

BESCHLUSSEMPFEHLUNG UND BERICHT

des Wirtschaftsausschusses (5. Ausschuss)

zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung - Drucksache 7/1583 -

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesundheitsrechts und dessen Anpassung an die Verordnung (EU) 2016/679

A Problem

Ab dem 25. Mai 2018 gilt die 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, DSGVO) unmittelbar. Ziel der DSGVO ist ein gleichwertiges Schutzniveau für die Rechte und Freiheiten von natürlichen Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Die DSGVO enthält Öffnungsklauseln für den nationalen Gesetzgeber, die diesen zu spezifischen Regelungen ermächtigen. Das der DSGVO entgegenstehende Landesrecht ist ab dem 25. Mai 2018 nicht mehr anzuwenden und daher aufzuheben oder anzupassen.

B Lösung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll das Gesundheitsrecht des Landes, insbesondere das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst, das Gesundheitsfachberufsanerkennungsgesetz, das Heilberufsgesetz, das Infektionsschutzausführungsgesetz, das Krebsregistrierungsgesetz, das Landeskrankenhausgesetz und das Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern, an die DSGVO angepasst und durch fachlich gebotene Änderungen ergänzt werden.

Im Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern werden die Möglichkeiten zum Einsatz von Telenotärztinnen und -ärzten zur Unterstützung der Rettungskräfte durch Telemedizin sowie zur Auswertung von Notrufgesprächen praxisgerecht erweitert. Um die Möglichkeit zum Einsatz von Telemedizin im Rettungsdienst zeitnah umsetzen zu können, wird die Rettungsdienstplanverordnung geändert. Zur Aufrechterhaltung einer ortsnahen stationären Versorgung werden im Landeskrankenhausgesetz die Geltung planungsrechtlicher Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bedarfsgerecht beschränkt. Um die Funktionsfähigkeit des Krebsregisters zu unterstützen, wird das Verwaltungsverfahren im Krebsregistrierungsgesetz praxisgerecht modifiziert. Im Übrigen werden die Ressortbezeichnungen im Landesgesundheitsrecht an den aktuellen Organisationserlass der Ministerpräsidentin vom 13. Juli 2017 angepasst.

Überdies empfiehlt der Wirtschaftsausschuss die Anpassung des Psychischkrankengesetzes an die DSGVO sowie redaktionelle und rechtsförmliche Änderungen.

Einvernehmen im Ausschuss

C Alternativen

Keine.

D Kosten

Keine.

Beschlussempfehlung

Der Landtag möge beschließen,

den Gesetzentwurf der Landesregierung auf Drucksache 7/1583 in der aus der nachfolgenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen.

Schwerin, den 12. April 2018

Der Wirtschaftsausschuss

Dietmar Eifler

Vorsitzender und Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Gesundheitsrechts und dessen Anpassung an die Verordnung (EU) 2016/679 mit den Beschlüssen des Wirtschaftsausschusses (5. Ausschuss)*)

ENTWURF	Beschlüsse des 5. Ausschusses
<p style="text-align: center;">Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesundheitsrechts und dessen Anpassung an die Verordnung (EU) 2016/679</p>	<p style="text-align: center;">Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesundheitsrechts und dessen Anpassung an die Verordnung (EU) 2016/679</p>
<p>Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:</p>	<p>Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:</p>
<p style="text-align: center;">Artikel 1 Änderung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst</p>	<p style="text-align: center;">Artikel 1 Änderung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst</p>
<p>Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst vom 19. Juli 1994 (GVOBl. M-V S. 747), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. Mai 2016 (GVOBl. M-V S. 431) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	<p>Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst vom 19. Juli 1994 (GVOBl. M-V S. 747), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. Mai 2016 (GVOBl. M-V S. 431) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
<p>1. In der Inhaltsübersicht zu § 19 wird das Wort „Geschlechtskranke“ durch die Wörter „Sexuell übertragbare Krankheiten“ ersetzt.</p>	<p>1. unverändert</p>
<p>2. § 3 Absatz 2 Nummer 2 und 3 werden wie folgt gefasst:</p>	<p>2. unverändert</p>
<p>„2. durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales mit der Arzneimittelüberwachungs- und -prüfstelle sowie das Landesamt für Landwirtschaft, Lebensmittelsicherheit und Fischerei,</p>	

*) Die vom Wirtschaftsausschuss gegenüber dem Text des Gesetzentwurfes der Landesregierung beschlossenen Änderungen sind in der linken Spalte durch Unterstreichung gekennzeichnet, während die jeweilige Neufassung des Textes in der rechten Spalte durch Fettdruck hervorgehoben wird.

ENTWURF

3. durch das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit und das Ministerium für Landwirtschaft und Umwelt,“.
3. In § 3 Absatz 6 und 7, § 9 Absatz 4 Satz 1, § 15 b Absatz 2 Satz 3, § 16a Absatz 5 Satz 2, § 24 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3, § 27 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 Satz 1, Absatz 6 Satz 2 und Absatz 8 Satz 1, § 28 Absatz 2 Satz 2 und § 31 werden die Wörter „Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales“ durch die Wörter „Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ ersetzt.
4. In § 3 Absatz 6 und 7, § 27 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 Satz 2 und Absatz 8 Satz 1 und § 31 werden die Wörter „Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz“ durch die Wörter „Ministerium für Landwirtschaft und Umwelt“ ersetzt.
5. § 9 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 werden die Wörter „Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft, Forsten und Fischerei“ durch die Wörter „Ministerium für Landwirtschaft und Umwelt“ ersetzt.
- b) In Satz 2 wird das Wort „öffentlichen“ durch das Wort „Öffentlichen“ ersetzt.
6. In § 15 Absatz 3 und § 16 Absatz 2 werden die Wörter „Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales“ durch die Wörter „für Gesundheit zuständige Ministerium“ ersetzt.

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses**

3. In § 3 Absatz 6 und 7, § 9 Absatz 4 Satz 1, **§ 15a Absatz 1**, § 15b Absatz 2 Satz 3, § 16a Absatz 5 Satz 2, § 24 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3, § 27 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 Satz 1, Absatz 6 Satz 2 und Absatz 8 Satz 1, § 28 Absatz 2 Satz 2 und § 31 werden die Wörter „Arbeit, Gleichstellung und Soziales“ durch die Wörter „Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ ersetzt.
4. In § 3 Absatz 6 und 7, § 27 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 Satz 2 und Absatz 8 Satz 1 und § 31 werden die Wörter „Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz“ durch die Wörter „Landwirtschaft und Umwelt“ ersetzt.
5. unverändert
6. unverändert

ENTWURF

7. In § 15b Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „Innenministerium“ durch die Wörter „Ministerium für Inneres und Europa“ ersetzt.

8. § 19 wird wie folgt gefasst:

„§ 19**Sexuell übertragbare Krankheiten**

Die Aufgaben der Gesundheitsämter bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten ergeben sich aus § 19 des Infektionsschutzgesetzes.“

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses**

7. unverändert

8. § 16a Absatz 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Die Ethik-Kommission Greifswald ist zuständig für Prüfpersonen, die Beschäftigte der Universität Greifswald oder eines ihrer Lehrkrankenhäuser sind. Sie ist auch zuständig für Prüfpersonen, die in einer Prüfstelle in den Landkreisen Mecklenburgische Seenplatte, Vorpommern-Greifswald oder Vorpommern-Rügen tätig sind.

(3) Die Ethik-Kommission Rostock ist zuständig für Prüfpersonen, die Beschäftigte der Universität Rostock oder eines ihrer Lehrkrankenhäuser sind. Sie ist auch zuständig für Prüfpersonen, die in einer Prüfstelle in den Landkreisen Ludwigslust-Parchim, Nordwestmecklenburg oder Rostock oder in den kreisfreien Städten Rostock oder Schwerin tätig sind.“

9. unverändert

ENTWURF**Artikel 2
Änderung des
Gesundheitsfachberufe-
anerkennungsgesetzes**

Das Gesundheitsfachberufesanerkennungsgesetz vom 7. Mai 2008 (GVOBl. M-V S. 126), das durch Artikel 4 des Gesetzes vom 11. Juli 2016 (GVOBl. M-V S. 559, 563) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 werden die Wörter „Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales“ durch die Wörter „Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ ersetzt.
2. Dem § 6a wird folgender Satz angefügt:

„Die Verarbeitung personenbezogener Daten im Sinne von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung ist zulässig, soweit die Verarbeitung zur Wahrnehmung der dem Landesamt für Gesundheit und Soziales nach diesem Gesetz übertragenen Aufgaben erforderlich ist.“

**Artikel 3
Änderung des Heilberufsgesetzes**

Das Heilberufsgesetz vom 22. Januar 1993 (GVOBl. M-V S. 62), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 11. Juli 2016 (GVOBl. M-V S. 559, 561) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses****Artikel 2
Änderung des Gesundheitsfachberufs-
anerkennungsgesetzes**

Das **Gesundheitsfachberufes**anerkennungsgesetz vom 7. Mai 2008 (GVOBl. M-V S. 126), das durch Artikel 4 des Gesetzes vom 11. Juli 2016 (GVOBl. M-V S. 559, 563) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. unverändert
2. unverändert

**Artikel 3
Änderung des Heilberufsgesetzes**

Das Heilberufsgesetz vom 22. Januar 1993 (GVOBl. M-V S. 62), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 11. Juli 2016 (GVOBl. M-V S. 559, 561) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- 1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 11a wie folgt gefasst:**

„§ 11a Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten und Zweckänderungen“.

ENTWURF

1. In § 4 Absatz 6, § 11 Absatz 2 Satz 5, § 97 Absatz 1 und § 101 werden die Wörter „Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales“ durch die Wörter „Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ ersetzt.
2. In § 5 Absatz 7 Satz 1 wird das Wort „klagt“ durch das Wort „klagen“ ersetzt.
3. In § 8 Satz 2, § 49 Satz 3 und § 67 Absatz 5 werden die Wörter „Ministerium für Soziales und Gesundheit“ durch die Wörter „Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ ersetzt.
4. § 10 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Kammermitglieder“ die Wörter „und Dienstleistenden“ eingefügt.
 - b) In Satz 2 Nummer 2 werden nach dem Wort „Weiterbildung“ ein Komma und die Wörter „Dauer der beruflichen Tätigkeit“ eingefügt.
 - c) In Satz 2 wird nach Nummer 3 folgende Nummer 4 eingefügt:
 - „4. Erklärung über einen ausreichenden Deckungsschutz aus bestehender Berufshaftpflichtversicherung nach § 32 Absatz 1 Nummer 6 Satz 1 dieses Gesetzes;“.

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses**

2. In § 4 Absatz 6 **Satz 1**, § 11 Absatz 2 Satz 5, § 97 Absatz 1 und § 101 werden die Wörter „Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales“ durch die Wörter „Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ ersetzt.
3. unverändert
4. In § 8 Satz 2, § 49 Satz 4 und § 67 Absatz 5 werden die Wörter „Soziales und Gesundheit“ durch die Wörter „Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ ersetzt.
5. unverändert

ENTWURF

5. In § 11 Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „Richtlinie 95/46/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. Oktober 1995 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (ABl. EU Nr. L 281, S. 31), die zuletzt durch Verordnung (EG) Nr. 1882/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. September 2003 (ABl. EG Nr. L 284, S. 1) geändert worden ist,“ durch die Angabe „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; AbI. L EU 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314, S. 72)“ ersetzt.

6. § 11a wird wie folgt gefasst:

**„11a
Verarbeitung besonderer Kategorien
personenbezogener Daten und
Zweckänderungen**

(1) Die Kammern dürfen Gesundheitsdaten ihrer Mitglieder sowie von Dritten verarbeiten, soweit die Verarbeitung zur Wahrnehmung einer den Kammern gesetzlich übertragenen Aufgabe erforderlich ist.

(2) Soweit hinreichende Anhaltspunkte für eine Verletzung von Berufspflichten vorliegen, dürfen die Kammern die zur Aufklärung erforderlichen personenbezogenen Daten des betroffenen Kammermitglieds auch dann verarbeiten, wenn diese durch andere öffentliche Stellen zu einem anderen Zweck erhoben worden sind.

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses**

6. In § 11 Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „Richtlinie 95/46/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. Oktober 1995 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (ABl. EU Nr. L 281, S. 31), die zuletzt durch Verordnung (EG) Nr. 1882/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. September 2003 (ABl. EG Nr. L 284, S. 1) geändert worden ist,“ durch die Angabe „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 EU 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314, S. 72)“ ersetzt.

7. unverändert

ENTWURF

(3) Die Kammern dürfen die von ihnen erhobenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Übermittlung weiterverarbeiten, soweit die Übermittlung zur Verhütung, Aufdeckung, Ermittlung und Verfolgung von Verstößen gegen die berufsständischen Regeln reglementierter Berufe durch andere Stellen erforderlich ist. § 4 Absatz 2 des Landesdatenschutzgesetzes bleibt unberührt.

(4) Liegen den Kammern Angaben über das Vorliegen disziplinarischer oder strafrechtlicher Sanktionen, die sich auf eine Untersagung oder Beschränkung beziehen und die sich auf die Ausübung von Tätigkeiten durch die Inhaberin oder den Inhaber eines Europäischen Berufsausweises nach der Richtlinie 2005/36/EG in der jeweils geltenden Fassung auswirken, vor, so haben sie diese in der entsprechenden Datei des Binnenmarkt-Informationssystems IMI zu aktualisieren. Anzugeben sind die Identität der Berufsangehörigen, der Beruf, die Bezeichnung der Behörde oder des Gerichts, die oder das die Entscheidung getroffen oder bestätigt hat, sowie die Art, der Umfang und die zeitliche Dauer der getroffenen Maßnahme. Dabei sind die Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten einzuhalten, die in der Datenschutz-Grundverordnung und der Richtlinie 2002/58/EG in ihrer jeweils geltenden Fassung festgelegt sind. Zu den Aktualisierungen nach Satz 1 gehört auch das Löschen von Informationen, die nicht mehr benötigt werden.“

7. In § 41 Absatz 1 und 2, § 56 Absatz 4, § 67 Absatz 5, § 97 Absatz 1 und § 101 werden die Wörter „Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz“ durch die Wörter „Ministerium für Landwirtschaft und Umwelt“ ersetzt.

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses**

8. unverändert

ENTWURF**Artikel 4
Änderung des
Infektionsschutzausführungsgesetzes**

Das Infektionsschutzausführungsgesetz vom 3. Juli 2006 (GVOBl. M-V S. 524), das zuletzt durch das Gesetz vom 17. Juli 2015 (GVOBl. M-V S. 182) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 3 wird vor Satz 5 folgender Satz eingefügt:

„Diese Patientendaten dürfen nur an Berufsgeheimnisträger nach § 203 des Strafgesetzbuches und ihnen gleichgestellte Personen übermittelt werden.“

2. In § 1 Absatz 4, § 2 Absatz 2 Nummer 4, Absatz 3 Nummer 1 und Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Gesundheit“ durch die Wörter „für Gesundheit zuständige Ministerium“ ersetzt.

**Artikel 5
Änderung des Krebsregistrierungsgesetzes**

Das Krebsregistrierungsgesetz vom 11. Juli 2016 (GVOBl. M-V S. 539) wird wie folgt geändert:

1. In das Inhaltsverzeichnis wird nach der Angabe zu § 11 die Angabe „§ 11a Weitere Ordnungswidrigkeiten“ eingefügt.

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses****Artikel 4
Änderung des
Infektionsschutzausführungsgesetzes**

Das Infektionsschutzausführungsgesetz vom 3. Juli 2006 (GVOBl. M-V S. 524), das zuletzt durch das Gesetz vom 17. Juli 2015 (GVOBl. M-V S. 182) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. unverändert

2. In § 1 Absatz 4, § 2 Absatz 2 Nummer 4, Absatz 3 Nummer 1, Absatz 5 Satz 1 **und Absatz 11 Satz 2 Nummer 2** werden die Wörter „Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und **Soziales**“ durch die Wörter „für Gesundheit zuständige Ministerium“ ersetzt.

3. **In § 2 Absatz 11 Satz 2 Nummer 1 werden die Wörter „Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz“ durch die Wörter „Ministerium für Landwirtschaft und Umwelt“ ersetzt.**

**Artikel 5
Änderung des Krebsregistrierungsgesetzes**

Das Krebsregistrierungsgesetz vom 11. Juli 2016 (GVOBl. M-V S. 539) wird wie folgt geändert:

1. unverändert

ENTWURF	Beschlüsse des 5. Ausschusses
2. In § 1 Absatz 7, § 10 Absatz 1 Satz 5, § 14, § 16 Absatz 2, § 18 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales“ durch die Wörter „für Gesundheit zuständige Ministerium“ ersetzt.	2. In § 1 Absatz 2 Satz 6 und Absatz 7, § 10 Absatz 1 Satz 5, § 14, § 16 Absatz 2, § 18 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales“ durch die Wörter „für Gesundheit zuständige Ministerium“ ersetzt.
3. Dem § 3 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt: „Die Meldepflicht besteht auch in Bezug auf Meldeanlässe, die vor dem 31. Dezember 2016 aufgetreten sind, sofern eine Meldung nicht bereits nach dem Klinischen Krebsregistergesetz vom 6. Juli 2011 (GVOBl. M-V S. 405) erfolgt ist.“	3. unverändert
4. § 4 wird wie folgt geändert: a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Kenntniserlangung des Widerspruchs“ durch die Wörter „Abschluss des Verfahrens zur Abrechnung der Zahlungen nach § 65c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt. b) In Absatz 3 Satz 3 werden nach den Wörtern „des Widerspruchs“ ein Komma und die Wörter „bei ausstehender Abrechnung von Zahlungen nach § 65c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch spätestens binnen vier Wochen nach Abschluss des Abrechnungsverfahrens,“ eingefügt. c) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Kenntniserlangung des Widerspruchs“ durch die Wörter „Abschluss des Verfahrens zur Abrechnung der Zahlungen nach § 65c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.	4. unverändert

ENTWURF**Beschlüsse
des 5. Ausschusses**

5. In § 7 wird nach Absatz 4 folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Die Zentralstelle der Krebsregistrierung ist berechtigt, meldungsbezogene Daten personenbezogen mit Klarnamen und pseudonymisierte klinische Daten an Krankenkassen, private Krankenversicherungen sowie die zuständigen Beihilfefestsetzungsstellen oder jeweils von diesen beauftragten Stellen in dem Umfang zu übermitteln, wie dies für Zwecke der Abrechnung der fallbezogenen Krebsregisterpauschale gemäß § 65c Absatz 4 oder der Meldevergütung gemäß § 65c Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Mithilfe technischer Vorkehrungen sind die für die Abrechnung notwendigen Daten so zu übermitteln, dass nur die in Satz 1 genannten Empfänger die pseudonymisierten klinischen Daten einer betroffenen Person zuordnen können. Zum Zwecke der Klärung von Fällen, in denen abrechnungs-bezogene Fragestellungen auftreten, ist die Zentralstelle der Krebsregistrierung berechtigt, von der Treuhandstelle mittels des Pseudonyms die benötigten zugehörigen Identitätsdaten zu erfragen. Eine darüber hinausgehende Verarbeitung ist unzulässig. Die für die Durchführung der Abrechnung Verantwortlichen der Zentralstelle der Krebsregistrierung haben angemessene und spezifische Maßnahmen - insbesondere technische und organisatorische Maßnahmen - zur Wahrung der Interessen der betroffenen Personen vorzusehen.“

6. In § 10 Absatz 1 Satz 2 und 3 werden die Wörter „Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales“ durch die Wörter „für Gesundheit zuständigen Ministeriums“ ersetzt.

ENTWURF	Beschlüsse des 5. Ausschusses
7. § 11 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	7. unverändert
<ul style="list-style-type: none"> a) Nach dem Wort „fahrlässig“ werden die Wörter „entgegen § 3 Absatz 1 und 3 Daten nicht meldet oder entgegen § 3 Absatz 4 Satz 1 nicht übermittelt.“ eingefügt. b) Die Nummern 1 bis 3 werden aufgehoben. 	
8. Nach § 11 wird folgender § 11a eingefügt:	8. Nach § 11 wird folgender § 11a eingefügt:
„§ 11a Weitere Ordnungswidrigkeiten	„§ 11a Weitere Ordnungswidrigkeiten
(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig	(1) unverändert
<ul style="list-style-type: none"> 1. im Zusammenhang mit der Ausübung einer Tätigkeit in einer Einrichtung gemäß § 1 Absatz 2 oder 6 entgegen den Vorschriften dieses Gesetzes unbefugt personenbezogene Daten verarbeitet oder 2. entgegen § 4 Absatz 1 einen Patienten oder eine Patientin nicht unterrichtet oder belehrt oder entgegen § 4 Absatz 1 nicht angibt, ob der Patient oder die Patientin von der Meldung unterrichtet worden ist oder nach erfolgtem Widerspruch gegen § 4 Absatz 3 bis 6 verstößt. 	
(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von bis zu <u>50.000</u> Euro geahndet werden.	(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von bis zu 50 000 Euro geahndet werden.
(3) Ist die Handlung gleichzeitig eine Ordnungswidrigkeit nach Artikel 83 Absatz 4 bis 6 der Datenschutz-Grundverordnung, finden die Bestimmungen der Absätze 1 und 2 keine Anwendung.“	(3) unverändert

ENTWURF	Beschlüsse des 5. Ausschusses
<p style="text-align: center;">Artikel 6 Änderung des Landeskrankenhausgesetzes</p>	<p style="text-align: center;">Artikel 6 Änderung des Landeskrankenhausgesetzes</p>
<p>Das Landeskrankenhausgesetz vom 20. Mai 2011 (GVOBl. M-V S. 327) wird wie folgt geändert:</p>	<p>Das Landeskrankenhausgesetz vom 20. Mai 2011 (GVOBl. M-V S. 327) wird wie folgt geändert:</p>
<p>1. Im Inhaltsverzeichnis werden die Angaben zu den §§ 33 bis 39 wie folgt gefasst:</p>	<p>1. unverändert</p>
<p>„§ 33 Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung § 34 Weitere Verarbeitung von Daten § 35 Einschränkung des Rechts auf Auskunft der betroffenen Person § 36 Löschung und Sperrung von Daten § 37 Datenverarbeitung für Forschungszwecke § 38 Datenverarbeitung im Auftrag § 39 Ordnungswidrigkeiten.“</p>	
<p>2. § 6 wird wie folgt geändert:</p>	<p>2. unverändert</p>
<p>a) In Absatz 2 und 4 Satz 1 werden jeweils nach den Wörtern „Gesundheits- und Sozialwesens“ die Wörter „einschließlich der Pflegestützpunkte“ eingefügt.</p>	
<p>b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz 3 angefügt:</p>	
<p>„Durch Einbezug der Pflegestützpunkte im Rahmen des Entlassmanagements bei Menschen mit fortdauerndem Pflegebedarf gewährleistet der Krankenhausträger einen reibungslosen Übergang bei den Zuständigkeiten hinsichtlich der Betreuung und Versorgung der Patientinnen und Patienten.“</p>	

ENTWURF	Beschlüsse des 5. Ausschusses
<p>3. In § 9 Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:</p> <p>„§ 6 Absatz 1a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes findet keine Anwendung.“</p>	<p>3. unverändert</p>
<p>4. Die §§ 32 bis 39 werden wie folgt gefasst:</p> <p style="text-align: center;">„§ 32 Anwendungsbereich und Begriffsbestimmungen</p>	<p>4. Die §§ 32 bis 39 werden wie folgt gefasst:</p> <p style="text-align: center;">„§ 32 Anwendungsbereich und Begriffsbestimmungen</p>
<p>Im Krankenhaus verarbeitete personenbezogene Daten unterliegen unabhängig von der Art ihrer Verarbeitung 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; <u>Abl.</u> L EU 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314, S. 72) und ergänzend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen dieses Abschnitts. § 38 in Verbindung mit § 6 Absatz 4, Absatz 5 Satz 2 und Absatz 6 des Bundesdatenschutzgesetzes gelten entsprechend. Der Krankenhausträger ist Verantwortlicher gemäß Artikel 4 Nummer 7 der Datenschutz-Grundverordnung.</p>	<p>Im Krankenhaus verarbeitete personenbezogene Daten unterliegen unabhängig von der Art ihrer Verarbeitung 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 EU 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314, S. 72) und ergänzend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen dieses Abschnitts. § 38 in Verbindung mit § 6 Absatz 4, Absatz 5 Satz 2 und Absatz 6 des Bundesdatenschutzgesetzes gelten entsprechend. Der Krankenhausträger ist Verantwortlicher gemäß Artikel 4 Nummer 7 der Datenschutz-Grundverordnung.</p>

ENTWURF**§ 33****Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung**

(1) Die Verarbeitung personenbezogener Daten von Patientinnen und Patienten durch das Krankenhaus ist zulässig, soweit dies zur Erfüllung des mit den Patientinnen und Patienten oder zu deren Gunsten abgeschlossenen Behandlungsvertrages einschließlich der Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflicht und der Pflegedokumentation, zur sozialen und seelsorgerlichen Betreuung der Patientinnen und Patienten und zur Leistungsabrechnung und Abwicklung von Ansprüchen, die mit der Behandlung im Zusammenhang stehen, erforderlich ist.

(2) Soweit dies gemäß Absatz 1 erforderlich ist, dürfen die Daten gegenüber Behandlungseinrichtungen anderer Fachrichtungen desselben Krankenhauses offenbart werden. Die Offenbarung gegenüber Dritten außerhalb des Krankenhauses zu Zwecken des Absatzes 1 oder der Durchführung einer Mit- oder Nachbehandlung ist nur zulässig, soweit diese ihrerseits zur Verarbeitung der Daten befugt sind und die Patientin oder der Patient nichts anderes bestimmt hat.

(3) Die Offenbarung der personenbezogenen Daten zum Zweck der Unterrichtung von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen ist zulässig, wenn kein gegenteiliger Wille durch die Patientin oder den Patienten kundgetan wurde, die Einwilligung der Patientin oder des Patienten nicht rechtzeitig erlangt werden kann und keine sonstigen Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine Übermittlung nicht angebracht ist.

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses****§ 33**

unverändert

ENTWURF**§ 34****Weitere Verarbeitung von Daten**

(1) Eine Verarbeitung personenbezogener Daten von Patientinnen und Patienten zu einem anderen als in § 33 Absatz 1 genannten Zweck ist nur zulässig, wenn dies

1. zur Geltendmachung von zivilrechtlichen Ansprüchen des Krankenhauses oder zur Abwehr entsprechender Ansprüche sowie zur Verfolgung von Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten Dritter,
2. zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,
3. zu Planungszwecken und Wirtschaftlichkeits- und Organisationsuntersuchungen,
4. zu im öffentlichen Interesse liegenden Forschungszwecken nach § 37,
5. zur im Krankenhaus durchgeführter Aus-, Fort- und Weiterbildung in ärztlichen oder anderen Fachberufen des Gesundheitswesens,
6. zur Rechnungsprüfung durch den Krankenhausträger, einer von ihm beauftragten Wirtschaftsprüferin oder eines von ihm beauftragten Wirtschaftsprüfers oder den Landesrechnungshof und zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch Beauftragte gemäß § 113 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses****§ 34****Weitere Verarbeitung von Daten**

(1) unverändert

ENTWURF

7. zur Meldung nach § 15b Absatz 2 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst über die Durchführung einer Kinderuntersuchung nach § 26 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

erforderlich ist.

(2) Zu Zwecken nach Absatz 1 Nummer 2, 3 und 5 sind die Daten in einer Weise zu verarbeiten, bei der die Identifizierung von betroffenen Personen nicht oder nicht mehr möglich ist. Sind die Zwecke auf diese Weise nicht zu erreichen, ist die Verarbeitung von pseudonymisierten Daten zulässig, soweit nicht überwiegende schutzwürdige Interessen der betroffenen Person entgegenstehen. Die pseudonymisierten Daten sind zu anonymisieren oder zu löschen, sobald der Zweck es zulässt, spätestens jedoch nach Ablauf eines Jahres nach der Zweckänderung. Die Einschränkung gilt nicht, wenn Aus-, Fort- oder Weiterzubildende unter der Aufsicht von Fachpersonal unmittelbar an der Erfüllung des Behandlungsvertrages mitwirken.

(3) Die Verarbeitung zum Zweck des Absatz 1 Nummer 1 und 6 darf nur durch oder unter der Verantwortung von Personen erfolgen, die einem Berufsgeheimnis unterliegen.

(4) Empfänger, denen nach diesem Gesetz personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten offenbart werden, haben diese Daten unbeschadet sonstiger Datenschutzbestimmungen und Geheimhaltungspflichten in demselben Umfang geheim zu halten wie das Krankenhaus selbst.

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses**

(2) unverändert

(3) Die Verarbeitung zum Zweck des **Absatzes** 1 Nummer 1 und 6 darf nur durch oder unter der Verantwortung von Personen erfolgen, die einem Berufsgeheimnis unterliegen.

(4) unverändert

ENTWURF

(5) Soweit die Vorschriften dieses Gesetzes auf Empfänger, denen die Daten zu den Zwecken nach Absatz 1 offenbart werden, keine Anwendung finden, ist eine Offenbarung nur zulässig, wenn die Empfänger sich zur Einhaltung der Vorschriften nach Absatz 2 bis 4 verpflichten.

(6) Soweit personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten an andere Empfänger offenbart werden, hat der Verantwortliche die Zwecke und Rechtsgrundlagen der Offenbarung, die Empfänger, die Kategorien der offenbarten Daten und den Kreis der betroffenen Personen zu dokumentieren. Der Datenschutzbeauftragte des Krankenhauses ist zu beteiligen.

§ 35**Einschränkung des Rechts auf Auskunft der betroffenen Person**

Das Krankenhaus kann im Einzelfall die Auskunft nach Artikel 15 der Datenschutz-Grundverordnung oder die Akteneinsicht durch eine Ärztin oder einen Arzt vermitteln lassen, sofern andernfalls eine unverhältnismäßige Beeinträchtigung der Gesundheit der Patientin oder des Patienten zu befürchten ist. Die Notwendigkeit der Vermittlung ist zu begründen und schriftlich in der Krankenakte festzuhalten.

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses**

(5) unverändert

(6) unverändert

§ 35

unverändert

ENTWURF**§ 36****Löschung und Sperrung von Daten**

(1) Ist eine Speicherung der personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten für die Zwecke, für die sie rechtmäßig verarbeitet werden, nicht mehr erforderlich, tritt an Stelle der Löschung eine Sperrung der Daten, solange

1. der Löschung eine durch Rechtsvorschrift oder durch die ärztliche Berufsordnung vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist entgegensteht oder
2. Grund zu der Annahme besteht, dass durch die Löschung schutzwürdige Belange der Patientinnen und Patienten beeinträchtigt würden.

Die Daten können anstelle der Löschung anonymisiert werden, wenn sichergestellt ist, dass der Personenbezug in keiner Weise wiederhergestellt werden kann.

(2) Gesperrte Daten sind gesondert zu speichern. Soweit dies nicht möglich ist, sind die Daten mit einem Sperrvermerk zu versehen. Gesperrte Daten dürfen vor Ablauf der Sperrfrist nicht weiter verarbeitet werden. Zur Erschließung der Akten ist im Krankenhausarchiv ein Nachweis zu führen, zu dem kein direkter Zugriff anderer Bereiche besteht. Die Sperrung kann nur aufgehoben werden, wenn

1. die Aufhebung für die Durchführung einer Behandlung, mit der die frühere Behandlung in einem medizinischen Sachzusammenhang steht,
2. zur Erfüllung der Zwecke aus § 34 erforderlich ist oder
3. wenn die Patientin oder der Patient einwilligt.

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses****§ 36****Löschung und Sperrung von Daten**

(1) unverändert

(2) Gesperrte Daten sind gesondert zu speichern. Soweit dies nicht möglich ist, sind die Daten mit einem Sperrvermerk zu versehen. Gesperrte Daten dürfen vor Ablauf der Sperrfrist nicht weiter verarbeitet werden. Zur Erschließung der Akten ist im Krankenhausarchiv ein Nachweis zu führen, zu dem kein direkter Zugriff anderer Bereiche besteht. Die Sperrung kann nur aufgehoben werden, wenn

1. die Aufhebung für die Durchführung einer Behandlung, mit der die frühere Behandlung in einem medizinischen Sachzusammenhang steht, **oder**
2. unverändert
3. unverändert

ENTWURF

Die Aufhebung der Sperrung ist zu begründen und in der Krankenunterlage zu vermerken.

(3) Soweit die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten in automatisierten Verfahren mit der Möglichkeit des Direktabrufs gespeichert werden, ist nach Abschluss der Behandlung die Möglichkeit des Direktabrufs zu sperren.

§ 37**Datenverarbeitung für Forschungszwecke**

(1) Die Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten, die im Rahmen des § 33 Absatz 1 erhoben worden sind, sind für Forschungszwecke zulässig, wenn die Patientinnen und Patienten eingewilligt haben.

(2) Ohne Einwilligung der Patientinnen und Patienten dürfen die Daten nach Absatz 1 nur für bestimmte, im öffentlichen Interesse liegende Forschungsvorhaben verarbeitet werden, soweit

1. schutzwürdige Belange der Patientinnen und Patienten wegen der Art der Daten, ihrer Offenkundigkeit oder der Art ihrer Nutzung nicht beeinträchtigt werden oder

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses**

unverändert

(3) unverändert

§ 37

unverändert

ENTWURF

2. das für die Aufsicht für das Krankenhaus zuständige Ministerium festgestellt hat, dass das öffentliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens die schutzwürdigen Belange der Patientinnen und Patienten erheblich überwiegt und der Zweck des Forschungsvorhabens auf andere Weise, insbesondere mit anonymisierten Daten, nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand erreicht werden kann.

(3) Personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten sind für Forschungszwecke zu anonymisieren. Kann der Forschungszweck auf diese Weise nicht erreicht werden, ist die Verarbeitung mit pseudonymisierten Daten zulässig. Eine Treuhandstelle mit Sitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einem Berufsgeheimnis oder einer vergleichbaren gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht unterliegen, kann zur Pseudonymisierung und der Speicherung der Merkmale, mit deren Hilfe ein Patientenbezug hergestellt werden kann, im Rahmen der Auftragsverarbeitung nach Artikel 28 oder einer gemeinsamen Verantwortlichkeit nach Artikel 26 der Datenschutz-Grundverordnung herangezogen werden.

(4) Jede weitere Verarbeitung der Daten unterliegt den Anforderungen nach Absatz 1 bis 3. Der Verantwortliche hat sich vor der Offenbarung davon zu überzeugen, dass der Empfänger bereit und in der Lage ist, diese Vorschriften einzuhalten. Die Forschung betreibende Stelle darf Patientendaten nur mit schriftlicher Einwilligung der betroffenen Person veröffentlichen.

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses**

ENTWURF

(5) Ärztinnen und Ärzte dürfen für eigene Forschungszwecke Dateien mit personenbezogenen Daten ihrer Patientinnen und Patienten nur mit Einwilligung der betroffenen Person anlegen.

(6) Soweit die Vorschriften dieses Gesetzes auf den Empfänger keine Anwendung finden, dürfen personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten nur offenbart werden, wenn der Empfänger sich verpflichtet, die Vorschriften nach Absatz 2 bis 4 einzuhalten und sich insoweit der Kontrolle des Landesbeauftragten für den Datenschutz unterwirft.

**§ 38
Datenverarbeitung im Auftrag**

(1) Der Verantwortliche darf die Verarbeitung von personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten einem Auftragnehmer übertragen, wenn

1. Störungen im Betriebsablauf sonst nicht vermieden werden können,
2. die Datenverarbeitung dadurch erheblich kostengünstiger gestaltet werden kann oder
3. das Krankenhaus seinen Betrieb einstellt.

Dem Auftragnehmer dürfen Patientendaten nur insoweit offenbart werden, als dies für die Auftragserfüllung erforderlich ist.

(2) Eine über drei Monate hinausgehende Speicherung von Patientendaten durch einen Auftragnehmer ist außerhalb des Krankenhauses nur zulässig, wenn die Patientendaten auf getrennten Datenträgern gespeichert sind, die der Auftragnehmer für den Krankenhausträger verwahrt.

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses****§ 38
unverändert**

ENTWURF

(3) Soweit die Auftragsverarbeitung nicht auf eine ausdrückliche Einwilligung der Patientinnen und Patienten gestützt werden kann, ist die Verarbeitung im Auftrag nur durch Personen zulässig, die einem Berufsgeheimnis nach § 203 Absatz 1 und 2 des Strafgesetzbuches unterliegen oder nach § 203 Absatz 4 des Strafgesetzbuches zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

(4) Übernimmt ein Auftragnehmer nach einer Betriebseinstellung eines Krankenhauses den gesamten Bestand der Patientendaten, gelten für ihn als verantwortliche Stelle hinsichtlich der Verarbeitung dieser Daten die Vorschriften dieses Abschnitts. Bei der Übernahme ist vertraglich sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung oder Untersuchung auf Verlangen in gleicher Weise wie bisher beim Krankenhaus Auskunft und Einsicht erhalten.

(5) Eine Auftragsverarbeitung außerhalb des Geltungsbereichs des Grundgesetzes ist nur zulässig, wenn die Patientin oder der Patient in die Auftragsverarbeitung im Ausland ausdrücklich eingewilligt hat oder der Auftragsverarbeiter nach dem Recht seines Sitzlandes selbst einer gesetzlichen Geheimhaltungspflicht unterliegt.

**§ 39
Ordnungswidrigkeiten**

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen den Vorschriften dieses Gesetzes personenbezogene Daten, die nicht offenkundig sind,

1. erhebt, speichert, unbefugt verwendet, verändert, übermittelt, weitergibt, zum Abruf bereithält oder löscht,

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses****§ 39
Ordnungswidrigkeiten**

(1) unverändert

ENTWURF

2. abrufen, einsieht, sich anderweitig verschafft, durch Vortäuschung falscher Tatsachen an sich oder andere zu übermitteln veranlasst oder

3. bei zu Forschungszwecken nach § 37 Absatz 3 pseudonymisierten Daten einen Personenbezug herstellt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von bis zu 50.000 Euro geahndet werden.

(3) Ist die Handlung gleichzeitig eine Ordnungswidrigkeit nach Artikel 83 Absatz 4 bis 6 der Datenschutz-Grundverordnung, finden die Bestimmungen der Absätze 1 und 2 keine Anwendung.“

Artikel 7
Änderung des Rettungsdienstgesetzes
Mecklenburg-Vorpommern

Das Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern vom 9. Februar 2015 (GVOBl. M-V S. 50) wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „(Notarzteinsatzfahrzeug)“ die Wörter „oder Fahrzeuge, die die telemedizinische Begleitung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals am Einsatzort durch eine Notärztin oder einen Notarzt ermöglichen“ eingefügt.

Beschlüsse
des 5. Ausschusses

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von bis zu **50 000** Euro geahndet werden.

(3) unverändert

Artikel 7
Änderung des Rettungsdienstgesetzes
Mecklenburg-Vorpommern

Das Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern vom 9. Februar 2015 (GVOBl. M-V S. 50) wird wie folgt geändert:

1. unverändert

ENTWURF

Beschlüsse
des 5. Ausschusses

- | | |
|---|---|
| 2. Dem § 4 Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt: | 2. unverändert |
| <p>„Wenn die Rettungsleitstelle nach den ihr bekannt gewordenen Umständen die Indikation für den Einsatz einer Notärztin oder eines Notarztes am Notfallort für erforderlich hält, kann der Einsatz auch in Form einer telemedizinischen Begleitung unterstützt werden. Dies gilt nur, wenn im jeweiligen Rettungsdienstbereich die für die telemedizinische Begleitung des Einsatzes erforderlichen personellen und technischen Voraussetzungen gegeben sind. Für die Indikation einer telemedizinischen Begleitung ist ein Einsatzkatalog zu erstellen. Dieser ist von der Ärztlichen Leiterin oder dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst zu erstellen, bei dem die telemedizinische Begleitung organisatorisch angebunden ist.“</p> | |
| 3. In § 3 Absatz 4, § 5 Satz 4, § 7 Absatz 3 und 6, § 8 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 3, § 10 Absatz 7, § 12 Absatz 6 Satz 2, § 13 Absatz 5, § 14 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4, § 15 Absatz 6, § 26 Absatz 1 und Absatz 3 Satz 2 sowie § 32 Absatz 1 werden die Wörter „Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales“ durch die Wörter „Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ ersetzt. | 3. In § 3 Absatz 4, § 5 Satz 4, § 7 Absatz 3 und Absatz 6 Satz 2 , § 8 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 3, § 10 Absatz 7 und 8 , § 12 Absatz 6 Satz 2, § 13 Absatz 5, § 14 Absatz 1 Satz 2 , Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4, § 15 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 6, § 26 Absatz 1 und Absatz 3 Satz 2 sowie § 32 Absatz 1 werden die Wörter „Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales“ durch die Wörter „Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ ersetzt. |
| 4. In § 10 Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „Luftrettung“ die Wörter „sowie der telemedizinischen Unterstützung des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals durch Notärztinnen und Notärzte“ eingefügt. | 4. unverändert |
| 5. In § 14 Absatz 2 Nummer 16 wird das Wort „Sport“ durch das Wort „Europa“ ersetzt. | 5. unverändert |

ENTWURF	Beschlüsse des 5. Ausschusses
<p>6. Dem § 15 wird folgender Absatz 7 angefügt:</p> <p>„(7) Die Ärztliche Leiterin oder der Ärztliche Leiter Rettungsdienst ist befugt, die Tonträger mit den in der integrierten Leitstelle ihres oder seines Rettungsdienstbereiches eingegangenen Notrufen zur Qualitätskontrolle und zu Fortbildungszwecken zu verwenden. Die Regelung nach Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.“</p>	<p>6. unverändert</p>
<p style="text-align: center;">Artikel 8</p> <p>Änderung der Rettungsdienstplanverordnung</p>	<p style="text-align: center;">Artikel 8</p> <p>Änderung der Rettungsdienstplanverordnung</p>
<p>Die Rettungsdienstplanverordnung vom 26. September 2016 (GVOBl. M-V S. 799) wird wie folgt geändert:</p>	<p>Die Rettungsdienstplanverordnung vom 26. September 2016 (GVOBl. M-V S. 799) wird wie folgt geändert:</p>
<p>1. Dem § 1 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:</p>	<p>1. unverändert</p>
<p>„Die telemedizinische Begleitung des Einsatzes durch eine Notärztin oder einen Notarzt ist dabei zu berücksichtigen.“</p>	
<p>2. In § 5 Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „ein RTW und“ ein Schrägstrich „/“ und das Wort „oder“ eingefügt.</p>	<p>2. unverändert</p>
<p>3. In § 19 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales“ durch die Wörter „Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ ersetzt.</p>	<p>3. In § 19 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales“ durch die Wörter „Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ ersetzt.</p>

ENTWURF**Beschlüsse
des 5. Ausschusses****Artikel 9
Änderung des Psychischkrankengesetzes**

Das Psychischkrankengesetz vom 14. Juli 2016 (GVOBl. M-V S. 593) wird wie folgt geändert:

1. § 41 wird wie folgt geändert:**a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:**

„Zum Zweck der eindeutigen Identifizierung dürfen die Einrichtungen des Maßregelvollzuges von den biometrischen Daten nach Artikel 9 Absatz 1 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 EU 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314, S. 72) nur äußerliche körperliche Merkmale verarbeiten.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die biometrischen Daten zur eindeutigen Identifizierung der betroffenen Person dürfen unbeschadet von § 47 Absatz 6 und 7 nur zur Identitätsfeststellung in den Einrichtungen des Maßregelvollzuges verarbeitet werden. Sie sind getrennt von den Krankenakten aufzubewahren.“

ENTWURF**Beschlüsse
des 5. Ausschusses****2. § 47 wird wie folgt geändert:****a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:**

„(1) Für die Verarbeitung personenbezogener Daten der Menschen mit psychischen Krankheiten oder Dritter gelten ergänzend zur Datenschutz-Grundverordnung und den nachfolgenden Regelungen die Vorschriften des Landesdatenschutzgesetzes und des Landeskrankenhausgesetzes. Nehmen nicht öffentliche Stellen Aufgaben nach diesem Gesetz wahr, findet § 22 Absatz 3 des Landesdatenschutzgesetzes keine Anwendung.“

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Gesundheitsdaten der Menschen mit psychischen Krankheiten dürfen durch die einweisende Behörde, die Gerichte, das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit, den Sozialpsychiatrischen Dienst, den Landrat und den Oberbürgermeister sowie die Einrichtungen oder die Einrichtungen des Maßregelvollzuges verarbeitet werden, soweit es für die Gewährung von Hilfen, für die ordnungsgemäße Unterbringung und Behandlung einschließlich der staatlichen Aufsicht und der Abwehr von Gefahren, für die Sicherheit sowie das geordnete Zusammenleben in den Einrichtungen und für die Wiedereingliederung der Menschen mit psychischen Krankheiten nach der Entlassung erforderlich ist.“

ENTWURF**Beschlüsse
des 5. Ausschusses****c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:**

„(4) Im Rahmen der Unterbringung im Maßregelvollzug dürfen die Einrichtungen listenmäßig erfassen, welche Personen zu welchem Zeitpunkt die Einrichtungen betreten oder verlassen haben und bei welcher in der Einrichtung untergebrachten Person der Besuch erfolgte. Zu diesem Zweck dürfen die Einrichtungen von den Personen, die die Einrichtungen betreten, Vor- und Nachnamen, das Datum sowie den Grund des Besuchs und von der untergebrachten Person den Namen verarbeiten.“

d) Absatz 10 wird wie folgt gefasst:

„(10) Das Auskunftsrecht nach Artikel 15 der Datenschutz-Grundverordnung besteht nicht, soweit konkrete Tatsachen den Verdacht begründen, dass die Auskunft zu schwerwiegenden gesundheitlichen Nachteilen bei dem Menschen mit psychischen Krankheiten führt. Anstelle der Auskunft nach Artikel 15 der Datenschutz-Grundverordnung vermitteln die behandelnde Ärztin oder der Arzt oder die behandelnde Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut oder die behandelnde Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder die behandelnde Psychologin oder der Psychologe die entsprechenden Inhalte unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes an die Menschen mit psychischen Krankheiten. Der Landesbeauftragte für den Datenschutz ist zu informieren, wenn nach Satz 1 keine Auskunft erteilt wird. Die Verweigerung von Auskunft oder Einsicht ist mit einer Begründung in den Akten zu vermerken.“

ENTWURF**Artikel 9
Inkrafttreten**

Artikel 1 Nummer 1 bis 8, Artikel 2 Nummer 1, Artikel 3 Nummer 2 bis 4 und 7, Artikel 4 Nummer 2, Artikel 5 Nummer 2 bis 5, Artikel 6 Nummer 2, Artikel 7 und Artikel 8 treten am Tag nach der Verkündung dieses Gesetzes in Kraft. Im Übrigen tritt dieses Gesetz am 25. Mai 2018 in Kraft.

**Beschlüsse
des 5. Ausschusses**

2. Der bisherige Artikel 9 wird Artikel 10.

**Artikel 10
Inkrafttreten**

Artikel 1 Nummer 1 bis **9**, Artikel 2 Nummer 1, Artikel 3 Nummer 2 bis **5** und **8**, Artikel 4 Nummer 2 **und 3**, Artikel 5 Nummer 2 bis 5, Artikel 6 Nummer 2 **und 3**, Artikel 7 und Artikel 8 treten am Tag nach der Verkündung dieses Gesetzes in Kraft. Im Übrigen tritt dieses Gesetz am 25. Mai 2018 in Kraft.

Bericht des Abgeordneten Dietmar Eifler

I. Allgemeines

Der Landtag hat in seiner 28. Sitzung am 24. Januar 2018 den Gesetzentwurf der Landesregierung auf Drucksache 7/1583 in Erster Lesung beraten und diesen federführend an den Wirtschaftsausschuss sowie mitberatend an den Innen- und Europaausschuss überwiesen.

Der Wirtschaftsausschuss hat den Gesetzentwurf in seiner 29. Sitzung am 1. März 2018 und abschließend in seiner 31. Sitzung am 12. April 2018 beraten.

Der Wirtschaftsausschuss hat eine schriftliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 7/1583 durchgeführt.

II. Stellungnahme des mitberatenden Innen- und Europaausschusses

Der Innen- und Europaausschuss hat den Gesetzentwurf in seiner 35. Sitzung am 8. März 2018 beraten und, soweit seine Zuständigkeit betroffen ist, mehrheitlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und CDU gegen die Stimme der Fraktion der BMV und bei Enthaltung seitens der Fraktionen der AfD und DIE LINKE die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfes empfohlen.

III. Wesentliche Ergebnisse der schriftlichen Anhörung

Der Wirtschaftsausschuss hat zu dem Gesetzentwurf eine schriftliche Anhörung durchgeführt und den Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern, die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, die KGMV Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V., den Verband der Ersatzkassen e. V. - Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, die LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg-Vorpommern e. V., den Landeshebammenverband Mecklenburg-Vorpommern e. V., den Ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes des Landkreises Vorpommern Greifswald, einen Facharzt der Anästhesiologie, Notfallmedizin, Neustrelitz, den Städte- und Gemeindegtag Mecklenburg-Vorpommern e. V., den Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e. V. sowie zusätzlich die BARMER - Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, die Techniker Krankenkasse - Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, die DAK-Gesundheit - Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern und die AOK Nordost um eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf gebeten. Der Landeshebammenverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. hat keinen Gebrauch von der Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gemacht.

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern hat dargelegt, dass der Gesetzentwurf im Wesentlichen die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 DSGVO regelt. Die Verarbeitung dieser Daten sei nach Art. 9 Absatz 1 DSGVO grundsätzlich verboten, wenn nicht eine der Ausnahmen aus Art. 9 Absatz 2 DSGVO greife. Diese verlangten teilweise ein Recht im Mitgliedstaat, dass die Verarbeitung regelt sowie angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Person vorsehe.

Aufgrund des engen Zeitrahmens seien hier keine vollständig zufriedenstellenden Formulierungen gefunden, aber Verarbeitungsgrundlagen geschaffen worden. Auch wenn die Gesetze - mit Ausnahme des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG M-V) - keine speziellen Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Person vorsähen, ergäben diese sich einerseits aus dem Umstand, dass auch Mitarbeiter im öffentlichen Dienst einer strafbewehrten Geheimhaltungspflicht nach § 203 Absatz 2 des Strafgesetzbuches unterlägen und andererseits aus dem bewussten Verzicht, Betroffenenrechte, insbesondere bezüglich der nach Art. 13 und 14 DSGVO bestehenden Informationspflichten, einzuschränken. Damit ermöglichen die Regelungen allerdings nur die Verarbeitung dieser Daten. Gesetze, die geeignete Maßnahmen zum Schutz der berechtigten Interessen der betroffenen Person vorsähen und damit beispielsweise Informationspflichten nach Art. 14 Absatz 5c DSGVO entfallen ließen, seien damit nicht geschaffen worden. Kritisch bewertet werde die Regelung zur Änderung des Krebsregistrierungsgesetzes (KrebsRG M-V). Dieses Gesetz enthalte bereits die geforderten angemessenen und spezifischen Maßnahmen, die aber mit der Änderung teilweise wieder aufgegeben würden. Eine Maßnahme zum Schutz der Rechte und Interessen der betroffenen Person bestehe darin, dass die verschiedenen Stellen (Zentralstelle, Treuhandstelle, Registerstellen) nach § 7 KrebsRG M-V jeweils nur einen bestimmten Teil des gesamten Datensatzes einer betroffenen Person verarbeiteten. Klinische und meldebezogene Daten würden durch die Zentralstelle und Identitätsdaten durch die Treuhandstelle verarbeitet. Diese Trennung solle nur zu Abrechnungszwecken mit der Änderung in § 7 KrebsRG M-V aufgegeben werden. Handlungsbedarf bestehe hinsichtlich der Bestimmung des Verantwortlichen, da das neue Landesdatenschutzgesetz (DSG M-V) voraussichtlich hierzu keine Bestimmungen enthalten werde. Nach Art. 4 Nummer 4 DSGVO sei Verantwortlicher, wer die Zwecke und Mittel der Verarbeitung bestimme. Da die Regelungen für den öffentlichen Bereich den Zweck der Verarbeitung bestimmten und die Mittel häufig durch Erlasse geregelt würden, müsse die datenverarbeitende Stelle nicht mehr auch Verantwortlicher sein. Dies könne problematisch sein, weil nach den Stellungnahmen des Ministeriums für Inneres und Europa die hier gegenständlichen Gesetze keine Regelung für die Verarbeitung personenbezogener Daten, die nicht zu den besonderen Kategorien nach Art. 9 Absatz 1 DSGVO zählten, enthalten sollten. Für diese Daten ergebe sich die Rechtsgrundlage der Verarbeitung bereits aus dem neuen § 4 Absatz 1 DSG M-V, die an einen Verantwortlichen anknüpfe. Wenn die Fachgesetze einen Verantwortlichen nicht bestimmten, könne die allgemeine Verarbeitungsgrundlage leerlaufen. Daher sollte dem § 3 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG M-V) ein Absatz 8 angefügt werden, wonach die in Absatz 1 bis 7 genannten Stellen für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten, die zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben erforderlich seien, Verantwortliche im Sinne der Verordnung (EU) 2016/679 seien. Dem § 11a Absatz 1 des Heilberufsgesetzes (HeilBerG) sollte ein Satz angefügt werden, wonach die Kammern für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten, die zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben erforderlich seien, Verantwortliche im Sinne der Verordnung (EU) 2016/679 seien.

Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat ausgeführt, dass in § 10 Absatz 3 Satz 2 HeilBerG neben den verpflichtenden Angaben der Kammermitglieder keine entsprechende Verpflichtung der Dienstleistenden enthalten sei. Deshalb hat sie vorgeschlagen, in § 10 HeilBerG einen Absatz 3a einzufügen, wonach die Dienstleistenden verpflichtet seien, die beabsichtigte Berufsausübung der zuständigen Kammer anzuzeigen, der Anzeige die für die Berufsausübung erforderlichen Zeugnisse und Bescheinigungen beizufügen und in Fällen dringender Dienstleistungen die Anzeige unverzüglich nachzuholen.

Die Ärztekammer hat begrüßt, dass die telemedizinische Begleitung nicht den Notarzt ersetzen, sondern lediglich eine Ergänzung der bisherigen Rettungsmittel darstellen solle. Die in § 3 Absatz 2 des Rettungsdienstgesetzes Mecklenburg-Vorpommern (RDG M-V) vorgesehene Änderung beziehe sich primär auf einen Rettungswagen und nicht auf das in Satz 2 beschriebene Notarzteinsetzfahrzeug. Daher sollte bereits nach § 3 Absatz 2 Satz 1 RDG M-V eingefügt werden, dass die Krankenkraftwagen zusätzliche Ausrüstungen enthalten könnten, um die telemedizinische Begleitung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals am Einsatzort und auf dem Transport durch eine Notärztin oder einen Notarzt zu ermöglichen. In § 2 Absatz 3 RDG M-V sollte der Satz aufgenommen werden, dass die Krankentransporte in Form einer telemedizinischen notärztlichen Begleitung unterstützt werden könnten und § 4 Absatz 4 unberührt bleibe. Dem § 4 Absatz 1 Satz 1 RDG M-V sollte der Zusatz „bis die Notärztin oder der Notarzt am Notfallort eintrifft“ angefügt werden. Um die Qualitätssicherung im Rettungsdienst weiter voranzubringen, sollte dem § 16 Satz 2 RDG M-V der Satz angefügt werden, dass die Ärztliche Leitung Rettungsdienst personenbezogene Daten von weiterbehandelnden Institutionen verarbeiten dürfe, soweit dies erforderlich sei, um die Qualität des Rettungsdienstes zu gewährleisten und weiterzuentwickeln. Die Regelung in § 38 Absatz 2 Satz 5 HeilBerG sei nicht verfassungsgemäß und müsse daher ersatzlos gestrichen werden. Alle Universitätskliniken müssten bei der Ärztekammer einen Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsbefugnis für die Professoren stellen, um den Umfang der Befugnis festlegen zu können.

Die KGMV Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. hat die Regelungen zur Anpassung des Landeskrankenhausgesetzes sowie zur Auftragsdatenverarbeitung begrüßt. Es werde klargestellt, dass die vom G-BA bereits erlassenen und künftig noch zu erlassenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht automatisch Bestandteil des Krankenhausplanes würden. Die flächendeckende und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im Land werde durch die vorgeschlagene Änderung des § 9 Absatz 1 LKHG M-V positiv beeinflusst. Diese Änderung ermögliche, dass die Vorgaben des G-BA zu den Qualitätsindikatoren in der Krankenhausplanung nicht ungeprüft unmittelbare Geltung erlangten, sondern gesondert von der im Land zuständigen Planungsbehörde und den Beteiligten an der Krankenhausplanung auf ihre Auswirkungen und Sinnhaftigkeit für das Land und die jeweiligen Regionen hin überprüft werden könnten. Die neue Regelung ermögliche Detail- und Bedarfsgerechtigkeit. Weniger gelungen seien die Regelungen zu Pflegestützpunkten, die eine Gewährleistungspflicht des Krankenhausträgers für den reibungslosen Übergang der Zuständigkeiten hinsichtlich der Versorgung von Patienten mit fortdauerndem Pflegebedarf im Rahmen des Entlassmanagements konstruierten. Der Landesgesetzgeber sei für die „Gewährleistungspflicht“ der Krankenhäuser durch Einbezug der Pflegestützpunkte in das gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 und 9 SGB V auf Bundesebene zu regelnde Entlassmanagement nicht zuständig und habe keine dahingehende Regelungsbefugnis. Die Zusammenarbeit des ambulanten Bereiches und der Krankenhäuser mit den Pflegestützpunkten sei bereits gängige Praxis und sinnvoll. Die Pflegestützpunkte würden als Partner bei der neutralen Pflegeberatung und Unterstützung sehr geschätzt. Daraus jedoch eine Gewährleistungspflicht für Krankenhäuser zu generieren, gehe an der Lebenswirklichkeit vorbei. Der Sicherstellungsauftrag für die Pflege liege nicht bei den Krankenhäusern und dürfe auch nicht dorthin verschoben werden. Dem § 6 Absatz 4 LKHG M-V sollte ein Satz angefügt werden, wonach der Krankenhausträger im Bemühen um einen reibungslosen Übergang bei der Entlassung von Menschen mit fortdauerndem Pflegebedarf aus der stationären Behandlung die Pflegestützpunkte einbeziehen solle.

Gemäß § 39 Absatz 1a Satz 5 SGB V hätten die Versicherten gegenüber der Kranken- und Pflegeversicherung einen Anspruch auf Unterstützung. Die Abwälzung dieser bundesgesetzlichen Aufgabe auf die Leistungserbringer sei nicht leistbar und ohne zusätzliche finanzielle Unterstützung nicht hinnehmbar. Zu begrüßen wäre ein rückwirkendes Inkrafttreten von Artikel 6 Nummer 3 des Gesetzentwurfes zum 1. Januar 2018, zumindest aber ab Gesetzesverkündung, da die ersten Qualitätsindikatoren in der Krankenhausplanung bereits durch die Entscheidung des G-BA seit dem 1. Januar 2018 gültig seien. Es werde angeregt, je nach Schwere, Dauer und Charakter des Verstoßes sowie Schadensminderungsversuchen und Verantwortlichkeit anstelle einer Geldbuße eine Verwarnung zu erteilen, um einer Lähmung der administrativen Arbeit entgegenzuwirken. Aus Gründen der Entbürokratisierung und Kosteneinsparung sollte die Treuhandstelle wieder abgeschafft werden, weil deren Zweck - Pseudonymisierung der Daten - immer mehr ausgehöhlt werde. Zielführend sei eine Ermächtigungsgrundlage, nach der die Registerstellen die Daten direkt an die Zentralstelle der Krebsregistrierung melden dürften. Die telemedizinische Begleitung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals entspreche dem wissenschaftlich-technischen Fortschritt und sei nicht Ersatz, sondern eine Unterstützung der Rettungskräfte. Die insoweit vorgesehenen Änderungen werden befürwortet.

Der Verband der Ersatzkassen e.V. - Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern hat sich sehr kritisch zu der in § 9 Absatz 1 LKHG M-V vorgesehenen Änderung geäußert, da dadurch planungsrelevante Empfehlungen des G-BA zur Qualitätsverbesserung nicht Bestandteil des Landeskrankenhausesplanen würden und gleichzeitig ein negatives Signal gesetzt werde, die qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung im Land zu gefährden. Die Patienten müssten sich auf ein Mindestmaß an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verlassen können. Unter dem Leitmotiv „Qualität als Grundlage für eine künftige Krankenhausversorgung“ sei der G-BA mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSg) ermächtigt worden, Maßnahmen der Qualitätssicherung für den stationären Sektor zu erarbeiten. Die durch den G-BA beschlossenen Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (planungsrelevante Qualitätsindikatoren) sollten als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung dienen. Die Krankenhausplanung im Land müsse einheitlich nach bundesweit definierten Planungskriterien durchgeführt werden. Hierzu gehöre auch, dass Qualität als eigenständiges Kriterium in die Krankenhausplanung aufgenommen werde. Die im bundesweit geltenden Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beschriebenen Kriterien für eine bedarfs- und patientengerechte, wirtschaftliche und medizinisch hochwertige Krankenhausversorgung müssten zwingend angewendet werden. Mit der vorgesehenen Änderung würden die qualitätsfördernden Planungsansätze pauschal und grundsätzlich ausgeschlossen. Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Brandenburg und die Freie und Hansestadt Hamburg hätten die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren weder explizit noch pauschal ausgeschlossen. Die Freie und Hansestadt Hamburg habe sogar zusätzlich festgehalten, dass mittels Rechtsverordnung ergänzende Qualitätsanforderungen eingeführt werden könnten. Bisher wiesen weder das Landeskrankenhausesgesetz noch der Krankenhausplan verbindliche Qualitätsanforderungen aus. Daher wurde vorgeschlagen, nach § 9 Absatz 1 Satz 2 LKHG M-V folgende Sätze einzufügen: „Der Krankenhausplan soll Qualitätsvorgaben enthalten. Zusätzlich kann die Landesregierung durch Rechtsverordnung Qualitäts- und Strukturanforderungen regeln, die der Qualitätssicherung von im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachrichtungen, der Beschreibung und Zuordnung bestimmter Leistungen oder der medizinischen Fachplanung dienen. § 6 Absatz 1a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes kann nur im Einvernehmen mit allen unmittelbar Beteiligten (§ 10) ausgeschlossen werden.“

Der Ausschluss ist nur möglich, wenn durch Implementierung der planungsrelevanten Qualitätskriterien die bedarfsgerechte akutstationäre flächendeckende Versorgung gefährdet ist.“. Zudem sei der Verweis in der Gesetzesbegründung, dass das für Gesundheit zuständige Ministerium in Abstimmung mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten entscheiden könne, ob bzw. welche Qualitätsindikatoren Bestandteil der Krankenhausplanung würden, nicht ausreichend, da sich diese Vorgabe aus dem Gesetzestext nicht ablesen lasse und damit nicht rechtlich verbindlich sei. Im Übrigen wurde in Bezug auf Artikel 5 Nummer 3 des Gesetzentwurfes ausgeführt, dass bereits nach dem Klinischen Krebsregistergesetz vom 6. Juli 2011 eine Meldepflicht bestanden habe, die bis zum 31. Dezember 2016 gegolten habe. Das zum 1. Januar 2017 in Kraft getretene Krebsregistrierungsgesetz enthalte ebenfalls eine Meldepflicht, die für Meldefälle ab dem 1. Januar 2017 gelte. Die Registrierung von „Alt-Fällen“ sei bereits pauschal über krankenhausindividuelle Zuschläge und damit abschließend an das Krebsregister des Landes finanziert worden, sodass keine gesetzliche Klarstellung erforderlich sei, um eine Abrechnungsmöglichkeit für Meldefälle vor dem 31. Dezember 2016 zu erreichen. Vielmehr sei sicherzustellen, dass eine Vergütung für bereits bezahlte Fälle der Jahre 2014 bis 2016 ausgeschlossen sei. In Bezug auf Artikel 5 Nummer 4 des Gesetzentwurfes wurde dargelegt, dass sich die Frist zur Löschung von Daten nunmehr nach dem Zeitpunkt der Abrechnung des Dokumentationsaufwandes gemäß § 65c SGB V richte. Bei einem unmittelbaren schriftlichen Widerspruch dürften aber ausschließlich epidemiologische Daten erhoben werden, für die keine Abrechnung nach dem SGB V erfolge. In Artikel 7 Nummer 6 des Gesetzentwurfes sollte das Wort „Qualitätskontrolle“ durch das Wort „Qualitätssicherung“ ersetzt werden, da es um die kontinuierliche Verbesserung der Gesprächsführung der Mitarbeiter in der Integrierten Rettungsleitstelle (Notrufabfragesystem) gehe. Die telemedizinische Begleitung von Notfallsanitätern am Notfallort durch einen erfahrenen Telenotarzt verhindere u. U. eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Notfallpatienten. Mit der Möglichkeit der telemedizinischen Vorinformation an das aufnehmende Krankenhaus werde der Genesungsprozess verbessert. Ändere sich die Indikation im Verlaufe eines Einsatzes ohne Notarzt in eine Notarztindikation, könne der Notfallsanitäter im Zusammenwirken mit dem Telenotarzt bereits mit den notfallmedizinischen Sofortmaßnahmen beginnen. Mit Blick auf Artikel 6 Nummer 2b des Gesetzentwurfes wurde festgestellt, dass sich in den Fällen, in denen Pflegestützpunkte bereits eng mit den Krankenhäusern zusammenarbeiteten, nichts ändern werde. Allerdings würden in Fällen mit einer bisher unzureichenden oder fehlenden Zusammenarbeit die Zuständigkeiten formal ohne die erforderliche Kooperation vonseiten des Krankenhauses weitergegeben. Durch den Einbezug der Pflegestützpunkte könne der Krankenhausträger lediglich gewährleisten, dass der Pflegebedürftige die erforderliche Beratung und Begleitung, die der Sozialdienst des Krankenhauses nicht leisten könne, erhalte und die notwendigen Kontakte zu Leistungserbringern hergestellt würden. Da die Beratung durch Pflegestützpunkte nur auf Wunsch bzw. mit dem Pflegebedürftigen und/oder seinen Angehörigen aufgenommen werden könne, sollte geprüft werden, ob die Herstellung des Kontakts bei den Aufgaben des Sozialdienstes in § 5 Absatz 2 LKHG M-V verortet werden könne.

Seitens der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg-Vorpommern e. V. haben der ASB-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. und der DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. zu dem vorliegenden Gesetzentwurf Stellung genommen.

Der ASB-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. hat die Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten von Telenotärzten, vor allem im ländlichen Raum, angesichts der sinkenden Zahl der zur Verfügung stehenden Notärzte im Rettungswesen und der Gewährleistung der medizinischen Versorgung im Land befürwortet. Die Telenotärzte könnten einen Notarzt vor Ort nicht vollumfänglich ersetzen und seien somit als Ergänzung der Notfallversorgung zu sehen. Der Einsatz von Telenotärzten sollte nicht zu einer Reduzierung von Notarztstandorten führen. Zur Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten seien die in § 4 Absatz 1 RDG M-V genannten personellen und technischen Voraussetzungen sowie die Indikation einer telemedizinischen Begleitung genau zu definieren. Dies scheine nach Evaluierung des Modellprojektes und Auswertung der Erfahrungen und Erkenntnisse sinnvoll. Eine Evaluierung des „Telenotarztes“ erscheine auch juristisch geboten, insbesondere in Bezug auf zivil- und strafrechtliche Fragestellungen. Vor der Ausübung sollte für die ausführenden Telenotärzte und das begleitende Rettungsdienstpersonal der rechtliche Rahmen geklärt sein. Die Auswertungen der Notrufgespräche zum Zwecke der Qualitätssicherung und der Fortbildung seien wichtige Elemente, dennoch sollte besonders im Rahmen von Fortbildungen der Schutz personenbezogener Daten ausreichend berücksichtigt werden. Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt im Landkreis Vorpommern-Greifswald zur telemedizinischen Begleitung von Rettungsdienst-Einsätzen sollten erst nach abschließender Evaluation und Auswertung der Daten für eine Vergleichbarkeit landesweit und der Standorte der Rettungswachen Berücksichtigung finden. Mit den vorgeschlagenen Änderungen in § 4 Absatz 1 RDG M-V und in § 1 Absatz 2 der Rettungsdienstplanverordnung (RDPVO) sei bereits eine Relevanz für die Hilfsfrist festgeschrieben. Die Änderungen besagten, dass die Hilfsfrist von 15 Minuten bei Indikation eines Notarztes auch bei Einsatz einer telemedizinischen Begleitung zu berücksichtigen sei. Dies führe in Bezug auf die Hilfsfrist zu einer Gleichstellung zwischen Telenotarzt und Notarzteinsatz. Allerdings sollte, bevor die Hilfsfrist für den Einsatz der telemedizinischen Begleitung relevant werden könne, eine Definition und Festlegung der personellen und technischen Voraussetzungen sowie ein Indikationskatalog für diese Einsätze festgelegt werden.

Der DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. hat kritisiert, dass nur eingeschränkt auf die Herausforderungen im öffentlichen Rettungsdienst des Landes reagiert worden sei. Der demografische Wandel und strukturelle Bedingungen in den unterschiedlichen Regionen des Landes bedürften einer angepassten Planung des Rettungsdienstes, der nicht nur durch die Einbindung des Telenotarztes in die Hilfsfristerfüllung bedient werden sollte. Auch die Schaffung der gesetzlichen Voraussetzungen für die Umsetzung des Telenotarztsystems sei vorzeitig realisiert worden, ohne dass zu dem Telemedizinprojekt eine wissenschaftlich fundierte Abschlussevaluation vorgelegen habe, die möglicherweise andere gesetzliche Rahmenbedingungen aufzeige. Die Berücksichtigung der telemedizinischen Infrastruktur könne derzeit als unterstützende Komponente gewertet werden und dürfe nicht primär als Instrument zur Entlastung der Hilfsfrist angesehen werden. Die Formulierungen in den für den Rettungsdienst relevanten Gesetzen und Verordnungen wiesen teilweise vage und somit eine für die Anwendung im Rettungsdienst rechtsunsichere Ausgestaltung der telemedizinischen Begleitung auf. Die geplante Ergänzung des § 1 Absatz 2 RDPVO werde kritisch gesehen, da die vom Gesetzgeber formulierte Eintreffzeit eines Notarztes verzerrt werde. Die geplante „Berücksichtigung“ der telemedizinischen Begleitung sei unpräzise und verwässere die realen Eintreffzeiten. Das widerspreche den berufsrechtlichen Vorgaben, wonach der Notarzt erst dann eintreffe, wenn er physisch vor Ort sei.

Dennoch könne die telemedizinische Begleitung für bestimmte Einsatzindikationen sinnvoll sein. Da die aktuelle Rechtsunsicherheit bei der Vergabe rettungsdienstlicher Leistungen durch die Rettungsdienstträger weiter fortbestehe, wurde angeregt, § 7 Absatz 4 RDG M-V wie folgt zu ändern: „Die Träger können die Durchführung des öffentlichen Rettungsdienstes 1. Hilfsorganisationen und juristischen Personen des öffentlichen Rechts sowie 2. natürlichen Personen und juristischen Personen des Privatrechts, die ihre Leistungsfähigkeit nachgewiesen haben, (Leistungserbringern), ganz oder teilweise übertragen, wenn diese bereit sind, die Aufgabe zu erfüllen. Bei der Auswahlentscheidung müssen Bewerber, die als Leistungserbringer im Zivil- und Katastrophenschutz mitwirken, vorrangig berücksichtigt werden. In Städten, die eine Berufsfeuerwehr eingerichtet haben, kann der Träger des Rettungsdienstes diesen die Durchführung des Rettungsdienstes übertragen.“. Die im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen eingeführte Bereichsausnahme sollte auch für anerkannte Hilfsorganisationen in Bezug auf die Leistungserbringung im Rettungsdienstgesetz zur Anwendung kommen. Gemäß § 3 des Rahmenvertrages des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft müsse das Krankenhaus ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicherstellen und schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards etablieren. Für bereits pflegebedürftige Patienten bestünden - neben der verpflichtenden Umsetzung des Entlassmanagements - zusätzliche Unterstützungs- und Überleitungsmöglichkeiten im Rahmen von Verträgen von Sozialstationen/Pflegediensten mit Pflegekassen. Versicherte könnten bereits im Krankenhaus auf die Entlassung vorbereitet und unterstützt werden (§ 45 SGB XI). Für akut pflegebedürftige Patienten habe der Bundesgesetzgeber die erforderlichen Regelungen zur möglichst zeitnahen pflegerischen Weiterversorgung insbesondere mit § 7 SGB XI geschaffen. Es gebe auch die Möglichkeit, freiwillig Beratungen von Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI in Anspruch zu nehmen. Die geplante Einbeziehung der Pflegestützpunkte in das Entlassmanagement der Krankenhäuser werde weder als sinnvoll noch als zielführend erachtet und berge weitere Aufwendungen in der Entlassungsplanung mit hohem Kommunikations- und Interaktionsaufwand. Der Änderungsvorschlag zu § 6 LKHG M-V sollte wie folgt angepasst werden: „In Absatz 2 und 4 Satz 1 werden jeweils nach den Wörtern ‚Gesundheits- und Sozialwesens‘ die Wörter ‚sowie auf Wunsch der Patienten dem gewählten Pflegedienst‘ eingefügt. Dem Absatz 4 werden folgende Sätze angefügt: ‚Durch Einbezug der versorgenden Pflegedienste im Rahmen des Entlassmanagements bei Menschen mit fortdauerndem Pflegebedarf gewährleistet der Krankenhausträger einen reibungslosen Übergang bei den Zuständigkeiten hinsichtlich der Betreuung und Versorgung der Patienten. Auf Wunsch der Patienten kann auch ein Pflegestützpunkt (nach § 92c SGB XI) einbezogen werden.‘“ Im Übrigen stelle der Gesetzentwurf lediglich einen Rechtsrahmen für die Anwendung der Telemedizin in der Notfallversorgung im Land sowie für die notwendige Erfassung der Notrufe zur Qualitätssicherung dar. Die Gesetzesformulierung beziehe sich aktuell auf ein Modellprojekt mit derzeit begrenztem Wirkungskreis und ohne wissenschaftlich fundierte Auswertung. Es werde eindringlich vor der Gefahr der Verlagerung eindeutiger Notarzteinsetze bei Notfallpatienten vor Ort zur reinen Ersatzbehandlung durch einen Telenotarzt gewarnt. Grundsätzlich sei aber die Schaffung und der Betrieb telemedizinischer Infrastruktur - gerade im ländlichen Raum - wünschenswert und für die Behandlungsqualität der Patienten von Vorteil. Die telemedizinische Begleitung von Rettungsdienstseinsätzen könne und sollte unter der aktuellen Sachlage noch nicht hilfsfristrelevant sein. Zuvor sollte eine entsprechende Einsatzdefinition des Indikationskataloges der telemedizinischen Versorgungsmöglichkeiten erfolgen. Auch die Konsultation eines Telenotarztes könne im Primäreinsatz erfolgen, jedoch nicht als Ersatz des Notarztes, wenn die primäre Einsatzindikation einen Notarzt vor Ort vorsehen sollte.

Vonseiten des Ärztlichen Leiters des Rettungsdienstes des Landkreises Vorpommern-Greifswald sind die Änderungen im Hinblick auf die Berücksichtigung der Telemedizin in der Notfallrettung begrüßt worden. Die Möglichkeit der Qualitätskontrolle durch die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst sei ein guter Schritt, um Qualitätsmanagement in den Rettungsleitstellen betreiben und damit auch das Niveau der Arbeit der Disponenten deutlich anheben zu können. Nach § 3 Absatz 2 Satz 1 RDG M-V sollte der Satz eingefügt werden, dass die Krankenkraftwagen zusätzliche Ausrüstungen enthalten könnten, um die telemedizinische Begleitung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals am Einsatzort und auf dem Transport durch eine Notärztin oder einen Notarzt zu ermöglichen. Spezielle Ausrüstungen seien für die telemedizinische Begleitung auf den Rettungswagen sinnvoll und aus der Erfahrung in Aachen und im Landkreis Vorpommern-Greifswald praxiserprobt. Ferner sollte in § 16 Absatz 2 RDG M-V der Satz angefügt werden, dass die Ärztliche Leitung Rettungsdienst personenbezogene Daten von weiterbehandelnden Institutionen verarbeiten dürfe, soweit dies erforderlich sei, um die Qualität des Rettungsdienstes zu gewährleisten und weiterzuentwickeln. Es gebe in jedem Landkreis Stellvertreter der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst und das Gesetz sehe ebenfalls die Vorhaltung von Mitarbeitern im Qualitätsmanagement vor, die in einer Ärztlichen Leitung für diese speziellen Aufgaben ermächtigt werden könnten. Die telemedizinische Begleitung von Rettungseinsätzen durch Notärzte führe zu einer Optimierung der Notfallmedizin im Land. Effekte seien bereits in anderen Regionen der Bundesrepublik (Aachen, Euskirchen) nachgewiesen worden und würden derzeit in Vorpommern-Greifswald bestätigt (z. B. Verkürzung des therapiefreien Intervalls im Hinblick auf die notärztliche Behandlung und damit Überbrückung der z. T. erheblich längeren Anfahrtswege für den zum Einsatzort gerufenen Notarzt, Erhöhung der Qualität im nichtärztlichen Bereich, Schonung notärztlicher Ressourcen in der Notfallrettung durch primären Einsatz der telemedizinischen notärztlichen Begleitung). Im Weiteren seien Synergieeffekte zu erwarten, die sich im Rahmen einer engeren Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung in der gemeinsamen Notfallversorgung ergeben könnten. Die Stärkung der Luftrettung und Überprüfung der Standorte in Zahl und Lokation müssten künftig dabei genauso betrachtet werden wie die Einrichtung von 24-Stunden-Anlaufpunkten für Kranke in Notfallambulanzen an Krankenhäusern oder ausgewählten Standorten, wo medizinische Einrichtungen fehlten. Zwei bis drei Telenotarztzentralen im Land und die Vorrüstung aller Rettungswagen mit entsprechender Technik könnten in den nächsten Jahren zu einer erheblichen Stabilisierung in der gesamten Notfallversorgung führen. Die Auswertung von Notrufgesprächen sei eine unerlässliche Methode der Qualitätssicherung in den Leitstellen. Die Einführung von Notrufabfragesystemen diene einer schnellen und zielführenden Gesprächsführung, um das geeignete Rettungsmittel an den Einsatzort zu entsenden. Seit Oktober 2017 werde im Landkreis Vorpommern-Greifswald der Einsatz eines „Telenotarztes“ für bisher sechs ausgerüstete Rettungswagen ermöglicht. Der Telenotarzt überbrücke mit direkter Delegation ärztlicher Maßnahmen die Zeit bis zur Ankunft des Notarztes. Damit werde die notärztliche Tätigkeit bereits eingeleitet, die dann vom eintreffenden Notarzt fortgeführt werde. Insofern liege eine Verkürzung der notärztlichen Hilfsfrist durch den Einsatz des Telenotarztes auf der Hand.

Der Facharzt der Anästhesiologie, Notfallmedizin, Neustrelitz hat mit Blick auf Artikel 3 Nummer 6 des Gesetzentwurfes dargelegt, dass die pauschale Erklärung der Zulässigkeit der zweckändernden Verarbeitung der sensiblen Personendaten per Gesetz ohne richterliche Freigabe im Einzelfall aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes fraglich erscheine. Nach § 39 SGB V sei das Entlassmanagement Teil der Krankenhausbehandlung.

Für den Übergang pflegebedürftiger Patienten seien die Sozialdienste der Krankenhäuser zuständig und entsprechend ausgestattet worden. Die Einbeziehung einer weiteren Ebene in das Entlassmanagement erscheine daher aus Gründen der Bürokratie und der Verlangsamung des Verfahrens verzichtbar. Die aktuelle personelle und sachliche Ausstattung der Pflegestützpunkte sei für diese Aufgabe nicht ausreichend und die Aufwendungen seien kaum abschätzbar. Die hohe Anzahl von Patienten, die vom Rettungsdienst in die Notaufnahmen transportiert würden, obwohl sie von Hausärzten ambulant betreut werden könnten, trage erheblich zu der Überlastung der Notaufnahmen in Deutschland bei. Der geringe Anteil notfallmedizinisch relevanter Einsätze führe dazu, dass das medizinische Assistenzpersonal zu wenig Übung in der Durchführung invasiver ärztlicher Maßnahmen habe, um die Anwendung dieser Verfahren auf einem akzeptablen Sicherheitsniveau telemedizinisch an sie delegieren zu können. In den weniger invasiven Verfahren seien die Mitarbeiter des Rettungsdienstes geschult und könnten diese eigenverantwortlich einsetzen. Der Einsatz eines Telenotarztes werde daher in den seltensten Fällen lebensrettend sein. Daher sei die Einführung des Begriffs „telemedizinische Begleitung“ im Gesetz richtig. Der Begriff „Telenotarzt“ sei irreführend, da die Hauptindikation in der Begleitung nicht lebensbedrohlich erkrankter Patienten bestehe. Die telemedizinische Begleitung könne den notwendigen Einsatz eines Notarztes nicht ersetzen. Das Eintreffen eines telemedizinisch begleiteten Rettungswagens könne im Sinne der Hilfefrist nicht dem Eintreffen eines Notarztes gleichgesetzt werden. Es gebe bisher keine abgeschlossene wissenschaftliche Studie zu den Möglichkeiten und Grenzen der telemedizinischen Begleitung im Rettungsdienst im ländlichen Raum. Ein seit Oktober 2017 laufendes Projekt im Landkreis Vorpommern-Greifswald sei bis 2020 geplant. Die bisher erhobenen Daten seien für eine Beurteilung derzeit nicht ausreichend. Zu empfehlen sei die Bewertung der „telemedizinischen Begleitung“ nach Abschluss des Projektes, gegebenenfalls mit einer Einbindung in das Rettungsdienstgesetz. Rettungswagen mit oder ohne Ausstattung zur telemedizinischen Begleitung fielen schon jetzt unter den Begriff „Rettungsfahrzeuge“. Insofern könne in Artikel 7 Nummer 1 des Gesetzentwurfes nur die Einführung eines Fahrzeuges mit telemedizinischer Ausstattung gemeint sein, mit dem ein Rettungsassistent oder Notfallsanitäter ohne Notarzt die telemedizinische Ausstattung zu einem Rettungswagen bringe. Die Einführung eines neuen Fahrzeugtyps in das Rettungsdienstgesetz erscheine vor Abschluss der Evaluation nicht notwendig. Aktuell würde die Notfallversorgung durch den vorliegenden Gesetzentwurf nicht substantiell verbessert. Es käme allenfalls zu einer Verbesserung der Einhaltung der notärztlichen Hilfsfrist. Um die Notfallversorgung im Land nachhaltig zu verbessern, werde der Einsatz einer Expertenkommission angeraten, die Eckpunkte für die Neuausrichtung des Rettungsdienstgesetzes auf der Grundlage der Empfehlungen des Sachverständigenrates im G-BA erarbeite, auf deren Basis dann eine Überplanung der Notfallversorgung durchgeführt werde. Für Fortbildungszwecke sei eine Auswertung von Notrufaufzeichnungen nicht erforderlich. Artikel 7 Nummer 6 des Gesetzentwurfes sei aus Sicht des Datenschutzes sehr bedenklich, da die Notrufe nach § 15 Absatz 2 Satz 1 RDG M-V ohne Einwilligung des Anrufers aufgezeichnet würden.

Seitens des Städte- und Gemeindetages Mecklenburg-Vorpommern e. V. ist die geplante Einbeziehung der Pflegestützpunkte in das Entlassmanagement begrüßt worden. Die Umsetzung müsse gemeinsam mit den Akteuren besprochen werden. Auch die Erweiterung der telemedizinischen Hilfsleistungen zur Absicherung und Unterstützung des notärztlichen Dienstes in der Fläche werde unterstützt, weil damit schnellere Hilfen möglich würden.

Der Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e. V. hat darauf verwiesen, dass die Änderungen des Landeskrankenhausgesetzes auch die Landkreise aufgrund ihrer Mitwirkung an Pflegestützpunkten in das Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus miteinbezögen. Der Ansatz sei zwar zu befürworten, decke jedoch mit den Pflegestützpunkten nur ein Beratungsangebot ab. Die Einbeziehung genüge nicht, um die Betreuung und Versorgung Pflegebedürftiger vollumfänglich abzusichern. Hinsichtlich der Änderungen des Rettungsdienstgesetzes wurde betont, dass die Zusätze zur rechtssicheren Anwendung telemedizinischer Ansätze notwendig seien, um in einem Flächenland die durch Landesverordnung zu erfüllenden Hilfsfristen besser erreichen zu können. Dennoch dürfe telemedizinische Hilfe nur als Unterstützung, nicht aber als Ersatz der notärztlichen Inaugenscheinnahme verstanden werden. Erste Evaluationsergebnisse des innovativen Projektes „Land|Rettung“ und des Teilprojektes „Telenotarzt“ sollten genutzt werden, um aus den Erkenntnissen wirtschaftliche und flächendeckende Lösungen für das Land zu entwickeln. Die Auswertung von Notrufgesprächen sei für die Träger des Rettungsdienstes unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Vorschriften unerlässlich, um Prozesse zielgesteuert optimieren zu können. Die Ergebnisse würden ebenfalls bei der landesweiten Überplanung der Rettungsdienstbereiche berücksichtigt, welche derzeit das Ausschreibungsverfahren durchlaufe. In § 3 Absatz 2 Satz 2 RDG M-V sollte aufgenommen werden, dass Rettungstransportwagen zusätzliche Ausrüstungen enthalten könnten, um die telemedizinische Begleitung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals am Einsatzort und auf dem Transport durch eine Notärztin oder einen Notarzt zu ermöglichen. § 4 Absatz 1 RDG M-V sollte wie folgt geändert werden: „Wenn die Rettungsleitstelle nach den ihr bekannt gewordenen Umständen die Indikation für den Einsatz einer Notärztin oder eines Notarztes am Notfallort für erforderlich hält, kann der Einsatz auch in Form einer telemedizinischen Begleitung unterstützt werden, bis die Notärztin oder der Notarzt am Notfallort eintrifft. Gleichfalls kann primär oder auf Nachforderung eines Rettungsmittels eine telemedizinische notärztliche Begleitung disponiert werden, wenn keine vitale Bedrohung des Patienten ersichtlich ist und eine ärztliche Diagnostik und Behandlung in telemedizinischer Unterstützung des Rettungsdienstpersonals möglich erscheint. Dies gilt nur, wenn im jeweiligen Rettungsdienstbereich die für die telemedizinische Begleitung des Einsatzes erforderlichen personellen und technischen Voraussetzungen gegeben sind.“. Nach § 4 Absatz 4 Satz 2 RDG M-V sollte eingefügt werden, dass in einem Rettungsdienstbereich, in welchem die personellen und technischen Voraussetzungen für eine telemedizinische notärztliche Begleitung gegeben seien, diese Möglichkeit der telemedizinischen Unterstützung des Rettungsdienstpersonals bei einfachen ärztlich begleiteten Verlegungstransporten zu erwägen sei. § 15 Absatz 7 RDG M-V sollte wie folgt gefasst werden: „Die Ärztliche Leiterin oder der Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder eine von ihm beauftragte Person ist befugt, die Tonträger mit den in der integrierten Leitstelle ihres oder seines Rettungsdienstbereiches eingegangenen Notrufen zur Qualitätskontrolle und zu Fortbildungszwecken zu verwenden. Die Regelung nach Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.“. Die Ergänzung zur Verwendung der Tonträger in der Leitstelle werde begrüßt. Der im Wesentlichen kritisch gesehene Schwerpunkt liege bei der Normative zur Erfüllung der Hilfsfristen. Es bestünden weiterhin Bedenken, außerordentlich große Versorgungsflächen abzusichern und die nötige Hilfe im Rettungsfall innerhalb von zehn Minuten zu gewährleisten. Die umfassenden Änderungen in den übrigen Artikeln des Gesetzentwurfes dienen dem Schutz personenbezogener Daten und der Umsetzung der DSGVO im Landesgesundheitsrecht.

Die Techniker Krankenkasse - Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern hat im Wesentlichen dargelegt, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung zugunsten einer hochwertigen medizinischen Versorgung der Versicherten und Patienten das oberste Gebot seien. Es wurde empfohlen, den vorliegenden Gesetzentwurf auf die Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung zu prüfen. § 6 Absatz 1a Satz 1 KHG dürfe nicht ersatzlos gestrichen werden, weil damit eine Verringerung der Versorgungsqualität in der Zukunft verbunden sei. Vielmehr sollten Qualitätsvorgaben aufgegriffen und unter Einbeziehung aller Beteiligter im Krankenhausplan geregelt werden. Es wurde daher vorgeschlagen, nach § 9 Absatz 1 Satz 2 LKHG M-V die vom Verband der Ersatzkassen e. V. - Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern empfohlenen Sätze einzufügen.

Die BARMER - Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern hat u. a. mitgeteilt, die Nichtanwendung des § 6 Absatz 1a Satz 1 KHG bedeute, auf eine große Chance in der Krankenhausplanung zu verzichten. Damit würden die Empfehlungen des G-BA zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (§ 136c SGB V) in der Krankenhausplanung des Landes keine Rolle spielen. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz sei für alle Bundesländer der Einstieg in eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung geschaffen worden. Hinter dem neu eingeführten § 136c Absatz 1 und 2 SGB V verberge sich die praktische Umsetzung der Ergebnisse einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der stationären Versorgung. Konsens sei hier gewesen, dass für eine künftige Krankenhausversorgung Qualität als zentraler Parameter genutzt werden müsse. Das Verfahren zur Einführung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren baue auf der bewährten externen stationären Qualitätssicherung auf. Die entsprechenden Daten würden von den Krankenhäusern übermittelt. Das vom G-BA beauftragte Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) habe zunächst nur für gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie erste Indikatoren auf dieser Basis entwickelt. Dabei seien Fachkommissionen eingebunden worden, um eine wissenschaftliche Absicherung der Parameter sicherzustellen. Mit den Auswertungsergebnissen erhielten die Bundesländer erstmals umfassende, vom IQTIG aufbereitete Qualitätsdaten für die einzelnen Krankenhäuser in ihrer Region. Die Daten würden auch den Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Falls bei der Datenanalyse Auffälligkeiten aufträten, würden die betreffenden Krankenhäuser zur Stellungnahme aufgefordert. Diese Bewertungen der Krankenhäuser würden ebenfalls übermittelt. Die Methodik sei ausgesprochen komplex und werde erst Schritt für Schritt weiterentwickelt. Es sei daher nicht damit zu rechnen, dass es kurzfristig einen Maßstab für eine „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“, wie er für Entscheidungen über die Aufnahme/Herausnahme eines Krankenhauses bzw. einer Abteilung in den bzw. aus dem Krankenhausplan benötigt werde, geben werde. Das Land sollte diesen Prozess aktiv begleiten und seine bisherigen Erfahrungen im Spannungsfeld zwischen Qualitätskriterien und flächendeckender Versorgung einbringen. Für eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung würden die jetzigen Krankenhausstandorte benötigt. Mit den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werde die Grundlage für eine zukunftssichere und am Patienten orientierte Krankenhausplanung geschaffen. Dies sei auch in Zukunft möglich, wenn alle am Planungsprozess beteiligten Akteure eingebunden würden. Diese intensive Zusammenarbeit habe zu einer hochwertigen stationären Versorgung im Land geführt. Nach § 9 Absatz 1 Satz 2 LKHG M-V sollten die vom Verband der Ersatzkassen e. V. - Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern genannten Formulierungen eingefügt sowie der Satz angefügt werden, dass parallel Maßnahmen mit dem betroffenen Krankenhaus zur Wiedererfüllung der notwendigen Qualitätsvorgaben in einer Zielvereinbarung festzulegen seien.

Die AOK Nordost hat die Einbeziehung der Pflegestützpunkte in die Aufzählung der Partner der Zusammenarbeit und in das Entlassmanagement begrüßt. Die in Artikel 6 Nummer 3 des Gesetzesentwurfes vorgesehene Nichtanwendung des § 6 Absatz 1a Satz 1 KHG in Verbindung mit § 136c SGB V komme einem versorgungspolitischen „Offenbarungseid“ gleich. Das Gesundheitsland Nummer 1 in Deutschland sollte qualitätssichernde Kriterien nicht nur übernehmen, sondern darüber hinaus auch eigene Qualitätskriterien entwerfen und diese rechtsverbindlich umsetzen. Die Freie und Hansestadt Hamburg, Berlin und andere Bundesländer setzten dies bereits um und zögen damit sowohl jungen, an Qualität interessierten ärztlichen Nachwuchs als auch immer mehr Patienten, auch aus Mecklenburg-Vorpommern, an. Mit der erst kürzlich durch die Ärztekammer beschlossenen Qualitätsleitlinie zur Kardiologie liege ein landeseigenes Qualitätskriterium erster Güte vor. Dafür sei aber bisher keine planungsrechtliche Verbindlichkeit erreicht worden. Die demografischen Auswirkungen und der sich abzeichnende Fachkräftemangel in sämtlichen medizinischen Berufen - jede fünfte Stelle könnte im Jahr 2030 unbesetzt bleiben - führten bereits heute in eine geographisch bedingte Zwei-Klassen-Medizin zu Gunsten der Agglomerationsräume Rostock, Greifswald, Schwerin und Neubrandenburg. Es könne nicht der politische Wille sein, diese Situation durch eine explizite Nichtanwendung der bundeseigenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und den Ausschluss landeseigener, weiterer qualitativer Strukturkriterien zu verschärfen. Neben den versorgungspolitischen Risiken für Patienten und den bereits angesprochenen Auswirkungen auf die korrelierende Attraktivität für den ärztlichen Nachwuchs hätte eine Entscheidung gegen Qualitätsindikatoren auch bundespolitische Bedeutung. Je mehr Länder die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren explizit ausschlossen und landeseigene Qualitätskriterien ablehnten, desto intensiver werde sich die Gesundheitspolitik auf Bundesebene mit verbindlich umzusetzenden Qualitätskriterien beschäftigen und diese medial und vergleichend transparent machen. Diese Entwicklung sei bereits seit dem Krankenhausstrukturgesetz sehr intensiv zu beobachten und könne mittelfristig dazu führen, dass die Länder, die ihren Investitionsverpflichtungen kaum nachkämen, sukzessive „entmachtet“ würden. Die Daseinsvorsorge als Aufgabe des Landes könnte durch die zahlreichen Ausnahmen und Ausschlüsse in Frage gestellt werden. Der nachvollziehbare Impuls, Strukturen durch den Ausschluss von Qualitätskriterien, auch vor dem Hintergrund der Bedeutung der Krankenhäuser als größte Arbeitgeber im Land, zu festigen, führe mittel- und langfristig zur möglichen Gefährdung von Patienten und Krankenhäusern. Es wurde angeregt, nach § 9 Absatz 1 Satz 3 LKHG M-V folgende Sätze einzufügen: „Der Krankenhausplan soll in Verbindung mit den Feststellungsbescheiden für die Krankenhäuser verbindliche Qualitätsvorgaben enthalten. Zusätzlich kann die Landesregierung durch Rechtsverordnung Qualitäts- und Strukturanforderungen regeln, die der Qualitätssicherung von im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachrichtungen, der Beschreibung und Zuordnung bestimmter Leistungen oder der medizinischen Fachplanung dienen. Über die Anwendung oder Nichtanwendung des § 6 Absatz 1a Satz 1 KHG entscheidet das zuständige Ministerium im Benehmen mit den unmittelbar an der Krankenhausplanung Beteiligten gemäß § 7 KHG.“. Ferner sollte dem Patienten nach Beendigung des Anwendungsfalles die Möglichkeit zum Abruf der Daten gegeben werden. Deshalb wurde vorgeschlagen, § 36 Absatz 3 LKHG M-V wie folgt zu fassen: „Soweit die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten in automatisierten Verfahren mit der Möglichkeit des Direktabrufs gespeichert werden, ist nach Abschluss der Behandlung die Möglichkeit des Direktabrufs so zu sperren, dass nur noch der bzw. die Betroffene selbst die Daten abrufen kann.“.

Überdies wurde empfohlen, in Artikel 7 Nummer 6 des Gesetzentwurfes den Personenkreis zu erweitern und dem Qualitätsmanager in den Leitstellen nach entsprechender Beauftragung ebenfalls die Möglichkeit zur Nutzung der aufgezeichneten Notrufgespräche einzuräumen sowie das Wort „Qualitätskontrolle“ durch das Wort „Qualitätssicherung“ zu ersetzen.

Die DAK-Gesundheit - Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern hat die in Artikel 6 Nummer 2 des Gesetzentwurfes vorgesehene Ergänzung der Pflegestützpunkte begrüßt. Die Pflegestützpunkte stellen eine wichtige Beratungsstelle für von Pflegebedürftigkeit betroffene Personen und ihre Angehörigen dar. Es sei von großem Wert, wenn die Krankenhaus-träger die Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten pflegten und im Bedarfsfall auf deren Beratungsangebote hinwiesen. Die in Artikel 6 Nummer 3 des Gesetzentwurfes vorgeschlagene Änderung würde bedeuten, dass die durch das Krankenhausstrukturgesetz neu aufgenommenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in Mecklenburg-Vorpommern nicht zur Anwendung kämen. Die Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus dürfe bei der Planung nicht vernachlässigt werden. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz werde das Ziel verfolgt, die Qualität der Krankenhausversorgung zukünftig noch stärker in den Fokus zu nehmen. Die bisherigen Ziele Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit seien um die gleichrangigen Ziele der qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung ergänzt und mit dem hohen Schutzgut des Allgemeinwohls begründet worden. Die Weiterentwicklung der qualitativen Standards sei Bestandteil des Eckpunktepapiers der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform gewesen, welches mit dem Krankenhausstrukturgesetz umgesetzt worden sei. Die Implementierung von Qualitätsparametern sei dabei ein besonderes Anliegen gewesen. In der Begründung zu § 136c Absatz 1 SGB V sei ausgeführt worden, dass die vom G-BA zu beschließenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren den Ländern Kriterien für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung nach § 8 Absatz 1a und 1b KHG liefern sollten. Sie würden nach § 6 Absatz 1a KHG Bestandteil des Krankenhausplans, soweit die zuständige Landesregierung dies nicht durch Rechtsverordnung ausschließe. Durch die Anwendung der Qualitätsindikatoren würden die Länder in die Lage versetzt, bei ihren Planungsentscheidungen neben Aspekten der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern auch die Versorgungsqualität der Einrichtungen zu berücksichtigen. Auf diesem Wege könnten Erkenntnisse aus der Qualitätssicherung des G-BA künftig auch im Rahmen der Krankenhausplanung umgesetzt werden. Das Krankenhausstrukturgesetz regle, dass die Länder als Planungsbehörde Ergebnisse aus der bereits seit längerem etablierten externen Qualitätssicherung der stationären Patientenversorgung erhielten. Sie würden damit in die Situation versetzt, im Rahmen der Krankenhausplanung aktiv auf die Versorgungsqualität Einfluss zu nehmen. Mit Blick auf das Patientenwohl sei es irritierend, dass das Gesundheitsland Nummer 1 diese Chance nicht nutzen wolle. Der Gesetzentwurf werde in Bezug auf den expliziten Ausschluss der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren abgelehnt. Es wurde vorgeschlagen, die in der Begründung zum Gesetzentwurf aufgezeigten Möglichkeiten zur Anwendung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gesetzlich zu regeln und nach § 9 Absatz 1 Satz 2 LKHG M-V die vom Verband der Ersatzkassen e. V. - Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern empfohlenen Sätze einzufügen.

IV. Wesentliche Ergebnisse der Beratungen des Wirtschaftsausschusses

1. Allgemeines

Seitens des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit (Wirtschaftsministerium) ist im Wesentlichen darauf hingewiesen worden, dass die DSGVO ab dem 25. Mai 2018 unmittelbar gelte und mit dem vorliegenden Gesetzentwurf das Gesundheitsrecht des Landes an die DSGVO angepasst werden solle. Im Rettungsdienstgesetz solle zur Unterstützung der geltenden Hilfsfrist von zehn Minuten insbesondere die Möglichkeit zur Begleitung der nicht-ärztlichen Rettungskräfte durch Telenotärzte bedarfs- und praxisgerecht erweitert werden. Im Landeskrankenhausgesetz solle vorsorglich die Geltung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren des G-BA bei der Krankenhausplanung - wie in vielen anderen Bundesländern auch - beschränkt werden, um auf Landesebene ortsnahe Versorgungsstrukturen erhalten zu können. Im Krebsregistrierungsgesetz solle das Melde- und Vergütungsverfahren in Abstimmung mit den Leistungserbringern praxisgerecht ausgestaltet werden. Der Gesetzentwurf sei umfassend mit dem Landesdatenschutzbeauftragten abgestimmt worden. Ferner enthalte der Gesetzentwurf redaktionelle Aktualisierungen des Landesgesundheitsrechts. Durch die vorgesehenen Änderungen entstehe für die Haushalte des Landes, der Kommunen und Dritter kein zusätzlicher Kostenaufwand.

Seitens der Fraktion der SPD ist kritisiert worden, dass im Rahmen der Umsetzung der Datenschutz-Grundverordnung eine erhebliche Änderung des Landeskrankenhausgesetzes herbeigeführt werden solle. Dieser Themenkomplex hätte einer deutlich breiteren Diskussion zugeführt werden müssen. Es ist hinterfragt worden, welche Bundesländer von der Möglichkeit der Nichtanwendung des § 6 Absatz 1a Satz 1 KHG Gebrauch machten.

Vonseiten des Wirtschaftsministeriums ist darauf hingewiesen worden, dass lediglich vier Bundesländer, darunter Hessen, die Freie und Hansestadt Hamburg sowie Niedersachsen, die neuen Qualitätsindikatoren wirksam werden lassen wollten, während 12 Länder die Anwendung des § 6 Absatz 1a Satz 1 KHG entweder bereits ausgeschlossen hätten oder hierzu die entsprechenden gesetzlichen Maßnahmen vorbereiteten. In einigen Ländern werde auch die Möglichkeit eingeräumt, die neuen Qualitätsindikatoren mit den Planungsbeteiligten zu beraten und diese im Einzelfall zur Anwendung gelangen zu lassen.

Die Fraktion DIE LINKE hat ausgeführt, dass mit der vorgesehenen Unanwendbarkeit des § 6 Absatz 1a Satz 1 KHG im Rahmen der Umsetzung der DSGVO indirekt in den Landeskrankenhausplan eingegriffen werde. Es wurde nachgefragt, welche Konsequenzen diese Regelung für die Qualitätssicherung und die Gewährleistung der Versorgung im ländlichen Raum haben werde.

Seitens des Wirtschaftsministeriums ist geäußert worden, dass sich die im Rahmen der Verbandsanhörung beteiligten Krankenkassen einhellig kritisch zu der in Artikel 6 Nummer 3 des Gesetzentwurfes vorgesehenen Änderung geäußert hätten, während die kommunalen Spitzenverbände und die Landeskrankenhausgesellschaft diese Regelung begrüßt hätten. Die Mindestmengenvorgaben würden weiterhin beachtet und die im Landeskrankenhausgesetz enthaltene Qualitätsvorgabe für die Krankenhausplanung bleibe weiterhin bestehen. Für die Zukunft solle sich eine Prüfung der Umsetzung von neu einzuführenden Qualitätsindikatoren vorbehalten werden. Hier werde wie bisher eng mit den Krankenkassen und anderen Planungsbeteiligten zusammengearbeitet. Wenn einzelne Parameter sinnvoll für das Land seien, würden diese auch umgesetzt.

Mit der bei der Landeskrankenhausgesellschaft angesiedelten Landesgeschäftsstelle Qualität werde eine gemeinsame Arbeitsgruppe gebildet, die die vom G-BA angekündigten Daten auswerte. Die Krankenkassen seien als Planungsbeteiligte auch künftig nach der Geschäftsordnung des Planungsausschusses, nach dem Landeskrankenhausplan und nach dem Landeskrankenhausgesetz berechtigt, Vorschläge für die Krankenhausplanung zu unterbreiten.

Seitens der Fraktion der AfD wurde die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Änderung des Landeskrankenhausgesetzes befürwortet, aber darauf aufmerksam gemacht, dass sie nicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der DSGVO stehe. Es wurde vorgeschlagen, die Ressortbezeichnungen im Landesgesundheitsrecht entsprechend den Änderungen im Krebsregistrierungsgesetz anzupassen, um weitere Änderungen bei neuen Ressortbezeichnungen zu vermeiden. Der im Rettungsdienstgesetz vorgesehene Einsatz von Telenotärzten habe zur Folge, dass die Rettungsärzte nicht mehr vor Ort seien, worin eine mögliche Qualitätseinbuße gesehen werde, die auch zusätzliche Risiken berge.

Seitens des Wirtschaftsministeriums ist erwidert worden, dass zwar bei allgemeinen Bezeichnungen keine weiteren Anpassungen in den Gesetzen bei Änderung der Ressortzuschnitte erforderlich seien, allerdings vielen Bürgern die Ressortzuständigkeit nicht bekannt sei. Das Wirtschaftsministerium sei seit der 7. Legislaturperiode das einzige Wirtschaftsministerium bundesweit, das für den Gesundheitsbereich zuständig sei. In enger Zusammenarbeit mit den Kommunen als Träger des Rettungsdienstes sei mit dem Einsatz von Telenotärzten eine zusätzliche Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung insbesondere im ländlichen Raum und zur Qualitätssicherung geschaffen worden. Wenn ein Notarzt vor Ort erforderlich sei, werde dieser auch zur Unfallstelle entsendet. Es werde eine Qualitätsverbesserung erreicht, wenn die örtlichen Notfallsanitäter durch medizinischen Beistand unterstützt würden. Auch ein vor Ort anwesender Notarzt könne eine Beratung mit einem weiteren Arzt suchen. Die grundsätzliche Hilfsfrist und die Möglichkeit der Entsendung eines Notarztes bleibe weiterhin bestehen. Das Rettungsdienstgesetz sei 2015 umfassend überarbeitet worden. Auf dieser Grundlage sei die Rettungsdienstplanung 2016 erstellt worden. Damals sei bereits überlegt worden, Telenotärzte zu berücksichtigen. Es gebe bundesweit Diskussionen und Modellversuche zur Nutzung der Telemedizin im Rettungsdienst. Die telemedizinische Anwendung im Rettungsdienst rette Menschenleben, sei eine Antwort auf die knappen Ressourcen, insbesondere bei der Versorgung in den ländlichen Räumen, und werde auch von den kommunalen Spitzenverbänden begrüßt. Die Träger des Rettungsdienstes hätten die Aufgabe der landesweiten Überplanung mit Blick auf die Aufstellung des Landes mit Rettungs- und Notarztwachen. Die Betrachtung der Überplanung solle nicht an den Kreisgrenzen enden, sondern für das gesamte Land angestellt werden. Dem im Rettungsdienstgesetz festgeschriebenen Grundsatz der Wirtschaftlichkeit müsse auch im ländlichen Bereich Rechnung getragen werden. Deshalb sollten mögliche Instrumente wie die Luftrettung und die telemedizinische Begleitung bei der Überplanung miteinbezogen werden. Die Rettungsfahrzeuge würden mit der entsprechenden Technik ausgestattet. Damit könnten die Vitalfunktionsdaten des Patienten an den Telenotarzt übermittelt und dem Rettungspersonal vor Ort Möglichkeiten zur Ergreifung bestimmter Maßnahmen gegeben werden.

Seitens der Fraktion der BMV ist mit Blick auf Artikel 6 Nummer 4 des Gesetzentwurfes (§ 33 Absatz 3 - Offenbarung der personenbezogenen Daten zum Zweck der Unterrichtung von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen) hinterfragt worden, ob es eine Änderung zu der bisherigen Auskunftserteilung gebe.

Seitens des Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern ist mitgeteilt worden, dass diese Regelung bereits im Landeskrankenhausgesetz enthalten gewesen sei und unter dem Vorbehalt der Erforderlichkeit stehe. Vorrang habe zunächst die Einholung der Einwilligung des Patienten, sofern dieser hierzu in der Lage sei.

2. Zu den Artikeln 1 bis 10 des Gesetzentwurfes

Die Fraktion der AfD hatte beantragt, in Artikel 1 Nummern 2 und 3 sowie in Artikel 3 Nummern 1 und 3 jeweils die Wörter „Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ durch die Wörter „für Gesundheit zuständige Ministerium“ zu ersetzen.

Zur Begründung wurde ausgeführt, dass mit der vorgeschlagenen Änderung künftige Veränderungen in den Ressortzuschnitten keiner weiteren gesetzlichen Anpassung bedürften.

Seitens der Fraktion der SPD wurde dargelegt, dass sich erneute Anpassungserfordernisse in Bezug auf die vorgeschlagenen Änderungen ergäben, wenn der Bereich des Gesundheitswesens zukünftig auf verschiedene Ministerien aufgeteilt würde.

Die Fraktion der AfD hat angemerkt, dass sie eine Aufteilung des Bereichs Gesundheitswesen auf verschiedene Ministerien für unwahrscheinlich halte.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag mehrheitlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, CDU und BMV gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und DIE LINKE abgelehnt.

Die Fraktion der AfD hatte beantragt, in Artikel 2 Nummer 1 und in Artikel 7 Nummer 3 jeweils die Wörter „Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ durch die Wörter „für Gesundheit zuständige Ministerium“ zu ersetzen.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag mehrheitlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und CDU gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und DIE LINKE bei Enthaltung seitens der Fraktion der BMV abgelehnt.

Die Fraktion DIE LINKE hatte beantragt, Artikel 6 wie folgt zu ändern:

1. Nummer 2 wird gestrichen.
2. Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

Nach § 9 Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

Ausnahmen von § 6 Absatz 1a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gelten nur in begründeten Fällen und nach Beratung und Festlegung im Rahmen der Krankenhausplanung im Land.“

3. Nummer 4 wird wie folgt geändert:

In § 34 Absatz 2 wird dem ersten Satz folgender Satz vorangestellt:

„Vor der Verarbeitung personenbezogener Daten für die Zwecke nach Absatz 1 Nummern 2, 3 und 5 ist die Einwilligung der Patientinnen und Patienten einzuholen.“

Zur Begründung ist angeführt worden, dass die bisherige Formulierung „den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens“ sowohl die Pflegestützpunkte als auch Pflegeheime, Kurzzeit- und ambulante Pflegeeinrichtungen umfasse. Nach Bundesrecht müssten die Krankenhäuser für ihre Patientinnen und Patienten ein Entlassmanagement durchführen (§§ 11 und 39 SGB V, Rahmenvereinbarung zum Entlassmanagement). Sie müssten die notwendigen Hilfen rechtzeitig planen und organisieren. Das schließe die pflegerische Erstversorgung ein. Die geplante Regelung würde mit den Pflegestützpunkten einen weiteren Akteur in das Überleitungsmanagement verpflichtend einführen, womit die Kommunikation zwischen den einzelnen Leistungserbringern und den Patientinnen und Patienten nicht einfacher würde, da Pflegestützpunkte keine Pflegeleistung erbrächten. Sie könnten lediglich über die gesetzlichen Ansprüche und die regionalen Angebote informieren. Die Krankenhäuser hingegen könnten sich von ihrer Verantwortung für einen reibungslosen Übergang der Patientinnen und Patienten bei der pflegerischen Nachversorgung entlasten. Die zu Nummer 3 vorgeschlagene Formulierung entspreche inhaltlich weitgehend der Begründung im Gesetzentwurf. Eine durchgängige Nichtanwendung würde grundsätzlich alle planungsrelevanten Indikatoren des G-BA zur Qualitätsverbesserung im stationären Sektor außer Kraft setzen. Da weder das Landeskrankenhausesgesetz noch der Krankenhausplan in Mecklenburg-Vorpommern verbindliche Qualitätsindikatoren auswiesen, bestehe die Gefahr, dass sich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Versorgung im Land verschlechtern könnten. Die Nord-Bundesländer Schleswig-Holstein und Niedersachsen hätten die Qualitätsindikatoren des G-BA in ihren Landesgesetzen nicht pauschal ausgeschlossen. Die Freie und Hansestadt Hamburg habe die Qualitätsindikatoren des G-BA durch eigene Qualitätsanforderungen ergänzt. Für die Verarbeitung personenbezogener Daten zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen, Planungszwecke und Wirtschaftlichkeits- und Organisationsuntersuchungen sowie für im Krankenhaus durchgeführte Aus-, Fort- und Weiterbildungen sollten gleiche Voraussetzungen gelten wie für Forschungszwecke, für die im neu gefassten § 37 des Gesetzentwurfes die Einwilligung der betroffenen Patientinnen und Patienten gefordert werde.

Seitens der Fraktion der SPD ist darauf verwiesen worden, dass mit der Umsetzung der DSGVO die Patientenrechte noch weiter gestärkt würden. Insoweit sollte mit einer zusätzlichen Einwilligung nicht noch eine weitere Voraussetzung geschaffen werden, die die Datenerhebung in diesem Bereich erschweren würde. Die ausdrückliche Erwähnung der Pflegestützpunkte im Gesetzentwurf werde begrüßt. Es sei nicht unbedingt klar erkennbar, dass Pflegestützpunkte unter die Begrifflichkeit „sonstige Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens“ fielen.

Die Fraktion DIE LINKE hat vorgeschlagen, die in Rede stehende Änderung des Landeskrankenhausgesetzes erst bei der nächsten Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes aufzunehmen. Es ist nachgefragt worden, warum die Differenzierung in der Begründung des Gesetzentwurfes nicht in die vorgesehene Änderung des Landeskrankenhausgesetzes aufgenommen worden sei. Im Übrigen dürften die Patientendaten nicht ohne Einwilligung zu Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen oder Organisationsentwicklungen verwendet werden. Die Patienten sollten Kenntnis von der Verwendung ihrer Daten haben.

Seitens des Wirtschaftsministeriums ist betont worden, dass die Qualitätsleitlinien des G-BA weiterhin gelten würden und nicht von dieser Änderung betroffen seien. Lediglich die unmittelbare, sofortige Wirksamkeit der neuen Parameter sollte ausgeschlossen werden. Es sei vorgesehen, dass die Planungsbeteiligten die neuen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA prüften und dann gemeinsam entschieden, ob und inwieweit sie ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung im Land seien und umgesetzt werden sollten. In den Gründen der Richtlinie des G-BA sei ausgeführt worden, dass die Qualitätsindikatoren nur ein Einstieg sein könnten, da sie keine unmittelbaren Schlussfolgerungen auf die Fachabteilungsebene oder auf das gesamte Krankenhaus als Ebene der Landeskrankenhausplanung zuließen. Im Rahmen der Beschlussfassung im G-BA sei die zugrundeliegende Richtlinie sowohl von den Patientenvertretern als auch von den Ländern abgelehnt worden. Außerdem würden unter Zugrundelegung der Vorschläge der Krankenkassen der Aspekt der Bedarfsgerechtigkeit nach hinten verlagert und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte in den Vordergrund gestellt. Zudem beehrten die Krankenkassen ein sogenanntes Vetorecht gegenüber Planungs- und Strukturentscheidungen des Landes, das sie bisher nicht innehatten. Die Landesregierung schlage ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt vor. Die Kassen forderten hingegen eine Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt, was in Einzelfällen zu Planungsunsicherheiten führen könnte.

Die Fraktion der AfD hat vorgeschlagen, die Änderung des Landeskrankenhausgesetzes vom vorliegenden Gesetzentwurf abzutrennen.

Die Fraktion der CDU hat festgestellt, dass auch viele andere Bundesländer den von der Landesregierung vorgeschlagenen Weg gingen. Der Landtag in seiner Gesamtheit verfolge das Ziel der Erhaltung der aktuellen Krankenhausstandorte. Insoweit müssten auch die hierfür erforderlichen Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden.

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern hat darüber informiert, dass die Stärkung der Betroffenenrechte und die Transparenz die wesentlichen Schwerpunkte der DSGVO bildeten. An verschiedenen Stellen der DSGVO werde das Mittel der Pseudonymisierung genannt. Gemäß Erwägungsgrund 156 zu Artikel 89 DSGVO sollte es den Mitgliedstaaten erlaubt sein, unter bestimmten Bedingungen und vorbehaltlich geeigneter Garantien für die betroffenen Personen Präzisierungen und Ausnahmen in Bezug auf die Informationsanforderungen sowie der Rechte auf Berichtigung, Löschung, Vergessenwerden, zur Einschränkung der Verarbeitung, auf Datenübertragbarkeit sowie auf Widerspruch bei der Verarbeitung personenbezogener Daten zu im öffentlichen Interesse liegende Archivzwecken, zu wissenschaftlichen oder historischen Forschungszwecken oder zu statistischen Zwecken vorzusehen. Insoweit sei die Transparenz der Betroffenenrechte eingeschränkt.

Das Wirtschaftsministerium hat darauf hingewiesen, dass schon jetzt dem Patientendatenschutz im Krankenhaus in einem besonders hohen Maße Rechnung getragen werde.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag mehrheitlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und CDU gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und DIE LINKE bei Enthaltung seitens der Fraktion der BMV abgelehnt.

Die Fraktion der BMV hatte beantragt, Artikel 7 Nummern 1, 2 und 4 zu streichen und in Artikel 7 Nummer 6 vor den Wörtern „zu Fortbildungszwecken“ die Wörter „unter der Voraussetzung, dass die Person, die den Notruf getätigt hat, einwilligt,“ einzufügen.

Zur Begründung wurde ausgeführt, dass die telemedizinische Begleitung nicht den Notarzt ersetze. Sie stelle lediglich eine Ergänzung des Rettungsmittels dar. Einsätze mit telemedizinischer Begleitung sollten deshalb nicht zur Berechnung der Hilfsfrist hinzugezogen werden. Außerdem befinde sich die telemedizinische Begleitung im Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern lediglich in einer frühen Projektphase. Auch deshalb könne sie nicht hilfsfristrelevant sein. Die zu Nummer 6 des Gesetzentwurfes vorgeschlagene Änderung sei im Sinne des Datenschutzes. Dadurch werde sichergestellt, dass ohne das Einverständnis des Anrufers mitgeschnittene Telefonate nicht zu Fortbildungszwecken verwendet werden könnten.

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern hat dargelegt, dass die Aufzeichnungen dem Zweck der Hilfe des Unfallopfers dienen. Die Verwendung der Mitschnitte zu Fortbildungszwecken bedürfe aufgrund der Zweckänderung einer besonderen Begründung. Im Ergebnis sei es eine Frage der Abwägung und Entscheidung des Parlaments. Eine Einwilligung sei gemäß Artikel 7 DSGVO nur unter bestimmten Voraussetzungen wirksam. Es sei zweifelhaft, ob eine Einwilligung sofort bei einer einen Unfall meldenden Person eingeholt werden könne, da diese sich in der Regel in einer psychischen Ausnahmesituation befinde. Gegebenenfalls sollte die Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt eingeholt werden.

Das Wirtschaftsministerium hat betont, dass es eine breite Zustimmung der Krankenkassen zu der Regelung in Artikel 7 Nummer 6 des Gesetzentwurfes gebe. Teilweise sei sogar gefordert worden, zusätzlich auch Qualitätsbeauftragten diese Befugnisse zu erteilen.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag zu Artikel 7 Nummern 1, 2 und 4 mehrheitlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und CDU gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und BMV bei Enthaltung seitens der Fraktion DIE LINKE abgelehnt.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag zu Artikel 7 Nummer 6 mehrheitlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, CDU und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE und BMV abgelehnt.

Die Fraktion DIE LINKE hatte beantragt, Artikel 7 wie folgt zu ändern:

Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

Nach § 3 Absatz 2 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Sie können zusätzliche Ausrüstungen enthalten, um die telemedizinische Begleitung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals am Einsatzort und auf dem Transport durch eine Notärztin oder einen Notarzt zu ermöglichen.“

Zur Begründung wurde ausgeführt, dass nicht das Notarzteinsatzfahrzeug, das mit einer Notärztin oder einem Notarzt besetzt sei, der telemedizinischen Begleitung bedürfe, sondern vorrangig das nichtärztliche Personal auf den Rettungswagen. Das verkürze die arztfreie Zeit für die Patientinnen und Patienten und ermögliche bei der notärztlichen Behandlung eine bessere Ressourcenallokation, wie Erfahrungen u. a. im Landkreis Vorpommern-Greifswald zeigten.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag mehrheitlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und CDU gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und DIE LINKE bei Enthaltung seitens der Fraktion der BMV abgelehnt.

Die Fraktion der BMV hatte beantragt, Artikel 8 Nummer 1 zu streichen.

Insoweit wurde auf die Begründung zu der vorgeschlagenen Änderung in Artikel 7 Nummern 1, 2 und 4 verwiesen.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag mehrheitlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und CDU gegen die Stimme der Fraktion der BMV bei Enthaltung seitens der Fraktionen der AfD und DIE LINKE abgelehnt.

Die Fraktion der AfD hatte beantragt, in Artikel 8 Nummer 3 die Wörter „Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit“ durch die Wörter „für Gesundheit zuständige Ministerium“ zu ersetzen.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag mehrheitlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und CDU gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Enthaltung seitens der Fraktion der BMV und bei Nichtbeteiligung der Fraktion DIE LINKE an der Abstimmung abgelehnt.

Die Fraktionen der CDU und SPD hatten beantragt, Artikel 9 wie folgt neu zu fassen:

**„Artikel 9
Änderung des Psychischkrankengesetzes**

Das Psychischkrankengesetz vom 14. Juli 2016 (GVObI. M-V S. 593) wird wie folgt geändert:

1. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Zum Zweck der eindeutigen Identifizierung dürfen die Einrichtungen des Maßregelvollzuges von den biometrischen Daten nach Artikel 9 Absatz 1 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 EU 119 vom 4. Mai 2016, S. 1, L 314, S. 72) nur äußerliche körperliche Merkmale verarbeiten.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die biometrischen Daten zur eindeutigen Identifizierung der betroffenen Person dürfen unbeschadet von § 47 Absatz 6 und 7 nur zur Identitätsfeststellung in den Einrichtungen des Maßregelvollzuges verarbeitet werden. Sie sind getrennt von den Krankenakten aufzubewahren.“

2. § 47 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Für die Verarbeitung personenbezogener Daten der Menschen mit psychischen Krankheiten oder Dritter gelten ergänzend zur Datenschutz-Grundverordnung und den nachfolgenden Regelungen die Vorschriften des Landesdatenschutzgesetzes und des Landeskrankenhausgesetzes. Nehmen nicht öffentliche Stellen Aufgaben nach diesem Gesetz wahr, findet § 22 Absatz 3 des Landesdatenschutzgesetzes keine Anwendung.“

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Gesundheitsdaten der Menschen mit psychischen Krankheiten dürfen durch die einweisende Behörde, die Gerichte, das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit, den Sozialpsychiatrischen Dienst, den Landrat und den Oberbürgermeister sowie die Einrichtungen oder die Einrichtungen des Maßregelvollzuges verarbeitet werden, soweit es für die Gewährung von Hilfen, für die ordnungsgemäße Unterbringung und Behandlung einschließlich der staatlichen Aufsicht und der Abwehr von Gefahren, für die Sicherheit sowie das geordnete Zusammenleben in den Einrichtungen und für die Wiedereingliederung der Menschen mit psychischen Krankheiten nach der Entlassung erforderlich ist.“

c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Im Rahmen der Unterbringung im Maßregelvollzug dürfen die Einrichtungen listenmäßig erfassen, welche Personen zu welchem Zeitpunkt die Einrichtungen betreten oder verlassen haben und bei welcher in der Einrichtung untergebrachten Person der Besuch erfolgte. Zu diesem Zweck dürfen die Einrichtungen von den Personen, die die Einrichtungen betreten, Vor- und Nachnamen, das Datum sowie den Grund des Besuchs und von der untergebrachten Person den Namen verarbeiten.“

d) Absatz 10 wird wie folgt gefasst:

„(10) Das Auskunftsrecht nach Artikel 15 der Datenschutz-Grundverordnung besteht nicht, soweit konkrete Tatsachen den Verdacht begründen, dass die Auskunft zu schwerwiegenden gesundheitlichen Nachteilen bei dem Menschen mit psychischen Krankheiten führt. Anstelle der Auskunft nach Artikel 15 der Datenschutz-Grundverordnung vermitteln die behandelnde Ärztin oder der Arzt oder die behandelnde Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut oder die behandelnde Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder die behandelnde Psychologin oder der Psychologe die entsprechenden Inhalte unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes an die Menschen mit psychischen Krankheiten. Der Landesbeauftragte für den Datenschutz ist zu informieren, wenn nach Satz 1 keine Auskunft erteilt wird. Die Verweigerung von Auskunft oder Einsicht ist mit einer Begründung in den Akten zu vermerken.“

2. Der bisherige Artikel 9 wird Artikel 10.“

Zur Begründung wurde ausgeführt, dass § 41 Absatz 1 die Verarbeitung biometrischer Daten zur eindeutigen Identifizierung regelt. Biometrische Daten zum Zweck der eindeutigen Identifizierung gehören zu den besonderen Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Absatz 1 DSGVO. Soweit diese Daten nach mitgliedstaatlichem Recht verarbeitet werden sollten, müsse diese Rechtsgrundlage angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Person vorsehen. Als Maßnahmen in diesem Sinne würden die Art der Daten genau bestimmt, der Kreis der Verantwortlichen eingeschränkt und eine enge Zweckbindung in Absatz 2 ergänzt. Darüber hinaus würden sprachliche Anpassungen vorgenommen und die bisherigen Begriffe durch jene der DSGVO ersetzt. Die Änderung in § 47 Absatz 1 sei redaktioneller Natur und diene der Anpassung an die DSGVO. Soweit in dem bisherigen Wortlaut Adressaten genannt worden seien, bei denen zweifelhaft gewesen sei, ob sie dem Landesdatenschutzgesetz unterlägen, werde dies in Absatz 1 durch den Verweis auf das Landesdatenschutzgesetz klargestellt. Zu § 47 Absatz 2 ist dargelegt worden, dass § 4 DSG M-V die allgemeine Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch öffentliche Stellen sei, jedoch nicht zur Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten ermächtige. Diese Rechtsgrundlage müsse ergänzt werden und nach Artikel 9 Absatz 2g DSGVO angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Person vorsehen und aus Gründen eines erheblichen öffentlichen Interesses erforderlich sein. Um diesen Anforderungen zu genügen, würden der Zweck sowie die Art der Daten eingeschränkt. Weitere Maßnahmen fänden sich in den nachfolgenden Absätzen, beispielsweise zu den Speicherfristen.

Die Änderung in § 47 Absatz 4 diene insbesondere der notwendigen sprachlichen Anpassung an die DSGVO und enthalte inhaltlich keine Neuerungen. Die Regelung in § 47 Absatz 10 enthalte eine Einschränkung des Rechts auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO. Nach Artikel 23 Absatz 1i DSGVO könne das Recht auf Auskunft eingeschränkt werden, wenn dies zum Schutz der betroffenen Person erforderlich sei. Eine Regelung, die Betroffenenrechte einschränke, müsse nach Artikel 23 Absatz 2 DSGVO darüber hinaus Maßnahmen zur Kompensation dieses Eingriffs enthalten. Insoweit werde die Unterrichtung durch die behandelnden Ärzte, Psychologen und Therapeuten beibehalten und als Verpflichtung ausgestaltet. Die verpflichtende Benachrichtigung des Landesdatenschutzbeauftragten werde ebenfalls aus diesem Grund ergänzt. Zudem mache sie die Belehrung der betroffenen Person bezüglich eines Beschwerderechts bei der Aufsichtsbehörde durch Ärzte, Psychologen und Therapeuten erlässlich.

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit hat angemerkt, dass die vorgeschlagene Änderung aus datenschutzrechtlicher Sicht unbedenklich sei und seine Zustimmung finde. Es sei notwendig, bis zum 25. Mai 2018 eine Änderung herbeizuführen, da ansonsten eine Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der medizinischen Daten fehle.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag einstimmig angenommen.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden hat der Ausschuss einstimmig die in der Zusammenstellung ersichtlichen redaktionellen und rechtsförmlichen Änderungen zu den Artikeln 1 bis 8 und 10 des Gesetzentwurfes angenommen.

Der Ausschuss hat einvernehmlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, CDU und BMV bei Enthaltung seitens der Fraktionen der AfD und DIE LINKE beschlossen, die Artikel 1 bis 5 und 10 des Gesetzentwurfes mit den aus der Zusammenstellung ersichtlichen Änderungen und im Übrigen unverändert anzunehmen.

Der Ausschuss hat mehrheitlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und CDU gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE und einer Gegenstimme der Fraktion der AfD sowie bei einer Enthaltung seitens der Fraktion der AfD und Enthaltung der Fraktion der BMV beschlossen, Artikel 6 des Gesetzentwurfes mit den aus der Zusammenstellung ersichtlichen Änderungen und im Übrigen unverändert anzunehmen.

Der Ausschuss hat einvernehmlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und CDU bei Enthaltung seitens der Fraktionen der AfD, DIE LINKE und BMV beschlossen, Artikel 7 des Gesetzentwurfes mit den aus der Zusammenstellung ersichtlichen Änderungen und im Übrigen unverändert anzunehmen.

Der Ausschuss hat einvernehmlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, CDU und AfD bei Enthaltung seitens der Fraktionen DIE LINKE und BMV beschlossen, Artikel 8 des Gesetzentwurfes mit den aus der Zusammenstellung ersichtlichen Änderungen und im Übrigen unverändert anzunehmen.

3. Zum Gesetzentwurf insgesamt

Der Ausschuss hat einvernehmlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und CDU bei Enthaltung seitens der Fraktionen der AfD, DIE LINKE und BMV beschlossen, dem Landtag zu empfehlen, den Gesetzentwurf der Landesregierung auf Drucksache 7/1583 in der aus der Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen.

Schwerin, den 12. April 2018

Dietmar Eifler
Berichtersteller