht der Fürsprechenden (ggf. auch der Patient*innen)
- enthalten.

Zusätzlich fordern wir eine zentrale Dokumentation und Veröffentlichung auf Landesebene. Diese sollte landesweit einheitlich Tätigkeitsschwerpunkte dokumentieren. Zudem folgen wir der Empfehlung des Bundespatientenbeauftragten, der die Entwicklung einheitlicher Berichts- und Dokumentationsformate mit standardisierten Vorlagen empfiehlt. Dies sollte in Zusammenarbeit mit den Patientenfürsprecher*innen und den Patientenorganisationen geschehen und würde es ermöglichen, die Qualität in der Landesplanung um wichtige Punkte zu ergänzen.

Abs. 6 Auch hier werden wesentlich Punkte beschrieben, andere hingegen fehlen. So vermissen wir bspw. die landes- und bundesweite Vernetzung der Fürsprechenden. Nur durch Austausch und Vernetzung kann auch dieses Amt weiter entwickelt und die Patientenorientierung vorangebracht werden.

Gleiches gilt für die Arbeit der Patientenfürsprecher*innen in Gremien. Es gibt gute Beispiele, bei denen eine beratende Mitwirkung als Stabsstelle bei der Klinikleitung und/ oder in Aufsichtsgremien der Klinik bzw. bei deren Träger sich positiv im Sinne der Patient*innen ausgewirkt hat.

Laut Satz 2 hat der Krankenhausträger den Fürsprechenden Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen. Diesen Satz finden wir so allgemein formuliert problematisch, unterstellt er doch, dass der Träger entscheidet, ob und wann eine Bildungsmaßnahme genehmigt wird. Dies ist mit der Unabhängigkeit des Amtes nicht vereinbar.

Ungeeignet finden wir ebenfalls in Satz 2 die Formulierung „angemessene“. Unbestimmte Rechtsbegriffe sind zu vermeiden. Grundsätzlich sollte jeder/jedem Fürsprechenden ein Budget für Aus-, Fort- und Weiterbildung zur Verfügung stehen, welches nach eigenem Ermessen und Bedarf eingesetzt werden kann. Dem Krankenhausträger die Definition von „angemessen“ zu überlassen, führt nach unserer Erfahrung regelmäßig zu Konflikten und frustriert die ehrenamtlich Aktiven.

Eine Ausnahme sehen wir bei einer landesweit einheitlichen Basisausbildung, die im Gesetzestext aber ebenfalls fehlt. Hier werden Wissensgrundlagen und kommunikative

Kompetenzen, rechtliche Grundlagen, Datenschutz etc. vermittelt. Die Teilnahme soll verpflichtend sein. Es muss sichergestellt sein, dass seitens der Kostenträger und Leistungserbringer kein Einfluss auf die Inhalte der Basisausbildung genommen wird.

Gesetzlich geregelt werden muss auch die Kostenübernahme für Supervisionen und den Versicherungsschutz der Patientenförsprecher*innen (Unfall, Beratungshaftpflicht, Vermögensschadenhaftpflicht etc.).

Wir verweisen auf unsere Ausführungen am Anfang der Stellungnahme und fordern noch einmal, die Finanzierung des Amtes vom Krankenhausträger auf die Stelle zu verlagern, die die Fürsprechernden in der Klinik bestellt. Laut Gesetzentwurf sind dies die Landkreise und kreisfreien Städte.

Die Informationen der Patient*innen und der Öffentlichkeit über die Arbeit der Fürsprechernden hat auf vielen Wegen sowie grundsätzlich niedrigschwellig, leicht auffindbar und barrierefrei zu erfolgen. Eine Fokussierung auf ein Format (nur digital, nur Infotafel in der Klinik o. ä.) ist auszuschließen.

Abs. 7 Ehrenamtlich arbeitenden Patientenförsprecher*innen die alleinige Verantwortung für den Schutz der ihnen vorliegenden Daten zu übertragen, wird der Wirklichkeit nicht gerecht. Wo Behörden, Institutionen, Krankenkassen und Kliniken zahlreiche bezahlte Fachleute beschäftigen, soll laut Entwurf eine einzelne, unentgeltlich in ihrer Freizeit ein Ehrenamt ausübende Person die persönliche und alleinige Verantwortung (inkl. möglicher Haftungsfragen) übernehmen?

Aus unserer Sicht muss im Gesetz geregelt sein, dass die Landesdatenschutzbehörde (Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit) den Patientenförsprecher*innen grundsätzlich inhaltlich und organisatorisch zur Seite steht. Sofern die Patientenförsprecher*innen dies wünschen, sollten ihnen zusätzlich Kapazitäten der Datenschützer in der jeweiligen Klinik zur Verfügung stehen.

Im Folgenden erlauben wir uns noch einige Hinweise und Forderungen zu Themen, die im § 32 leider fehlen und die wir keinem Absatz im vorliegenden Entwurf zuordnen konnten:

- Festschreibung von landesweit einheitlichen Rahmenbedingungen für die unabhängige Arbeit der Fürsprecher*innen (Aus-, Fort- und Weiterbildung, inhaltlicher und zeitlicher Umfang der ehrenamtlichen Tätigkeit, Festschreibung Finanzierung usw. usf.) in Zusammenarbeit bzw. mit Beteiligung der Patientenorganisationen
- Konkrete Einsichtsrechte für Patientenförsprecher*innen in Unterlagen der Klinik und der Besuchskommissionen
- Kontrolle und Unterstützung der Arbeit der Patientenförsprecher*innen durch ein entsprechendes Gremium (z. B. ein Landesbeirat beim Gesundheitsministerium, in welchem auch Selbsthilfe- und Patientenorganisationen vertreten sind)
- Unterstützung eines Netzwerkes der Patientenförsprecher*innen durch das Land, ggf. Anbindung an die Koordinierungsstelle Patientenbeteiligung (c/o SELBSTHILFE MV e. V)

§ 34 Qualitätssicherung

In diesem Paragraphen fehlt die Zusammenarbeit mit sowie die Abgrenzung zu den Patientenfürsprecher*innen und ist zu ergänzen.

§ 37 Leitung und innere Organisation des Krankenhauses

Wir verweisen auf die positiven Erfahrungen in anderen Bundesländern und empfehlen, die Patientenfürsprecher*innen regelhaft als Stabsstelle der Klinikleitung vorzusehen.

§ 41 Krankenhausalarm- und –einsatzplan, ...

Hier ist zu ergänzen, dass die Pläne und Szenarien auf Barrierefreiheit in baulicher, kommunikativer und informativer Hinsicht geprüft, ergänzt und fortgeschrieben werden.

§ 42 Schulungen und Übungen, ...

Angelehnt an § 41 sind auch die Schulungen und Übungen auf Barrierefreiheit in baulicher, kommunikativer und informativer Hinsicht zu prüfen, zu ergänzen, fortzuschreiben und natürlich durchzuführen.

§ 50 Speicherung und Bereitstellung personenbezogener Daten, ...

Hier ist zu ergänzen, dass die Behandlung nicht von der Einwilligung abhängig gemacht werden darf. Leider haben wir bzw. unsere Mitgliedsverbände diesbezgl. mehrere Beschwerden vorliegen.

Sofern es um Forschungsvorhaben geht, ist die Patientin/der Patient unter Beachtung der Grundsätze von Barrierefreiheit und Niedrigschwelligkeit in geeigneter Form darauf hinzuweisen, dass es hier nicht um seine eigene Behandlung sondern um Forschungszwecke geht und dass die Daten an Dritte weitergegeben werden.

§ 54 Verarbeitung von personenbezogenen Daten bei Verfahren des maschinellen Lernens (künstliche Intelligenz)

Hier gelten die gleichen Forderungen, die wir zu § 50 formuliert haben.

Wir bitten um Berücksichtigung unserer Hinweise und Forderungen.
Für Rückfragen stehen wir zur Verfügung.

Rostock, den 01.07.2025

Im Auftrag des Vorstandes und der Mitgliedsverbände



Ulrike Schob
Vorsitzende



Anja Schießler
Koordination