



Zukunft gestalten mit Senioren

Landesseniorenrat Schleswig-Holstein e.V.
Kantplatz 14, 24537 Neumünster

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Landeshaus
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Landesseniorenrat Schleswig-Holstein e.V.

Kantplatz 14, 24537 Neumünster
Tel.: 04321 / 695 78 90
Fax: 04321 / 695 78 91
landesseniorenrat-s-h@t-online.de
www.lsr-sh.de

Öffnungszeiten Geschäftsstelle:
Montag und Mittwoch: 9 - 12 Uhr
Büro: Renate Dreßler

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 19/4233

26. Juni 2020

Anhörung

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

Drucksache 19/2042

Abgabetermin 10. Juli 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

aus der Sicht des Landesseniorenrat Schleswig-Holstein e.V. begrüßen wir den
Gesetzentwurf.

Die Anregungen des Landesseniorenrat Schleswig-Holstein e.V. haben wir als Kommentar
dem Gesetzentwurf beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen

Peter Schildwächter

Stellungnahme des Landesseniorenrates SH e.V. zum Entwurf des Krankenhausgesetzes Drucksache 19/2042

11.06.2020

Die einzelnen Vorschläge zur weiteren Ausgestaltung des Gesetzes sind in der Anlage als Kommentare an den entsprechenden Stellen angefügt.
Im Einzelnen:

1) Die Problemstellungen

... sind gut nachvollziehbar.

2) Unter D.2. Verwaltungsaufwand ist die Finanzierung des erhöhten Verwaltungsaufwandes zu klären (Konnexitätsprinzip?). Ausführliche Erläuterung zum Gesetz.

3) Landesübergreifende Zusammenarbeit. Hier kann auch die Zusammenarbeit mit Dänemark einbezogen werden.

4) §1 (1) 1.: einzufügen ist „eine.....und gleichmäßige“ Versorgung.

5) §2 (5): Religionsgemeinschaften: Der Satz 1 ist unverständlich. Bitte genauer formulieren.

6) §3 (1) : Wie erfolgt die Abstimmung durch diese Beteiligten und nach welchen Kriterien? Nur nach Finanzierungsmöglichkeiten? Wird eine gleichmäßige Versorgung angestrebt?

7) §3 : Die Planung bezieht das gesamte Land Schleswig – Holstein mit ein einschließlich der Inseln und Halligen.

- 8) §5 Beteiligte und Beratende: Es sind auch Vertreter der Patienten und Beschäftigten als Betroffene zu beteiligen! Etwa die Gewerkschaften der Krankenhäuser, Vertreter der größten Patientengruppe – der älteren Menschen – mit dem Landesseniorenrat, Patientenombudsmann, Behindertenvertreter. Beteiligung größte Patientengruppe.
- 9) §7, 2. Zeile: das erwähnte *Krankenhausfinanzierungsgesetz* wird doch durch das Krankenhausgesetz ersetzt??

10) §8, Wahl der Standorte:

Zu berücksichtigen sind die Entfernungen von Patienten zu ihrer Versorgung. Für Patienten mit zeitkritischen Notfallerkkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Sepsis, schwerste Vielfachverletzungen, deren Behandlung spätestens innerhalb einer Stunde erfolgen muss, die innerhalb einer Stunde behandelt werden (siehe medizinische Leitlinien), ist eine lange Transportdauer wie Gift. Deshalb ist die Erfahrung und Kompetenz der betroffenen Fachorganisationen einzubeziehen: das Forum Leitender Notärzte Schleswig – Holstein e.V. (FLNSH) und die Arbeitsgemeinschaft Norddeutscher Notärzte e.V. (AGNN).

Für die Menschen mit den häufigsten Erkrankungen müssen regionale Krankenhäuser zur Verfügung stehen. Besonders für Ältere und ihre Angehörigen sind weite Wege, schon gar ohne Pkw und mit den unzulänglichen öffentlichen Verkehrsmitteln auf dem Land, nicht zumutbar. Für andere Altersgruppen und für Schwangere gilt das ebenso. Dass bei besonderen Erkrankungen Schwerpunktkrankenhäuser angemessen sind, steht außer Frage.

In Gebieten mit Mangel an Haus- und Fachärzten sind auch durch Zwischenformen Krankenhaus – und MVZ- Versorgung zu ermöglichen.

Aus den Erfahrungen mit den COVID-19-Erkrankungen sind auch einzubeziehen:

Kleinere regionale Krankenhäuser hatten regionale Kapazitäten an Beatmungsplätzen. Ebenso sind diese Kapazitäten für die Versorgung bei anderen großen Notfallereignissen wertvoll.

Durch vermehrte Home-Office Tätigkeiten, die auch nach den Pandemie – Maßnahmen bleiben werden, ist mit einem Zuzug von Menschen in stadtf fernere, grüne und günstigere Siedlungsgebiete zu rechnen. Regionale Verschiebungen „auf das Land“ sind mit einzuplanen.

§8 (3) zu den Qualitätskriterien der Behandlungen:

Die Qualität von Operationen und Prozeduren kann *nicht nur* an der Anzahl nach Krankenhaus oder Abteilung gemessen werden, sondern auch daran, *wieviele* der einzelne Operateur oder Behandler durchführt – und wie gut.

§8 (3) Für die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser ist aus Seniorensicht auch die Struktur der Umgebung entscheidend: Stehen bei den seit Jahren immer früheren Entlassungen ausreichend Reha-Klinik Plätze zur Verfügung? Oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen? Oder Altenheime (die Not ist groß)?

§8 (7) NEU: wegen der erheblichen Zuspitzung der Lage sind Kurzzeit- und Verhinderungszeitbetten an jedem Krankenhaus, mit Betonung auf Regionalität, aufzustellen. Nachtpflegebetten können ebenfalls dargestellt werden.

11) §10 Wechsel de Eigentümers: Welche Regelungen gelten bei Insolvenz eines privaten Klinikbetreibers? (vor 2 Jahren Paracelsus- Klinik, inzwischen Übergang zu anderem Besitzer).

12) §30 (1-3) Alarmplanung: In Sonderlagen sind freie Intensivbetten und Beatmungsplätze zentral zu melden.
Die Einsatzleitung des Krankenhauses ist zur Zusammenarbeit mit der lokalen Leitenden Notarztgruppe zu verpflichten. (wie sonst soll eine Evakuierung sinnvoll durchgeführt werden).

Alarmübungen sind konkret festzulegen: alle 2 Jahre verbindlich!

13) §27: Sollten bei Entlassung von Patienten weitere Versorgungs in Stationären Einrichtungen notwendig sein (Entlassmanagement), und diese nicht in der Umgebung zur Verfügung stehen, so haben die Krankenhäuser die Patienten in eigenen Kurzzeitpflegestationen zu versorgen. Dabei ist die Finanzierung nicht über Abschläge bei den Fallpauschalen zu berechnen.

14) §34(1) Betriebsleitung:
Der Betriebsleitung hat auch die Leitende Apothekerin oder der Leitende Apotheker anzugehören. Sie oder er ist für die Beschaffung und Bevorratung von auch in Pandemiezeiten oder für größere Notlagen ausreichende Medikamente und Schutzausrüstungen verantwortlich.

(Eine aus Erfahrung gewonnene Einsicht zeigt eine weitere Ergänzung):
Auch eine Leitende Oberärztin oder ein Leitender Oberarzt soll in der Krankenhausleitung gehört werden.

Abschließend nimmt der Landesseniorenbeirat wahr, dass von den Fraktionen deutliche Anstrengungen unternommen werden, den Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen zu beheben.

Das Fallpauschalen – Abrechnungssystem (DRGs) hat dazu geführt, dass aus Gründen möglicher finanzieller Vorteile Pflegestellen radikal weggekürzt wurden, ein Pflegenotstand geschaffen wurde, Operationen und Prozeduren nicht nur nach medizinischen Indikationen erfolgten und die Fallzahlen (sprich: Aufnahmen in Krankenhäusern) erheblich zunahmen. Die Anstrengungen der Regierung und anderer Fraktionen in Kiel, das DRG – System zu verändern oder teilweise außer Kraft zu setzen, sind erfreulich.

Entwurf der Fachgruppe 4 Pflege und Wohnen des Landesseniorenrat Schleswig-Holstein e.V.

Fachgruppensprecher Dr. Heinz – Dieter Weigert

Peter Schildwächter
Landesvorsitzender



Gesetzentwurf

der Landesregierung

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


**Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie
und Senioren**

A. Problem

Das schleswig-holsteinische Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) bedarf einer grundlegenden Überarbeitung. Zudem regelt es im Wesentlichen nur Fragen der Krankenhausplanung und -förderung; andere krankenhausspezifische Themen finden keine hinreichende Berücksichtigung. Dies betrifft insbesondere die Patientenrechte (Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf, Beschwerde- und Entlassmanagement u.a.), das Qualitätsmanagement und den Patientendatenschutz. Regelungsbedarf besteht auch bezüglich dem von den Krankenhäusern zu führenden Behandlungskapazitätsnachweis, der Krankenhausalarmplanung und der besonderen Anforderungen des Rettungswesens.

Auch wenn für die genannten Punkte keine krankenhausspezifischen Regelungen bestehen, gibt es in der Regel allgemeine Vorschriften (so z.B. im Datenschutzrecht), Gesetze oder Verträge, die das Verhältnis von Leistungserbringern und Kostenträgern regeln und sich so mittelbar auf das Krankenhauswesen auswirken (letzteres z.B. im Bereich der Qualitätssicherung und des Sozialdienstes im Krankenhaus). Zumindest besteht eine geübte Praxis, so z.B. bei arztbegleiteten Krankentransporten. Dies führt jedoch mitunter zu Rechtsunsicherheiten und unnötig komplizierten, teilweise sogar widersprüchlichen Ergebnissen: So ist z.B. auf Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft das Landesdatenschutzgesetz anzuwenden, auf Krankenhäuser in privater Trägerschaft dagegen das Bundesdatenschutzgesetz. Vielfach sind keine einheitlichen Standards definiert.

Zudem fehlt es dem Land gegenwärtig an einem Instrumentarium, die Einhaltung der Vorgaben durch die Krankenhäuser zu überwachen und diese gegebenenfalls durchzusetzen.

Eine Ausnahme bildet dabei die Krankenhaushygiene mit der Landesverordnung über die Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (Medizinische Infektionspräventionsverordnung – MedIpVO). Diese setzt die bundesrechtlichen Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes bereits in Landesrecht um. 

B. Lösung

Durch das Landeskrankenhausgesetz (LKHG) werden die Vorschriften des Gesetzes zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG), das im Wesentlichen planungs- und förderrechtliche Bestimmungen enthielt, den aktuellen Vorgaben des Europa- und Bundesrechts sowie der Rechtsprechung angepasst, zu dem um weitere Regelungsbereiche ergänzt, sodass die Belange einer qualifizierten stationären Versorgung in Schleswig-Holstein soweit wie möglich zusammengefasst werden. Das Landeskrankenhausgesetz (LKHG) löst das Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) ab.

Im Interesse einer allzeitigen qualifizierten Patientenversorgung sind Regelungen über die Pflichten der Krankenhäuser zur Dienstbereitschaft sowie zur regulären und notfallmäßigen Aufnahme von Patienten hinzugekommen. Das Gesetz enthält zudem

Grundvorgaben für eine ordnungsgemäße und den Anforderungen der Aufgaben entsprechende Binnenstruktur der für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser. Neu geschaffen werden zeitgemäße Regelungen zur Gewährleistung eines umfassenden Patientendatenschutzes. Die Einführung einer Krankenhausaufsicht durch das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium ermöglicht zudem, die Einhaltung der für Krankenhäuser geltenden Rechtsvorschriften in einem Bereich, der der existenziellen Daseinsvorsorge dient, sicherstellen zu können. Sofern nicht durch das Gesetz über die Hochschulen und das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (HSG) geregelt, gelten die Vorschriften für die Rechtsaufsicht im Sinne dieses Gesetzes auch für das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Diese ist durch das für das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein zuständige Ministerium auszuüben.

C. Alternativen

Alternativ könnte statt eines neuen Gesetzes das im AG-KHG geregelte Krankenhausplanungs- und -förderungsrecht novelliert werden. Auch müssten die Qualitätsindikatoren und die Rechtsaufsicht Einzug in das AG-KHG finden. In den übrigen Bereichen könnte – wie dies in der Vergangenheit bereits der Fall war – auf informelle Vereinbarungen mit den Beteiligten hingewirkt werden (Minimallösung), z.B. Behandlungskapazitätennachweis


Zudem könnten gegebenenfalls bereichsspezifische Gesetze erlassen werden. Diese Lösungen wurden jedoch im Interesse einer materiellen Rechtsbereinigung und -vereinfachung nicht verfolgt.

D. Kosten und Verwaltungsaufwand

1. Kosten

Mit dem Landeskrankenhausgesetz entstehen in den obersten Landesbehörden zusätzliche neue Aufgaben, die einen entsprechenden Personalbedarf von mindestens vier Vollzeitkräften nach sich ziehen. Dazu gehört insbesondere die neu in Gesetz aufgenommene Krankenhausaufsicht.


2. Verwaltungsaufwand

Der Verwaltungsaufwand erhöht sich sowohl im für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium als auch im für den Katastrophenschutz zuständigen Ministerium. Durch einzelne Regelungen im Bereich Patientenrechte und Katastrophenschutz wird sich auch der Verwaltungsaufwand in den Krankenhäusern erhöhen. Damit sind entsprechende Personalkosten verbunden. 

3. Auswirkungen auf die private Wirtschaft

Die Regelungen des Landeskrankenhausgesetzes gelten auch für Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Daher wird sich auch hier der Verwaltungsaufwand erhöhen. Damit sind entsprechende Personalkosten verbunden.

E. Länderübergreifende Zusammenarbeit

Eine länderübergreifende Zusammenarbeit gibt es bereits jetzt mit einem regelmäßigen Austausch zu Fragen der Krankenhausplanung mit Hamburg und im Einzelfall mit Mecklenburg-Vorpommern. 

F. Information des Landtags nach Art. 28 der Landesverfassung

Der Gesetzentwurf ist dem Präsidenten des Landtages mit Schreiben vom 08.10.2019 zur Unterrichtung übersandt worden.

G. Federführung

Die Federführung für dieses Gesetz liegt im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren.

**Krankenhausgesetz für das Land Schleswig-Holstein
- Landeskrankenhausgesetz - (LKHG)**

Vom [...]

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Teil 1 Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Grundsätze
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Sicherstellung der Krankenhausversorgung
- § 4 Selbstverwaltungsaufgaben

Teil 2 Mitwirkung der Beteiligten

- § 5 Beteiligte
- § 6 Mitwirkung der Beteiligten

Teil 3 Krankenhausplanung

- § 7 Aufstellung eines Krankenhausplans
- § 8 Inhalt des Krankenhausplans
- § 9 Aufnahme in den Krankenhausplan
- § 10 Wechsel des Trägers oder Eigentümers

Teil 4 Förderung der Krankenhäuser

- § 11 Grundsätze der Förderung
- § 12 Aufbringung der Mittel
- § 13 Aufstellung des Investitionsprogramms
- § 14 Inhalt des Investitionsprogramms
- § 15 Förderung der Errichtung und Erstausrüstung
- § 16 Förderung der Nutzung von Anlagegütern
- § 17 Förderung der Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten
- § 18 Förderung von Lasten aus Darlehen
- § 19 Förderung der mit Eigenmitteln beschafften Anlagegüter

§ 20 Pauschale Förderung

§ 21 Förderung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben

§ 22 Beginn der Förderung

§ 23 Nebenbestimmungen bei der Bewilligung der Fördermittel

§ 24 Erstattung von Fördermitteln

§ 25 Verwendungsnachweisprüfung

§ 26 Förderung von Ausbildungsstätten

Teil 5 Pflichten der Krankenhäuser

§ 27 Aufnahmen, Dienstbereitschaft und Notaufnahme

§ 28 Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf

§ 29 Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

§ 30 Krankenhausalarmplanung

§ 31 Sozialdienst im Krankenhaus, Krankenhausseelsorge und ehrenamtliche Hilfe

§ 32 Sonstige Pflichten

Teil 6 Krankenhausstruktur

§ 33 Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfung

§ 34 Betriebsleitung, ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

Teil 7 Patientendatenschutz

§ 35 Allgemeine Bestimmungen, Begriffsbestimmungen

§ 36 Datenverarbeitung im Krankenhaus

§ 37 Datenverarbeitung im Auftrag

§ 38 Verarbeiten von Patientendaten im Rahmen von Forschungsvorhaben

§ 39 Auskunft und Akteneinsicht

§ 40 Löschen von Patientendaten und Einschränkung der Verarbeitung

Teil 8 Krankenhausaufsicht

§ 41 Krankenhausaufsicht und Befugnisse

§ 42 Zuständigkeiten

Teil 9 Ordnungswidrigkeiten

§ 43 Ordnungswidrigkeiten

Teil 10 Schlussvorschriften

§ 44 Experimentierklausel

§ 45 Inkrafttreten; Außerkrafttreten

Teil 1 Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Grundsätze

- (1) Ziel dieses Gesetzes ist es,
1. eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgereche Versorgung der Bevölkerung des Landes Schleswig-Holstein mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen und zu sozial tragbaren Entgelten beizutragen,
 2. eine vernetzte, kooperative und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen,
 3. die Patientenrechte zu stärken.
- (2) Bei der Durchführung dieses Gesetzes sind die öffentlichen Interessen, insbesondere die Ziele und Erfordernisse der Landesplanung, der Raumordnung sowie der mittelfristigen Finanzplanung des Landes und der Kreise und kreisfreien Städte, ferner die Vielfalt der Krankenhausträger zu berücksichtigen.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Soweit nichts anderes bestimmt ist, gilt dieses Gesetz für alle Krankenhäuser im Land Schleswig-Holstein, die der allgemeinen akutstationären oder teilstationären Versorgung dienen, soweit diese nach dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759) (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) förderfähig sind und für das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein sowie für die mit diesen notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten.
- (2) Die Vorschriften des vierten Teils gelten nur für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind; sie gelten nicht für das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein.
- (3) Für Krankenhäuser im Maßregelvollzug gelten die Vorschriften des fünften Teils mit Ausnahme des § 27 entsprechend. Die Vorschriften des Maßregelvollzugsgesetzes in der jeweils geltenden Fassung bleiben unberührt.
- (4) Für Krankenhäuser im Sinne des Absatzes 1, die von Religionsgemeinschaften mit dem Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts oder von diesen zu-

zuordnenden Einrichtungen betrieben werden, gelten die Vorschriften des siebten Teils nur, soweit die Religionsgemeinschaften keine gleichwertigen Regelungen getroffen haben.

- (5) Die Regelungen des § 34 Absatz 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften mit dem Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts oder von diesen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden. Satz 1 gilt unabhängig von der Rechtsform der Einrichtung. Die Religionsgemeinschaften treffen für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschrift entsprechen.
- (6) Für kommunale Krankenhäuser bleiben die Vorschriften des Kommunalverfassungsrechtes durch die §§ 33 und 34 unberührt.

§ 3

Sicherstellung der Krankenhausversorgung

- (1) Das Land, die Kreise und kreisfreien Städte stellen die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (Krankenhausversorgung) in öffentlich-rechtlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft sicher. Hierzu stimmen sich das Land und die Kreise und kreisfreien Städte regelmäßig ab.
- (2) Das Land gewährt zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung Fördermittel nach den Regelungen dieses Gesetzes.

§ 4

Selbstverwaltungsaufgaben

Die Aufgaben der Kreise und kreisfreien Städte nach diesem Gesetz sind Selbstverwaltungsaufgaben.


Teil 2

Mitwirkung der Beteiligten

§ 5

Beteiligte

- (1) Unter Leitung des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums wird ein Landeskrankenhause Ausschuss gebildet, dem
1. die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V.,
 2. die AOK Nordwest,
 3. der BKK Landesverband Nordwest,
 4. die IKK Nord,
 5. Knappschaft

6. Sozialversicherung der Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
 7. der Verband der Ersatzkassen e.V.,
 8. der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. – Landesausschuss Schleswig-Holstein –
 9. der Städtetag Schleswig-Holstein,
 10. der Schleswig-Holsteinische Landkreistag,
 11. der Städtebund Schleswig-Holstein,
 12. der Schleswig-Holsteinische Gemeindetag
 13. die Hochschulmedizin, deren Vertreterin oder Vertreter von dem für die Wissenschaft zuständigen Ministerium benannt wird
- als unmittelbare Beteiligte nach § 7 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit jeweils einer Vertreterin oder einem Vertreter angehören. 

- (2) Neben den unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 können die
1. die Deutsche Rentenversicherung Nord,
 2. die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. – Landesverband Nordwest –,
 3. die Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e.V.,
 4. der Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V.,
 5. die Ärztekammer Schleswig-Holstein,
 6. die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
 7. die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein,
 8. die Patientenombudsperson und
 9. die Psychotherapeutenkammer
- mit jeweils einer Vertreterin oder einem Vertreter an dem Landeskrankenhausausschuss mit beratender Stimme teilnehmen.
- (3) Die in Absatz 2 Nummer 6 Genannte ist bei sektorenübergreifenden Fragestellungen unmittelbar Beteiligte.
- (4) Die Mitglieder des Landeskrankenhausausschusses benennen dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium die jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter sowie die Stellvertreterinnen und Stellvertreter.
- (5) Den Vorsitz und die Geschäfte des Landeskrankenhausausschusses führt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium. Der Landeskrankenhausausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

§ 6**Mitwirkung der Beteiligten**





- (1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium erörtert den Entwurf für die Aufstellung sowie Fortschreibung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms mit den unmittelbar Beteiligten nach § 5 Absatz 1 im Rahmen des Landeskrankenhauseausschusses.
- (2) Es sind einvernehmliche Regelungen anzustreben.
- (3) Ist mit den unmittelbar Beteiligten kein Einvernehmen zu erzielen, entscheidet das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium grundsätzlich nach erneuter Abstimmung, es sei denn eine Entscheidung nach einmaliger Abstimmung ist für die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung dringend erforderlich.

Teil 3**Krankenhausplanung****§ 7****Aufstellung eines Krankenhausplans**

- (1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf, schreibt ihn nach Bedarf, mindestens alle sechs Jahre, fort und passt ihn an die Entwicklung des Versorgungsbedarfs an. Nach Beschluss des Landeskrankenhauseausschusses wird dem für Gesundheit zuständigen Ausschuss des Landtages der Krankenhausplan zur Kenntnisnahme vorgelegt.
- (2) Die Fortschreibung gemäß Absatz 1 erfolgt durch Änderung des Allgemeinen Teils und Anpassung des Besonderen Teils. Die Bedarfsanpassung erfolgt durch Änderung des Besonderen Teils.
- (3) Der Krankenhausplan sowie seine Änderungen sind im Amtsblatt für Schleswig-Holstein sowie zusätzlich auf der Internetseite des Landes Schleswig-Holstein zu veröffentlichen.
- (4) Die Krankenhausträger und die Sozialleistungsträger haben dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium auf Anfrage zeitnah die für die Krankenhausplanung erforderlichen Auskünfte zu erteilen, insbesondere über die Belegung des Krankenhauses, die Verweildauer, die in Anspruch genommenen Krankenhausleistungen sowie allgemeine statistische Angaben über die Patientinnen und Patienten sowie ihre Verletzungen und Erkrankungen.

§ 8

Inhalt des Krankenhausplans

- (1) In den Krankenhausplan sind die für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser aufzunehmen.
- (2) Der Krankenhausplan legt den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser einschließlich der Standorte fest. Der Krankenhausplan weist die bedarfsgerechten Krankenhäuser nach gegenwärtiger und zukünftiger Aufgabenstellung aus, insbesondere nach Standort, voll- und teilstationären Behandlungsplätzen, Fachgebieten, Versorgungsauftrag und Trägerschaft. Gegebenenfalls können Fachgebiete auch nach Leistungsgruppen differenziert ausgewiesen werden. Der Krankenhausplan weist daneben die Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nummer 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz aus. Je Standort eines Krankenhauses werden Fachrichtungen und deren Umfang, Ausbildungsstätten nach Satz 4 und auch die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412), zuletzt geändert durch Gesetz vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604)) festgelegt. Der Krankenhausplan berücksichtigt die Versorgungsangebote benachbarter Länder. Die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen.  
- (3) Der Krankenhausplan besteht aus einem Allgemeinen Teil und einem Besonderen Teil. Der Allgemeine Teil enthält insbesondere die Planungsgrundsätze, Planungsziele, Versorgungsstruktur und Qualitätsvorgaben.  Der Besondere Teil enthält insbesondere eine Übersicht über die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhausstandorte mit den jeweiligen Gesamtkapazitäten sowie die Krankenhausplanungsblätter der Plankrankenhäuser und des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein mit Ausweisung der Kapazitäten je Fachrichtung oder gegebenenfalls Leistungsgruppen, besonderen Ausweisungen und Ausbildungsstätten je Standort. 
- (4) Die besonderen Anforderungen der Hochschulkliniken sind angemessen zu berücksichtigen.
- (5) Die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zu den Pflegepersonaluntergrenzen sind bei den Festlegungen zu beachten.
- (6) Bei der Aufstellung des Krankenhausplans sind auch die in §§ 135 bis 139c des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch entwickelten Qualitätsindikatoren zu berücksichtigen.

- (7) Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden gemäß § 6 Absatz 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz Bestandteil des Krankenhausplans, sofern und soweit das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium dieses beschließt. § 7 Absatz 3 gilt entsprechend.
- (8) Bei den Festlegungen ist die Möglichkeit einer wirtschaftlichen Betriebsführung zu beachten.
- (9) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, Mindestfallzahlen für die Erbringung besonderer Leistungen festzulegen. Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen für die Festlegungen nach Satz 1 können ebenfalls festgelegt werden.

§ 9

Aufnahme in den Krankenhausplan

- (1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium stellt die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan durch Verwaltungsakt (Feststellungsbescheid) fest. Der Feststellungsbescheid kann mit Nebenbestimmungen versehen werden. Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan besteht nicht.
- (2) Das Krankenhaus kann ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden, wenn das Krankenhaus von den Feststellungen nach Absatz 3 abweicht. Die Teilherausnahme oder die Herausnahme wird von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium durch Feststellungsbescheid entsprechend des Absatzes 1 Satz 1 und 2 festgestellt. Das Krankenhaus ist vor der Teilherausnahme oder der Herausnahme anzuhören.
- (3) Der die Aufnahme begründende Feststellungsbescheid gemäß Absatz 1 enthält
 1. den Namen und den Standort des Krankenhauses und eventueller Betriebsstellen,
 2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
 3. das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan.

Darüber hinaus enthält der Feststellungsbescheid je Krankenhausstandort mindestens

1. die Gesamtzahl der Planbetten und Behandlungsplätze,
2. die Fachrichtungen mit ihrer Planbettenzahl und ihren Behandlungsplätzen,

3. die Zuweisung von Leistungsbereichen innerhalb einer Fachabteilung,
 4. die Zentren und Schwerpunkte nebst ihren besonderen Aufgaben,
 5. Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz,
 6. die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und
 7. sofern erforderlich die Vorgabe zur psychiatrischen Pflichtversorgung aufgrund der Festlegungen der Einzugsgebiete (Unterbringungsplan) nach § 13 Absatz 2 Satz 2 des Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (Psychisch-Kranken-Gesetz – PsychKG) vom 14. Januar 2000 (GVOBl. Schl.-H. S. 106, ber. S. 206), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 7. Mai 2015 (GVOBl. Schl.-H. S. 106).
- (4) Anträge auf Aufnahme in den Krankenhausplan oder auf Änderung des Krankenhausplans haben die für die Entscheidung erforderlichen Informationen zu enthalten. Antragstellerinnen und Antragsteller haben insbesondere Angaben zum geplanten Standort, Versorgungsumfang, Fachrichtungen und ihrem Umfang zu machen. Auf Aufforderung des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums ist eine detaillierte Wirtschaftlichkeitsberechnung einzureichen.
- (5) Rechtsbehelfe gegen einen Feststellungsbescheid im Sinne des Absatzes 1 haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 10

Wechsel des Trägers oder Eigentümers

- (1) Sobald für ein in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus ein Wechsel des Krankenhausträgers beabsichtigt ist, hat der bisherige Krankenhausträger das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium hierüber unverzüglich zu informieren.
- (2) Mit dem Wechsel des Trägers eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses scheidet dieses aus dem Krankenhausplan aus. Wird das Krankenhaus auf Antrag des neuen Trägers wieder in den Krankenhausplan aufgenommen, gehen Rechte und Pflichten nach diesem Gesetz und aus den auf seiner Grundlage erlassenen Bescheiden auf den neuen Träger über. Neben dem neuen Träger haftet der bisherige Träger für die ordnungsgemäße Verwendung bereits verwendeter Fördermittel. Der bisherige Krankenhausträger hat dem neuen Krankenhausträger noch nicht verwendete Fördermittel zu überlassen; die Überlassung ist dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium anzuzeigen.

- (3) Die Verpflichtung aus Absatz 1 gelten für einen Eigentümerwechsel eines Krankenhauses entsprechend.



Teil 4

Förderung der Krankenhäuser

§ 11

Grundsätze der Förderung

- (1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium bewilligt auf Antrag Fördermittel nach den Vorschriften dieses Teils. Dabei sind insbesondere den Investitionsmaßnahmen Vorrang zu gewähren, die für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung unabdingbar sind.
- (2) Förderanträge haben die für die Bewilligungsentscheidung erforderlichen Informationen zu enthalten. Antragstellerinnen und Antragsteller haben insbesondere die Notwendigkeit von Investitionen, die Erforderlichkeit ihres Umfangs sowie deren Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit darzustellen und zu belegen; auf Verlangen der Bewilligungsbehörde haben sie auch Folgekosten- und Wirtschaftlichkeitsberechnungen vorzulegen.
- (3) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium soll vor Auszahlung oder Übertragung von Fördermitteln sicherstellen, dass für mögliche Rückforderungsansprüche in geeigneter Weise Sicherheiten gewährleistet sind.
- (4) Bei der Verwendung von Fördermitteln müssen die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sowie die Vergabevorschriften eingehalten werden. Zinserträge sind ebenfalls zweckentsprechend im Sinne des Satzes 1 zu verwenden.
- (5) Von dem Antragserfordernis nach Absatz 1 ausgenommen sind die Pauschalen Fördermittel gemäß § 20.

§ 12

Aufbringung der Mittel

- (1) Die Kreise und kreisfreien Städte beteiligen sich an der Aufbringung der Fördermittel nach den Vorschriften dieses Teils jährlich mit einem Betrag in Höhe des vom Land bereitgestellten Betrages.
- (2) Der Beitrag jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt wird ermittelt, indem ein von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium jährlich festzustellender Betrag mit der Einwohnerzahl des Kreises oder der kreisfreien Stadt multipliziert wird. Als Einwohnerzahl gilt der vom Statistischen Amt für Hamburg

und Schleswig-Holstein nach dem Stand vom 31. März des vorangegangenen Jahres fortgeschriebene Bevölkerungsstand der Gemeinden Schleswig-Holsteins.

§ 13

Aufstellung des Investitionsprogramms

Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium stellt ein mehrjähriges Investitionsprogramm zur Förderung von Krankenhausbaumaßnahmen nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf der Grundlage des Krankenhausplans auf und passt es der Entwicklung an.

§ 14

Inhalt des Investitionsprogramms

- (1) Das Investitionsprogramm enthält insbesondere
 1. die zu fördernden Krankenhausbaumaßnahmen,
 2. die zu fördernden Ergänzungen von Anlagegütern, soweit diese über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht,
 3. den voraussichtlichen Gesamtbetrag der jeweiligen Förderung und
 4. die auf die einzelnen Haushaltsjahre entfallenden voraussichtlichen Fördermittel.
- (2) Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in das Investitionsprogramm besteht nicht.

§ 15

Förderung der Errichtung und Erstausrüstung

- (1) Zur Durchführung von Krankenhausbaumaßnahmen im Sinne des § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bewilligt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium auf Antrag Fördermittel. Dies gilt auch für die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht. Der Anspruch auf Fördermittel entsteht frühestens mit dem Zugang des Bewilligungsbescheides. Dieser Bescheid darf erst erteilt werden, wenn das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium die förderungsfähigen Kosten auf der Grundlage von ihm geprüfter Bauunterlagen festgesetzt hat.
- (2) Mit Zustimmung des Krankenhausträgers können die Fördermittel ganz oder teilweise als Festbetrag bewilligt werden; dieser kann aufgrund pauschaler Werte ermittelt werden. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium und der Krankenhausträger können eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren. Die bewilligten und zugewiesenen Fördermittel sind von den Empfängern nach den Bestimmungen der

Landeshaushaltsordnung zeitnah und für die vorgesehenen Investitionen einzusetzen.

- (3) Zusätzliche Fördermittel können nur bewilligt werden, soweit Mehrkosten, insbesondere durch Preisentwicklungen und nachträglich genehmigte Planänderungen, für den Krankenhausträger unabweisbar sind und dieser das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium unverzüglich über die entstehenden oder entstandenen Mehrkosten unterrichtet hat.
- (4) Wird ein Krankenhaus nach Inkrafttreten dieses Gesetzes erstmals in den Krankenhausplan aufgenommen, werden die vor der Aufnahme entstandenen Investitionskosten nicht gefördert. § 19 bleibt unberührt.
- (5) Fördermittel nach Absatz 1 können auch gewährt werden
 1. in Form der Übernahme von Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten von Darlehen (§ 2 Nummer 3 Buchstabe b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) zum Zeitpunkt ihrer Fälligkeit, soweit diese Darlehen zur Finanzierung einer Krankenhausbaumaßnahme nach Absatz 1 aufgenommen worden sind, oder
 2. als Ausgleich für Kapitalkosten (§ 2 Nummer 3 Buchstabe d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).

§ 16

Förderung der Nutzung von Anlagegütern

- (1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium bewilligt anstelle der Förderung nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag Fördermittel für die Kosten der Nutzung von Anlagegütern, wenn
 1. die Maßnahme in das Investitionsprogramm aufgenommen ist,
 2. wichtige Gründe für ein Nutzungsverhältnis vorliegen,
 3. hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist und
 4. es der Nutzungsvereinbarung zugestimmt hat.
- (2) Einer Nutzungsvereinbarung darf nachträglich nur in begründeten Ausnahmefällen zugestimmt werden, insbesondere, wenn für den Krankenhausträger sonst eine unzumutbare Härte entstehen würde. Bei Nutzungsvereinbarungen über bereits in Betrieb befindliche Krankenhäuser entfällt die Voraussetzung des Absatzes 1 Nummer 1.

§ 17

Förderung der Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten

- (1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium bewilligt auf Antrag Fördermittel für

1. Anlaufkosten,
 2. Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie
 3. Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken.
- (2) Fördermittel nach Absatz 1 sind nur in den Fällen zu bewilligen, in denen ohne die Förderung die Aufnahme oder die Fortführung des Krankenhausbetriebs auch unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Situation des Krankenhausträgers gefährdet wäre.

§ 18

Förderung von Lasten aus Darlehen

- (1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium bewilligt auf Antrag Fördermittel zur Finanzierung von Kosten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für Darlehen, die der Krankenhausträger zur Ablösung von Eigenkapital aufgenommen hat. Fördermittel werden nicht gewährt für erhöhte Lasten aus einer Umschuldung, es sei denn, dass diese unvermeidbar war.
- (3) Sind während der Zeit der Förderung die geförderten Tilgungsbeträge höher als die Abschreibungen für die Investitionen, ist bei einem Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan der Unterschiedsbetrag zurückzuzahlen. § 117a Absatz 3 des Landesverwaltungsgesetzes gilt entsprechend.

§ 19

Förderung der mit Eigenmitteln beschafften Anlagegüter

- (1) Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschaffte Anlagegüter vorhanden, deren durchschnittliche Nutzungsdauer noch nicht abgelaufen ist, bewilligt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium auf Antrag bei einem Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan Fördermittel als Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung. Sind für die Wiederbeschaffung des Anlagegutes Fördermittel bewilligt worden, entfällt der Ausgleichsanspruch, soweit zu dem nach Satz 1 für diesen Anspruch maßgebenden Zeitpunkt die Fördermittel oder ihr Gegenwert noch im Vermögen des Krankenhausträgers vorhanden sind.
- (2) Für die Berechnung des Ausgleichsanspruchs sind der Wert der Anlagegüter bei Beginn der Förderung und die restliche Nutzungsdauer während der Zeit der Förderung zu Grunde zu legen. Auszugehen ist von der durchschnittlichen Nutzungsdauer der jeweiligen Gruppe der Anlagegüter; eine im Einzelfall kürzere oder längere Nutzungsdauer des Anlagegutes bleibt außer Betracht.

§ 20

Pauschale Förderung

- (1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium bewilligt die Fördermittel als jährliche Pauschalbeträge für
 1. die Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 und bis zu 15 Jahren sowie
 2. kleine bauliche Maßnahmen bis zu einem Betrag von 50.000,00 Euro ohne Umsatzsteuer.
- (2) Die Auszahlung der Pauschalbeträge an die Krankenhäuser wird jeweils zum 30. September eines Jahres veranlasst.
- (3) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, die Bemessung der Pauschalförderung gemäß Absatz 1 durch Rechtsverordnung zu regeln. Als Bemessungsgrundlagen kann es insbesondere Planbetten, Fallzahlen, Ausbildungsplätze sowie Intensivbetten heranziehen. Die Pauschalbeträge sind auch für die Kosten der Nutzung der geförderten Anlagegüter zu verwenden, sofern diese für den Krankenhausbetrieb notwendig sind und die Kosten nicht den Betriebskosten zuzuordnen sind. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann im Ausnahmefall einen anderen Pauschalbetrag festsetzen, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan festgelegten Aufgaben notwendig ist.
- (4) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, in regelmäßigen Abständen durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Finanzministerium den Haushaltsansatz für die jährliche Pauschale Förderung entsprechend der durchschnittlichen Kostenentwicklung dieser Investitionen neu festzusetzen.

§ 21

Förderung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben

- (1) Scheidet ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan aus, weil es für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht mehr erforderlich ist, bewilligt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium auf Antrag Fördermittel, soweit diese erforderlich sind, um bei der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben oder im Fall der Schließung des Krankenhausbetriebs unzumutbare Härten zu vermeiden. Fördermittel können insbesondere bewilligt werden für
 1. unvermeidbare Kosten der Abwicklung von Verträgen,
 2. angemessene Aufwendungen zum Ausgleich oder zur Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Schließung entstehen, und

3. Investitionen zur Umstellung auf andere Aufgaben, vor allem auf solche der Gesundheitsversorgung, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.
- (2) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann die Mittel nach Absatz 1 in Abhängigkeit von der Anzahl der reduzierten Planbetten pauschalisieren. Im Fall der vollständigen Schließung eines Krankenhauses können die Pauschalen erhöht werden. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, die Höhe der Pauschale durch Rechtsverordnung festzusetzen.

§ 22

Beginn der Förderung

Fördermittel nach den §§ 17 bis 19 und des § 21 werden bei Vorliegen der Voraussetzungen vom Beginn des Monats an bewilligt, in dem der Antrag bei dem für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium eingegangen ist.

§ 23

Nebenbestimmungen bei der Bewilligung der Fördermittel

- (1) Der Bescheid über die Bewilligung der Fördermittel kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, soweit sie erforderlich sind
1. zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks, insbesondere zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und sparsamen Verwendung der Fördermittel,
 2. zur Sicherung der Rückforderung; insoweit kann auch die Stellung geeigneter Sicherheiten gefordert werden,
 3. zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans, oder
 4. aus Gründen der Krankenhaushygiene.
- (2) Der Bescheid über die Bewilligung der Fördermittel nach § 21 kann außerdem mit Nebenbestimmungen versehen werden, die für die Umstellung oder für die Schließung des Krankenhausbetriebes erforderlich sind.
- (3) Bei der Bewilligung ist sicherzustellen, dass die gewährten Fördermittel nicht für Zwecke außerhalb des geförderten Krankenhauses verwendet werden.

§ 24

Erstattung von Fördermitteln

Bewilligungsbescheide sind zu widerrufen, soweit das Krankenhaus seine Aufgabe nach dem Krankenhausplan gemäß den §§ 7 und 8 nicht erfüllt. Gleiches gilt, wenn der Krankenhausträger die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel oder die Erfüllung der Nebenbestimmungen gemäß der §§ 23 und 25 dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium nicht nachweist. Im

Übrigen gelten die Regelungen des Landesverwaltungsgesetzes über den Widerruf und die Rücknahme von Verwaltungsakten entsprechend.

§ 25

Verwendungsnachweisprüfung

- (1) Der Fördermittelempfänger muss dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium die zweckentsprechende und wirtschaftliche Verwendung der gewährten Fördermittel sowie die Beachtung der mit der Bewilligung verbundenen Nebenbestimmungen unmittelbar nach Abschluss der geförderten Maßnahme, in Ausnahmefällen nach wesentlichen Teilabschnitten, nachweisen. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium oder eine von ihm beauftragte Stelle überprüft die Verwendungsnachweise. Für die Überprüfung gilt § 41 Absatz 3 einschließlich der Einschränkung des Grundrechts auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) entsprechend.
- (2) Bei Fördermitteln nach § 20 ist der Verwendungsnachweis jährlich zu erbringen und auf Kosten des Krankenhauses durch eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer zu attestieren. Im Falle der Einschränkung oder Versagung des Bestätigungsvermerks sind die Prüfungsfeststellungen vom Krankenhaus-träger unverzüglich dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium mitzuteilen.

§ 26

Förderung von Ausbildungsstätten

Für die Förderung von Ausbildungsstätten im Sinne des § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gelten die Vorschriften dieses Teils entsprechend.

Teil 5

Pflichten der Krankenhäuser

§ 27

Aufnahmen, Dienstbereitschaft und Notaufnahme

- (1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seines Versorgungsauftrages, wie er sich aus dem Feststellungsbescheid gemäß § 9 Absatz 3 und aus dem Krankenhausplan ergibt, alle, die seine Leistungen benötigen, nach Art und Schwere der Erkrankungen zu versorgen. Notfallpatientinnen und Notfallpatienten haben Vorrang. Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die aktive Mitwirkung bei der Organspende.
- (2) Das Krankenhaus ist so zu führen, dass eine seinem Versorgungsauftrag entsprechende Dienst- und Aufnahmebereitschaft jederzeit gewährleistet ist. Das

gilt insbesondere für die Aufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten (Notaufnahme); unabhängig vom Vorhalten einer Notaufnahme ist jedes Krankenhaus zumindest zur medizinisch gebotenen ärztlichen Erstversorgung sowie zur Organisation einer gegebenenfalls erforderlichen Verlegung verpflichtet.

- (3) Das Krankenhaus ist zur Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst verpflichtet. Es hat die für den landesweit einheitlichen Behandlungskapazitätenachweis gemäß § 17 Absatz 6 Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz vom 28. März 2017 (GVOBl. Schl.-H. S. 256), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 12. Dezember 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 896) erforderlichen Daten stets zeitaktuell und unverzüglich in die Datenbank einzustellen; die Verantwortlichkeiten sind durch Dienstanweisung vom Krankenhaus festzulegen. Das Krankenhaus ist insbesondere seinen gemeldeten Kapazitäten entsprechend verpflichtet, vom Rettungsdienst zugeführte Patientinnen und Patienten zu versorgen und im Bedarfsfall aufzunehmen.
- (4) Die Aufnahmeverpflichtung der Absätze 1 bis 3 geht der elektiven Leistungserbringung vor.
- (5) Krankenhäusern und ihren Trägern ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen oder Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen, sich gewähren oder versprechen zu lassen.

§ 28

Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf

- (1) Das Krankenhaus hat bei Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen die Betreuung und die Besuchszeiten entsprechend zu gestalten. Dies betrifft insbesondere Kinder und Jugendliche, Patientinnen und Patienten mit Behinderung, Demenzerkrankte sowie sterbende Patientinnen und Patienten.
- (2) Bei Kindern und Jugendlichen ist die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson vom Krankenhaus sicherzustellen. Gleiches gilt bei Patientinnen und Patienten mit Behinderung, soweit es sich bei der Begleitperson um eine besondere Pflegekraft im Sinne des § 63b Absatz 4 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch handelt. Die medizinische Notwendigkeit ist von der verantwortlichen Ärztin oder dem verantwortlichen Arzt im Krankenhaus zu dokumentieren. Im Übrigen ist die Mitaufnahme einer Begleitperson zu ermöglichen, wenn hierdurch die Aufnahme und Versorgung von Patientinnen und Patienten nicht beeinträchtigt wird
 1. bei Kindern,
 2. bei sterbenden Patientinnen und Patienten,
 3. bei Patientinnen und Patienten mit Behinderung, oder
 4. bei Demenzerkrankten,

soweit die verantwortliche Krankenhausärztin oder der verantwortliche Krankenhausarzt dies aufgrund der Art und der Schwere der Behinderung oder der Schwere der Demenz befürwortet.

- (3) Das Krankenhaus hat die Patientin oder den Patienten vorab darauf hinzuweisen, wenn keine gesetzliche Pflicht der Kostenträger zur Übernahme der Kosten der Mitaufnahme besteht.
- (4) Sterbende Patientinnen und Patienten haben in besonderem Maße einen Anspruch auf eine ihrer Würde entsprechende Behandlung. Nach dem Tod der Patientin oder des Patienten hat das Krankenhaus Maßnahmen dafür zu treffen, dass Hinterbliebene angemessen Abschied nehmen können.


§ 29



Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

- (1) Auf der Grundlage des Krankenhausplans sollen die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäuser innerhalb des Einzugsbereichs entsprechend ihrer Aufgabenstellung zusammenarbeiten.
- (2) Die Krankenhäuser sollen im Interesse der durchgehenden Sicherstellung der Versorgung der Patienten eng mit den niedergelassenen Ärzten und den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens zusammenarbeiten. Dabei ist eine Zusammenarbeit insbesondere im Rahmen der Notfallversorgung anzustreben.

§ 30

Krankenhausalarmplanung

- (1) Die Krankenhäuser haben sich unter Berücksichtigung ihrer Größe und ihres Versorgungsauftrags auf interne und externe Schadenslagen vorzubereiten, insbesondere durch das Aufstellen und Fortschreiben von Alarm- und Einsatzplänen. § 22 des Landeskatastrophenschutzgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Dezember 2000 (GVObI. Schl.-H. S. 664), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 2. Mai 2018 (GVObI. Schl.-H. S. 162), in der jeweils gelten Fassung gilt entsprechend. Über die Alarm- und Einsatzpläne ist mit dem zuständigen Träger des Rettungsdienstes Einvernehmen herzustellen; sie sind dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium nach Erstellung, spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes, sowie jeweils nach Fortschreibung vorzulegen. 

- (2) Die Krankenhausleitungen richten für die Koordinierung der Maßnahmen des Katastrophenschutzes sowie zur Bewältigung eines Massenansturms von Verletzten oder Erkrankten eine Einsatzleitung ein und bestellen eine Beauftragte oder einen Beauftragten für den Brandschutz. 
- (3) Die Krankenhäuser führen regelmäßige Alarmübungen zur Überprüfung der Alarm- und Einsatzpläne in eigener Verantwortung durch. Die Krankenhäuser setzen das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium über die Durchführung einer Krankenhausalarmübung vorab in Kenntnis und berichten schriftlich über die wesentlichen Ergebnisse. Übungen nach Satz 1 können mit solchen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Landeskatastrophenschutzgesetzes oder nach § 9 Absatz 3 der Landesverordnung zur Durchführung des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes vom 4. Dezember 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 830) verbunden werden. 
- (4) Soweit nichts anderes bestimmt ist, tragen die Krankenhausträger die sich aus der Erfüllung dieser Aufgaben ergebenden Kosten selbst.
- (5) Das für das Rettungswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem für den Katastrophenschutz zuständigen Ministerium Näheres zum Inhalt der Alarm- und Einsatzpläne, zu den Aufgaben der Einsatzleitungen und der Beauftragten oder des Beauftragten für den Brandschutz, zu den Zuständigkeiten und zum Verfahren der gegenseitigen Unterstützung sowie zur Bevorratung der für die Bewältigung der Schadenslagen notwendigen Arzneimittel und Sanitätsmaterialien einschließlich der Kostentragungspflicht zu regeln.

§ 31

Sozialdienst im Krankenhaus, Krankenhauseelsorge und ehrenamtliche Hilfe

- (1) Das Krankenhaus stellt unter Berücksichtigung seiner Größe und seines Versorgungsauftrags die soziale Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten (Sozialdienst im Krankenhaus) sicher; es hat die Patienten in geeigneter Weise darüber zu informieren.
- (2) Der Sozialdienst im Krankenhaus kann krankenhausern oder krankenhausern organisiert werden. Ein krankenhauserner Sozialdienst ist ein rechtlich unselbstständiger, gegebenenfalls zentralisierter Teil des Krankenhauses.
- (3) Aufgabe des Sozialdienstes im Krankenhaus ist es, die Patientinnen und Patienten und gegebenenfalls deren Bezugspersonen in sozialen Fragen bedarfsgerecht zu beraten und zu betreuen und ihnen erforderlichenfalls Hilfen nach den Büchern des Sozialgesetzbuches zu vermitteln; insbesondere hat er ein Entlassmanagement (§ 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

sicherzustellen. Seine Aufgaben erfüllt der Sozialdienst im Krankenhaus in enger Abstimmung mit den ärztlichen, psychotherapeutischen und pflegerischen Diensten.

- (4) Die Krankenhäuser haben den Kirchen und Religionsgemeinschaften in angemessenem Umfang Gelegenheit zu geben, Patientinnen und Patienten seelsorgerisch zu betreuen.
- (5) Die Krankenhäuser fördern die ehrenamtliche Hilfe zugunsten von Patientinnen und Patienten. Sie arbeiten mit den ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern eng zusammen.
- (6) Sozialer Dienst, Krankenhauseseelsorge und ehrenamtliche Hilfseinrichtungen werden nicht gegen den Wunsch der Patientin oder des Patienten tätig.

§ 32

Sonstige Pflichten

- (1) Das Krankenhaus unterstützt die schulische Betreuung von ihm versorgter Schulpflichtiger.
- (2) Das Krankenhaus wirkt im Rahmen seiner Möglichkeiten durch die Freistellung von Ärztinnen und Ärzten am Rettungsdienst mit. Bei arztbegleiteten Sekundärtransporten zur Verlegung zwischen Krankenhäusern hat das abgebende Krankenhaus grundsätzlich die ärztliche Begleitung sicherzustellen, sofern dies nicht durch das aufnehmende Krankenhaus oder durch Dritte geschieht.
- (3) Die Förderung der Organ- und Gewebespende und die Zusammenarbeit mit den für die Umsetzung des Transplantationsgesetzes zuständigen Stellen ist als Gemeinschaftsaufgabe aller an der Gesundheitsversorgung beteiligten auch Aufgabe des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags; die Vorschriften des Transplantationsgesetzes bleiben unberührt.
- (4) Das Krankenhaus hat eine angemessene Absicherung gegen Personenschäden vorzunehmen. Hierzu bedarf es einer Haftpflichtversicherung, einer Garantie oder einer ähnlichen Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist. Das Bestehen einer solchen Regelung ist der zuständigen Behörde auf Verlangen nachzuweisen.

Teil 6 Krankenhausstruktur


§ 33

Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfung

- (1) Der Jahresabschluss ist unter Einbeziehung der Buchführung durch eine Wirtschaftsprüferin, einen Wirtschaftsprüfer oder eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Abschlussprüfung) zu prüfen. Hat das Krankenhaus einen Lagebericht aufzustellen, so ist auch dieser in die Prüfung einzubeziehen.
- (2) Die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der nach § 20 Absatz 1 bewilligten Fördermittel ist ebenfalls durch einen Wirtschaftsprüfer oder durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft festzustellen. Sind nach dem Ergebnis dieser Prüfung Einwendungen gegen eine zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung zu erheben, ist dies in der Bestätigung gesondert zu vermerken und der zuständigen Behörde vorzulegen.

§ 34

Betriebsleitung, ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

- (1) Im Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet; Träger mehrerer Krankenhäuser können eine gemeinsame Betriebsleitung bilden. An der Betriebsleitung sind eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegefachperson und die Leiterin oder der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes sowie in psychiatrischen/ psychotherapeutischen Kliniken eine Leitende Psychotherapeutin oder ein Leitender Psychotherapeut gleichrangig zu beteiligen. Andere Formen der Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Satz 2 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind. 
- (2) Das Krankenhaus ist nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten nach den Vorgaben der Feststellungen des Krankenhausplans in Abteilungen gegliedert.
- (3) Das Krankenhaus hat für jede Abteilung mindestens eine Leitende Abteilungsärztin oder einen Leitenden Abteilungsarzt zu bestellen, die oder der in medizinischen Angelegenheiten nicht weisungsgebunden ist und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt wird. Sie oder er sind für die Untersuchung und Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Abteilung verantwortlich. Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen leiten. Für Abteilungen, die Patientinnen und Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, können neben der Abteilungsärztin oder dem Abteilungsarzt Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten sowie

Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten bestellt werden, die bei der Untersuchung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und selbstständig tätig sind.

Teil 7 Patientendatenschutz

§ 35

Allgemeine Bestimmungen, Begriffsbestimmungen

- (1) Alle Patientendaten im Krankenhaus unterliegen unabhängig von der Form ihrer Verarbeitung dem Datenschutz.
- (2) Patientendaten im Sinne dieses Gesetzes sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse bestimmter und bestimmbarer Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses. Als Patientendaten gelten auch personenbezogene Daten von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten sowie sonstiger Dritter, die dem Krankenhaus im Zusammenhang mit einer Behandlung bekannt werden. Als Krankenhäuser im Sinne dieses Teils gelten auch stationäre und teilstationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.

§ 36

Datenverarbeitung im Krankenhaus

- (1) Patientendaten dürfen verarbeitet werden, soweit dies durch eine Rechtsvorschrift zugelassen oder soweit dies erforderlich ist
 1. zur Erfüllung einer gesetzlichen Behandlungs- oder Mitteilungspflicht,
 2. zur Erfüllung des Behandlungsvertrages einschließlich der Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflicht und der Pflegedokumentation sowie der Durchführung einer Mit- oder Nachbehandlung, soweit die Patientin oder der Patient nach Hinweis auf die beabsichtigte Offenlegung nicht etwas Anderes bestimmt hat,
 3. zur sozialen Betreuung und Beratung der Patientin oder des Patienten durch die in § 31 genannten Stellen,
 4. zur Unterrichtung von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen, soweit die Einwilligung der Patientin oder des Patienten auf Grund des Gesundheitszustandes nicht eingeholt werden kann und keine sonstigen Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine Übermittlung nicht dem Willen der Patientin oder des Patienten entspricht,
 5. zum Zwecke des Patienten- und Mitarbeiterschutzes sowie zur Durchführung entsprechender Hygienemaßnahmen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Verlegung, Überweisung oder Entlassung; dies gilt

- für Informationen zu übertragbaren Erkrankungen, die das Einhalten von über die Basishygiene hinausgehenden Maßnahmen erfordern,
6. zur Abwehr einer gegenwärtigen Gefahr für Leben, körperliche Unversehrtheit oder persönliche Freiheit der Patientin oder des Patienten oder Dritter, wenn diese Rechtsgüter das Geheimhaltungsinteresse der Patientin oder des Patienten wesentlich überwiegen und die Gefahr nicht anders abwendbar ist,
 7. zur Rechnungsprüfung durch den Krankenhausträger, einer von ihm beauftragten Wirtschaftsprüferin oder eines von ihm beauftragten Wirtschaftsprüfers oder durch den Landesrechnungshof und zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch Beauftragte im Rahmen des § 113 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des Pflegesatzverfahrens nach der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl I S. 2750) in der jeweils geltenden Fassung,
 8. zur Auswertung der Tätigkeit des Krankenhauses zu organisatorischen oder statistischen Zwecken,
 9. zur Überprüfung der Tätigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses,
 10. zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen sowie zur Qualitätskontrolle der Leistungen des Krankenhauses,
 11. zur Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- soweit diese Zwecke mit anonymisierten oder pseudonymisierten Daten nicht erreicht werden können und im Einzelfall überwiegende schutzwürdige Interessen der Betroffenen nicht entgegenstehen.
- (2) Die Einwilligung der Patientin oder des Patienten in die Verarbeitung von Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung¹ bedarf grundsätzlich der revisionssicheren Dokumentation. Wird die Einwilligung mündlich erteilt, ist sie aufzuzeichnen. Die Patientin oder der Patient ist über Art, Umfang und Zweck der beabsichtigten Verarbeitung zu unterrichten und aufzuklären.
- (3) Personen oder Stellen, denen nach dieser Vorschrift Patientendaten übermittelt werden, dürfen diese nur zu dem Zweck verwenden, zu dem sie in zulässiger Weise übermittelt wurden. Im Übrigen haben sie die Daten in demselben Umfang geheim zu halten wie das Krankenhaus selbst nach diesem Gesetz. Sofern die Vorschriften dieses Teils für die Personen oder Stellen, denen nach diesen Vorschriften Patientendaten übermittelt werden, nicht gelten, hat der Krankenhausträger sicherzustellen, dass diese Personen oder Stellen die Vorschriften entsprechend anwenden.

¹ Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 S. 1, ber. 2016 ABl. L 314 S. 72 und ber. 2018, ABl. L 127 S. 2)

§ 37**Datenverarbeitung im Auftrag**

- (1) Patientendaten sind grundsätzlich im Krankenhaus zu verarbeiten. Das Krankenhaus kann sich zur Verarbeitung von Patientendaten anderer Personen oder Stellen bedienen.
- (2) Dem Auftragsverarbeiter dürfen Patientendaten nur offenbart werden, soweit dies für die Auftragserfüllung erforderlich ist. Der Krankenhausträger hat, soweit dies für den Auftragszweck ausreichend ist, dem Auftragsverarbeiter anonymisierte Daten zur Verfügung zu stellen; ist eine Anonymisierung nicht möglich, müssen die Daten pseudonymisiert werden.

§ 38**Verarbeiten von Patientendaten im Rahmen von Forschungsvorhaben**

- (1) Für Forschungsvorhaben dürfen Patientendaten, unter Einhaltung der sonstigen gesetzlichen Bestimmungen, verarbeitet werden, soweit die Patientin oder der Patient hinreichend aufgeklärt wurde und in die Datenverarbeitung für die Zwecke der wissenschaftlichen Forschung eingewilligt hat. Für die Einwilligung gilt § 36 Absatz 2 entsprechend.
- (2) Soweit es für den Forschungszweck ausreichend ist, muss die Verarbeitung in anonymisierter Form sobald möglich erfolgen.
- (3) Sobald der Forschungszweck es erlaubt, sind die Merkmale, mit deren Hilfe ein Patientenbezug hergestellt werden kann, gesondert zu speichern. Die Merkmale sind zu löschen, sobald der Forschungszweck dies gestattet.
- (4) Soweit es sich bei dem nach dieser Vorschrift gestatteten Datenverarbeitungsvorgang um eine Übermittlung handelt, gilt § 36 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass auch der Kreis der betroffenen Personen sowie das von der empfangenden Stelle benannte Forschungsvorhaben zu dokumentieren sind.
- (5) Die Regelungen der Absätze 1 bis 4 gelten auch für im Krankenhaus gewonnene Biomaterialien, sofern deren Nutzung für Forschungszwecke die Behandlung der Patientinnen und Patienten nicht beeinträchtigt und dem keine weiteren Rechtsvorschriften widersprechen.

§ 39**Auskunft und Akteneinsicht**

- (1) Soweit die Auskunfts- und Einsichtsansprüche medizinische Daten betreffen, sollen sie durch eine Ärztin oder einen Arzt oder eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten des Krankenhauses erfüllt werden.

- (2) Soweit der Einsichtnahme erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen, kann im Einzelfall die Auskunft über die gespeicherten Daten oder die Akteneinsicht eingeschränkt werden. Die Notwendigkeit der Einschränkung ist zu begründen und zu dokumentieren.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Dritte Auskunft über die zu ihrer Person gespeicherten Daten verlangen und schutzwürdige Belange der Patientinnen und Patienten nicht entgegenstehen.

§ 40

Löschen von Patientendaten und Einschränkung der Verarbeitung

- (1) Im Krankenhaus gespeicherte Patientendaten sind zu löschen, wenn sie zur Erfüllung der Aufgaben in § 36 und § 37 nicht mehr in personenbezogener Form erforderlich sind und sich aus Rechtsvorschriften keine längere Aufbewahrungsfrist ergibt.
- (2) Bei Patientendaten, die in Akten oder auf Karteikarten gespeichert sind, kann die Anonymisierung oder Löschung durch die Einschränkung der Verarbeitung ersetzt werden, solange andere in der Akte oder auf der Karteikarte enthaltene Patientendaten noch zur Aufgabenerfüllung benötigt werden oder aufgrund von Rechtsvorschriften aufzubewahren sind. Nach Abschluss der Behandlung unterliegen personenbezogene Daten, die in automatisierten Verfahren gespeichert und direkt abrufbar sind, dem alleinigen Zugriff der jeweiligen Fachabteilung.

Teil 8

Krankenhausaufsicht

§ 41

Krankenhausaufsicht und Befugnisse

- (1) Die Krankenhäuser, ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen und die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten unterliegen der Rechtsaufsicht des Landes (Krankenhausaufsicht).
- (2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für die in Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden Vorschriften dieses Gesetzes. Die Vorschriften über die Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein sowie über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.
- (3) Die in Absatz 1 genannten Einrichtungen sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu

erteilen und Unterlagen gegebenenfalls vorzulegen sowie deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

- (4) Werden die Vorschriften dieses Gesetzes durch das Handeln oder Unterlassen eines Krankenhauses verletzt, soll die Aufsichtsbehörde zunächst beratend darauf hinwirken, dass das Krankenhaus die Rechtsverletzung binnen einer angemessenen Frist behebt. Geschieht dies nicht, kann die Aufsichtsbehörde das Krankenhaus unter Fristsetzung verpflichten, die Rechtsverletzung zu beheben. Die Verpflichtung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollzugsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet worden oder sie unanfechtbar geworden ist.
- (5) Bei wiederholten oder erheblichen Verstößen gegen Vorschriften dieses Gesetzes, insbesondere auch bei Nichteinhaltung des Versorgungsauftrages in dem im Feststellungsbescheid genannten Umfang, kann der Versorgungsauftrag des Krankenhauses eingeschränkt oder entzogen werden. § 9 Absatz 5 gilt entsprechend.

§ 42

Zuständigkeiten

- (1) Aufsichtsbehörde nach diesem Gesetz ist das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium. Abweichend hiervon übt das für die Wissenschaft zuständige Ministerium die Aufsicht über das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, dessen Ausbildungsstätten sowie Tochtergesellschaften aus.
- (2) In den Fällen, in denen eine rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts Träger eines Krankenhauses ist, hat die nach Absatz 1 Satz 1 zuständige Aufsichtsbehörde ihre Entscheidungen im Einvernehmen mit der nach § 16 Absatz 2 Stiftungsgesetz zuständigen Stiftungsaufsichtsbehörde zu treffen.

Teil 9

Ordnungswidrigkeiten

§ 43

Ordnungswidrigkeiten

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer als verantwortliche Leiterin oder verantwortlicher Leiter eines Krankenhauses vorsätzlich oder fahrlässig entgegen
1. § 7 Absatz 4 der Aufsichtsbehörde keine Auskunft erteilt,
 2. § 27 Absatz 2 Satz 1 die Dienst- und Aufnahmebereitschaft nicht gewährleistet,

3. § 27 Absatz 3 Satz 2 die erforderlichen Daten nicht oder nicht Zeit aktuell und unverzüglich in die Datenbank einstellt oder
 4. § 41 Absatz 3 der zuständigen Aufsichtsbehörde die erforderlichen Auskünfte nicht erteilt, die erforderlichen Unterlagen nicht vorlegt oder deren Beauftragten den Zutritt verweigert.
- (2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 500.000 Euro geahndet werden.
- (3) Zuständige Verwaltungsbehörde für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 ist das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium.

Teil 10

Schlussvorschriften

§ 44

Experimentierklausel

Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann abweichende Regelungen zur Erprobung neuer Modelle der Krankenhausversorgung im Einvernehmen mit dem Finanzministerium durch Rechtsverordnung treffen. Dazu zählen unter anderem die Übertragung von Aufgaben nach diesem Gesetz auf einen anderen Rechtsträger und die mögliche Gewährung von Investitionsfördermitteln anhand von Investitionspauschalen. Den Beteiligten nach § 5 Absatz 1 ist hierzu die Möglichkeit zur Stellungnahme zu geben.

§ 45

Inkrafttreten; Außerkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt das Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 12. Dezember 1986 (GVOBl. Schl.-H. S. 302), zuletzt geändert durch Gesetz vom 12. Dezember 2018 (GVOBl. Schl.-H. 2019 S. 2), außer Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Durch den vorliegenden Entwurf eines Landeskrankenhausgesetzes (LKHG) werden die Vorschriften des Gesetzes zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG), das im Wesentlichen planungs- und förderrechtliche Bestimmungen enthielt, den aktuellen Vorgaben des Europa- und Bundesrechts sowie der Rechtsprechung angepasst und um weitere Regelungsbereiche ergänzt, sodass die Belange einer qualifizierten stationären Versorgung in Schleswig-Holstein soweit wie möglich zusammengefasst werden. Das Landeskrankenhausgesetz (LKHG) löst das Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) ab.

Im Interesse einer allzeitigen qualifizierten Patientenversorgung sind Regelungen über die Pflichten der Krankenhäuser zur Dienstbereitschaft sowie zur regulären und notfallmäßigen Aufnahme von Patienten hinzugekommen. Das Gesetz enthält zudem Grundvorgaben für eine ordnungsgemäße und den Anforderungen der Aufgaben entsprechende Binnenstruktur der für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser. Neu geschaffen werden zeitgemäße Regelungen zur Gewährleistung eines umfassenden Patientendatenschutzes. Die Einführung einer Krankenhausaufsicht durch das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium ermöglicht weiterhin, die Einhaltung der für Krankenhäuser geltenden Rechtsvorschriften in einem Bereich, der der existenziellen Daseinsvorsorge dient, sicherstellen zu können.

Gemäß den Vorgaben der Landesregierung zum Entwurf von Gesetzen wurde weitgehend vermieden, die Regelungen anderer Gesetze zu wiederholen. Soweit nach ihrem Zweck also nicht von einer Spezialität gegenüber allgemeinen Vorschriften auszugehen ist, stehen die Regelungen dieses Gesetzes neben den allgemeineren Gesetzen. Dies betrifft insbesondere das Landesverwaltungsgesetz (LVwG), das Landesdatenschutzgesetz (LDStG) sowie die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Aufgrund der sehr allgemeinen Regelungen in der DSGVO wurde zur Klarstellung gleichwohl ein Kapitel VII zum Patientendatenschutz verfasst, welches speziell auf den Bereich der Krankenhausversorgung zugeschnitten ist. Daran müssen sich Krankenhäuser orientieren.

Wenn einige der Vorschriften Rechte und Pflichten „der Krankenhäuser“ postulieren, wird hiermit – wie in zahlreichen Bundesgesetzen und den Landeskrankenhausgesetzen der anderen Länder – dem allgemeinen Sprachgebrauch Rechnung getragen. Denn tatsächlich kann „das Krankenhaus“ nicht selbst Träger von Rechten und Pflichten sein, sondern nur die dahinterstehende Rechtspersönlichkeit, die das Krankenhaus betreibt (der Krankenhausträger). Ist dennoch von „den Krankenhäusern“ die Rede, wird also der jeweilige Krankenhausträger berechtigt oder verpflichtet, und zwar bezüglich eines jeden von ihm betriebenen Krankenhauses.

B. Besonderer Teil

Zu § 1: Grundsätze

In Absatz 1 wird der Zweck des Gesetzes abstrakt umschrieben. Dies ist zunächst die adäquate Krankenhausversorgung der Bevölkerung zu sozial tragbaren Entgelten (Nummer 1). Das Ziel, eine vernetzte, kooperative und sektorenübergreifende Gesundheitsförderung zu ermöglichen (Nummer 2) trägt den Problemen des demographischen Wandels, der wirtschaftlichen Überlebensfähigkeit und des Ärztemangels im ländlichen Raum Rechnung. Die Stärkung der Patientenrechte (Nummer 3) geschieht insbesondere durch die neue Regelung über die Mitaufnahme von Begleitpersonen in § 28 sowie die Regeln über den Patientendatenschutz (§§ 35 ff).

Der Regelungsgehalt des Absatz 2 findet sich weitgehend bereits im AG-KHG, und zwar jeweils in den einleitenden Vorschriften zur Krankenhausplanung (§ 2 Absatz 1 Satz 2 AG-KHG) und -förderung (§ 5 Absatz 2 AG-KHG). Neben der Vielfalt der Krankenhausträger werden die bei der Ausführung des LKHG zu berücksichtigenden öffentlichen Interessen genannt, insbesondere nun auch die mittelfristige Finanzplanung des Landes und der Kreise und kreisfreien Städte. Bisher wurde nur die mittelfristige Finanzplanung des Landes ausdrücklich erwähnt, so dass die Erweiterung dem Umstand Rechnung trägt, dass die Kreise und kreisfreien Städte die Hälfte der öffentlichen Krankenhausinvestitionen tragen (§ 12 Absatz 1).

Auf die Benennung des Infektionsschutzes als Gesetzesziel wurde nach eingehender Prüfung verzichtet. Es erscheint bereits fraglich, ob neben den Regelungen des (als Bundesrecht vorrangigen) Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 14b des Gesetzes vom 06. Mai 2019 (BGBl. I S. 646), noch Raum für weitere landesrechtliche Vorgaben ist. § 23 Absatz 8 IfSG verpflichtet die Landesregierungen zur weiteren Ausgestaltung des Infektionsschutzes in Form von Rechtsverordnungen. Dem wird in Schleswig-Holstein mit der Medizinischen Infektionspräventionsverordnung – MedIpVO vom 30. März 2017 (GVOBl. Schl.-H. S. 169) entsprochen. Sie werden durch Verfahrensregelungen im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG) vom 14. Dezember 2001 (GVOBl. Schl.-H. S. 398), zuletzt geändert durch Artikel 31 des Gesetzes vom 2. Mai 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 162), ergänzt. Diese Vorschriften tragen der hohen Bedeutung des Infektionsschutzes im Krankenhaus angemessen Rechnung. Künftig können zudem Bescheide über die Bewilligung von Fördermitteln für Krankenhäuser aus Gründen der Krankenhaushygiene mit Nebenbestimmungen versehen werden (§ 23).

Zu § 2 (Geltungsbereich)

Weil das LKHG über Krankenhausplanung und -förderung hinausgeht und so die Anwendungsbereiche anderer Gesetze berührt, bedarf es einer ausdrücklichen Regelung seines Geltungsbereichs. Grundsätzlich gilt das LKHG für alle schleswig-holsteini-

schen Krankenhäuser, die der allgemeinen akutstationären oder teilstationären Versorgung dienen, was insbesondere Krankenhäuser im Maßregelvollzug und Rehabilitationseinrichtungen ausschließt.

Die Vorschriften zur Krankenhausförderung werden in Absatz 2 aus Gründen der Klarstellung auf Plankrankenhäuser beschränkt; andere Krankenhäuser sind nach § 5 Absatz 1 und § 8 Absatz 1 Satz 1 KHG grundsätzlich nicht förderberechtigt. Die besondere Erwähnung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) ist dem Umstand geschuldet, dass es trotz grundsätzlich fehlender Förderfähigkeit (vgl. § 5 Absatz 1 Nummer 1 KHG) gemäß § 8 Absatz 4 Satz 1 in den Krankenhausplan aufzunehmen ist. Anders als in § 42 Absatz 1 Satz 2 ist an dieser Stelle nicht von Ausbildungsstätten und Tochtergesellschaften die Rede, so dass sich die Vorschrift nur auf das UKSH als Anstalt öffentlichen Rechts bezieht. Insbesondere das Zentrum für integrative Psychiatrie (ZIP) kann also weiter nach den Vorschriften des vierten Teils gefördert werden.

Absatz 3 erklärt schließlich die Pflichten nach Teil 5 (mit Ausnahme für Dienst- und Aufnahmebereitschaft in der Notaufnahme gemäß § 27) für Krankenhäuser im Maßregelvollzug entsprechend anwendbar. Krankenhäuser im Strafvollzug oder Polizeikrankenhäuser, für die eine solche Bestimmung ebenfalls in Betracht käme, werden dagegen nicht erwähnt, weil solche Einrichtungen Schleswig-Holstein nicht bestehen.

Absatz 4 genügt den Vorgaben des Artikels 137 Absatz 3 Satz 1 der Weimarer Reichsverfassung, der nach Artikel 140 Grundgesetz auch in der Bundesrepublik gilt und bestimmt, dass jede Religionsgemeinschaft ihre Angelegenheiten selbstständig innerhalb der Schranken des für alle geltenden Gesetzes ordnet und verwaltet. Dies hat insbesondere Auswirkungen auf die Vorgaben zum Patientendatenschutz, die durch die kirchlichen Datenschutzgesetze (insbesondere durch das Datenschutzgesetz der evangelischen Kirche in Deutschland) verdrängt werden. Auch die Regelungen zur Betriebsleitung gelten nach Absatz 5 für solche Krankenhäuser nicht; sie haben indes in eigener Zuständigkeit ihre Binnenstruktur zu regeln.

Absatz 6 stellt für kommunale Krankenhäuser klar, dass die Vorschriften des Kommunalverfassungsrechts durch die Normierungen in diesem Gesetz betreffend die Krankenhausstruktur unberührt bleiben. Hiermit wird der Garantie der kommunalen Selbstverwaltung in Artikel 28 Absatz 2 Grundgesetz Rechnung getragen.

Zu § 3 (Sicherstellung der Krankenhausversorgung)

Die Vorschrift entspricht § 1 des AG-KHG, allerdings mit folgenden Unterschieden:

Der in Absatz 1 genannte Sicherstellungsauftrag ist nicht nur im Sinne der Organisationshoheit, sondern vor allem als finanzielle Sicherstellung zu verstehen. Aufgrund dessen ist auch das Land als Gewährsträger mit einzubinden. Die formulierte Festlegung ist jedoch nicht als Rangfolge zu verstehen. Es besteht eine gemeinsame Verantwortung des Landes, der Kreise und der kreisfreien Städte.

Nach Absatz 2 gewährt das Land Fördermittel zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung; die Kreise und kreisfreien Städte finden an dieser Stelle keine Erwähnung mehr, so dass künftig allein das Land für die Bewilligung von Fördermitteln zuständig ist. Nach dem AG-KHG waren grundsätzlich die Kreise und kreisfreien Städte für die Bewilligung von pauschalen Fördermitteln, die Förderung von Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten sowie von Lasten aus Darlehen zuständig. Durch die Bündelung beim Land sollen die Kreise und kreisfreien Städte entlastet und das Verfahren somit verschlankt werden, denn die Bewilligung von im Landeshaushalt eingestellten Fördermitteln lässt sich nicht widerspruchsfrei integrieren. Zudem kann bei der Verwendungsnachweisprüfung ein einheitlicher Maßstab sichergestellt werden (siehe dazu unten zu § 25).

Zu § 4 (Selbstverwaltungsaufgaben)

Die Vorschrift entspricht § 26 AG-KHG.

Zu § 5 (Beteiligte)

Die Vorschrift differenziert zwischen unmittelbar (Absatz 1) und mittelbar (Absatz 2) Beteiligten. Das beruht auf der bundesrechtlichen Vorgabe in § 7 Absatz 1 Satz 2 KHG, wonach mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme einvernehmliche Regelungen anzustreben sind.

Der Kreis der unmittelbar Beteiligten umfasst die Repräsentanten der wesentlichen von der Krankenhaus- und Investitionsplanung unmittelbar betroffenen Institutionen (Krankenhausträger, Kostenträger, kommunale Institutionen als Verantwortliche für die Daseinsvorsorge). Um den Belangen der Wissenschaft angemessen gerecht zu werden, wird der Kreis der Unmittelbar Beteiligten um einen Vertreter der Hochschulmedizin erweitert.

Die Mitwirkung dieser unmittelbar Beteiligten erfolgt künftig im Rahmen eines sog. Landeskrankenhausausschusses (Absatz 1 Satz 1) auf Basis einer Geschäftsordnung, die sich das Gremium selbst gibt (Absatz 5 Satz 2) und die die Abläufe der Zusammenarbeit im Einzelnen geregelt wird.

Die Klarstellung zwischen unmittelbar Beteiligten und mittelbar Beteiligten soll dem Umstand Rechnung tragen, dass einerseits alle für die Krankenhaus- und Krankenhausinvestitionsplanung erforderlich erscheinenden Institutionen berücksichtigt sind, andererseits aber die Abläufe im Landeskrankenhausausschuss nicht durch zu viele Mitwirkende eingeschränkt werden. Die Entscheidungsfindung des Landeskrankenhausausschusses wird dadurch, gerade mit Blick auf die anzustrebende Einstimmigkeit (§ 6 Absatz 2 Satz 1; vgl. auch § 7 Absatz 1 Satz 2 KHG), deutlich vereinfacht.

Die mittelbar an der Krankenhausplanung Beteiligten nehmen mit jeweils einer Vertreterin oder einem Vertreter mit beratender Stimme am Landeskrankenhausschuss teil.

Bei sektorübergreifenden Fragestellungen, insbesondere an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, ist es sachgerecht und hat sich bewährt

(vgl. § 19 Absatz 2 Satz 2 AG-KHG), die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein auch als unmittelbar Beteiligte einzubinden. Diesem Bedürfnis trägt Absatz 3 Rechnung. In den Einladungen zum Landeskrankenhausausschuss sind die Tagesordnungspunkte derart deutlich zu formulieren, dass die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein erkennen kann, ob ihr ein Stimmrecht als unmittelbar an der Krankenhausplanung Beteiligte zusteht. Um das übergeordnete Ziel der sektorenübergreifenden Versorgung in Schleswig-Holstein weiter zu fördern, wird es mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein vor der Sitzung des Landeskrankenhausausschusses eine Sondersitzung geben, insofern sektorenübergreifende Fragestellungen betroffen sind. Näheres wird die Geschäftsordnung des Landeskrankenhausausschusses regeln.

Die Patientenombudsperson gehört zukünftig als mittelbar Beteiligte dem Landeskrankenhausausschuss an.

Zur Klarstellung der Vertretungsbefugnis der für die jeweils Beteiligten Handelnden sind diese verpflichtet, jeweils eine Vertreterin bzw. einen Vertreter sowie eine Stellvertreterin bzw. einen Stellvertreter zu benennen (Absatz 4 Satz 1). Dadurch werden Unklarheiten in der personellen Zusammensetzung des Landeskrankenhausausschusses vermieden.

Die Vertreter, die unmittelbar mit der Geschäftsführung eines Krankenhauses in Schleswig-Holstein betraut sind, verlassen bei Anträgen, die ihr eigenes Krankenhaus betreffen, den Sitzungsraum. Dieses Verfahren wird unter anderem die Geschäftsordnung des Landeskrankenhausausschusses regeln.

Die Bezeichnung der unmittelbar oder mittelbar Beteiligten hat sich gegenüber dem AG-KHG teilweise geändert; sie wurde dem aktuellen Stand angepasst.

Die Geschäftsordnung des Landeskrankenhausausschusses nach Absatz 5 Satz 2 soll insbesondere die Voraussetzungen und den Modus der Einberufung des Gremiums einschließlich Ladungsfristen, den grundsätzlichen Ablauf der Sitzungen, Protokollfragen, Anwesenheit von Gästen, Beteiligung von Expertinnen und Experten, die Einrichtung von Arbeitsgruppen etc. regeln.

Zu § 6 (Mitwirkung mit der Beteiligten)

Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen § 20 AG-KHG mit dem Unterschied, dass auf die Normierung des Erfordernisses einer erneuten Beratung bei fehlendem Einvernehmen verzichtet wird. Diese ist überflüssig – mehrfache Beratungen schließt das Gesetz in dessen in keiner Weise aus, sollten sie im Einzelfall zweckdienlich sein.

Absatz 2 berücksichtigt das bundesgesetzliche Gebot aus § 7 Absatz 1 Satz 2 KHG, nach Möglichkeit einvernehmliche Regelungen anzustreben. Kommt es indessen nicht zum Einvernehmen, liegt die abschließende Entscheidung (Letztentscheid) beim für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium (Absatz 3). Damit bestehen klare

Handlungsstränge; gleichzeitig ist gewährleistet, dass es infolge fehlenden Einvernehmens nicht dazu kommt, dass die im öffentlichen Interesse liegenden Planungs- oder Investitionsentscheidungen durch eine Blockade einzelner Beteiligter verzögert werden.

Der Letztentscheid nach erstem Aufruf der Sache stellt die Ausnahme zum Grundsatz dar und ist den an der Krankenhausplanung Beteiligten rechtzeitig bekannt zu geben und zu begründen.

Zu § 7 (Aufstellung des Krankenhausplans)

Entsprechend der bundesgesetzlichen Vorgaben stellt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium den Krankenhausplan auf. Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen § 2 AG-KHG mit den folgenden inhaltlichen Modifikationen:

Die bei der Aufstellung des Krankenhausplans zu beachtenden öffentlichen Interessen, die bisher in § 2 Absatz 1 Satz 2 AG-KHG benannt wurden, ergeben sich nun aus § 1 Absatz 2. Im Rahmen der AG Krankenhausplanung werden jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter des Städtetages Schleswig-Holstein und des Landkreistages Schleswig-Holstein einen ständigen Sitz haben, damit sich mit ihren Belangen rechtzeitig und umfassend befasst werden kann. Der Kreis der Teilnehmenden der Kommunalen Landesverbände an der genannten Arbeitsgemeinschaft wird auf diejenigen beschränkt, die die Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein mitfinanzieren.

In Absatz 2 werden nunmehr die Begriffe „Fortschreibung“ und „Bedarfsanpassung“ aus Gründen der Rechtsklarheit definiert.

Im Einklang mit der bisherigen Verwaltungspraxis schreibt Absatz 3 die Veröffentlichung des Krankenhausplans rechtsetzend im Amtsblatt für Schleswig-Holstein sowie zusätzlich – den modernen Kommunikationsformen angepasst – im Internet auf der Internetseite des Landes Schleswig-Holstein ausdrücklich vor. Damit ist dem Bedürfnis nach Transparenz Rechnung getragen; zudem ist es allen am Krankenhauswesen Interessierten auf einfachem Wege möglich festzustellen, welche Fachgebiete an welchem Krankenhaus vorgehalten werden. Auf die genaue Benennung des zur Internetseite führenden Links wird verzichtet, da es sich lediglich um eine zusätzliche Option handelt und sich Link aufgrund des technischen Fortschrittes stets ändern kann.

Die Auskunftspflicht des Absatz 4 entspricht inhaltlich im Wesentlichen derjenigen des § 23 Absatz 1 AG-KHG. Zu den allgemeinen statistischen Angaben über die Patientinnen und Patienten gehören insbesondere Angaben über deren Alter, Geschlecht, regionale Herkunft, aber auch Versichertenstatus. Dadurch soll die Möglichkeit geschaffen werden, diese Indikatoren im Rahmen des zu erwartenden Bedarfs an Krankenhausbetten oder Plätzen mit zu berücksichtigen.

Das Gesetz stellt klar, dass solche Auskünfte seitens der Krankenhausträger „zeitnah“ zu erfüllen sind. Das liegt zwar unterhalb eines Gebotes zur „unverzüglichen“ (sofortigen, ohne schuldhaftes Zögern erfolgenden) Auskunftserteilung, macht andererseits aber deutlich, dass entsprechende Auskunftsbegehren des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums zügig zu erfüllen sind. Maßgeblich sind stets die Umstände des Einzelfalles, also insbesondere die Dringlichkeit und der Grund des Auskunftsbegehrens sowie der Umfang der Anfrage. Das schließt nicht aus, dass das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium dem Krankenhausträger eine im Einzelfall angemessene Frist für die Auskunftserteilung setzen kann.

Die Nichtbeachtung des Auskunftsgebots nach Absatz 4 kann zudem als Ordnungswidrigkeit geahndet werden (§ 43 Absatz 1 Nummer 1).

Zu § 8 (Inhalt des Krankenhausplans)

Die Vorschrift ist an den bisherigen § 3 AG-KHG angelehnt.

Absatz 1 stellt einerseits sicher, dass stets die für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung ausreichende Anzahl an Planbetten und Behandlungsplätzen vorhanden ist. Diese Versorgung zu gewährleisten, ist oberstes Ziel der Krankenhausplanung. Der Hinweis auf die Bedarfsgerechtigkeit dient andererseits aber auch dazu, die Vorhaltung überflüssiger und unwirtschaftlicher Kapazitäten zu vermeiden. So werden die Einhaltung der in § 1 Nummer 1, § 1 Absatz 1 KHG normierten Ziele im Rahmen der Krankenhausplanung sichergestellt.

Absatz 2 beschreibt, wie die in Absatz 1 definierten Ziele standort- und fachgebietsbezogen umgesetzt werden. Absatz 2 Satz 2 stellt klar, dass ein Krankenhaus unter Umständen mehrere Standorte haben kann. Die Planung von Fachrichtungen und deren Umfang – orientiert insbesondere an der Anzahl von Planbetten oder Behandlungsplätzen (vgl. auch § 9 Absatz 3 Satz 2 Nummer 3) – dient ebenfalls der Umsetzung der in Absatz 1 genannten Ziele. Vorzuhalten sind so viele Kapazitäten wie zur Versorgung im Sinne von Absatz 1 nötig, aber so wenige wie möglich, um die mit der Vorhaltung und dem Betrieb bedingten Kosten in einem vertretbaren Rahmen zu halten. Im Hinblick auf eine qualitativ hochstehende und dennoch betriebswirtschaftlich effektive Versorgung soll ermöglicht werden, eine Fachabteilung in Leistungsbereiche aufzuteilen. So wäre es denkbar, bestimmte Leistungsgruppen, z.B. Schlaganfallversorgung, jeweils nur einem Krankenhaus zuzuweisen, obwohl mehrere Krankenhäuser in derselben Region aufgrund der Zuordnung einer Fachabteilung, bezogen auf das Beispiel Neurologie, die dieser fachlich zuzuordnenden Leistung an sich erbringen könnten. Dem wird auch durch die Planung von Zentren und Schwerpunkten Rechnung getragen. Zentren und Schwerpunkte sollen besondere Aufgaben wahrnehmen, hinsichtlich derer sich im Hinblick auf die erforderliche Qualität der Leistungserbringung einerseits und die Vorhaltung aufwändiger Einrichtungen andererseits eine Konzentration in der Leistungserbringung gebietet.

Absatz 3 legt die grundsätzliche Struktur des Krankenhausplanes fest. Dieser besteht – wie bislang auch schon in der Rechtspraxis – aus einem Allgemeinen Teil und einem Besonderen Teil.

Der Allgemeine Teil beschreibt – allgemein – die Planungsgrundsätze, Planungsziele, die Versorgungsstruktur und eventuelle Qualitätsvorgaben. Er beinhaltet auch die Umschreibung der einzelnen Fachrichtungen. Das Gesetz sieht bewusst davon ab, hierfür auf die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein zu verweisen, um davon abweichende Planungen zu ermöglichen. Das schließt gleichwohl nicht aus, dass das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium im Rahmen der Aufstellung des Allgemeinen Teils des Krankenhausplanes – wie in nahezu allen Bundesländern üblich – ganz oder teilweise auf die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer verweist.

Der Besondere Teil beschreibt dann, wie diese Ziele regional erreicht werden. Zwecks Sicherstellung der Versorgung können dort auch besondere Ausweisungen und selbstständige Einrichtungen erfolgen, so beispielhaft die Berechtigung und Verpflichtung zur Teilnahme an der Notfallversorgung oder zum Betrieb von Spezialeinheiten für Schlaganfallpatientinnen und –patienten (Stroke Unit).

Die gesetzlichen Vorgaben für die Inhalte des Allgemeinen Teils und auch des Besonderen Teils sind nicht abschließend. Das ermöglicht – entsprechend den Inhalten auch des gegenwärtigen Krankenhausplans – die Aufnahme von Krankenhäusern mit Versorgungsvertrag (§ 109 SGB V), verpflichtet hierzu aber nicht. Durch die im Übrigen nur beispielhafte Aufzählung in Absatz 3 Satz 3 soll gewährleistet sein, dass sich verändernden Anforderungen an die stationäre Versorgung oder Notfallversorgung ebenso wie neuen Entwicklungen in der Medizin und Medizintechnik angemessen Rechnung getragen werden kann.

Gemäß Absatz 4 ist das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein einzubeziehen, da dieses in maßgeblichem Umfang an der Krankenhausversorgung beteiligt ist. Ein Anspruch auf Förderung nach diesem Gesetz ist hiermit nicht verbunden (siehe § 2 Absatz 2). Aufgaben aus Forschung und Lehre sind angemessen zu berücksichtigen.

In Absatz 5 findet sich die aktuelle bundesgesetzliche Vorgabe zu den Pflegepersonaluntergrenzen. Deren Auswirkungen auf die Krankenhäuser im Bundesland sollen krankenhauserplanerisch berücksichtigt werden.

Absatz 6 gebietet, die bundesrechtlichen Vorschriften zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung in den §§ 135 bis 139c SGB V zu berücksichtigen. Sofern diese Vorschriften nicht verbindlich sind – vgl. insoweit ausdrücklich auch die Regelung in Absatz 6 – gebietet das Berücksichtigungsgebot allerdings nur eine angemessene Einbeziehung mit Abwägung gegenüber anderen Kriterien im Rahmen der Aufstellung des Krankenhausplanes. Eine – sofern nicht bundesrechtlich vorgeschriebenen – zwingende Übernahme soll damit nicht verbunden sein.

Absatz 7 trägt dem Umstand Rechnung, dass der Bundesgesetzgeber in § 6 Absatz 1a Satz 1 KHG vorgegeben hat, die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 SGB V zum Bestandteil des Krankenhausplans zu machen. Um die Planungshoheit des Landes zu gewährleisten und regionale Besonderheiten, so insbesondere auch die Versorgung ländlicher Regionen sowie der Inseln und Halligen berücksichtigen zu können, wird von der bundesrechtlich in § 6 Absatz 1a Satz 2 KHG vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch gemacht, die Übernahme der Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses unter den Vorbehalt einer entsprechenden Beschlussfassung durch das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium zu stellen. Aus Gründen der Rechtsklarheit und Transparenz sind diese Beschlüsse in derselben Form wie der Krankenhausplan zu veröffentlichen (Absatz 6 Satz 2 in Verbindung mit § 7 Absatz 3).

Das in Absatz 8 enthaltene Gebot für die Krankenhausplanungsbehörde, bei der Aufstellung des Krankenhausplans die jeweilige Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung zu beachten, verdeutlicht, dass es sich hierbei um ein der Bedarfssicherung nachrangiges Planungskriterium handelt. Die Berücksichtigung dieses Kriteriums lässt sich allerdings schon aus der Zweckbestimmung des § 1 Absatz 1 KHG ableiten, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung „mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten“. Es handelt sich hiermit um eine Maßgabe an die Krankenhausplanungsbehörde.

Der neu eingefügte Absatz 9 enthält die Verordnungsermächtigung für das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium, eigene Mindestfallzahlen für bestimmte Leistungen festzulegen. Hintergrund hierfür ist sowohl die Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität im stationären Bereich, als auch die Förderung des Gesetzeszweckes, eine Versorgung mit wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern sicherzustellen. Mindestfallzahlen bilden hierfür ein adäquates Mittel.

Zu § 9 (Aufnahme in den Krankenhausplan)

Absatz 1 entspricht inhaltlich im Wesentlichen § 4 Absatz 1 AG-KHG. Er berücksichtigt, dass der Krankenhausplan ausschließlich verwaltungsinterne Wirkung hat, also noch keine Rechte oder Pflichten von Krankenhausträgern begründet. Hierzu bedarf es erst der Umsetzung durch einen sogenannten Feststellungsbescheid, der als feststellender Verwaltungsakt mit Dauerwirkung gegenüber dem Krankenhausträger ergeht, gegebenenfalls als Verwaltungsakt mit Drittwirkung gleichzeitig auch gegenüber Mitbewerbern.

Der neu eingefügte Absatz 2 beinhaltet aufgrund bisher fehlender spezialgesetzlicher Regelungen nun auch die Ermächtigung des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums, ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen, sofern die Festlegungen nach Absatz 3 nicht eingehalten werden. Hintergrund hierfür ist, dass § 8 Absatz 1 Satz 3 KHG sowohl vom VG Schleswig (Be-

schluss vom 06.09.2016 - 1 A 5/15) als auch vom OVG Schleswig (Schleswig-Holsteinisches Oberverwaltungsgericht, Urteil vom 12. Mai 1999 – 2 L 29/98) nicht als Ermächtigungsgrundlage für die (Teil-) Herausnahme anerkannt wird. Absatz 1 Satz 2 ermöglicht es insbesondere auch, den Feststellungsbescheid unter Widerrufsvorbehalt zu stellen.

Absatz 3 berücksichtigt, dass die Festlegungen im Krankenhausplan, auch die Aufnahme eines Krankenhauses in den Besonderen Teil, keine Außenwirkung haben. Hier werden die Mindestinhalte eines Feststellungsbescheides enumerativ aufgelistet; die Vorgaben sind verbindlich.

Absatz 4 regelt die Pflichten der Antragsteller. Erforderliche Informationen im Sinne der Regelung sind insbesondere die Ausführungen zum Bedarf, zum Umgang mit Qualitätsvorgaben und ähnlichem, gegebenenfalls auch zur Art und Weise, wann und wie diese vom Antragsteller gedeckt oder gewährleistet werden sollen. Vom Antragsteller wird insgesamt eine geeignete Darlegung einer zukünftigen, qualitätsgesicherten Leistungserbringung erwartet. Eine – unter Umständen aufwändig zu erstellende – Wirtschaftlichkeitsberechnung gem. Absatz 4 Satz 3 ist nur auf Aufforderung einzureichen. Sie sollte dann, sofern bereits vorhanden, eine Gewinn- und Verlustrechnung und gegebenenfalls Quartalszahlen enthalten. Eine detaillierte Wirtschaftlichkeitsberechnung dient insbesondere dem Nachweis, dass eine wirtschaftliche Leistungserbringung im Hinblick auf die gebotene wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung möglich ist.

Absatz 5 entspricht § 4 Absatz 3 AG-KHG. Rechtsbehelfe vom Betroffenen oder Dritten haben gemäß § 80 Absatz 1 VwGO grundsätzlich aufschiebende Wirkung. Mit der Regelung macht der Landesgesetzgeber von der Ermächtigungsnorm des § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 VwGO Gebrauch. Die Normierung dient der Verfahrensbeschleunigung, welche im Bereich der Krankenhausplanung, insbesondere aufgrund der besonderen Wichtigkeit der betroffenen Schutzgüter (namentlich: die medizinische Versorgung von Patienten), eine erhebliche Bedeutung hat. Durch die Regelung des Absatz 5 wird der Betroffene bzw. der Konkurrent auch nicht rechtsschutzlos gestellt; ihm bleibt der Weg des einstweiligen Rechtsschutzes. Dem wird regelmäßig dadurch Rechnung zu tragen sein, dass krankenhauserplanerische Bescheide so frühzeitig ergehen, dass der betroffene Krankenhausträger bei Bedarf um Rechtsschutz beim Verwaltungsgericht nachsuchen kann.

Zu § 10 (Wechsel des Trägers oder Eigentümers)

Grundsätzlich ist zwischen einem Träger- und einem Gesellschafterwechsel zu unterscheiden. Der Krankenhausträger im Sinne dieses Gesetzes ist der Betreiber eines Krankenhauses, dem die Rechte und Pflichten aus dem Krankenhausbetrieb zuzurechnen sind und der die Leistungen eines Krankenhauses für sich selbst erbringt. Er kann eine natürliche oder eine juristische Person sein. Ein Trägerwechsel liegt demzufolge dann vor, wenn diese natürliche oder juristische Person den Krankenhausbetrieb an eine andere natürliche oder juristische Person überträgt.

Ein Gesellschafter hingegen ist kein Krankenhausträger. Er kann sowohl eine natürliche als auch eine juristische Person sein. Die konkreten Rechte und Pflichten des Gesellschafters richten sich nach dem Gesellschaftsvertrag und der Rechtsform des Krankenhausträgers. Die rechtlichen Strukturen orientieren sich somit nachrangig am Krankenhausträger.

Bei Krankenhausträgern, die als Gesellschaften – etwa als GmbH – organisiert sind, ist allerdings ein Wechsel der Gesellschaftsanteile nicht als Trägerwechsel anzusehen, da der Träger als Gesellschaft nach wie vor im Feststellungsbescheid ausgewiesen wird. Dies gilt auch bei einem Wechsel von 100 % der Gesellschaftsanteile. Änderungen in der Rechtsform stellen hingegen einen Trägerwechsel dar (vgl. Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, *Stollmann*, § 4 Krankenhausplanung, Rd, 48-49).

Diese Vorschrift betrifft die Veränderung von Krankenhausstrukturen durch den Betreiberwechsel eines Plankrankenhauses. Vermehrt werden Krankenhäuser unter einheitlicher Trägerschaft zusammengefasst oder von einem Träger auf den anderen übertragen. Da sich ein Trägerwechsel sowohl auf die Wahrnehmung des Versorgungsauftrages durch den neuen Träger als auch die Verwendung der Fördermittel oder die Nutzung von beförderten Anlagegütern auswirken kann, ist es erforderlich, gesetzliche Regelungen zu schaffen, die der Rechtssicherheit dienen und einheitliches Verwaltungshandeln gewährleisten. Insbesondere wird sowohl für den bisherigen Rechtsträger als auch für den neuen Träger Klarheit geschaffen, welche krankenhauplanerischen und -förderrechtlichen Konsequenzen mit einem Trägerwechsel verbunden sind.

Nach Absatz 1 ist das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium über Änderungen in der Trägerstruktur daher unverzüglich zu informieren. Hinreichend konkret ist die dort genannte Absicht jedenfalls dann, wenn die Durchführung des Trägerwechsels wahrscheinlicher ist als sein Unterbleiben.

Absatz 2 Satz 1 konkretisiert den verwaltungsrechtlichen Grundsatz, nach welchem ein Verwaltungsakt grundsätzlich nur im Verhältnis zu seinem Adressaten wirkt und nicht ohne weiteres auch Dritte, hier den neuen Träger, begünstigt. Die Inhalte des Feststellungsbescheides gelten daher nach einem Trägerwechsel nicht automatisch auch für den neuen Träger, so dass das Krankenhaus zeitgleich mit dem Trägerwechsel aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Der neue Träger bedarf eines neuen (an ihn gerichteten) Feststellungsbescheids nach § 9 Absatz 1 Satz 1.

Weil das Ausscheiden grundsätzlich auch den Widerruf etwaiger Förderbescheide gemäß § 117 Absatz 3 LVwG und daraufhin eine Rückforderung der Fördermittel gemäß § 117a LVwG zur Folge hätte, tritt der neue Träger gemäß Absatz 2 Satz 2 bei Wiederaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan unter seiner Trägerschaft kraft Gesetzes in die krankenhauplanerischen Rechte und Pflichten des bisherigen Trägers ein. Das Krankenhaus wird damit förderrechtlich so gestellt, als wäre es ohne

Unterbrechung unter gleicher Trägerschaft in den Krankenhausplan aufgenommen gewesen; die Kontinuität in der Fördermittelbewilligung ist gewährleistet.

Absatz 2 Satz 3 erweitert die Rückgriffmöglichkeiten des Landes bei förderwidriger Verwendung gegenüber den bisherigen Regelungen des AG-KHG auf den infolge Trägerwechsels ausgeschiedenen Krankenhausträger. Die Auswahl zwischen ausgeschiedenem und neuem Träger hat einzelfallbezogen nach Ermessen zu erfolgen; sie ermöglicht insbesondere die Inanspruchnahme des ausgeschiedenen Trägers bei Zahlungsunfähigkeit des neuen Trägers. Die Regelung dient insofern der Sicherung der öffentlichen Gelder.

Absatz 2 Satz 4 stellt sicher, dass der neue Krankenhausträger auch die von der Bewilligungsbehörde noch an den bisherigen Krankenhausträger ausgezahlten, jedoch noch nicht verwendeten Fördermittel erhält, um der Zweckbestimmung der Bewilligungsbescheide entsprechend damit wirtschaften zu können.

Durch den Absatz 3 wird deutlich, dass die Anzeigeverpflichtung auch für den Eigentümerwechsel gilt.

Zu § 11 (Grundsätze der Förderung)

Absatz 1 dient der Zuständigkeitsbestimmung und Klarstellung, indem das Antragserfordernis einer jeden Förderung hervorgehoben wird; eine Förderung ist nur nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen möglich.

Die Kriterien für die Kategorisierung bzw. Priorisierung der Fördermittel werden gemeinsam mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten erarbeitet.

Absatz 2 konkretisiert die Begründungs- und Substantiierungsobliegenheiten der Antragsteller (§ 84 Absatz 2 LVwG) und greift insoweit die bisher in § 23 Absatz 1 AG-KHG normierte Auskunftspflicht auf.

Absatz 3 stellt die bereits geübte Praxis, gegenüber Fördermittelempfängern Sicherheiten für etwaige Rückforderungsansprüche zu verlangen, auf eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage. Sie dient der Sicherstellung öffentlicher Gelder im Falle von Rückforderungen. Damit wird insbesondere dem Umstand Rechnung getragen, dass Insolvenzen von Krankenhausträgern in den vergangenen Jahren zugenommen haben.

Absatz 4 verpflichtet die Fördermittelempfänger ausdrücklich zur Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit und trifft eine Regelung zur Anrechnung von Zinseinnahmen.

Zu § 12 (Aufbringung der Mittel)

Die Vorschrift entspricht § 21 AG-KHG.

Zu § 13 (Aufstellung des Investitionsprogramms)

Die Vorschrift entspricht § 5 Absatz 1 AG-KHG. Die bei der Aufstellung des Investitionsprogramms zu beachtenden öffentlichen Interessen, die bisher in § 5 Absatz 2 AG-KHG benannt wurden, ergeben sich nun aus § 1 Absatz 2.

Zu § 14 (Inhalt des Investitionsprogramms)

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 6 AG-KHG.

Zu § 15 (Förderung der Errichtung und Erstaussstattung)

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 7 AG-KHG. Der Hinweis auf die Möglichkeit der Vereinbarung einer bloß teilweisen Förderung in Absatz 2 Satz 2 entspricht § 8 Absatz 1 Satz 2 erster Halbsatz Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und wurde aufgenommen, um zu verdeutlichen, dass das Landesrecht diese Möglichkeit nicht ausschließt. Zu den grundsätzlich förderfähigen Anlagegütern gehören unter anderem Investitionen in IT-Infrastrukturen. Durch das Erfordernis des zeitnahen Investitionsmitteleinsatzes soll verhindert werden, dass durch Gründe, die der Zuweisungsempfänger zu vertreten hat, der Einsatz der Fördermittel hinausgezögert wird und die Investitionsmaßnahme zusätzlich teurer wird, als geplant.

Zu § 16 (Förderung der Nutzung von Anlagegütern)

Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen § 9 AG-KHG, wobei in Absatz 2 Satz 1 der bislang verwendete Begriff „erhebliche“ durch „unzumutbare“ ersetzt wird. Unzumutbarkeit wird regelmäßig – aber auch nur dann – anzunehmen sein, wenn außergewöhnliche Umstände vorliegen, aufgrund derer die Nichtzustimmung für den geförderten Krankenträger eine besonders schwere Härte darstellen würde, so z.B. bei infolge der Nichtzustimmung und daraus resultierender Zahlungs- oder Rückzahlungsverpflichtungen drohender Insolvenz.

Zu § 17 (Förderung der Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten)

Die Vorschrift entspricht grundsätzlich § 10 AG-KHG, allerdings mit dem Unterschied, dass anstelle der Kreise und kreisfreien Städte nun das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium für die Erteilung der Förderbescheide zuständig ist; bisher hatte es lediglich seine Zustimmung zu erteilen. Der Fördertatbestand, der dem des § 9 Absatz 2 Nummer 2 KHG, entspricht, unterliegt auch wie bisher den Einschränkungen des Absatz 2 und dem Haushaltsvorbehalt.

Zu § 18 (Förderung von Lasten aus Darlehen)

Die Vorschrift entspricht § 11 AG-KHG, mit dem Unterschied, dass anstelle der Kreise und kreisfreien Städte nun das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium für die Erteilung der Förderbescheide zuständig ist, welches bisher an diesen Förderentscheidungen nicht beteiligt war.

Absatz 3 Satz 2 verweist auf 117a Absatz 3 LVwG, weil das LKHG keine eigene Regelung über die Verzinsung zurückzuerstattender Fördermittel mehr enthält (vergleiche unten zu § 24).

Zu § 19 (Förderung der mit Eigenmitteln beschafften Anlagegüter)

Die Vorschrift entspricht § 12 AG-KHG.

Zu § 20 (Pauschale Förderung)

Die Vorschrift geht auf § 8 AG-KHG zurück, weist aber maßgeblich folgende Unterschiede auf:

Nach Absatz 1 ist anstelle der Kreise und kreisfreien Städte nun das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium zuständig. Die durchschnittliche Nutzungsdauer in Absatz 1 Nummer 1 wurde auf bis zu 15 Jahre herabgesetzt. Die Pauschale für kleine bauliche Maßnahmen nach Absatz 1 Nummer 2 beträgt nunmehr 50.000 Euro.

Durch Absatz 3 wird das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wie bisher ermächtigt, die Bemessung der pauschalen Förderung nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung anhand bestimmter Kriterien festzusetzen. Nach Absatz 3 Satz 4 kann das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium von den sich aus dieser Verordnung ergebenden Pauschalen nach oben oder unten abweichen, sofern dies mit Blick auf die Aufgabenerfüllung des Krankenhauses geboten erscheint.

Ferner soll die Norm die Abgrenzung zwischen Betriebskosten und Investitionskosten deutlich werden.

Zu § 21 (Förderung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben)

Die Vorschrift entspricht § 13 AG-KHG, mit dem Unterschied, dass anstelle der Kreise und kreisfreien Städte nunmehr das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium für die Erteilung der Förderbescheide zuständig ist. Bisher hatte das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium lediglich seine Zustimmung zu erteilen. Zur Erfüllung der Voraussetzung der Erforderlichkeit in Absatz 1 Satz 1 hat das Krankenhaus die entsprechenden Nachweise zu erbringen. Näheres wird als Bedingung im Förderbescheid im Sinne des § 23 Absatz 1 geregelt.

Zum Begriff der „unzumutbaren“ Härte vgl. die Ausführungen oben zu § 16.

Gemäß Absatz 2 Satz 1 können die Fördermittel zur Schließung künftig auch pauschaliert werden; damit ist dem Empfänger ein größerer Spielraum beim Einsatz der Fördermittel möglich. Absatz 2 Satz 2 soll es ermöglichen, Anreize für eine gegebenenfalls vollständige Schließung eines überflüssig gewordenen Krankenhauses zu bieten

Zu § 22 (Beginn der Förderung)

Die Vorschrift entspricht § 14 Absatz 1 AG-KHG.

§ 14 Absatz 2 AG-KHG, wonach zur Vermeidung erheblicher Härten Fördermittel für eine Dauer von bis zu 3 Jahren rückwirkend bewilligt werden können, findet mangels Praxisrelevanz und in Anbetracht der Finanzlage des Landes und seiner Kommunen keine Aufnahme in das LKHG.

Zu § 23 (Nebenbestimmungen bei der Bewilligung der Fördermittel)

Die Vorschrift entspricht grundsätzlich § 15 AG-KHG, allerdings mit dem Unterschied, dass Nebenbestimmungen künftig nach Absatz 1 Nummer 2 zur Sicherung der Rückforderung und nach Absatz 1 Nummer 4 auch aus Gründen der Krankenhaushygiene getroffen werden können. Durch Letzteres kann insbesondere auch die Einhaltung der entsprechenden Vorgaben eines Standardraumprogramms zur Auflage eines Förderbescheides gemacht werden.

Zu § 24 (Erstattung von Fördermitteln)

Die Erstattung von Fördermitteln folgte allgemeinen Grundsätzen der §§ 116 ff. LVwG (Rücknahme und Widerruf von Verwaltungsakten). Hieraus geht eindeutig hervor, dass der Fördererbescheid vor Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs aufzuheben ist.

Kann ein Krankenhausträger den nach § 25 geforderten Nachweis der ordnungsgemäßen Mittelverwendung nicht erbringen, kann die Behörde den entsprechenden Bescheid über die Bewilligung der Fördermittel gemäß § 117 Absatz 3 Nummer 1 LVwG, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise auch mit Wirkung für die Vergangenheit widerrufen.

Zu § 25 (Verwendungsnachweisprüfung)

In Absatz 1 wird den Fördermittelempfängern der Nachweis der ordnungsgemäßen Mittelverwendung auferlegt. Die Verwendungsnachweise werden dann vom für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium oder einer beauftragten Stelle (etwa der Investitionsbank Schleswig-Holstein) überprüft, wobei diesen dieselben Auskunfts-, Einsichts- und Betretungsrechte wie im Rahmen der Krankenhausaufsicht zustehen.

Absatz 2 ist speziell auf den Nachweis der Verwendung pauschaler Fördermittel zugeschnitten. Die Überprüfung stützt sich insoweit auf die Testate von Wirtschaftsprüfern, welche die Krankenhäuser schon jetzt jährlich in Auftrag gegeben. Aus der Verpflichtung, diese auf eigene Kosten beizubringen, folgt somit keine zusätzliche Belastung der Krankenhausträger.

Dass die aus einem nicht bzw. nicht ausreichenden Verwendungsnachweis folgende Unaufklärbarkeit der ordnungsgemäßen Mittelverwendung im Streitfall zu Lasten des Fördermittelempfängers geht, ergibt sich gerade aus der Nachweispflicht des § 24 (vergleiche auch *Dawin*, in: Schoch/Schneider/Bier, Verwaltungsgerichtsordnung, Stand 35. Ergänzungslieferung 2018, § 108 Rn. 107 mwN).

Die Rechte des Landesrechnungshofs werden im Übrigen in keiner Weise beschnitten; auch dieser kann die Ordnungsgemäßheit der Mittelverwendung vollumfänglich überprüfen.

Zu § 26 (Förderung von Ausbildungsstätten)

Die Vorschrift entspricht § 17 AG-KHG.

Zu § 27 (Aufnahmen, Dienstbereitschaft und Notaufnahme)

Absatz 1 verdeutlicht, dass sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan ergibt. Mit Bestandskraft des Feststellungsbescheides besteht insofern nicht nur das Recht zur Aufnahme der unter die Feststellungen fallenden Patienten, sondern auch eine Pflicht zu deren Versorgung. Im Rahmen seines Versorgungsauftrages ist das Krankenhaus also kontrahierungspflichtig. Es darf keine Patienten, die der stationären Behandlung im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses bedürfen, ohne besonderen Grund (so z.B. bei Vollbelegung) abweisen. Sofern es sich um ein psychiatrisches Krankenhaus oder um ein Krankenhaus mit psychiatrischer Abteilung der psychiatrische Pflichtversorgung handelt, umfasst der Versorgungsauftrag neben der teilstationären Versorgung ebenfalls die stationäre Unterbringung von Menschen, die infolge psychischer Störungen gegen ihren freien Willen öffentlich-rechtlich unterzubringen sind (nach PsychKG bzw. nach dem künftigen Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG)). Bei Komorbidität von psychischer und somatischer Erkrankung muss jeweils die konsiliardienstliche Versorgung sichergestellt werden. Der jeweils höhere Krankheitsgrad ist vorrangig zu versorgen.

Die Feststellung der aktiven Mitwirkung bei der Organspende trägt den aktuellen Entwicklungen im Transplantationsgesetz und dem Umstand Rechnung, dass der in Deutschland herrschende Mangel transplantationsfähiger Organe nach Möglichkeit eingeschränkt werden soll.

Absatz 2 regelt eine öffentlich-rechtliche Pflicht zur Aufnahme und Versorgung, insbesondere von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Schleswig-Holstein ist eines der letzten Länder, welches noch keine explizite gesetzliche Regelung zur Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten jenseits der Regelungen im Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz (SHRDG) getroffen hat. Es soll auf Führungsebene sichergestellt werden, dass Menschen in einer akuten gesundheitlichen Notlage unabhängig von der einem Krankenhaus zur Verfügung stehenden Belegkapazität zunächst versorgt werden. Wegen der besonderen Bedeutung der betroffenen Rechtsgüter kann die Nichteinhaltung dieser Verpflichtung zudem als Ordnungswidrigkeit geahndet werden (§ 44 Absatz 1 Nummer 2). Bei Überbelegung trifft das Krankenhaus nach Absatz 2 Satz 2, zweiter Halbsatz eine Pflicht zur einstweiligen Aufnahme der Patientinnen und Patienten in seinen Verantwortungsbereich. Dies trägt insbesondere den Erfordernissen des Rettungsdienstes Rechnung, vgl. auch Absatz 3 Satz 3. Dabei geht es nicht in jedem Fall um eine stationäre Aufnahme, mindestens aber um eine qualifizierte ärztliche Erstversorgung bei Verletzten oder Kranken, so dass gegebenenfalls die Transportfähigkeit in ein aufnahmegeeignetes Krankenhaus hergestellt werden kann. Verhindert werden soll so eine langwierige Suche nach einer Behandlungseinrichtung verbunden mit einer zumindest zeitweiligen Unterversorgung der betroffenen Patientinnen oder Patienten. Zudem hat ein Krankenhaus in den Fällen

des Absatz 2 Satz 3 für eine entsprechende Verlegung zu sorgen. Hierbei handelt es sich um eine förmliche Organisationspflicht des Krankenhausträgers, deren Nichteinhaltung auch zur Haftung führen kann. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang § 32 Absatz 2 Satz 2, wonach bei Patiententransporten zur Verlegung zwischen Krankenhäusern grundsätzlich das abgebende Krankenhaus die ärztliche Betreuung sicherzustellen haben. Nach vorheriger Abstimmung kann dies aber auch durch das aufnehmende Krankenhaus oder durch Dritte geschehen, wozu insbesondere das ärztliche Personal des Rettungsdienstes gehört.

Die Behandlungseinrichtung im Sinne dieses Gesetzes ist das Krankenhaus.

Absatz 3 knüpft an die Regelungen des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes (SHRDG) an. Durch Absatz 3 Satz 2 wird sichergestellt, dass vorhandene Aufnahmekapazitäten jeweils umgehend in die dafür gesondert bereitgestellte Datenbank eingestellt werden. Damit sind die rettungsdienstlichen Einsatzkräfte jeweils in der Lage zu erkennen, ob in einem bestimmten Krankenhaus oder gar einer Region Aufnahmekapazitäten erschöpft sind. So wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten vom Rettungsdienst nach Möglichkeit dem nächstgelegenen Krankenhaus im Umkreis zugeführt werden, dass zu der Versorgung und Aufnahme auch tatsächlich bereit und in der Lage ist. Das Unterlassen oder nicht zeitnahe Erfüllen der entsprechenden Meldepflicht kann zudem als Ordnungswidrigkeit geahndet werden (§ 43 Absatz 1 Nummer 3). Absatz 3 Satz 3 stellt schließlich sicher, dass die erforderliche Versorgung und Aufnahme von Patientinnen und Patienten auch tatsächlich erfolgt.

Die Regelung des Absatz 4 ist im Wesentlichen deklaratorischer Natur. Die elective Leistungserbringung ist nachrangig vor der in Absatz 1 genannten Verpflichtung zu erbringen. Gleiches gilt für die bereits im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) verankerten Grundsätze, dass zum einen die Erbringung von Wahlleistungen die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigen darf (§ 17 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG) und zum anderen die Vereinbarung von nichtärztlichen und ärztlichen Wahlleistungen nicht voneinander abhängig gemacht werden darf (§ 17 Absatz 4 KHEntgG).

Des Weiteren wurde der Absatz deshalb so offen formuliert, damit jedes Krankenhaus im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten entscheiden kann, ob und wie sie nachgeordnete Krankenhausärztinnen und -ärzte an ambulanten, stationären und wahlärztlichen Leistungen finanziell beteiligen.

Absatz 5 soll sicherstellen, dass allein medizinische Erwägungen maßgeblich für die Versorgung von Patienten sind. Die Regelung knüpft an vergleichbare Regelungen für Ärzte (§§ 32, 33 der Berufsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, § 128 SGB V) sowie die Vorschriften des Antikorruptionsstrafrechts im Gesundheitswesen (§§ 299a, 299b StGB) an. Kommt es dennoch zu Verstößen gegen diese Vorschrift, kann der Versorgungsauftrag des Krankenhauses nach § 41 Absatz 5 eingeschränkt oder entzogen werden.

Zu § 28 (Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf)

Die Vorschrift macht – wie die Landeskrankenhausgesetze der meisten anderen Länder – spezielle Vorgaben zur Pflege und Betreuung von Patientengruppen mit besonderen Anforderungen; das sind insbesondere Kinder und Jugendliche, Patientinnen und Patienten mit Behinderung sowie sterbende Patientinnen und Patienten, können aber auch andere Patienten sein, bei denen vergleichbarer Betreuungsbedarf besteht (Absatz 1 Satz 2). Als „Kind“ in diesem Sinne gilt in Anlehnung an § 1 Absatz 1 Nummer 1 des Jugendschutzgesetzes vom 23. Juli 2002 (BGBl. I S. 2730), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 10. März 2017 (BGBl. I S. 420), und § 7 Absatz 1 Nummer 1 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 8. Juli 2019 (BGBl. I S. 1029), wer noch nicht 14 Jahre alt ist – auch diese Vorschriften knüpfen an die besondere Schutzbedürftigkeit von „Kindern“ an. Unter die Patientinnen und Patienten mit einer Behinderung, fallen auch diejenigen, die eine kognitive Einschränkung in Form einer anerkannten Behinderung haben. Als „sterbend“ sind Patientinnen und Patienten ab dem Zeitpunkt anzusehen, ab dem nach der fachlichen Expertise der behandelnden Krankenhausärztin oder des behandelnden Krankenhausarztes eine weit überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür besteht, dass die Patientin oder der Patient im Krankenhaus sterben wird oder, wenn die Patientin oder der Patient das Krankenhaus nur verlassen wird, um den kurz bevorstehenden Tod zu Hause oder an einem anderen Ort zu erwarten. Die Art und Weise sowie die Intensität der Anpassung der Betreuung und der Besuchszeiten richten sich nach dem individuellen Bedarf der betroffenen Patientinnen und Patienten; hier ist gegebenenfalls für eine flexible Handhabung Sorge zu tragen.

Absatz 2 knüpft an § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 Krankenhausentgeltgesetz an, wonach zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson oder Pflegekraft gehören. Der leistungsrechtliche Anspruch der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung wird zudem in § 11 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646), abgebildet, wonach die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten und gegebenenfalls auch die Aufnahme einer Pflegekraft umfassen.

Absatz 2 Satz 4 verpflichtet die Krankenhäuser zudem – hier allerdings unter dem Vorbehalt der Nichtbeeinträchtigung der Aufnahme und Versorgung anderer Patientinnen und Patienten – bei Kindern (Nummer 1), sterbenden Patientinnen und Patienten (Nummer 2) bei Befürwortung durch die behandelnde Krankenhausärztin oder den behandelnden Krankenhausarzt (Nummer 3) ebenso zur Mitaufnahme von Begleitpersonen. Weil hier keine Leistungspflicht der Krankenkassen nach § 11 Absatz 3 SGB V besteht, hat das Krankenhaus gemäß Absatz 3 Satz 1 die Patientin oder dem Patien-

ten vorab über die grundsätzlich entstehende Kostenlast in Kenntnis zu setzen. Unbeschadet dessen fordert § 630c Absatz 3 BGB für diesen Fall regelmäßig auch eine Unterrichtung über die voraussichtlichen Kosten in Textform.

Absatz 4 Satz 1 hebt die besondere Wichtigkeit einer würdevollen Behandlung Sterbender hervor. Absatz 4 Satz 2 verpflichtet das Krankenhaus, Maßnahmen für ein angemessenes Abschiednehmen der Hinterbliebenen zu treffen. Diese Verpflichtung besteht nicht nur gegenüber der Hinterbliebenen, sondern auch gegenüber den Patienten, deren würdevolle Behandlung am Ende des Lebens es auch erfordert, ihnen die Gewissheit zu geben, nach dem Tod eine angemessene Behandlung zu erfahren. Für die Krankenhäuser bedeutet dies in der Regel, dass entsprechende Räumlichkeiten zu schaffen und zu unterhalten sind. Religiöse Umstände sind hierbei in angemessenem Rahmen zu berücksichtigen.

Zu § 29 (Zusammenarbeit im Gesundheitswesen)

Absatz 1 verpflichtet die nach § 108 SGB V zugelassenen, also auch zur Versorgung von Patientinnen und Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung berechtigten und verpflichteten Krankenhäuser zur Zusammenarbeit mit anderen zugelassenen Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern (insbes. niedergelassenen Ärzten), um eine optimale Patientenversorgung gewährleisten zu können.

Absatz 2 betrifft die Zusammenarbeit mit anderen an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern, zum Beispiel den niedergelassenen Ärzten, um die sektorale Abgrenzung und die damit verbundene Schnittstellenproblematik insbesondere im Zusammenhang mit der Notfallversorgung zu entschärfen – als Beispiel hierfür ist die Errichtung von Notfallpraxen an Krankenhäusern zu nennen. Ebenfalls von der Zusammenarbeit betroffen ist der von den Kreisen und kreisfreien Städten organisierte Rettungsdienst. Hierzu bedarf es indessen keiner weiteren Regelungen; vielmehr erscheinen die Vorschriften des Schleswig-holsteinischen Rettungsdienstgesetzes (SHRDG) ausreichend.

Zu § 30 (Krankenhausalarmplanung)

Grundsätzlich finden sich entsprechende Verpflichtungen weitgehend bereits in den §§ 22, 23 Landeskatastrophenschutzgesetz (LKatSG); § 20 SHRDG enthält Regelungen betreffend die Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen. Sofern die Subsumtion eines Massenankfalls von Verletzten und Erkrankten unter das LKatSG im Einzelfall nicht möglich sein sollte, sollen diesbezüglich ebenfalls die gleichen Verpflichtungen zur Bewältigung dieser Vorkommnisse normiert werden. In vielen Krankenhäusern wird diese Notfallplanung auch bereits betrieben.

Aus Sicht des Krankenhauses stellen sowohl das rettungsdienstliche Großschadensereignis als auch die Katastrophe vornehmlich externe Schadenslagen dar.

Mit der Vorschrift soll zudem ein einheitlicher Standard geschaffen werden, der es den zuständigen Katastrophenschutzbehörden und Rettungsdienstträgern ermöglicht, eine

verlässliche Planung für die Bewältigung von derartigen Vorkommnissen durchzuführen und die Krankenhäuser in die Übungen miteinzubeziehen.

Daneben müssen die Krankenhausalarm- und -einsatzpläne auch Regelungen für den Umgang mit internen Schadensereignissen enthalten, damit eine geordnete Evakuierung oder Räumung der Einrichtung ermöglicht wird.

Es ist davon auszugehen, dass der größte Teil der Kosten für Krankenhausalarmübung nach Absatz 4 als Infrastrukturkosten in den DRGs abgebildet wird. Der Absatz 4 ist so formuliert, dass für darüberhinausgehende Kosten verschiedene Finanzierungsoptionen möglich sind, da die Krankenhäuser dies unterschiedlich handhaben. So eröffnet Absatz 3 die Möglichkeit, die Krankenhausalarmübung mit solchen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Landeskatastrophenschutzgesetzes oder nach § 9 Absatz 3 der Landesverordnung zur Durchführung des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes vom 4. Dezember 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 830) zu verbinden.

Absatz 5 enthält die Verordnungsermächtigung dafür, dass gemeinsam mit dem für den Katastrophenschutz zuständigen Ministerium nähere Regelungen zur Kostentragung getroffen werden.

Von einer vollumfänglichen Refinanzierung ist zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht auszugehen.

Absatz 5 ermächtigt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium zu detaillierten Regelungen durch Rechtsverordnung.

Zu § 31 (Sozialdienst im Krankenhaus, Krankenhauseelsorge und ehrenamtliche Hilfe)

Die Vorschrift regelt und definiert in Absatz 1 den Sozialdienst im Krankenhaus. Die Krankenhäuser werden nicht nur zur Sicherstellung eines Sozialdienstes verpflichtet, sondern auch zur geeigneten Informationen der Patientinnen und Patienten über dieses Angebot. Dadurch wird insbesondere dem besonderen Informationsbedarf solcher Patienten entsprochen, die die Hilfen des Sozialdienstes – z.B. für die Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege, einer Haushaltshilfe nach der Entlassung oder bei der Organisation einer anschließenden Heilbehandlung mittels ambulanter oder stationärer Rehabilitation – benötigen.

In Absatz 2 wird bestimmt, dass der Sozialdienst krankenhausesintern oder -extern organisiert werden kann. Eine früher auch in benachbarten Bundesländern bestehende Unklarheit wird damit beseitigt; Krankenhäuser dürfen Aufgaben des Sozialdienstes im Rahmen der allgemeinen Rechtsordnung auf externe Anbieter übertragen.

Absatz 3 beschreibt die Aufgaben des Sozialdienstes im Krankenhaus und stellt dabei ausdrücklich auch auf das Entlassmanagement als Leistung, auf die GKV-Versicherte einen Rechtsanspruch nach § 39 SGB V haben, ab.

Die Absatz 4 und 5 betreffen die Krankenhauseelsorge und die ehrenamtliche Hilfe. Hieraus folgt für die Krankenhäuser eine Verpflichtung zur wohlwollenden Kooperation, nicht jedoch zur Schaffung einer Infrastruktur. So müssen in den Krankenhäusern zum Beispiel keine besonderen Räume geschaffen werden.

Absatz 6 hebt hervor, dass die genannten Einrichtungen nicht gegen den Wunsch des Patienten tätig werden dürfen. Diese Regelung dient der Wahrung des Selbstbestimmungsrechts als Ausfluss der Würde des Patienten.

Die bewusst weite Definition des Sozialdienstes und die Öffnungsklauseln in Absatz 1, den Sozialdienst nur unter Berücksichtigung der Krankenhausgröße und seines Versorgungsauftrages bereitstellen zu müssen, sowie die weiten Vorgaben zur Ausgestaltung in Absatz 2 tragen der besonderen Situation in Schleswig-Holstein Rechnung und sorgen für die notwendige Flexibilität. Denn zum einen ist die Heterogenität der hiesigen Krankenhauslandschaft zu beachten; kleine Krankenhäuser, zum Beispiel auf den Inseln, werden nicht in jedem Fall eigene Sozialdienste stellen können. Zum anderen haben sich in den vergangenen Jahren stellenweise bereits erfolgreich Modelle jenseits des „klassischen“, durch Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter angebotenen Sozialdienstes etabliert. So verfolgen einige Krankenhäuser einen ganzheitlichen Ansatz durch ein System des „Case-beziehungsweise Caremanagements“. Diese arbeiten teils eng mit kommunalen „Pflegestützpunkten“ im Krankenhaus zusammen. Derartige Modelle sollen auch nach Inkrafttreten dieses Gesetzes im Interesse der Patienten möglich sein.

Zu § 32 (Sonstige Pflichten)

Der Paragraph fasst mehrere weitere Pflichten mit geringerem Regelungsumfang zusammen.

Die Pflicht der Krankenhäuser nach Absatz 1, die schulische Betreuung dort versorgter Schulpflichtiger zu unterstützen, korrespondiert mit § 46a Absatz 1 Satz 1 des Schulgesetzes, wonach (im Rahmen der im Haushaltsplan zur Verfügung stehenden Mittel) Unterricht zu Hause oder im Krankenhaus erteilt werden soll, wenn aufgrund der Erkrankung der Besuch einer Regelschule nicht möglich ist.

Absatz 2 Satz 1 appelliert an die Krankenhäuser, durch die Freistellung von Ärztinnen und Ärzten am Rettungsdienst mitzuwirken.

Absatz 2 Satz 2 schreibt in Übereinstimmung mit der bisherigen Handhabung und den Ergebnissen des Landes-Workshops „Notfallversorgung 2020“ im Januar 2012 fest, dass bei arztbegleiteten Krankentransporten zur Verlegung zwischen Krankenhäusern (sog. Sekundärtransporten) das abgebende Krankenhaus die ärztliche Begleitung sicherzustellen hat, sofern das nicht durch das aufnehmende Krankenhaus oder durch Dritte geschieht. Diese Vorgabe schafft klare Zuständigkeiten im Interesse einer reibungslosen Versorgung der Patienten.

Absatz 3 stellt einen Programmsatz zur Förderung der Organ- und Gewebespende auf. Von weitergehenden Regelungen zu diesem Thema wird aufgrund der vorhandenen Regelungen im Transplantationsgesetz abgesehen.

Absatz 4 dient der Umsetzung von Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe d der Patientenmobilitätsrichtlinie in Schleswig-Holstein, der Zugang zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung soll erleichtert werden. Die Einhaltung der Pflicht zum Abschluss einer den Erfordernissen des § 32 Absatz 4 Satz 1 entsprechenden Regelung wird durch die Nachweispflicht gemäß § 32 Absatz 4 Satz 2 gesichert.

Zu § 33 (Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfung)

Die Absätze 1 und 2 sichern unabhängig von der Rechtsform des Krankenhausträgers einen qualifizierten Jahresabschluss. Eine zweckentsprechende Verwendung gewährter Fördermittel unter Anwendung allgemeingültiger Kriterien und unter Berücksichtigung der geltenden Bestimmungen zur ordentlichen kaufmännischen Buchführung ist eine Selbstverständlichkeit. Sie ermöglicht bei Bedarf eine einfache Prüfung der Einhaltung der Zuwendungen für die Nutzung von Anlagegütern (§ 16). Der Vermerk des Wirtschaftsprüfers oder einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft hinsichtlich der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Mittelverwendung ersetzt die Verwendungsnachweisprüfung der Behörde.

Zu § 34 (Betriebsleitung, ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst)

Die Vorschrift regelt die Mindestanforderungen an eine zeitgemäße Krankenhausstruktur unter Einbeziehung aller hierfür maßgeblichen Dienste. Kompetenzen einer übergeordneten Geschäftsführung, insbesondere bei einer Kapitalgesellschaft als Trägerschaft, bleiben hierdurch unberührt.

Absatz 1 enthält Normierungen zur Betriebsleitung. Bei privatrechtlich organisierten Gesellschaften, die von einem Geschäftsführer geleitet werden, ist ebenfalls eine Betriebsleitung einzurichten, die sich aus der ärztlichen, pflegerischen und kaufmännischen Leitung zusammensetzt.

Absatz 2 dient der Transparenz sowie der Berücksichtigung medizinisch-fachlicher Aspekte.

Absatz 3 regelt die Struktur der einzelnen Abteilungen. Die im Absatz 3 Satz 1 beschriebene Weisungsfreiheit in medizinischen Angelegenheiten sowie die Unabhängigkeit diesbezüglicher Entscheidungen von finanziellen Aspekten sollen garantieren, dass die Behandlung der Patientinnen und Patienten allein an medizinischen Aspekten und damit allein am Patientenwohl ausgerichtet wird.

Zu § 35 (Allgemeine Bestimmungen, Begriffsbestimmungen)

Die §§ 35-40 treffen bereichsspezifische Regelungen zum Schutz der Patientendaten im Krankenhaus. Damit wird auch einem erhöhten Bedürfnis nach Datenschutz und einem zunehmenden Bewusstsein bezüglich der Sensibilität personenbezogener, insbesondere medizinischer Daten Rechnung getragen. Zahlreiche Bundesländer haben inzwischen vergleichbare Regelungen geschaffen.

Absatz 1 Satz 1 stellt klar, dass alle Patientendaten im Krankenhaus unabhängig von der Form ihrer Verarbeitung dem Datenschutz unterliegen.

In Absatz 2 Satz 1 und 2 wird der Begriff der Patientendaten im Sinne dieses Gesetzes definiert. Absatz 2 Satz 3 weitet den Anwendungsbereich der Regelung zum Patientendatenschutz über den durch § 2 festgelegten Geltungsbereich der stationären und teilstationären Akutversorgung hinaus auch auf „Reha-Kliniken“ aus.

Zu § 36 (Datenverarbeitung im Krankenhaus)

Absatz 1 legitimiert die Verarbeitung von Patientendaten bei Vorliegen einer Einwilligung oder in den dort enumerativ aufgelisteten Fällen. Entsprechend den Regelungen der Datenschutz-Grundverordnung², ist hier stets der Grundsatz der Datensparsamkeit zu beachten. Patientendaten dürfen nur im Rahmen der Erforderlichkeit verarbeitet werden. Primär ist mit anonymisierten oder pseudonymen Daten zu arbeiten. Nur wenn das nicht möglich ist, dürfen Patientendaten für die im Gesetz genannten Zwecke verarbeitet werden.

Absatz 2 regelt die Modalitäten der datenschutzrechtlichen Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Hier wird insbesondere auf das Erfordernis der revisionssicheren Dokumentation abgestellt, denn lediglich das Schriftefordernis ist nicht alltagstauglich in einem stationären Klinikbetrieb. Die Einwilligung kann somit auch durch beispielsweise Log-In Protokolle der entsprechenden elektronischen Systeme (KISS Systeme) des Krankenhauses nachgewiesen werden. Im Übrigen wird auf die Regelungen der DSGVO zur Einwilligung (insbesondere Artikel 7) verwiesen.

Hervorzuheben ist, dass bei den hier betroffenen Gesundheitsdaten die Möglichkeit des sog. „Opt-Out“, des vermuteten Einverständnisses des Patienten, nach der DSGVO nicht besteht; Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f DSGVO findet auf Gesundheitsdaten ausdrücklich keine Anwendung. Sofern eine datenschutzrechtliche Einwilligung erforderlich ist, ist diese daher ausdrücklich zu erteilen.

Die Regelung des Nummer 9 erlaubt eine Patientendatenverarbeitung, soweit dies zur Überprüfung der Tätigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erforderlich ist – darunter fällt insbesondere das Recht und ggf. die Pflicht des Arbeitgebers, die pflichtgemäße Aufgabenerfüllung durch seine Mitarbeiter zu überprüfen. Insbesondere im

² Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 S. 1, ber. 2016 ABl. L 314 S. 72 und ber. 2018, ABl. L 127 S. 2

Krankenhausbetrieb kann es in diesem Zusammenhang zu einer notwendigen Verarbeitung von Patientendaten kommen, zum Beispiel bei Prüfungen durch den Medizinischen Dienst.

Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe b DSGVO erlaubt die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten, soweit diese erforderlich ist, damit der Verantwortliche ihm aus dem Arbeitsrecht erwachsende Rechte ausüben kann.

Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe b DSGVO entfaltet indes – wie im Übrigen auch der in Bezug genommene Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe b DSGVO – keine eigene Legitimationswirkung, sondern ist z.B. durch Regelungen der Mitgliedstaaten ergänzungsbedürftig. Demzufolge wird den Mitgliedstaaten hier auch ein gewisser Spielraum zugestanden. Unmittelbare Rechtswirkung entfalten lediglich die Buchstaben a, c, d, e, f des Artikel 9 Absatz 2 DSGVO.

Absatz 3 legt fest, dass Personen oder Stellen, welchen Patientendaten übermittelt werden, die gleichen Pflichten treffen, wie das Krankenhaus selbst; dies hat der Krankenhausträger im Zweifelsfalle sicherzustellen.

Zu § 37 (Datenverarbeitung im Auftrag)

Die Vorschrift regelt, ob und wie das Krankenhaus sich bei eigenen Datenverarbeitungsvorgängen durch Dritte unterstützen lassen darf (sog. Datenverarbeitung im Auftrag). Einer Einwilligung der Patientinnen und Patienten bedarf es hierfür nicht.

Absatz 1 stellt zunächst klar, dass Patientendaten grundsätzlich im Krankenhaus zu verarbeiten sind.

Absatz 2 konkretisiert den Grundsatz der Datensparsamkeit.

Zu § 38 (Verarbeiten von Patientendaten im Rahmen von Forschungsvorhaben)

Die Vorschrift erlaubt die Verarbeitung von Patientendaten im Rahmen von Forschungsvorhaben, soweit die Patientin oder der Patient hierüber aufgeklärt wurde und in die Datenverarbeitung zum Zwecke der Forschung eingewilligt hat; für die Einwilligung gilt § 36 Absatz 2 entsprechend.

Die Absätze 2 und 3 heben auch hier den wichtigen Grundsatz der Datensparsamkeit hervor. Für die Übermittlung gilt § 36 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass auch der Kreis der betroffenen Personen sowie das von der empfangenden Stelle benannte Forschungsvorhaben zu dokumentieren sind (Absatz 3).

Der neu eingefügte Absatz 5 regelt die Verwendung von Biomaterialien, die im Krankenhaus gewonnen wurden. Hintergrund der Regelung ist, dass die moderne medizinische Forschung zwingend auf die Nutzung molekularer Daten (z.B. Genom-, Transkriptom-, Proteom- oder Metabolom-Daten), die aus Biomaterialien gewonnen

werden, angewiesen ist. Da Biomaterialien im Forschungskontext als Träger von (noch nicht erhobenen) Patientendaten zu verstehen sind, wurden die Biomaterialien Patientendaten im Forschungskontext gleichgestellt.

Zu § 39 (Auskunft und Akteneinsicht)

§ 39 regelt das datenschutzrechtliche Auskunfts- und Akteneinsichtsrecht der Patienten.

Die in Absatz 1 genannten Berufsgruppen können die Erfüllung der Auskunfts- und Einsichtsansprüche an andere fachlich geeignete Personen delegieren.

Zu § 40 (Löschen von Patientendaten und Einschränkung der Verarbeitung)

In Absatz 1 wird keine absolute Höchstfrist der Datenspeicherung festgelegt, so dass es auf die (fachliche oder rechtliche) Erforderlichkeit der weiteren Speicherung ankommt, wenn andere Vorschriften keine längere Aufbewahrungsfrist vorsehen. Der weite Begriff der „Rechtsvorschriften“ wurde gewählt, um deutlich zu machen, dass sich längere Aufbewahrungsfristen beispielsweise auch aus Normen unterhalb förmlicher Gesetze, so z.B. berufsrechtlichen Satzungen ergeben können.

In Absatz 2 werden die Begrifflichkeiten der DSGVO übernommen, so wird die bisher übliche Begrifflichkeit des „Sperrens“ durch die „Einschränkung der Verarbeitung“ ersetzt.

Zu § 41 (Krankenhausaufsicht und Befugnisse)

Mit der Vorschrift wird erstmals eine umfassende Krankenhausaufsicht für das Land Schleswig-Holstein eingeführt. Diese ist als reine Rechtsaufsicht, gerichtet auf die Einhaltung von Recht und Gesetz, gestaltet. Im Rahmen der Rechtsordnung ist und bleibt der Krankenhausträger also in seinen Entscheidungen frei.

Im Rahmen dieser Rechtsaufsicht obliegt der Aufsichtsbehörde (§ 42) unter Opportunitätsgesichtspunkten die Entscheidung, ob und gegebenenfalls wie sie einschreiten will. Demgemäß ist mit der Rechtsaufsicht keine grundsätzliche Pflicht zum Einschreiten bei Gesetzesverstößen verbunden. So kann die Aufsichtsbehörde beispielsweise zur Prüfung der Frage, ob in einem Einzelfall Behandlungsfehler zu verzeichnen waren, auf die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen verweisen; ebenso können beispielsweise arbeitsrechtliche Fragen der Prüfung durch die zuständigen Gremien (Schlichtungsstellen, Arbeitsgerichte etc.) überlassen werden.

Mit § 41 Absatz 2 Satz 2 wird den Vorgaben des Art 28 Absatz 2 Satz 1 GG entsprochen.

Damit die Aufsichtsbehörde prüfen kann, ob und gegebenenfalls wie sie einschreitet, sind die Krankenhäuser und die mit ihnen verbundenen Einrichtungen verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen sowie den Beauftragten

der Aufsichtsbehörden Zutritt zu gewähren (Absatz 3). Die Verletzung dieser Pflichten kann als Ordnungswidrigkeit geahndet werden (§ 43 Absatz 1 Nummer 4).

Die Aufsichtsbefugnisse sind unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit gestuft. Gemäß Absatz 4 soll die Aufsichtsbehörde im Regelfall zunächst beratend auf eine Abstellung der Rechtsverletzung hinwirken und erst für den Fall, dass keine oder keine ausreichende Reaktion zu verzeichnen ist, mit weiteren aufsichtsrechtlichen Maßnahmen und gegebenenfalls deren Vollzug reagieren.

Absatz 5 sieht vor, dass der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses (durch Widerruf des Feststellungsbescheides) eingeschränkt oder entzogen werden kann, wenn der Krankenhausträger wiederholt oder auch nur in einem Einzelfall, dann aber erheblich, gegen Vorschriften dieses Gesetzes verstoßen hat. Das gilt insbesondere, wenn er seinen Kernpflichten, nämlich der Aufnahme und Versorgung der Patienten, die stationärer Behandlung oder einer Notfallbehandlung bedürfen, nicht genügt. Grundsätzlich ist diese Maßnahme nicht verschuldensabhängig; unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten wird allerdings zu berücksichtigen sein, warum es zu dem Verstoß oder den Verstößen gekommen ist. Unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten kann es – einzelfallbezogen – auch angezeigt sein, das Verhalten zuvor abzumahnern und – insbesondere bei wiederholt ähnlichen Verstößen – erst für den Wiederholungsfall mit einem Entzug oder einer Einschränkung des Versorgungsauftrages zu drohen.

Durch die mit Absatz 5 gegebene Möglichkeit kann reagiert werden, wenn die Eignung oder Zuverlässigkeit eines Krankenhausträgers nicht mehr gegeben erscheinen. Die Ursachen können vielfältiger Natur sein; sie können beispielsweise in wiederholten massiven Fehlbehandlungen, schweren Hygieneverstößen, fehlerhaften Abrechnungen oder auch Verstößen gegen die Zuweisung gegen Entgelt (§ 27 Absatz 3), insbesondere aber auch in der Nichteinhaltung des Versorgungsauftrages, wie er im Feststellungsbescheid für das Krankenhaus konkretisiert worden ist, liegen. S. 2 verweist auf den § 9 Absatz 5 vor dem Hintergrund, dass die Nichteinhaltung des Versorgungsauftrages Auswirkungen auf den Krankenhausplan hat, da dieser geändert werden muss; folglich auf Grundlage dieser Änderung ein neuer Feststellungsbescheid ergeht und demzufolge gemäß § 9 Absatz 5 Rechtsmittel hiergegen keine aufschiebende Wirkung entfalten können.

Zu § 42 (Zuständigkeiten)

Die Rechtsaufsicht nach den Vorschriften dieses Gesetzes obliegt grundsätzlich dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium, siehe § 42 Absatz 1 Satz 1. § 42 Absatz 1 Satz 2 weist die Zuständigkeit für die Krankenhausaufsicht über das UKSH, dessen Ausbildungsstätten und Tochtergesellschaften dem für die Wissenschaft zuständigen Ministerium als dem sach nächsten Ministerium zu und setzt damit nur die bisher als Trägersaufsicht ausgeübte Rechtsaufsicht fort.

Mit der gewählten Formulierung soll insbesondere dem § 82 Abs. 4 HSG, der die Aufsicht über die Kliniken dem für die Wissenschaft zuständigen Ministerium zuweist,

Rechnung getragen werden. Darüber hinaus stellt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium dem für die Wissenschaft zuständigen Ministerium für die Aufsicht über die Einhaltung der Vorschriften des Teil 5 eine fachliche Stellungnahme zur Verfügung. Diese fachliche Zulieferung soll der Wahrnehmung der Rechtsaufsicht nach dem LKHG dienen, da es sich für alle Krankenhäuser in Schleswig-Holstein, so auch für das UKSH, um überprüfbare Verpflichtungen handelt, die bislang nicht bestanden. Über den Begriff der Tochtergesellschaften wird auch das Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH (ZIP) erfasst. Im Übrigen wird eine Zuständigkeit des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums begründet.

Absatz 2 regelt, dass für diejenigen Krankenhäuser, die eine Stiftung bürgerlichen Rechts als Träger haben, für Entscheidungen der Rechtsaufsicht, Einvernehmen zwischen dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium nach Absatz 1 Satz 1 und dem für die Stiftungsaufsicht zuständigen Ministerium herzustellen ist.

Zu § 43 (Ordnungswidrigkeiten)

In § 43 werden erstmalig Ordnungswidrigkeitentatbestände in das schleswig-holsteinische Krankenhausgesetz aufgenommen. Hierdurch wird zum einen die Bedeutung der in Absatz 1 Ziffern 1-4 genannten Pflichten hervorgehoben. Zum andern ist davon auszugehen, dass die Möglichkeit der Ahndung als Ordnungswidrigkeit, gegebenenfalls mit empfindlichen Geldbußen (Absatz 2) dazu führen wird, dass die Einhaltung der dort genannten Pflichten seitens der Krankenhäuser in erhöhtem Maße beachtet werden wird.

Absatz 1 listet die bußgeldbewehrten Pflichten auf. Absatz 2 sieht bei einem Verstoß ein nach Ermessen im Einzelfall festzusetzendes Bußgeld bis zu einer Höhe von maximal 500.000 Euro vor. Eine Geldbuße von 500.000 Euro ist für einen Verstoß gegen eine Pflicht aus Absatz 1 zu verhängen, durch den die Versorgungssicherheit durch Entscheidungen der Krankenhausleiterin oder des Krankenhausleiters in erheblichem Ausmaß gefährdet worden ist.

Absatz 3 weist die Zuständigkeit zur Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium zu.

Zu § 44 (Experimentierklausel)

Die Vorschrift schafft die nötige Flexibilität, abweichende Konzepte hinsichtlich der Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein umsetzen zu können. Durch die Regelung soll verhindert werden, dass gegebenenfalls bürokratische Hemmnisse neue Modelle der Krankenhausversorgung verhindern. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) hat auf Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG Investitionsbewertungsrelationen berechnet, die eine zukünftige Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglichen sollen. Dies könnte u. a. dazu führen, dass die Krankenhäuser nur noch pauschalierte Fördermittel für jeden Behandlungsfall erhalten und damit ihre Investitionen eigenverantwortlich planen und finanzieren müssten.

Zu § 45 (Inkrafttreten)

Zeitgleich mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes tritt das AG-KHG außer Kraft.