



Gesetzentwurf

der Landesregierung – Ministerin für Justiz und Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung und Änderungen des Krebsregistergesetzes

A. Problem

Mit dem Koalitionsvertrag vom 7. Dezember 2021 verankerte die Bundesregierung das Ziel, im Rahmen eines Bund-Länder-Pakts eine grundlegende Modernisierung und bedarfsgerechte Ausrichtung der Krankenhausversorgung einzuleiten. Zur fachlichen Vorbereitung wurde im Mai 2022 die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ eingesetzt, deren dritte Stellungnahme vom 6. Dezember 2022 als Ausgangspunkt für die bundesweite Krankenhausstrukturreform diente. Im weiteren Verfahren einigten sich Bund und Länder am 10. Juli 2023 auf ein gemeinsames Eckpunktepapier. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erarbeitete hierauf aufbauend einen Referentenentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), der am 15. April 2024 der Öffentlichkeit präsentiert wurde. Nach Übermittlung der auf der Gesundheitsministerkonferenz am 29. April 2024 einstimmig verabschiedeten Länderstellungnahme billigte das Bundeskabinett am 15. Mai 2024 den Referentenentwurf. Der Bundestag beschloss am 27. Juni 2024 in erster Lesung und am 17. Oktober 2024 in zweiter und dritter Lesung das KHVVG. In seiner Sitzung am 22. November 2024 fasste der Bundesrat den Beschluss, den Vermittlungsausschuss nicht anzurufen. Damit wurde der Weg für das Inkrafttreten des KHVVG zum 12. Dezember 2024 und die Umsetzung der Krankenhausstrukturreform bereitet.

Bereits während seiner Entstehung wurden Regelungsinhalte des KHVVG erheblich kritisiert. Da die Zuweisung von Leistungsgruppen, einschließlich strikter Qualitäts- und Mindestvorhaltevorgaben faktisch die Voraussetzung für die Erbringung und Vergütung planerisch zugewiesener Leistungen ist, führt dies zu einer erheblichen Einschränkung landesplanerischer Entscheidungsspielräume. Zudem liegt weiterhin keine tragfähige Auswirkungsanalyse oder Folgenabschätzung vor. Ob das neue Finanzierungssystem die finanzielle Lage der Krankenhäuser tatsächlich verbessert, bleibt ungewiss.

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung vom 5. Mai 2025 wird die Notwendigkeit einer praxistauglichen und bedarfsgerechten Fortschreibung der Krankenhausreform betont. Der am 5. August 2025 vorgelegte Referentenentwurf des Bundes zum Krankenhausreformatpassungsgesetz (KHAG) wurde am 8. Oktober 2025 vom Bundeskabinett beschlossen. Der Bundestag beriet den Gesetzentwurf am 12. November 2025 in erster Lesung; der Bundesrat befasste sich abschließend am 27. März 2026 mit dem Gesetzentwurf. Mit Inkrafttreten des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes am 30. Juli 2026 hat die Krankenhausreform ihre bislang letzte gesetzgeberische Anpassung erfahren. Zur Vermeidung unbilliger Härten ist u.a. die Personaluntergrenzenverordnung (PpUGV) als sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzung gestrichen worden.

Das KHVVG in der durch das KHAG und GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz angepassten Fassung führt eine Vorhaltevergütung ein, die die finanzielle Absicherung notwendiger Krankenhausstrukturen weitgehend unabhängig von

Fallzahlen gewährleisten und Fehlanreize zur Mengenausweitung reduzieren soll. Die Qualitätssteigerung wird durch die Verknüpfung der Vorhaltevergütung mit bundeseinheitlich festgelegten Leistungsgruppen und deren Anforderungen erzielt. Die Medizinischen Dienste prüfen die Einhaltung dieser Kriterien. Ab 2026 steht den Ländern zur Unterstützung von Strukturanpassungen infolge der durch die Krankenhausreform bewirkten Rechtsänderungen ein Transformationsfonds zur Verfügung.

In Ansehung der neuen tiefgreifenden bundesrechtlichen Rahmenbedingungen ist eine Anpassung der landesrechtlichen Regelungen erforderlich, um Divergenzen zwischen Bundes- und Landesrecht zu vermeiden. Ziel der Landeskrankenhausplanung ist die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung. Diesem Anspruch kann die Landeskrankenhausplanung nicht gerecht werden, wenn planerische Entscheidungen nicht betriebswirtschaftlich tragfähig abgebildet werden können. Dementsprechend bedarf es einer Harmonisierung des Landesrechts mit dem Bundesrecht. Die Bundesreform wird in der jetzigen Form lediglich für die somatischen Fächer ihre Wirksamkeit entfalten. Für die psychiatrischen Fachdisziplinen sehen weder das KHVG, das KHAG oder GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz Leistungsgruppen vor. Den Ländern ist es daher unbenommen, ihre Planungshoheit im Bereich der psychiatrischen Fachdisziplinen durch die Einführung eigener landesrechtlich verankerter Leistungsgruppen auszufüllen. Damit die Einführung einer einheitlichen Planungssystematik gelingen kann, sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechend anzupassen.

Die Krankenhäuser sind in den vergangenen Jahren zudem einer stetig wachsenden Bürokratiebelastung ausgesetzt. Wesentliche Ursache hierfür ist die fortlaufende Verdichtung gesetzlicher und untergesetzlicher Vorgaben, die immer differenziertere Nachweis-, Dokumentations- und Berichtspflichten erzeugen. Die Vielzahl paralleler Reformprozesse, u.a. in den Bereichen Pflegepersonalbemessung, Qualitätssicherung, Krankenhausfinanzierung, Arbeitsschutz und Datenschutz, führt zu außerordentlicher Komplexität und einer kumulativen Belastung. Krankenhäuser müssen vermehrt Ressourcen für die Erhebung, Aufbereitung und Übermittlung umfangreicher struktur- und qualitätsbezogener Daten einsetzen. Dies gilt insbesondere für die Krankenhausreform, etwa durch leistungsgruppenspezifische Qualitätsanforderungen, Mindestvorhaltezahlen oder komplexe Abrechnungs- und Prüfverfahren. Auch die zunehmende Prüfungstätigkeit des Medizinischen Dienstes sowie die verpflichtende Digitalisierung von Datenströmen führen zwar langfristig zu Effizienzgewinnen, erhöhen kurzfristig jedoch den administrativen Aufwand aufgrund erforderlicher Systemanpassungen, technischer Vorgaben und zusätzlicher Berichtsformate.

Ferner hat sich die sicherheitspolitische Lage in den vergangenen Jahren deutlich verschärft. Der Angriffskrieg Russlands gegen die Ukraine hat gezeigt, dass staatliche und gesellschaftliche Strukturen, einschließlich der Gesundheitsversorgung, in Krisen-

und Konfliktsituationen erheblich belastet und mitunter gezielt beeinträchtigt werden können. Neben militärischen Bedrohungen treten hybride Gefahrenlagen, Cyberangriffe auf kritische Infrastrukturen sowie Unterbrechungen von Liefer- und Versorgungsketten stärker in den Vordergrund. Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen zählen zu den besonders vulnerablen Bereichen kritischer Infrastruktur, deren Funktionsfähigkeit jederzeit gewährleistet sein muss. Hinzu treten die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie. Diese hat verdeutlicht, dass das Gesundheitswesen in außergewöhnlichen Lagen schnell an seine Belastungsgrenzen stoßen kann. Insbesondere die zeitweise eingeschränkte Verfügbarkeit von Personal, Schutzausrüstung, Arzneimitteln und Intensivkapazitäten hat gezeigt, dass bestehende Strukturen nicht durchgehend resilient waren. Die Pandemie hat zugleich die Notwendigkeit eines vorausschauenden, koordinierten und sektorenübergreifenden Krisenmanagements hervorgehoben. Vor diesem Hintergrund steigt der Bedarf an vorbereitenden Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitsversorgung, insbesondere durch den Ausbau strategischer Reserven, verbesserte Notfall- und Krisenpläne, eine resilientere Versorgungs- und Logistikinfrastruktur sowie die Absicherung digitaler Systeme gegen Störungen und Angriffe. Ebenso erforderlich sind robuste Kommunikations- und Entscheidungswege zwischen Land, Kommunen und Gesundheitseinrichtungen, um im Krisenfall schnell und abgestimmt handeln zu können.

Das Landeskrankenhausgesetz ist am 1. Januar 2021 in Kraft getreten und löste das AG-KHG ab. In der mittlerweile fünfjährigen Anwendungspraxis haben sich Anpassungserfordernisse gezeigt, die eine Reaktion des Gesetzgebers notwendig machen. Das Landeskrankenhausgesetz sieht beispielsweise bislang nicht die Möglichkeit vor, länderübergreifend den Behandlungskapazitätsnachweis einzusetzen. Zudem fehlt es an einem ausreichenden Schutz vor unerwünschten Arzneimittelwechselwirkungen im Rahmen der stationären Arzneimittelgabe. Auch im Bereich der Investitionsfinanzierung und in Bezug auf die Krankenhausinfrastruktur ist die staatliche Steuerungsfähigkeit dort, wo es erforderlich ist, zu stärken und weiter zu entwickeln. Mit der Einführung der Sonderförderprogramme des Bundes (Krankenhausstrukturfonds II, Krankenhauszukunftsfonds und nunmehr auch dem Krankenhaustransformationsfonds) haben sich insbesondere auch hinsichtlich der Erstattung von Fördermitteln notwendige Anpassungsbedarfe gezeigt. Dies wurde zum Anlass genommen, die Verfahren der Investitionsförderung näher zu betrachten und Verbesserungspotenziale zu heben.

Die geltenden gesetzlichen Regelungen verweisen noch auf die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID), obwohl diese seit April 2024 nicht mehr in der bisherigen Form existiert und in das Deutsche Krebsregister e.V. (DKR) umbenannt wurde. Dadurch stimmt die gesetzliche Terminologie nicht mehr mit der realen institutionellen Struktur überein und führt zu Unklarheiten in der Anwendung des Gesetzes.

Die bislang vorgeschriebene Meldefrist von vier Wochen ist in der praktischen Umsetzung häufig nicht einzuhalten, obwohl die Meldestellen ihre Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen. Die zu kurze Frist führt zu organisatorischem Druck, erhöhtem Arbeitsaufwand und vermeidbaren Belastungen, ohne einen fachlichen Mehrwert zu bieten.

Die bisherige Meldepflicht für Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ist unzureichend, weil sie nur für Personen mit Wohnsitz in Schleswig-Holstein gilt. Dadurch können Behandlungsfälle junger Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern, die in Schleswig-Holstein medizinisch versorgt werden, nicht zuverlässig erfasst und an das Deutsche Kinderkrebsregister weitergeleitet werden. Dies führt zu Lücken in der bundesweiten Datenlage und zu zusätzlichem bürokratischem Aufwand für Behandlungseinrichtungen.

Die im Pathologiebereich erforderlichen Einsenderdaten unterliegen aufgrund ihrer Einstufung als klinisch-epidemiologische Daten einer gesetzlichen Löschpflicht, obwohl ihre dauerhafte Speicherung notwendig wäre, um das etablierte Verfahren der „Einsender-Mahnung“ weiterhin durchführen zu können. Ohne eine gesetzliche Anpassung wäre dieses Mahnverfahren nicht mehr verlässlich umsetzbar, was die Vollständigkeit der Meldungen gefährden würde.

Im Krebsregister werden besonders schutzbedürftige Gesundheitsdaten verarbeitet. Die geplanten Änderungen sollen die bestehenden Anforderungen weiter konkretisieren.

B. Lösung

Mit dem Gesetzentwurf wird das Landeskrankenhausrecht umfassend an die durch KHVVG, KHAG und GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz geprägten bundesrechtlichen Vorgaben angepasst und zugleich strukturell weiterentwickelt, wobei die Grundsystematik beibehalten wird. Die Reform verfolgt fünf miteinander verknüpfte Ziele:

- Modernisierung und Flexibilisierung der Krankenhausplanung,
- Entlastung durch Hebung von Effizienzgewinnen,
- Stärkung der Krisen- und Sicherheitsfestigkeit,
- Behebung praxisrelevanter Rechtsunsicherheiten sowie
- Anpassungen an die Verwaltungspraxis.

Die sektorenübergreifende Versorgung wird durch die Errichtung des Gesundheitsversorgungsrates (GVR) gestärkt. Er bündelt die Erfahrungen der Task-Force-Notfallversorgung, Cluster-Verteilkonferenzen, Kleeblattverlegungen, dem § 90a-Gremium und dem Landeskrankenhausausschuss. Er ermöglicht eine koordinierte Erarbeitung tragfähiger Versorgungskonzepte unter Beteiligung aller relevanten Akteure (§ 5). Die Krankenhausplanung wird künftig kontinuierlich

fortgeschrieben und damit an den Prüfturnus des Medizinischen Dienstes angepasst (§ 6 Absatz 1). Eine datengestützte Planung wird über eine belastbare Ermächtigung zum Datenabruf sichergestellt (§ 6 Absatz 4). Mit der leistungsgruppenbezogenen Planung wird das Landesrecht mit den bundesrechtlichen Anforderungen harmonisiert. Gleichzeitig bleiben alternative Planungsinstrumente zur Wahrung planerischer Flexibilität erhalten (§ 7 Absatz 2). Die Zuweisung von psychiatrischen Leistungsgruppen wird aufgrund dessen, dass die Psychiatriefächer in der Bundesreform nicht berücksichtigt wurden, nun durch ein landeseigenes Verfahren gesetzlich geregelt (§ 7a). Die Planaufnahmevoraussetzungen werden präzisiert (§ 8), die Rechtsfolgen für den Krankenhausversorgungsauftrag transparent geregelt, eine Genehmigungsfiktion für private Träger bei Aufnahme in den Krankenhausplan integriert (§ 8 Absatz 3) und eine normierte Übersicht aller Standortzuweisungen eingeführt (§ 8 Absatz 4). Die Herausnahme aus dem Krankenhausplan wird systematisch an die Planaufnahmevoraussetzungen und das Bundesrecht gekoppelt (§ 9 Absatz 1).

Die Verwaltungsverfahren werden durch digitale Zustellmöglichkeiten und Nutzung digitaler Verwaltungssysteme modernisiert (§ 4 Absatz 3 und 4). Mit der Bündelung bestehender Gremien werden Abstimmungswege verkürzt und Doppelstrukturen beseitigt (§ 5). Der bisherige Teil sieben zum Patientendatenschutz entfällt, unter Beibehaltung eines ausreichenden Schutzniveaus. Die Datenschutzgrundverordnung (Artikel 5, 9 Absatz 2 Buchstabe j, Artikel 12 bis 14, 32, 89 DSGVO) und das Landesdatenschutzgesetz (§§ 12, 13 LDSG) bieten einen ausreichenden normativen Rahmen. § 38 LKHG a.F. ist neu gefasst und in § 42 weiterentwickelt worden. Die Vorschrift setzt als Impuls der Landesregierung einen rechtssicheren Rahmen für die Nutzung von Patientendaten und Bioproben zu Forschungszwecken, um datenbasierte und insbesondere KI-gestützte Innovationen in der medizinischen Versorgung zu ermöglichen.

Zur Verbesserung der Resilienz werden einheitliche und sichere Kommunikationswege normiert und über Ordnungswidrigkeitentatbestände abgesichert; ihre weitere Ausgestaltung erfolgt über eine Rechtsverordnung (§ 4 Absatz 1 i. V. m. § 39 Absatz 1 Nummer 1, § 37). Ein zentrales Adress- und Telefonregister gewährleistet die jederzeitige Erreichbarkeit relevanter Einrichtungen (§ 4 Absatz 2). Die Gremienregelung dient zugleich als flexible und robuste Entscheidungsstruktur für besondere Lagen, die einen hohen Abstimmungsbedarf unter den relevanten Akteuren erforderlich macht (§ 5). Die Verpflichtung zu regelmäßigen Alarmübungen im Dreijahresrhythmus stärkt die operative Einsatzfähigkeit (§ 29 Absatz 3). Ergänzende Regelungen zu Pandemieplänen, Schutzausrüstung, Alarm- und Einsatzplänen sowie Eingriffsbefugnissen für Großgefahrenlagen können über Rechtsverordnungen geregelt werden (§ 39 Absatz 1 Nummer 9, Nummer 10 und Absatz 4). Ein Auffangtatbestand ermöglicht die Festlegung von Maßnahmen zur Abwehr von Gefahren, die die Versorgungssicherheit betreffen (§ 39 Absatz 1 Nummer 10).

Der Entwurf enthält darüber hinaus klarstellende und redaktionelle Anpassungen, die die Erkenntnisse aus der fünfjährigen Anwendungspraxis aufgreifen. Die Legaldefinition zentraler Begriffe des Krankenhausplanungsrechts sowie eine ausdrückliche Beauftragungsmöglichkeit zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags durch Dritte erhöhen die Rechtsklarheit (§ 3). Eine allgemeine Ermächtigung zum Erlass von Nebenbestimmungen stärkt den Vollzug administrativer Entscheidungen (§ 4 Absatz 5). Der neue § 9 Absatz 3 verhindert, dass Feststellungsbescheide lediglich beantragt, aber nicht umgesetzt werden. Neu eingeführt wird eine Versorgungsverpflichtung über § 10. Die Vorschrift schützt die Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung und verhindert, dass die Rückgabe des Krankenhausversorgungsauftrags (z.B. für die Geburtshilfe) als Druckmittel eingesetzt werden kann. Die grundsätzlichen Pflichten der Krankenhäuser werden klarer gefasst, insbesondere im Hinblick auf überregionale Zuständigkeiten und psychisch erkrankte Personen (§ 26 Absatz 1 und 5). Die Organisation, der Umgang und nähere Konkretisierung des Behandlungskapazitätenachweises werden rechtlich abgesichert und für eine länderübergreifende Nutzung geöffnet (§ 26 Absatz 3 i. V. m. § 39 Absatz 3). Schließlich wird zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit die Funktion der Apothekerin oder des Apothekers als Beratungsperson im Krankenhaus eingeführt (§ 34).

Die Investitionskostenfinanzierung wurde im dritten Abschnitt (Förderung der Krankenhäuser) überarbeitet. Infolge der Krankenhausreform beinhaltet dies zunächst die Erweiterung der Fördergrundsätze um den Grundsatz der Nachhaltigkeit, der mit dem Inkrafttreten des KHVVG als Bemessungsgrundlage der Fördermittel in § 9 Absatz 5 KHG eingeführt wurde und sich nun in § 12 Absatz 2 wiederfindet. Ferner zeigte sich aufgrund der Krankenhausreform weiterer Anpassungsbedarf hinsichtlich der Erstattung von Fördermitteln im Landeskrankenhausgesetz. Denn wie schon der Krankenhausstrukturfonds II setzt auch der Krankenhaustransformationsfonds voraus, dass Mittel aus dem Transformationsfonds nicht zugeteilt werden dürfen, soweit der Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, gegenüber dem jeweiligen Land aufgrund des zu fördernden Vorhabens zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist (§ 12b Absatz 3 Satz 5 KHG). Da § 24 LKHG a.F. jedoch keine Möglichkeit vorsieht auf die Erstattung von Fördermitteln zu verzichten, wurde die Vorschrift um einen entsprechenden Ausnahmekatalog in § 24 Absatz 2 ergänzt, um Fördermittel aus Sonderprogrammen in Anspruch nehmen zu können. Diese notwendige Anpassung gab den Anlass dazu, das gesamte Verfahren zu betrachten und zu überarbeiten; entsprechend wurden die drei Teilabschnitte (1) Finanzierung und Sicherung der Fördermittel, (2) Förderverfahren und (3) Erstattung-/Verwendungsnachweisverfahren auf ihre Verbesserungspotentiale hin betrachtet und die entsprechenden Regelungen nun jeweils weiterentwickelt.

Im ersten Teilabschnitt wurden für das Land, die Kreise und kreisfreien Städte mehrere Möglichkeiten eingeführt, für kommende Krankenhausinvestitionen Vorsorge zu treffen. Zum einen besteht die Möglichkeit für das Land, die Kreise und kreisfreien

Städte im Rahmen einer Vereinbarung oder in einem mehrstufigen Verwaltungsverfahren Regelungen zu Verbindlichkeiten der Kreise und kreisfreien Städte zu treffen. Zum anderen wird die Möglichkeit eröffnet, den nicht verausgabten Teil des jährlich veranschlagten Gesamtbetrages für Förderungen im Einvernehmen mit dem für Finanzen zuständigen Ministerium in ein zweckgebundenes Sondervermögen des Landes einzubringen (§ 13 Absatz 3 Satz 4). Die skizzierten Möglichkeiten tragen den Interessen des Landes, der Kreise und kreisfreien Städte angemessen Rechnung und steigern die Nachhaltigkeit und Belastbarkeit der Investitionsplanungen. Ferner wurden in § 23 die Anforderungen für die Absicherung der Fördermittel geschärft und weiterentwickelt.

Im zweiten Teilabschnitt wurden Effektivierungsanpassungen vorgenommen, die das Verfahren sowohl für das Land als auch die Krankenhausträger vereinfachen und, wo möglich, beschleunigen. So finden sich zum Beispiel die Regelungen, dass ein Vorhaben nach zwei Jahren aus dem Investitionsprogramm ausscheidet, wenn bis dahin keine prüffähige Unterlage vorgelegt wurde (§ 14 Absatz 3 Satz 1) oder dass ein erteilter Förderbescheid erlischt, wenn innerhalb von zwei Jahren seit dessen Erteilung nicht mit der Maßnahme begonnen worden ist. Diese klaren Regelungen dienen dazu, dass nicht unnötigerweise Mittel blockiert, sondern nur solche Vorhaben gefördert werden, die einen hinreichenden Reifegrad aufweisen und auch zeitnah umgesetzt werden können. Zugleich wird, als Ergänzung der bisherigen Verfahrensweise, ein alternatives vereinfachtes Prüfverfahren eingeführt, dessen Zielsetzung es ist, ein schnelleres und entbürokratisiertes Verfahren und dadurch eine zügige Bescheidung zu erreichen (§ 15 Absatz 2 Satz 3). Da in diesem Fall die Festsetzung der Fördermittel unter Hinzuziehung der Baukostensteigerungen für die avisierte Bauphase erfolgt, gewinnen damit sowohl die Fördermittelbehörde als auch der Krankenhausträger deutlich an Planungssicherheit. Zudem soll den Krankenhausträgern mit der Heraufsetzung der Grenze für kleine bauliche Maßnahmen auf 1 Mio. € mehr Freiheit gewährt werden (§ 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2).

Im dritten Teilabschnitt wurde eine Anpassung hinsichtlich der Erstattung von Fördermitteln (§ 24 Absatz 2) vorgenommen, um eine Kollision mit Regelungen des Bundes zu vermeiden. Zudem stellt die Möglichkeit des Verzichts auf die Erstattung von Fördermitteln ein notwendiges Instrument der Krankenhausplanung dar, insbesondere im Zuge der anstehenden Krankenhausreform. Um das Verwendungsnachweisverfahren für die pauschalen Fördermittel zu effektivieren, wird dieses mit einer Verordnungsermächtigung flankiert, die es dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium erlaubt Inhalt, Gliederung und Form der Nachweise im Sinne von § 25 festzulegen (§ 39 Absatz 1 Nummer 9).

Die vorgesehenen Änderungen des Krebsregistergesetzes Schleswig-Holstein umfassen mehrere inhaltliche und organisatorische Anpassungen, die auf aktualisierte Strukturen, praktikablere Abläufe und präzisere Datenschutzerfordernisse reagieren. Die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) besteht in ihrer früheren Form nicht mehr. Diese wurde im April 2024 in das Deutsche

Krebsregister e.V. (DKR) umbenannt. Die vorliegende Anpassung stellt sicher, dass das Gesetz die tatsächlichen institutionellen Gegebenheiten widerspiegelt.

Zugleich wird die Meldefrist für Meldestellen von bislang vier auf künftig sechs Wochen verlängert. Die praktische Erfahrung hat gezeigt, dass die bisherige Frist ohne eigenes Verschulden teilweise nicht eingehalten werden konnte. Die Verlängerung ermöglicht einen realistischen Arbeitsablauf und nimmt den Meldestellen unnötigen Druck, ohne die Zweckmäßigkeit des Meldeverfahrens zu beeinträchtigen.

Ein zentraler Punkt der Änderung betrifft die Erfassung von Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren. Das Deutsche Kinderkrebsregister sammelt solche Daten bereits seit über vier Jahrzehnten zentral, jedoch bestand bislang nur für junge Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Schleswig-Holstein eine gesetzliche Meldepflicht in Schleswig-Holstein. Kinder und Jugendliche aus anderen Bundesländern, die in Schleswig-Holstein behandelt wurden, konnten deshalb nicht zuverlässig über das Landeskrebsregister erfasst werden. Die nun vorgesehene Ausweitung der Meldepflicht auf sämtliche Behandlungsfälle im Land – unabhängig vom Wohnort der Betroffenen – schließt diese Lücke.

In Schleswig-Holstein besteht für Pathologinnen und Pathologen die Verpflichtung, Einsender in der Meldung an die Vertrauensstelle (VS) zu benennen. Diese Verpflichtung wurde eingeführt, um die Grundlage für das Verfahren der sogenannten „Einsender-Mahnung“ zu schaffen, welches seitdem etabliert ist. Mit der Aufnahme der Einsenderdaten in den bundesweiten onkologischen Basisdatensatz (oBDS) zählen diese nun zu den klinisch-epidemiologischen Daten und unterliegen daher einer Löschpflicht durch die VS nach Abschluss der Bearbeitung. Jedoch ist die dauerhafte Speicherung dieser Daten in der VS notwendig, um das etablierte Mahnverfahren durchzuführen. Die Änderung bewirkt, dass dieses Mahnverfahren weiterhin durchgeführt werden kann.

Es wird eine ergänzende Regelung des neuen § 8a in das KRG SH aufgenommen, die die Gewährleistung der Daten- und Informationssicherheit rechtsverbindlich konkretisiert.

Für einen korrekten Ablauf des Verfahrens von Datenzusammenführungen bei Forschungszwecken besteht keine Notwendigkeit, die klinisch-epidemiologischen Daten von der Registerstelle an die VS zu übermitteln. Durch die Verwendung der Patienten-Nummer als Bindeglied wird sichergestellt, dass die Registerstelle die zugehörigen klinisch-epidemiologischen Daten weitergibt. Die Patientennummer selbst wird dabei nicht an den Antragsteller rausgegeben, sondern lediglich die Studien-ID als allen drei Stellen bekannte Kommunikationsnummer. Die separate Übermittlung ist datenschutztechnisch sicherer, zudem wird somit besser dem Grundsatz der Datentrennung von Vertrauens- und Registerstelle entsprochen.

Schließlich wird eine Regelung aufgenommen, die es der VS erlaubt, Meldungen der Meldebehörden sowie Todesbescheinigungen, die zunächst keiner Patientin/keinem

Patienten zugeordnet werden können, über einen angemessenen Zeitraum aufzubewahren. Diese Dokumente können so mit später eingehenden Meldungen abgeglichen werden, insbesondere mit Daten aus dem ambulanten und klinischen Bereich sowie aus dem registerübergreifenden Datenaustausch. Auf diese Weise wird verhindert, dass Personen irrtümlich als Langzeitüberlebende geführt werden, was die inhaltliche Verlässlichkeit des Registers insgesamt stärkt.

C. Alternativen

Alternativ könnte auf Anpassungen im Landeskrankenhausgesetz in Gänze verzichtet werden oder es könnten lediglich einzelne Änderungen vorgenommen werden, um die Nummerierung des Gesetzes beizubehalten. Von diesen Lösungsansätzen ist Abstand genommen worden. Bereits durch die Streichung des Abschnitts zum Patientendatenschutz ist es aus Gründen der Rechtsanwendungssicherheit und -klarheit geboten, eine Neustrukturierung vorzunehmen. Des Weiteren ist ein Auseinanderfallen von Bundes- und Landesrecht zu verhindern, sodass gesetzgeberisches Handeln geboten ist.

Alternativen zu den dargestellten Änderungen im Krebsregistergesetz bestehen nicht.

D. Kosten und Verwaltungsaufwand

1. Kosten

Der Gesetzentwurf ist im Hinblick auf den Einzelplan 14 (Informations- und Kommunikationstechnologie, E-Government und Digitalisierung) des Landeshaushaltes kostenneutral.

Etwaige sich dennoch aus der Gesetzesnovelle ergebende Mehrausgaben werden innerhalb des zur Verfügung stehenden Budgets im Einzelplan 09 gedeckt.

Bei neuen Maßnahmen muss berücksichtigt werden, dass die Ressorts in den nächsten Jahren angesichts der aktuellen Haushaltslage mit Einsparverpflichtungen für ihre Budgets in relevanter Höhe rechnen müssen. Die Möglichkeit, dass ein Ressort künftige Einsparverpflichtungen erbringen kann, darf nicht an einer Mittelbindung für neu auf den Weg gebrachte oder in der Ausgabe erweiterte Maßnahmen scheitern.

2. Verwaltungsaufwand

Mit dem Landeskrankenhausgesetz entstehen in den obersten Landesbehörden zusätzliche neue Aufgaben, die keinen entsprechenden Personalbedarf nach sich ziehen. Durch die Maßnahmen zur Entbürokratisierung werden die zusätzlichen Aufgaben durch Effizienzgewinne ausgeglichen.

Mit den Änderungen im Krebsregistergesetz entstehen in den obersten Landesbehörden keine zusätzlichen neuen Kosten.

Der Verwaltungsaufwand wird sich kurz- bis mittelfristig, insbesondere bei Anwendung der Verordnungsermächtigungen, erhöhen, langfristig durch Steigerung der Effizienz ausgleichen. Die Neuregelung in § 4 führt zu einer zeitgemäßen digitalen

Bescheidzustellung. Das Ausdrucken, Unterzeichnen und postalische Zustellen von Feststellungsbescheiden ist nicht mehr erforderlich. Durch eine zentrale Geschäftsstelle, welche an den Gesundheitsversorgungsrat angegliedert ist, können Prozesse optimiert und zusammengeführt werden (§ 5). Das vereinfachte Prüfverfahren nach § 15 führt zu einem schnellen Bescheiderlass ohne bürokratische Dokumentationsvorlagepflichten. Der Verwaltungsaufwand wird mit den vorhandenen Personalressourcen gedeckt. Sollte künftig Mehraufwand entstehen, der nicht mehr mit den vorhandenen Personalressourcen gedeckt werden kann, stehen zusätzliche Personalressourcen unter Haushaltsvorbehalt.

Mit den Änderungen im Krebsregistergesetz entstehen in den obersten Landesbehörden keine zusätzlichen neuen Aufgaben. Im zukünftigen § 6 ergeben sich zukünftig erweiterte Meldeverpflichtungen in geringem Umfang für die VS des Krebsregisters.

3. Auswirkungen auf die private Wirtschaft

Die Regelungen des Landeskrankenhausgesetzes gelten auch für Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Da das Landeskrankenhausgesetz nicht strukturell verändert wird, verändert sich der Verwaltungsaufwand im Vergleich zur bisherigen Rechtslage nicht.

E. Nachhaltigkeit

Das Vorhaben hat positive Auswirkungen auf „Gesundes Leben“.

Das Vorhaben hat keine direkten oder indirekten Auswirkungen auf die Treibhausgasemissionen.

F. Länderübergreifende Zusammenarbeit

Eine länderübergreifende Zusammenarbeit besteht bereits, insbesondere in Gestalt regelmäßiger Austausche mit Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern. Zudem findet über § 26 Absatz 3 Satz 4 eine Öffnung des Behandlungskapazitätenachweis (BKN) für länderübergreifende Nutzung statt.

G. Information des Landtags nach Art. 28 der Landesverfassung

Der Gesetzentwurf ist der Präsidentin des Landtages mit Schreiben vom xx.xx.2026 zur Unterrichtung übersandt worden.

H. Federführung

Die Federführung für dieses Gesetz hat die Ministerin für Justiz und Gesundheit.

Gesetz zur Reform der Krankenhausversorgung und Änderungen des Krebsregistergesetzes

Vom

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

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

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1 Allgemeine Bestimmungen und Mitwirkung

§ 1 Grundsätze

§ 2 Geltungsbereich

§ 3 Sicherstellung der Krankenhausversorgung

§ 4 Kommunikationswege, Verwaltungsakte und Nebenbestimmungen

§ 5 Gremien und Ausschüsse

Abschnitt 2 Krankenhausplanung

§ 6 Aufstellung eines Krankenhausplans

§ 7 Inhalt des Krankenhausplans

§ 7a Zuweisung psychiatrischer Leistungsgruppen

§ 8 Aufnahme in den Krankenhausplan

§ 9 Herausnahme aus dem Krankenhausplan und Erlöschen des
Planaufnahmebescheides

§ 10 Versorgungsverpflichtung

§ 11 Wechsel des Trägers oder Eigentümers

Abschnitt 3 Förderung der Krankenhäuser

- § 12 Grundsätze der Förderung
- § 13 Aufbringung der Mittel
- § 14 Investitionsprogramm
- § 15 Einzelförderung
- § 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 Sicherung der Fördermittel
- § 24 Aufhebung von Fördermittelbescheiden
- § 25 Verwendungsnachweisprüfung

Abschnitt 4 Pflichten der Krankenhäuser

- § 26 Aufnahmepflicht, Dienstbereitschaft und Notaufnahme
- § 27 Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf
- § 28 Zusammenarbeit im Gesundheitswesen
- § 29 Krankenhausalarmplanung
- § 30 Sozialdienst, Krankenhausseelsorge und ehrenamtliche Hilfe
- § 31 Sonstige Pflichten

Abschnitt 5 Krankenhausstruktur

- § 32 Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfung
- § 33 Betriebsleitung, ärztlicher, psychotherapeutischer und pflegerischer Dienst
- § 34 Apothekerinnen oder Apotheker als Beratungspersonen im Krankenhaus

Abschnitt 6 Krankenhausaufsicht

§ 35 Krankenhausaufsicht und Befugnisse

§ 36 Zuständigkeiten

Abschnitt 7 Ordnungswidrigkeiten

§ 37 Ordnungswidrigkeiten

Abschnitt 8 Fortentwicklung der Krankenhausversorgung und sonstige

Vorschriften

§ 38 Experimentierklausel

§ 39 Verordnungsermächtigungen

§ 40 Einschränkung von Grundrechten

§ 41 Datenverarbeitung im Krankenhaus

§ 42 Verarbeiten von Patientendaten im Rahmen von Forschungsvorhaben

Abschnitt 1

Allgemeine Bestimmungen und Mitwirkung

§ 1

Grundsätze

(1) Ziel dieses Gesetzes ist es,

1. eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des Landes Schleswig-Holstein mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen und zu sozial tragbaren Entgelten beizutragen,
2. eine vernetzte, kooperative und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen und
3. die Rechte der Patientinnen und Patienten zu stärken und die Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, die Patientensicherheit zu erhöhen.

(2) Bei der Umsetzung dieses Gesetzes sind die öffentlichen Interessen, insbesondere die Ziele und Erfordernisse der Landesplanung, der Raumordnung sowie der mittelfristigen Finanzplanung des Landes und der mittelfristigen Ergebnis- und

Finanzplanung der Kreise und kreisfreien Städte, ferner die Vielfalt der Krankenhausträger zu berücksichtigen.

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

§ 2

Geltungsbereich

(1) Soweit nichts anderes bestimmt ist, gilt dieses Gesetz für alle Krankenhäuser im Land Schleswig-Holstein, die der allgemeinen stationären oder teilstationären Versorgung dienen, soweit diese nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400), förderfähig sind, und für das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein sowie für die mit diesen verbundenen Ausbildungsstätten.

(2) Die Vorschriften des dritten Abschnitts 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 vierten Abschnitts mit Ausnahme des § 26 entsprechend. Die Vorschriften des Maßregelvollzugsgesetzes in der jeweils geltenden Fassung bleiben unberührt.

(4) Für kommunale Krankenhäuser bleiben die Vorschriften des Kommunalverfassungsrechtes durch die §§ 32 und 33 unberührt.

§ 3

Sicherstellung der Krankenhausversorgung

(1) Das Land, die Kreise und kreisfreien Städte stellen die Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft sicher (Sicherstellungsauftrag). Hierzu stimmen sich das Land und die Kreise und kreisfreien Städte regelmäßig ab. Die besondere Situation auf den Inseln und Halligen ist dabei zu berücksichtigen. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium ist berechtigt, Dritte mit der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags im Sinne des Satzes 1 zu beauftragen (Krankenhausversorgungsauftrag).

(2) Das Land, die Kreise und kreisfreien Städte gewähren zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung Fördermittel nach den Regelungen dieses Gesetzes.

§ 4

Kommunikationswege, Verwaltungsakte und Nebenbestimmungen

(1) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium für den jeweiligen Krankenhausstandort eine zentrale elektronische Funktionspostfachadresse zur rechtsverbindlichen Bescheidzustellung sowie eine telefonische Rufnummer zur Kontaktaufnahme mitzuteilen. Die

Krankenhausträger haben sicherzustellen, dass eine Kontaktaufnahme mit dem jeweiligen Krankenhausstandort sowie eine Bescheidzustellung über die benannten Kommunikationswege jederzeit möglich ist.

(2) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium ist berechtigt und verpflichtet, ein zentrales Adress- und Telefonregister der im Geltungsbereich dieses Gesetzes befindlichen Krankenhausstandorte zu führen.

(3) Mit der Übermittlung der Funktionspostfachadresse eröffnet der Krankenhausträger für den jeweiligen Krankenhausstandort einen Zugang für die elektronische Datenübermittlung, insbesondere Feststellungsbescheide nach dem zweiten Abschnitt sowie Bescheide nach dem dritten Abschnitt können auf diesem Wege bekanntgegeben und elektronisch zugestellt werden. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann einen Verwaltungsakt auch dadurch förmlich zustellen und bekannt geben, indem dieser dem antragstellenden Krankenhausträger oder seinem Bevollmächtigten über öffentlich zugängliche Netze oder ein Verwaltungsportal zum Abruf bereit gestellt wird.

(4) Ein schriftlich oder elektronisch erlassener Verwaltungsakt, der formularmäßig oder unter Verwendung automatischer Einrichtungen erlassen wird, kann ohne Unterschrift oder Namenswiedergabe erlassen werden.

(5) Verwaltungsakte, die auf der Grundlage dieses Gesetzes erlassen werden, können mit Nebenbestimmungen versehen werden, insbesondere wenn sie erforderlich sind

1. zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks,
2. zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen, sparsamen, nachhaltigen und zweckentsprechenden Verwendung von Fördermitteln,
3. zur Sicherung der Rückforderung von Fördermitteln,
4. zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans,
5. aus Gründen der Krankenhaushygiene,
6. zur Wahrnehmung von Aufgaben der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Fachberufen des Gesundheitswesens,
7. zur Einhaltung des festgelegten Versorgungsauftrages,
8. zur Umsetzung eines neu zu erprobenden Modells im Sinne von § 38 oder
9. für die Umstellung oder die Schließung eines Krankenhausbetriebes.

§ 5

Gremien und Ausschüsse

(1) Unter dem Vorsitz des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums werden in Anwendung des § 90a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Mitwirkung der Beteiligten nach §§ 6 und 7 KHG Ausschüsse und ein Gesundheitsversorgungsrat gebildet. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium führt die Geschäftsstelle. Näheres, insbesondere zu den Abläufen der

Zusammenarbeit, der Zusammensetzung, der Vertretung, Stellvertretung und Abberufung, der Einberufung und Tagesordnung, der Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung und zu den in dieser Vorschrift getroffenen Regelungen, legt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium durch eine Geschäftsordnung fest.

(2) Für intrasektorale Fragestellungen und zur Beteiligung nach den §§ 6 und 7 KHG werden die folgenden Ausschüsse gebildet:

1. Ausschuss Krankenhausplanung und
2. Ausschuss Krankenhausfinanzierung.

Bei Bedarf können von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium weitere Ausschüsse eingesetzt werden.

(3) Der Ausschuss Krankenhausplanung umfasst folgende ständige Mitglieder:

1. das Land Schleswig-Holstein, vertreten durch das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium sowie das für Hochschulmedizin zuständige Ministerium,
2. den Städtetag Schleswig-Holstein,
3. den Schleswig-Holsteinischen Landkreistag,
4. den Städtebund Schleswig-Holstein,
5. den Schleswig-Holsteinischen Gemeindetag,
6. die Schleswig-Holsteinische Krankenhausgesellschaft,
7. die Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und
8. den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. - Landesausschuss Schleswig-Holstein.

Der Ausschuss Krankenhausplanung strebt insbesondere für beabsichtigte Änderungen im allgemeinen Teil des Krankenhausplans, planerische oder strukturelle Grundsatzentscheidungen, die das gesamte Landesgebiet oder Teilgebiete (Versorgungsregionen) betreffen, einvernehmliche Regelungen an. Hierfür wird der Inhalt der Aufstellung und Fortschreibung des Investitionsprogramms bekanntgegeben. § 6a Absatz 4 KHG bleibt unberührt. Im Übrigen steht dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium ein Letztentscheidungsrecht zu.

(4) Der Ausschuss Krankenhausfinanzierung umfasst folgende ständige Mitglieder:

1. das Land Schleswig-Holstein, vertreten durch das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium,
2. den Städtetag Schleswig-Holstein und
3. den Schleswig-Holsteinischen Landkreistag.

Der Ausschuss Krankenhausfinanzierung strebt zur Aufstellung und Fortschreibung des Investitionsprogramms einvernehmliche Regelungen an. Dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium steht ein Letztentscheidungsrecht zu.

(5) Daneben wird der Gesundheitsversorgungsrat als Beirat für intersektorale Fragestellungen eingerichtet. Der Beirat setzt sich zusammen aus den ständigen Mitgliedern des Gremiums nach § 90a SGB V. Diese sind:

1. das Land Schleswig-Holstein, vertreten durch das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium sowie das für Hochschulmedizin zuständige Ministerium,
2. die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
3. die in Schleswig-Holstein vertretenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen gemeinsam als Kostenträger,
4. die Schleswig-Holsteinische Krankenhausgesellschaft,
5. die Ärztekammer Schleswig-Holstein,
6. die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein und
7. die Kommunalen Landesverbände.

Der Beirat hat ausschließlich beratende Funktion und ist insbesondere im Falle landesweiter oder regionaler Notlagen, sektorenübergreifender Versorgungsfragen nach § 90a SGB V, Fragestellungen zur Prozessoptimierung im Rahmen der Zuweisung, Verlegung und Entlassung von Patientinnen und Patienten sowie Fragestellungen betreffend die bedarfsgerechte, fallabschließende intersektorale Weiterleitung von Patientinnen und Patienten von den Ausschüssen anzurufen.

(6) Neben den ständigen Mitgliedern können auch Sachverständige, weitere an der Gesundheitsversorgung Beteiligte und Fachministerien von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium zu den Sitzungen des Beirates oder dem jeweiligen Ausschüssen mit beratender Stimme hinzugezogen werden.

Abschnitt 2 Krankenhausplanung

§ 6 Aufstellung eines Krankenhausplans

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf, schreibt ihn nach Bedarf fort und passt ihn an die Entwicklung des Versorgungsbedarfs an.

(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 zu veröffentlichen.

(4) Die Krankenhausträger, der Medizinische Dienst Nord, die Ärztekammer Schleswig-Holstein und die Sozialleistungsträger haben dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium auf Anfrage zeitnah die für die Krankenhausplanung erforderlichen Auskünfte und Nachweise zu erteilen, insbesondere über

1. die Auslastung des Krankenhauses,
2. die Verweildauer der Patientinnen und Patienten,
3. die erbrachten Krankenhausleistungen und zugrunde gelegten Diagnosen,
4. die apparative, technische und personelle Ausstattung des Krankenhauses,
5. den baulichen und medizinisch-funktionalen Zustand der Gebäude des Krankenhauses nebst ihrer bautechnischen Ausstattung,
6. Kooperationen und Zertifizierungen des Krankenhauses sowie
7. allgemeine statistische Angaben über das medizinische Fachpersonal und die durchgeführten Behandlungen und
8. die wirtschaftlichen Verhältnisse des Krankenhauses.

(5) Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung kann das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans für bestimmte im Krankenhausplan festgesetzte medizinische Leistungen eine länderübergreifende Planung vorsehen. Die planerischen Entscheidungen für Krankenhäuser im Land Schleswig-Holstein werden im Krankenhausplan festgelegt. Inhalt und Umfang der länderübergreifenden Planung sind in einem Staatsvertrag oder einer sonstigen rechtsverbindlichen Vereinbarung mit den beteiligten Ländern zu regeln.

§ 7

Inhalt des Krankenhausplans

(1) In den Krankenhausplan werden die für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach den Vorgaben dieses Gesetzes aufgenommen.

(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 Aufgabenstellung aus. Als Planungsgrundlage kann auf eine Planbettenplanung, an Leistungsgruppen orientierte oder auf dem Krankenhausplan basierende Planungssystematik zurückgegriffen werden. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann den Medizinischen Dienst mit der Prüfung landesrechtlich festgelegter Qualitätsanforderungen beauftragen. Der Krankenhausplan berücksichtigt die Versorgungsangebote benachbarter Länder.

(3) Der Krankenhausplan besteht aus einem Allgemeinen Teil und einem Besonderen Teil. Der Allgemeine Teil enthält insbesondere die Planungsgrundsätze,

Planungsziele, Auswahlkriterien, Versorgungsstruktur, Versorgungsregionen 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 Leistungsgruppen, besonderen Ausweisungen und Ausbildungsstätten je Standort.

(4) Die besonderen Anforderungen der Hochschulkliniken sind angemessen zu berücksichtigen. Sofern die Hochschulkliniken durch ihr Leistungsangebot an der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung teilnehmen, sind die Vorschriften dieses Gesetzes mit Ausnahme der Regelungen des dritten Abschnitts entsprechend anzuwenden. § 82 Absatz 4 Hochschulgesetz bleibt unberührt.

(5) Bei den krankenhauplanerischen Festlegungen ist eine wirtschaftliche Betriebsführung zu berücksichtigen.

§ 7a

Zuweisung psychiatrischer Leistungsgruppen

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann einem Krankenhausträger für einen Krankenhausstandort landeseigene psychiatrische Leistungsgruppen zuweisen, wenn der Krankenhausstandort die hierfür im Krankenhausplan festgelegten Qualitätsanforderungen erfüllt. Die Zuweisung von psychiatrischen Leistungsgruppen erfolgt durch Feststellungsbescheid erstmalig mit Wirkung zum 01. Januar 2028. Ein Anspruch auf Zuweisung besteht nicht.

(2) Die Zuweisung setzt einen Antrag des Krankenhausträgers voraus. Der Antrag hat die zur Prüfung der Qualitätsanforderungen erforderlichen Unterlagen und Nachweise zu enthalten. Der Nachweis der Erfüllung der Qualitätsanforderungen erfolgt durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes.

(3) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium beauftragt den Medizinischen Dienst mit der Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätsanforderungen. Das Gutachten ist dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium nach Fertigstellung unmittelbar zuzuleiten. Eine Rückübermittlung des Gutachtens an den Medizinischen Dienst zur Überarbeitung, Ergänzung oder Erörterung findet abweichend von § 275a Absatz 2 Satz 6 und 7 SGB V nicht statt. Im Übrigen erfolgt die Prüfung entsprechend den Vorgaben des § 275a SGB V..

(4) Die Zuweisung erfolgt auf Grundlage des Gutachtens nach Absatz 3 sowie unter Berücksichtigung der im Krankenhausplan festgelegten Kriterien. Sofern mehrere Krankenhäuser die Voraussetzungen für eine Leistungsgruppe erfüllen, trifft das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium eine Auswahlentscheidung nach pflichtgemäßem Ermessen.

(5) Abweichend von Absatz 1 kann das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium einem Krankenhaus eine psychiatrische Leistungsgruppe zuweisen, obwohl die maßgeblichen Qualitätsanforderungen nicht erfüllt sind, wenn

1. dies zur Vermeidung einer Unterversorgung der Bevölkerung erforderlich ist oder
2. nachträglich eingetretene Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass die Qualitätsanforderungen im Zeitpunkt der Entscheidung voraussichtlich erfüllt werden und die Versagung der Zuweisung eine unbillige Härte darstellen würde.

Eine Zuweisung nach Satz 1 ist ausgeschlossen, wenn in den Qualitätsanforderungen der jeweiligen Leistungsgruppe unter dem Kriterium „Personelle Ausstattung“ weniger als zwei Fachärztinnen oder Fachärzte im jeweils geforderten Umfang vorgehalten werden. Die Entscheidung nach Satz 1 ergeht im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Die Zuweisung nach Satz 1 Nummer 1 ist auf höchstens drei Jahre zu befristen. Sie kann verlängert werden, wenn die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 weiterhin vorliegen; die Verlängerung ist jeweils auf höchstens drei Jahre zu befristen.

(6) Die Zuweisung ist ganz oder teilweise aufzuheben, wenn

1. das Krankenhaus die maßgeblichen Qualitätsanforderungen nicht mehr erfüllt,
2. die Voraussetzungen für ihre Erteilung nachträglich entfallen sind oder
3. die Übermittlung des letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes länger als zwei oder, sofern die Erfüllung der Qualitätsanforderungen für die jeweilige Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde, länger als drei Jahre zurückliegt.

Satz 1 Nummer 3 findet keine Anwendung, wenn das Krankenhaus den Nachweis über die Erfüllung der maßgeblichen Qualitätsanforderungen durch eine begründete Selbsteinschätzung erbringt und der Medizinische Dienst bereits mit einer erneuten Prüfung der Erfüllung dieser Anforderungen beauftragt wurde. Die Aufhebung erfolgt durch Feststellungsbescheid.

§ 8

Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium stellt die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan durch Verwaltungsakt (Feststellungsbescheid) fest. Der Feststellungsbescheid ist an den jeweiligen antragstellenden Krankenhausträger zu richten. Verfügt ein Krankenhaus über mehrere Krankenhausstandorte, ist ein Feststellungsbescheid je Krankenhausstandort zu erlassen. Eine Aufnahme in den Krankenhausplan ist zulässig, wenn

1. das Krankenhaus zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung geeignet und leistungsfähig ist,
2. das Krankenhaus wirtschaftlich arbeitet,
3. dem psychiatrischen Krankenhaus für den jeweiligen Krankenhausstandort eine Leistungsgruppe nach § 7a zugewiesen ist,
4. die Aufnahme im Einklang mit dem Landeskrankenhausgesetz steht,
5. den im Allgemeinen Teil des Krankenhausplans festgelegten planerischen Festsetzungen entspricht und
6. die erlassenen verfahrensrechtlichen Vorgaben eingehalten sind.

(2) Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan besteht nicht. Ist dem Krankenhausträger für ein Krankenhaus an den jeweiligen Krankenhausstandorten keine Leistungsgruppe gemäß § 6a KHG zugewiesen, wird die fehlende Wirtschaftlichkeit gemäß Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 vermutet.

(3) Mit Aufnahme in den Krankenhausplan wird der Sicherstellungsauftrag im Umfang der jeweiligen Festsetzungen durch den Krankenhausträger erfüllt. Der Krankenhausversorgungsauftrag berechtigt den Krankenhausträger oder ein von ihm zur Erfüllung beauftragtes Krankenhaus, medizinische Leistungen im Umfang der jeweiligen Festsetzung vorzuhalten, anzubieten und durchzuführen (Leistungsberechtigung). Für Krankenhäuser in privater Trägerschaft gilt mit der Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes die Konzession als Privatkrankenanstalt nach § 30 der Gewerbeordnung als erteilt.

(4) Der die Aufnahme begründende Feststellungsbescheid gemäß Absatz 1 enthält

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses sowie eventueller Betriebsstellen,
2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie die Eigentümerin oder den Eigentümer des Krankenhauses und
3. das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan.

Darüber hinaus soll der Feststellungsbescheid je Krankenhausstandort folgende Informationen enthalten:

1. die zugewiesenen Leistungsgruppen nach den Festsetzungen im Krankenhausplan oder gemäß § 6a KHG,
2. die zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemäß § 6b KHG,
3. die Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung gemäß § 6c KHG,
4. die Ausweisung als Fachkrankenhaus gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V,
5. die Ausweisung als Zentrum und Schwerpunkt nebst ihren besonderen Aufgaben gemäß der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V,

6. die Ausweisung als Teilnehmer an der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V,
7. die Feststellung der Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlages gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 6 KHG; § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400), in Verbindung mit den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V,
8. die Aufnahme in die Liste der Krankenhausstandorte nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG,
9. die zugewiesenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a KHG,
10. die am jeweiligen Krankenhausstandort durchgeführten oder vereinbarten Modellvorhaben nach den §§ 63 bis 68c SGB V,
11. sofern erforderlich den Hinweis auf eine erteilte Konzession gemäß § 30 Absatz 1 Satz 1 der Gewerbeordnung (GewO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 202), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 11. Januar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 6),
12. sofern erforderlich die Vorgabe zur psychiatrischen Pflichtversorgung aufgrund der Festlegungen der Einzugsgebiete (Unterbringungsplan) nach § 13 Absatz 2 des Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG) vom 11. Dezember 2020 (GVOBl. Schl.-H. S. 1035, ber. 2021 S. 310) und
13. weitere besondere Ausweisungen gemäß geltendem Krankenhausplan.

(5) Anträge auf Aufnahme in den Krankenhausplan oder auf Änderung des die Aufnahme begründenden Feststellungsbescheides haben die für die Entscheidung erforderlichen Informationen zu enthalten. Die antragstellenden Krankenhausträger haben insbesondere Angaben zum geplanten Standort, Versorgungsumfang sowie zu geplanten Fachrichtungen oder Leistungsgruppen zu machen. Auf Aufforderung des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums ist eine detaillierte Wirtschaftlichkeitsberechnung einzureichen.

(6) Der durch den Feststellungsbescheid möglicherweise in seinen Rechten verletzte Krankenhausträger ist zur Klage vor den Gerichten der Verwaltungsgerichtsbarkeit befugt. Rechtsbehelfe gegen einen Feststellungsbescheid im Sinne des Absatzes 1 haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 9

Herausnahme aus dem Krankenhausplan und Erlöschen des Planaufnahmebescheides

(1) Der Feststellungsbescheid, der die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan begründet, kann ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft aufgehoben werden, wenn

1. die Aufnahme in den Krankenhausplan gemäß § 8 Absatz 1 Satz 4 nicht mehr zulässig ist,
2. die Voraussetzung einer Nebenbestimmung im Feststellungsbescheid nicht mehr erfüllt ist,
3. dem Krankenhausträger für den jeweiligen Krankenhausstandort
 - a) eine Leistungsgruppe nach § 7a und den Festsetzungen im Krankenhausplan oder gemäß § 6a KHG oder
 - b) eine Koordinierungs- und Vernetzungsaufgabe gemäß § 6b KHG nicht mehr zugewiesen ist, oder
4. das Krankenhaus am jeweiligen Krankenhausstandort
 - a) nicht mehr als Fachkrankenhaus gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V ausgewiesen oder
 - b) nicht mehr als sektorübergreifende Versorgungseinrichtung gemäß § 6c KHG bestimmt ist.

(2) Mit der Teilherausnahme oder der Herausnahme aus dem Krankenhausplan verliert der Krankenhausversorgungsauftrag ganz oder teilweise seine Wirksamkeit. Ohne diesen ist der Krankenhausträger oder ein von ihm beauftragtes Krankenhaus nicht mehr berechtigt, medizinische Leistungen vorzuhalten, anzubieten oder durchzuführen (Leistungsverbot). § 30 Absatz 1 Satz 1 der GewO bleibt unberührt. Bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft entfällt mit der Herausnahme aus dem Krankenhausplan die Wirkung der Konzession nach § 8 Absatz 3 Satz 3; der Betrieb einer Privatkrankenanstalt bedarf ab diesem Zeitpunkt einer Erlaubnis nach § 30 Absatz 1 Satz 1 der GewO. Der Krankenhausträger und der zuständige Kreis oder die zuständige kreisfreie Stadt sind vor der Teilherausnahme oder der Herausnahme anzuhören. § 8 Absatz 5 gilt entsprechend.

(3) Der die Aufnahme eines Krankenhauses begründende Feststellungsbescheid erlischt, wenn er innerhalb eines Jahres nach Zugang nicht in Gebrauch genommen wird. Die Jahresfrist kann vor Eintritt der gesetzlichen Folge aus wichtigem Grund auf Antrag des Krankenhausträgers durch das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium verlängert werden.

§ 10

Versorgungsverpflichtung

(1) Der Krankenhausträger ist nicht zur Rückgabe des Krankenhausversorgungsauftrags berechtigt. Der Krankenhausträger ist zur Aufrechterhaltung der Versorgung verpflichtet (Versorgungsverpflichtung). Inhalt und Umfang der Versorgungsverpflichtung ergeben sich aus dem für den Krankenhausversorgungsauftrag maßgeblichen Feststellungsbescheid. Beabsichtigt ein Krankenhausträger den Krankenhausversorgungsauftrag ganz oder teilweise nicht mehr zu erfüllen, so hat er dies bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium zu beantragen. Der Feststellungsbescheid kann ganz oder teilweise aufgehoben werden, wenn

1. der Krankenhausträger nachweist, dass die weitere Erfüllung des Krankenhausversorgungsauftrags für den Krankenhausträger unzumutbar ist,
2. die Unzumutbarkeit nicht allein auf wirtschaftlich-rechnerischen Erwägungen gestützt wird und
3. erfolglos ein Interessenbekundungsverfahren durchgeführt worden ist, mit dem kein anderer Interessent gefunden werden konnte, der den Krankenhausversorgungsauftrag vorrangig im Krankenhaus selbst oder nachrangig in einem anderen Krankenhaus ohne entsprechenden Krankenhausversorgungsauftrag ortsnahe und ohne das Erfordernis vorheriger Investitionsförderungen erfüllen kann.

(2) § 9 Absatz 2 gilt entsprechend. Der Feststellungsbescheid wird trotz Vorliegen der Voraussetzungen nicht aufgehoben, wenn ein bestehender Bedarf nicht anderweitig gedeckt werden kann. Ein Ablehnungsbescheid nach Satz 2 ist mit einer angemessenen Übergangszeit zu versehen, die ein Jahr nicht überschreiten darf und muss eine angemessene Ausgleichszahlung für übermäßige Belastungen festsetzen.

§ 11

Wechsel des Trägers oder Eigentümers

(1) Sobald der Betreiber eines Krankenhauses (Krankenhausträger) für ein in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus einen Wechsel des Krankenhausträgers beabsichtigt, hat der bisherige Krankenhausträger das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium hierüber unverzüglich zu informieren.

(2) Mit dem Wechsel des Krankenhausträgers eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses wird der die Aufnahme in den Krankenhausplan begründende Feststellungsbescheid kraft Gesetzes unwirksam. § 9 Absatz 2 gilt entsprechend. Satz 1 gilt nicht, wenn der Wechsel des Trägers auf Antrag des neuen Krankenhausträgers durch das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium genehmigt wird. In diesem Fall gehen Rechte und Pflichten nach diesem Gesetz und aus den auf seiner Grundlage erlassenen Bescheiden auf den neuen Krankenhausträger über. 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 gilt für einen Eigentümerwechsel eines Krankenhauses entsprechend.

Abschnitt 3

Förderung der Krankenhäuser

§ 12

Grundsätze der Förderung

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium bewilligt auf Antrag Fördermittel nach den Vorschriften dieses Teils. Fördermittel dürfen nur dem Förderzweck entsprechend verwendet werden, sofern dieses Gesetz nicht ausdrücklich etwas anderes vorschreibt. Der Förderung liegen die Feststellungen über die Aufnahme in den Krankenhausplan zugrunde. Es ist insbesondere den Investitionsmaßnahmen Vorrang zu gewähren, die für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung unabdingbar sind.

(2) Die Krankenhäuser sollen in struktureller, funktioneller, bautechnischer, digitaler und hygienischer Hinsicht modernen Anforderungen entsprechen. Die Fördermittel sind so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen, nach der Aufgabenstellung des Krankenhauses betriebswirtschaftlich notwendigen Investitionskosten decken, wobei die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Nachhaltigkeit sowie die Folgekosten zu berücksichtigen sind.

(3) Förderanträge haben die für die Bewilligungsentscheidung erforderlichen Informationen zu enthalten. Der antragstellende Krankenhausträger hat insbesondere die Notwendigkeit von Investitionen, die Erforderlichkeit ihres Umfanges sowie deren Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Nachhaltigkeit darzustellen und zu belegen. Auf Verlangen des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums ist der antragstellende Krankenhausträger darüber hinaus zur Vorlage von Folgekosten- und Wirtschaftlichkeitsberechnungen sowie zur Auskunft über alle Umstände verpflichtet, deren Kenntnis zur Feststellung der Fördervoraussetzungen notwendig ist. Förderleistungen können mit Erstattungsforderungen nach diesem Gesetz verrechnet werden.

(4) Kommt der Krankenhausträger seinen Pflichten nach Absatz 3 nicht, nicht vollständig, nicht fristgemäß, durch Verstoß gegen eine verfahrensrechtliche Vorgabe oder in sonstiger Weise unzureichend nach, können Anträge zurückgewiesen oder Fördermittel versagt werden. Eine Förderung nach diesem Gesetz ist ausgeschlossen oder in entsprechendem Umfang zu mindern, wenn der Krankenhausträger für denselben Zweck Subventionen von einer anderen öffentlichen Stelle erhält. Sofern nach diesem Gesetz keine Ausnahmen vorgesehen sind, sind von der Förderung Investitionen ausgenommen, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung dienen. Dazu zählen auch Anteile, die auf Bereiche für Forschung und Lehre entfallen gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 1 KHG.

(5) Die bewilligten und zugewiesenen Fördermittel, sowie die daraus erwachsenen Zinserträge, sind unter Einhaltung der in Absatz 2 genannten Grundsätze sowie der Vergabevorschriften nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides zu verwenden.

(6) Von dem Antragserfordernis nach Absatz 1 ausgenommen sind die jährlichen Pauschalbeträge gemäß § 20.

(7) Für die Förderung von Ausbildungsstätten im Sinne des § 2 Nummer 1a KHG gelten die Vorschriften dieses Abschnitts entsprechend.

§ 13

Aufbringung der Mittel

(1) Die Kreise und kreisfreien Städte beteiligen sich an der Aufbringung der Fördermittel nach den Vorschriften dieses Teils und dem zweiten Abschnitt des KHG jährlich zur Hälfte an den von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium festzusetzenden oder zu kofinanzierenden Fördermitteln.

(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.

(3) Das Land und die Kreise und kreisfreien Städte können eine Vereinbarung schließen, die einen Einwohnerbetrag festlegt, der von dem in Absatz 2 beschriebenen Einwohnerbetrag abweicht. Die Vereinbarung muss insbesondere einvernehmliche Regelungen treffen zur Höhe und zum Zeitpunkt der Fälligkeit. Mit Zustimmung der Kreise und kreisfreien Städte kann der abweichende Einwohnerbetrag auch mit Bescheid gegenüber den Kreisen und kreisfreien Städten erhoben werden, wenn mit diesen Einvernehmen zur Höhe und zum Zeitpunkt der Fälligkeit besteht. Der nicht verausgabte Teil des jährlich veranschlagten Gesamtbetrages kann im Einvernehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten und dem für Finanzen zuständigen Ministerium in ein zweckgebundenes Sondervermögen des Landes eingebracht werden.

§ 14

Investitionsprogramm

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

(2) Das Investitionsprogramm weist die aufgenommenen Investitionsmaßnahmen mit ihrer voraussichtlichen Gesamtförderung sowie die bereits bewilligten Investitionsmaßnahmen aus.

(3) Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in das Investitionsprogramm besteht nicht.

(4) Eine Investitionsmaßnahme scheidet aus dem Investitionsprogramm wieder aus, wenn nicht innerhalb von zwei Jahren nach der Aufnahme in das Investitionsprogramm eine prüffähige Unterlage bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium

eingereicht wird. Die Frist kann in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag des Krankenhausträgers verlängert werden.

§ 15

Einzelförderung

(1) Auf Antrag werden Fördermittel insbesondere bewilligt für

1. die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der hiermit in notwendigem Zusammenhang stehenden Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb erforderlichen Anlagegütern,
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
3. die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht.

Die Bewilligung einer Maßnahme setzt voraus, dass die Gesamtfinanzierung gesichert ist und dass das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium die förderungsfähigen Kosten auf der Grundlage von ihm geprüfter Bauunterlagen festgesetzt hat. Für Errichtungen im Sinne von Nummer 1 gilt zudem, dass das Vorhaben in das Investitionsprogramm aufgenommen sein muss. Der Anspruch auf Fördermittel entsteht frühestens mit dem Zugang des Bewilligungsbescheides. Vorhandene Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens sind zu übernehmen, soweit dies medizinisch vertretbar und wirtschaftlich geboten ist.

(2) Die Förderung erfolgt durch Festbetrag. Dieser kann aufgrund pauschaler Werte ermittelt werden. Mit Zustimmung des Krankenhausträgers kann der Festbetrag auch im vereinfachten Verfahren bewilligt werden. Im vereinfachten Verfahren wird der Festbetrag unter Einbeziehung der kalkulierbaren Baukostenveränderungen für die voraussichtliche Bauphase auf der Grundlage geeigneter Planungsunterlagen festgelegt. Über den Festbetrag hinausgehende Kostenerhöhungen sind vom Krankenhausträger grundsätzlich zu tragen. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium und der Krankenhausträger können eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren; Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG ist anzustreben. Die bewilligten und zugewiesenen Fördermittel sind von dem Empfänger nach den Bestimmungen der Landeshaushaltsordnung zeitnah und für die vorgesehenen Investitionen einzusetzen.

(3) Zusätzliche Fördermittel können nachträglich nur bewilligt werden, soweit diese nicht bereits bei Antragstellung hätten geltend gemacht werden können oder im vereinfachten Verfahren berücksichtigt worden sind, und soweit Mehrkosten, insbesondere durch Preisentwicklungen, nachträgliche behördliche Anordnungen oder eine Änderung der Rechtslage für den Krankenhausträger, unabweisbar sind und dieser

das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium unverzüglich über die entstehenden 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. § 18 bleibt unberührt.

(5) Fördermittel nach Absatz 1 können auch gewährt werden

1. in Form der Übernahme von Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten von Darlehen gemäß § 2 Nummer 3 Buchstabe b KHG zum Zeitpunkt ihrer Fälligkeit, soweit diese Darlehen zur Finanzierung einer Krankenhausbaumaßnahme nach Absatz 1 Nummer 1 aufgenommen worden sind, oder
2. als Ausgleich für Kapitalkosten gemäß § 2 Nummer 3 Buchstabe d KHG.

(6) Eine Förderung ist ausgeschlossen, wenn vor der erstmaligen Bewilligung mit der Maßnahme bereits begonnen worden ist. Als Maßnahmenbeginn ist der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Liefer- und Leistungsvertrags zu werten. Bei Baumaßnahmen gelten Planungen und Baugrunduntersuchungen nicht als Beginn der Maßnahme, es sei denn, die Planung ist alleiniger Zweck der Förderung. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann auf Antrag einem vorzeitigen Maßnahmenbeginn, bei Maßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nach Aufnahme in das Investitionsprogramm, zustimmen.

(7) Wird ein Krankenhaus in Räumen betrieben, die auf Grund eines Nutzungsverhältnisses genutzt werden, so ist die Einzelförderung von Investitionen, die nicht in das Eigentum des Krankenhausträgers übergehen, unzulässig. Die Bewilligungsbehörde kann hiervon Ausnahmen zulassen, wenn

1. der Krankenhausträger gegenüber dem Verfügungsberechtigten die rechtlich gesicherte Möglichkeit hat, die zu fördernde Investition für ihre voraussichtliche Nutzungsdauer zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen zu nutzen,
2. Erstattungsansprüche des Landes nach § 23 gesichert sind,
3. die Finanzierung der Investition durch den Krankenhausträger und ihre Förderung bei der Bemessung des künftigen Nutzungsentgelts wirtschaftlich sachgerecht berücksichtigt werden und
4. zwingende Gründe vorliegen.

(8) Der Fördermittelbescheid erlischt, wenn nicht innerhalb von zwei Jahren nach dessen Zugang mit Baumaßnahmen oder Beschaffungen begonnen worden ist. Die Frist kann in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag des Krankenhausträgers verlängert werden.

§ 16

Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium bewilligt anstelle der Förderung nach § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 auf Antrag Fördermittel für die Kosten der Nutzung von Anlagegütern, wenn es der Nutzungsvereinbarung vor ihrem vertraglichen Abschluss zugestimmt hat. Die Zustimmung zur Nutzungsvereinbarung darf nur erteilt werden, wenn

1. wichtige Gründe für ein Nutzungsverhältnis vorliegen und
2. hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist.

Die Bewilligung von Fördermitteln kann zeitlich begrenzt werden.

(2) Einer Nutzungsvereinbarung darf nachträglich nur in begründeten Ausnahmefällen zugestimmt werden, insbesondere, wenn für den Krankenhausträger sonst eine unzumutbare Härte entstehen würde.

(3) Ist eine Nutzung unwirtschaftlich, so kann die Zustimmung oder Genehmigung mit der Maßgabe erteilt werden, dass der Förderung nur die Kosten zugrunde gelegt werden, bei denen eine Nutzung wirtschaftlich wäre. Im Falle wesentlicher Veränderungen der Nutzungsvereinbarungen oder auf Verlangen des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums ist die Wirtschaftlichkeit vom Krankenhausträger darzulegen.

(4) Wird ein Krankenhaus erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen, kann die Förderung nach Absatz 1 Satz 1 und 3 für bereits bestehende Nutzungsverhältnisse auch ohne eine vorhergehende Zustimmung erteilt werden, wenn innerhalb von sechs Monaten nach der Aufnahme in den Krankenhausplan die Genehmigung erteilt wird. Das Nutzungsentgelt kann ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in den Krankenhausplan gefördert werden. Nach Ablauf der sechs Monate gilt Absatz 2 entsprechend.

§ 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 Fördermittel als jährliche Pauschalbeträge für

1. die Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei und bis zu 15 Jahren sowie
2. kleine bauliche Maßnahmen.

Liegen die Kosten für eine bauliche Maßnahme unter 1 Million Euro ohne Umsatzsteuer, ist im Regelfall von einer kleinen baulichen Maßnahme auszugehen. Dies gilt nicht, wenn die Maßnahme nach Art, Umfang oder Bedeutung keine kleine bauliche

Maßnahme darstellt. Die Pauschalbeträge sind auch für die Kosten der Nutzung der Anlagegüter zu verwenden, sofern diese für den Krankenhausbetrieb notwendig sind und die Kosten nicht den Betriebskosten zuzuordnen sind.

(2) Die Auszahlung der Pauschalbeträge an die Krankenhausträger erfolgt an einem vom für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium vorgegebenen Stichtag.

(3) 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) Als Grundlage für die Bemessung der Pauschalförderung kann das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium insbesondere Planbetten, Tagesklinik-Plätze, Fallzahlen, Ausbildungsplätze, das Betreiben einer Ausbildungsstätte, Intensivbetten, Belegungstage sowie Leistungsgruppen heranziehen. Der Krankenhausträger ist verpflichtet, Änderungen, die den der Bemessung der pauschalen Fördermittel maßgebenden Grundlagen dienen, rechtzeitig mitzuteilen. Rückwirkende Veränderungen der Bemessungsgrundlagen bleiben unberücksichtigt.

(5) Die Bildung von Rückstellungen bis zur Höhe des dreifachen Jahresbetrags des jährlich ausgezahlten Pauschalbetrages am 31. Dezember ist zulässig; eine Überschreitung dieser Grenze führt im Folgejahr zu einer vollständigen Minderung der Jahrespauschale, soweit die angesparten Fördermittel nicht nachweisbar in dem Folgejahr für eine konkrete Investition erforderlich sind. Der dreifache Jahresbetrag wird durch eine Multiplikation des aktuellen Jahresbetrages mit dem Faktor drei errechnet.

§ 21

Förderung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben

(1) Scheidet ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan aus, 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 oder
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 Fördermittel nach Absatz 1 pauschalieren.

(3) Der Krankenhausträger hat grundsätzlich entsprechend seiner Vermögenssituation einen Teil der Kosten selbst zu tragen und andere Finanzierungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Dabei sind Erträge zu berücksichtigen, die bei einer anderen Nutzung des Krankenhauses erzielt und zur Finanzierung herangezogen werden können.

(4) Findet die Schließung im Rahmen eines Insolvenzverfahrens statt, ist § 21 nicht anwendbar.

§ 22

Beginn der Förderung

Fördermittel nach den §§ 16 bis 19 und § 21 werden bei Vorliegen der Voraussetzungen vom Beginn des Monats an bewilligt, in dem der Antrag bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium eingegangen ist.

§ 23

Sicherung der Fördermittel

(1) Im Falle der Einzelförderung soll das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium vor Auszahlung von Fördermitteln sicherstellen, dass für die zweckentsprechende Verwendung des geförderten Vorhabens sowie mögliche Rückforderungsansprüche in geeigneter Weise Sicherheiten gewährleistet sind. Dies erfolgt in der Regel durch Bestellung von Grundpfandrechten oder dinglicher Nutzungsrechte.

(2) Die Fördermittel sind jeweils auf einem gesonderten Bankkonto für Fördermittel, möglichst verzinslich, zu verwahren. Das jeweilige Bankkonto ist als Treuhandkonto auszuweisen und dessen Bezeichnung so zu wählen, dass die Zuordnung der Mittel zu den jeweiligen Fördermitteln für Dritte erkennbar ist. Zinserträge, Erträge aus Veräußerung und Versicherungsleistungen erhöhen die Investitionsmittel und sind dem jeweiligen Bankkonto zuzuführen. Eine Vermischung der Fördermittel mit dem übrigen Vermögen des Krankenhauses ist unzulässig. Im Falle einer Insolvenz des Krankenhausträgers unterliegen die Fördermittel auf den jeweiligen Bankkonten grundsätzlich der Aussonderung.

(3) Im Falle der Insolvenz ist der Krankenhausträger verpflichtet, das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium umgehend über den Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gemäß § 13 der Insolvenzordnung vom 5. Oktober 1994 (BGBl. I S. 2866), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 15. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 236), zu unterrichten.

(4) Der Krankenhausträger ist unbeschadet sonstiger gesetzlicher Vorschriften verpflichtet, das förderungsfähige Anlagevermögen in betriebsüblichem Umfang gegen Risiken zu versichern. Bei Einzelförderung entfällt ein Förderanspruch, soweit

für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden. Unterbleibt die Versicherung, so ist das Krankenhaus im Schadensfalle zu behandeln, wie wenn es versichert gewesen wäre.

§ 24

Aufhebung von Fördermittelbescheiden

(1) Ein Fördermittelbescheid soll mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgenommen oder widerrufen werden, soweit

1. der Krankenhausträger seine Pflichten, welche sich aus dem Feststellungsbescheid gemäß § 8 ergeben, ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt,
2. der Feststellungsbescheid gemäß § 8 aufgehoben worden ist,
3. die Fördermittel nicht dem Förderzweck entsprechend oder entgegen den Nebenbestimmungen des Fördermittelbescheides verwendet worden sind,
4. der Krankenhausträger die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel oder die Erfüllung der Nebenbestimmungen gemäß der § 4 Absatz 5 und § 25 nicht nachweist,
5. mit den Fördermitteln finanzierte Anlagegüter an Dritte sicherungsübereignet worden sind oder
6. die allgemein geltenden vergaberechtlichen Vorgaben bei Bau- und anderen Leistungen nicht eingehalten wurden.

Im Übrigen gelten die §§ 116 bis 118 des Landesverwaltungsgesetzes entsprechend. Der durch den Aufhebungsbescheid möglicherweise in seinen Rechten verletzte Krankenhausträger ist zur Klage vor den Gerichten der Verwaltungsgerichtsbarkeit befugt. Rechtsbehelfe gegen einen Aufhebungsbescheid im Sinne von Satz 1 haben keine aufschiebende Wirkung.

(2) Auf die Aufhebung von Fördermittelbescheiden nach Absatz 1 kann ganz oder teilweise insbesondere dann verzichtet werden, wenn

1. der Verzicht auf die Rückforderung von Investitionsmitteln Voraussetzung für die Gewährung von Fördermitteln aus Förderprogrammen des Bundes oder des Landes oder durch Sozialleistungsträger ist,
2. ein Krankenhaus gemäß § 11 Absatz 2 ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen und der Trägerwechsel genehmigt wird,
3. wenn die geförderte Investitionsmaßnahme aufgrund von Umstrukturierungsprozessen oder einem Bedarfsrückgang nicht mehr zur Erfüllung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses benötigt wird,
4. die Aufhebung des Feststellungsbescheides nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 im krankenhausplanerischen Interesse liegt,
5. eine geförderte Immobilie vom Krankenhausträger mit Zustimmung des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums einem anderen für die Nutzung zu Zwecken der Gesundheitsversorgung außerhalb der stationären Ver-

sorgung überlassen wird und dafür ein ortsübliches und marktgerechtes Nutzungsentgelt entrichtet wird, das der Krankenhausträger zu 25 Prozent seinen Pauschalmitteln nach § 20 zuführt und zu 75 Prozent an das Land Schleswig-Holstein erstattet, bis die Fördermittel erstattet sind,

6. die Rückforderung infolge einer fehlenden Zuweisung einer Leistungsgruppe begründet ist und diese nicht auf einem vom Krankenhausträger zu vertretenden Umstand beruht.

(3) Infolge der Aufhebung nach Absatz 1 sind die bewilligten Fördermittel nach den in Absatz 1 Satz 2 genannten Vorschriften des Landesverwaltungsgesetzes an das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium zu erstatten. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder geschaffen worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung entsprechend der abgelaufenen betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer dieser Anlagegüter oder der abgeschrieben Restbuchwerte. Erträge aus einer Verwertung geförderter Anlagegüter sind zu erstatten.

§ 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. Näheres wird im Bescheid geregelt. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium oder eine von ihm beauftragte Stelle überprüft die Verwendungsnachweise. Für die Überprüfung gilt § 35 Absatz 3 entsprechend.

(2) Der Verwendungsnachweis nach Absatz 1 ist bei Fördermitteln nach § 20 jährlich zu erbringen und auf Kosten des Krankenhauses durch eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer zu attestieren. Sind nach dem Ergebnis dieser Prüfung Einwendungen gegen eine zweckentsprechende und wirtschaftliche Verwendung zu erheben, ist dies in der Bestätigung gesondert zu vermerken und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium vom Krankenhausträger unverzüglich mitzuteilen. Die für die Prüfung notwendigen Unterlagen sind auf Verlangen des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums, insbesondere im Rahmen von Einzelfallprüfungen, unverzüglich herauszugeben.

Abschnitt 4

Pflichten der Krankenhäuser

§ 26

Aufnahmepflicht, Dienstbereitschaft und Notaufnahme

(1) Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seines Versorgungsauftrages, wie er sich aus dem Feststellungsbescheid gemäß § 8 und aus dem Krankenhausplan ergibt, alle Personen, die seine Leistungen benötigen nach Art und Schwere der

Erkrankungen zu versorgen. 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 gewährleistet ist. Dies gilt insbesondere für die Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Unabhängig vom Vorhalten einer Notaufnahme ist jedes Krankenhaus zumindest zur medizinisch gebotenen ärztlichen Erstversorgung sowie zur Organisation einer gegebenenfalls erforderlichen Verlegung verpflichtet.

(3) Notfallpatientinnen und Notfallpatienten haben im Rahmen der Versorgung Vorrang.

(4) Das Krankenhaus ist zur Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst verpflichtet. Es hat die für den Behandlungskapazitätennachweis gemäß § 17 Absatz 6 Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz vom 28. März 2017 (GVBl.2017, S. 256), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 06. November 2020 (GVBl. 2020, S. 802) (SHRDG), erforderlichen Daten stets zeitaktuell und unverzüglich in die Datenbank einzustellen; die Verantwortlichkeiten sind durch Dienstanweisung vom Krankenhaus festzulegen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, Patientinnen und Patienten, die ihm vom Rettungsdienst entsprechend der gemeldeten Kapazitäten zugeführt werden, zu versorgen und bei Feststellung einer stationären medizinischen Behandlungsbedürftigkeit aufzunehmen. Näheres zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit im Rahmen der Nutzung des Behandlungskapazitätennachweises regeln die Beteiligten in einer Vereinbarung. Die Mitnutzung des Behandlungskapazitätennachweises durch andere Bundesländer ist unter Berücksichtigung der landesdatenschutzrechtlichen Bestimmungen zulässig. Sofern von der Verordnungsermächtigung im Sinne des § 39 Absatz 2 Gebrauch gemacht wird, verlieren Vereinbarungen im Sinne des Satzes 4 insoweit ihre Wirksamkeit.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten auch für psychiatrische Krankenhäuser, soweit sich dies aus dem Feststellungsbescheid und dem Krankenhausplan ergibt. Im Falle gerichtlicher Anordnung oder Genehmigung freiheitsentziehender Unterbringung ist ein psychiatrisches Krankenhaus zur Patientenaufnahme verpflichtet. Beruht die Unterbringung nicht auf einer fachärztlichen medizinischen Einschätzung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, ist der Patient oder die Patientin vor der Aufnahme fachärztlich durch das Krankenhaus zu untersuchen. Wird eine medizinische Behandlungsnotwendigkeit festgestellt, ist der Patient oder die Patientin vollstationär aufzunehmen.

(6) Krankenhäusern und ihren Trägern ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen oder Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen oder sich gewähren oder versprechen zu lassen.

§ 27

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 (SGB XII) 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 Menschen mit Demenz,

soweit die verantwortliche Krankenhausärztin oder der verantwortliche Krankenhausarzt dies in den Fällen der Ziffern 3 und 4 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.

§ 28

Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

(1) Auf der Grundlage des Krankenhausplans sollen die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser innerhalb des Einzugsbereichs entsprechend ihrer Aufgabenstellung zusammenarbeiten.

(2) Die Krankenhäuser sollen im Interesse der durchgehenden Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten eng mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und bei psychotherapeutischen Patientinnen und Patienten, mit niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sowie 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.

§ 29

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 (GVOBl. Schl.-H. S. 664), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Dezember 2025 (GVOBl. Schl.-H. 2025/188), gilt entsprechend. Über die Alarm- und Einsatzpläne ist mit dem zuständigen Träger des Rettungsdienstes Einvernehmen herzustellen; sie sind dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium jeweils nach Fortschreibung vorzulegen.

(2) Die Krankenhausleitungen richten für die Koordinierung der Maßnahmen des Katastrophenschutzes sowie zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten oder Erkrankten eine Einsatzleitung ein und bestellen eine Beauftragte oder einen Beauftragten für den Brandschutz.

(3) Die Krankenhäuser führen regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, 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 27. November 2023 (GVOBl. Schl.-H. S. 6) verbunden werden.

(4) Soweit nichts anderes bestimmt ist, tragen die Krankenhausträger die sich aus der Erfüllung dieser Aufgaben ergebenden Kosten selbst.

(5) Die Krankenhäuser haben sich ferner für den Fall einer Pandemie oder einer vergleichbaren gesundheitlichen Lage, insbesondere durch Erstellung und Fortschreibung entsprechender Pandemiepläne sowie durch Vorhaltung von ausreichend persönlicher Schutzausrüstung entsprechend ihres Versorgungsauftrages, vorzubereiten.

§ 30

Sozialdienst, Krankenhausseelsorge 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 Patientinnen und Patienten in geeigneter Weise darüber zu informieren.

(2) Der Sozialdienst im Krankenhaus kann krankenhausintern oder krankenhausextern organisiert werden. Ein krankenhausinterner Sozialdienst ist ein rechtlich unselbstständiger 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 gemäß § 39 Absatz 1a SGB V sicherzustellen und sich mit dem Rettungsdienst abzustimmen. 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) Sozialdienst im Krankenhaus, Krankenhausseelsorge und ehrenamtliche Hilfseinrichtungen werden nicht gegen den Wunsch der Patientin oder des Patienten tätig.

§ 31

Sonstige Pflichten

(1) Das Krankenhaus unterstützt die schulische Betreuung der von ihm versorgten schulpflichtigen Patientinnen und Patienten.

(2) Das Krankenhaus wirkt im Rahmen seiner Möglichkeiten durch die Freistellung von Notärztinnen und Notärzten im Sinne des § 13 Absatz 4 SHRDG am Rettungsdienst mit. Bei arztbegleiteten Sekundärtransporten zur Verlegung zwischen Krankenhäusern hat das abgebende Krankenhaus grundsätzlich die verlegungsärztliche Begleitung im Sinne des § 14 SHRDG sicherzustellen, sofern dies nicht durch das aufnehmende Krankenhaus oder durch Dritte geschieht. Sekundärtransporte sind bei der Koordinierungstelle für Luftrettung und Sekundärtransporte Schleswig-Holstein anzufordern. Die Vorschriften des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes gelten entsprechend.

(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 Krankenhausversorgungsauftrags.

(4) Das Krankenhaus hat eine angemessene Absicherung gegen Personenschäden vorzunehmen. Es ist eine Haftpflichtversicherung, Garantie oder ähnliche Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist, abzuschließen. Das Bestehen einer solchen Regelung ist der zuständigen Behörde auf Verlangen nachzuweisen.

(5) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft und der infektionsschutzrechtlichen Bestimmungen alle erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen zu treffen. Die Krankenhäuser haben insbesondere die jeweiligen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut zu beachten und umzusetzen.

Abschnitt 5

Krankenhausstruktur

§ 32

Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfung

Der Jahresabschluss ist unter Einbeziehung der Buchführung durch eine Wirtschaftsprüferin, einen Wirtschaftsprüfer oder eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Abschlussprüfung) zu prüfen. Das im Zuge der Abschlussprüfung zu erstellende Wirtschaftsprüfertestat ist nach den Vorgaben der Krankenhaus-Buchführungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 25 Absatz 2 des Gesetzes vom 7. August 2021 (BGBl. I S. 3311), zu erstellen und auf Verlangen dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium vorzulegen. Hat das Krankenhaus einen Lagebericht aufzustellen, so ist auch dieser in die Prüfung einzubeziehen.

§ 33

Betriebsleitung, ärztlicher, psychotherapeutischer und pflegerischer 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 Leitung des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes sowie in psychiatrischen/psychotherapeutischen Kliniken eine Leitende Psychotherapeutin oder ein Leitender Psychotherapeut gleichrangig zu beteiligen. Kompetenzen einer übergeordneten Geschäftsführung, insbesondere bei einer Kapitalgesellschaft, einer Stiftung oder einer Kommunalgesellschaft als Krankenhausträger, bleiben hierdurch

unberührt. 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 gemäß den Vorgaben der Feststellungen des Krankenhausplans in medizinische Abteilungen zu gliedern.

(3) Das Krankenhaus hat für jede medizinische Abteilung mindestens eine Leitende Abteilungsärztin oder einen Leitenden Abteilungsarzt und eine Leitende Pflegefachperson zu bestellen, die oder der in medizinischen oder pflegerischen Angelegenheiten nicht weisungsgebunden ist und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen beziehungsweise pflegerischen Entscheidungen beeinträchtigt wird. Sie oder er sind für die Untersuchung, Behandlung und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten in der Abteilung verantwortlich. Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen unter Einbindung einer Leitenden Pflegefachperson leiten. Für Abteilungen, die Patientinnen und Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, können Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten als Abteilungspsychotherapeutinnen oder Abteilungspsychotherapeuten sowie als Abteilungsleiterin oder Abteilungsleiter bestellt werden, die bei der Untersuchung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und selbstständig tätig sind.

(4) Die Regelungen des § 33 Absatz 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften mit dem Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts oder von diesen zugeordneten 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.

§ 34

Apothekerinnen oder Apotheker als Beratungspersonen im Krankenhaus

(1) Der Krankenhausträger hat sicherzustellen, dass jedem Krankenhaus Apothekerinnen oder Apotheker als Beratungspersonen zur Verfügung stehen. Die Apothekerin oder der Apotheker hat die Aufgabe, im Rahmen der Zusammenarbeit mit ärztlichem und pflegerischem Personal zu einer sicheren, zweckmäßigen sowie wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie beizutragen. Hierzu zählt insbesondere die Beratung

1. zu der Plausibilität und Indikation der Arzneimittelgabe,
2. zu der Verhinderung von unerwünschten Doppelverordnungen und Arzneimittelwechselwirkungen unter Einbeziehung der Patientenakte und Laborparameter sowie
3. zu einer indikationsgerechten Dosierung.

(2) Zu Beratungspersonen im Krankenhaus gemäß Absatz 1 sollen nur Personen bestimmt werden, welche die Weiterbildung im Fachgebiet klinische Pharmazie abgeschlossen oder bereits begonnen haben.

Abschnitt 6 Krankenhausaufsicht

§ 35

Krankenhausaufsicht und Befugnisse

(1) Die Krankenhäuser, ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen und die mit den Krankenhäusern 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 vorzulegen sowie deren Beauftragten jederzeit Zutritt zu gewähren.

(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 nach Abschnitt IV des Landesverwaltungsgesetzes 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 Krankenhausversorgungsauftrages in dem im Feststellungsbescheid genannten Umfang, kann der Feststellungsbescheid, der die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan begründet, ganz oder teilweise aufgehoben werden. Die Kreise und kreisfreien Städte sind in das rechtsaufsichtliche Verfahren angemessen mit einzubeziehen. § 9 Absatz 2 gilt entsprechend.

§ 36**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 Aufsichtsbehörde nach Absatz 1 Satz 1 ihre Entscheidungen im Einvernehmen mit der nach § 18 des Stiftungsgesetzes vom 30. Mai 2023 (GVOBl. Schl.-H. S. 279), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. Dezember 2025 (GVOBl. Schl.-H. 2025/166, ber. 2025/186), zuständigen Stiftungsaufsichtsbehörde zu treffen.

Abschnitt 7**Ordnungswidrigkeiten****§ 37****Ordnungswidrigkeiten**

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen

1. § 4 Absatz 1 dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium keine zentrale elektronische Funktionspostfachadresse oder telefonische Rufnummer mitteilt oder eine Kontaktaufnahme über die mitgeteilten Kommunikationswege nicht jederzeit ermöglicht,
2. § 6 Absatz 4 der Aufsichtsbehörde keine Auskunft erteilt,
3. § 25
 - a) Absatz 1 Satz 1 den Verwendungsnachweis nicht erbringt,
 - b) Absatz 2 Satz 1 den Bestätigungsvermerk nicht erbringt,
 - c) Absatz 2 Satz 2 eine Einschränkung oder Versagung des Bestätigungsvermerkes nicht unverzüglich dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium mitteilt oder
 - d) Absatz 2 Satz 3 die notwendigen Unterlagen auf Verlangen des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums nicht unverzüglich herausgibt,
4. § 26 Absatz 2 die Dienst- und Aufnahmebereitschaft nicht gewährleistet,
5. § 26 Absatz 4 Satz 2 die erforderlichen Daten nicht oder nicht zeitaktuell in die Datenbank einstellt,
6. § 29 Absatz 3 Satz 1 nicht mindestens alle drei Jahre eine Alarmübung zur Überprüfung der Alarm- und Einsatzpläne durchführt,
7. § 29 Absatz 3 Satz 2 das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium über die Durchführung einer Krankenhausalarmübung nicht vorab in Kenntnis setzt oder nicht schriftlich über die wesentlichen Ergebnisse berichtet oder
8. § 35 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.

Abschnitt 8

Fortentwicklung der Krankenhausversorgung und sonstige Vorschriften

§ 38

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 Umsetzung baulicher und konzeptioneller Pilotprojekte, die Übertragung von Aufgaben nach diesem Gesetz auf einen anderen Rechtsträger und die mögliche Gewährung von Investitionsfördermitteln anhand von Investitionspauschalen. Mit den Kreisen und kreisfreien Städten ist bei abweichenden Regelungen zur Investitionsfinanzierung nach Satz 1 und Satz 2 Benehmen herzustellen.

§ 39

Verordnungsermächtigungen

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen:

1. Näheres zu den Anforderungen für die Kontaktaufnahme über zentrale elektronische Funktionspostfachadressen und telefonische Rufnummern nach § 4,
2. aus Gründen der Qualitätssicherung unter Berücksichtigung einer wissenschaftlich evidenzbasierten Datengrundlage im Krankenhausplan gemäß § 7 Mindestfallzahlen für die Erbringung besonderer Leistungen, Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen,
3. das Nähere zu einer angemessenen Übergangszeit und Ausgleichszahlung nach § 10 Satz 8,
4. nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form,
5. das Nähere zum Verfahren über die Begründung von Verbindlichkeiten der Kreise und kreisfreien Städte nach § 13 Absatz 3 Satz 1 bis 3 oder im Einvernehmen mit dem Finanzministerium über die Einbringung von Haushaltsmitteln in ein Sondervermögen nach § 13 Absatz 3 Satz 4,
6. die Bemessung der Pauschalförderung und die Bestimmung des Stichtages nach § 20,

7. im Einvernehmen mit dem Finanzministerium alle zwei Jahre, erstmalig zum 1. Januar 2028, den Haushaltsansatz für die jährliche Pauschale Förderung nach § 20 entsprechend der durchschnittlichen Kostenentwicklung dieser Investitionen,
8. die Höhe der Pauschalen im Falle der Schließungsförderung gemäß § 21 Absatz 2,
9. Inhalt, Gliederung und Form der Nachweise im Sinne von § 25,
10. im Benehmen 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,
11. Näheres zur Erstellung und Fortschreibung von Pandemieplänen und Vorhaltung von Schutzausrüstung nach § 29 Absatz 5 sowie
12. Maßnahmen zur Abwehr einer die Versorgungssicherheit betreffenden Gefahr.

(2) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium ist berechtigt, Näheres zu Organisation, Rechten, Pflichten und Verantwortlichkeiten der Beteiligten, Datenverarbeitung und Dokumentation, zu Art und Umfang der Einstellungspflicht und Patientenzuweisung im Rahmen der Nutzung des Behandlungskapazitätennachweises durch Rechtsverordnung festzulegen.

(3) Im Falle einer epidemischen Lage oder eines anderen Ereignisses, infolge dessen aufgrund einer Vielzahl von verletzten oder erkrankten Personen die stationäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung regional oder landesweit akut gefährdet ist und ohne die nachfolgend genannten Maßnahmen nicht sichergestellt werden kann, kann das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Landtags Regelungen treffen über:

1. die Schaffung temporärer zusätzlicher Behandlungskapazitäten,
2. die Verschiebung elektiver Eingriffe,
3. strukturelle Vorgaben zur Organisation von medizinischen Behandlungen,
4. die Änderung des für die Übertragung des Krankenhausversorgungsauftrags maßgeblichen Feststellungsbescheids gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 und 4, § 8 Absatz 1 und 2 ohne die Bindung an Vorgaben und Verfahren nach den Vorschriften des zweiten Abschnitts und
5. den Ausgleich von Erlösausfällen, die aus den Anordnungen nach Nummer 1 bis 4 entstehen, soweit sich ein Ausgleich nicht aus Bundesrecht oder auf andere Weise ergibt.

Die in Satz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Befugnisse können einzeln oder kumulativ in einer Rechtsverordnung geregelt werden. Die Rechtsverordnung ist auf zwei Monate zu befristen. Sie kann bei Fortbestehen der Feststellungsvoraussetzungen nach Satz

1 mit Zustimmung des Landtags um jeweils zwei Monate verlängert werden. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium legt dem Landtag eine Woche vor Ablauf der Befristung einen Bericht über die getroffenen Maßnahmen verbunden mit einer Lagebeurteilung vor. Die in der Rechtsverordnung getroffenen Regelungen gehen bestehenden Festlegungen nach diesem Gesetz vor. Die Entscheidungsfreiheit ärztlicher Tätigkeit in medizinischen Fragen gemäß der ärztlichen Berufsordnung bleibt unberührt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten auch für die Privatkrankenanstalten nach § 30 Absatz 1 Satz 1 der GewO sowie für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des SGB V.

§ 40

Einschränkung von Grundrechten

Auf Grund dieses Gesetzes kann das Grundrecht der Berufsfreiheit gemäß Artikel 12 Grundgesetz, das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung gemäß Artikel 13 Grundgesetz und das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gemäß Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz insbesondere durch die §§ 9, 10, 35, 37, 39 eingeschränkt werden.

§ 41

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-Grundverordnung 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.

§ 42

Verarbeiten von Patientendaten im Rahmen von Forschungsvorhaben

(1) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern, die vom Krankenhaus dazu ermächtigt wurden, dürfen die dort im Zusammenhang mit der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten erhobenen personenbezogenen Daten (Patientendaten), einschließlich besonderer Kategorien von Daten im Sinne von Artikel 9 Absatz 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 DSGVO) (ABl. L 119 vom 04.05.2016, S. 1), ohne Einwilligung für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung verarbeiten und sammeln, wenn

1. dies zu Forschungszwecken erforderlich ist, die unmittelbar oder mittelbar die Vorbeugung, Erkennung oder Behandlung von Erkrankungen verbessern sollen oder
2. die Verarbeitung dazu dient, die Daten für Forschungszwecke zu pseudonymisieren oder zu anonymisieren.

Die Patientendaten sind zu pseudonymisieren oder zu anonymisieren, sobald der Forschungszweck dies jeweils erlaubt. Die Verarbeitung von Patientendaten zu Forschungszwecken nach Satz 1 darf auch durch andere Personen erfolgen, wenn die Verarbeitung unter der technischen und organisatorischen Kontrolle des Krankenhauses geschieht. Unterliegen diese Personen keiner gesetzlichen Schweigepflicht, so sind sie zuvor zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

(2) Für Forschungszwecke nach Absatz 1 Nummer 1 dürfen Patientendaten ohne Einwilligung an andere Stellen weitergegeben und dort verarbeitet werden, wenn das Interesse der Allgemeinheit an der Erfüllung der Forschungszwecke die schützenswerten Interessen der Betroffenen überwiegt und die Forschungszwecke ohne die Weitergabe und Verarbeitung der Daten nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand erreicht werden können. Vor der Weitergabe sind die Daten zu anonymisieren oder, wenn dies der Erfüllung des Forschungszwecks entgegensteht, ein weiteres Mal zu pseudonymisieren. Die Daten dürfen nur für Zwecke verarbeitet werden, zu denen sie übermittelt wurden.

(3) Ergänzend zu Absatz 2 können Patientendaten in pseudonymisierter oder anonymisierter Form innerhalb von Zusammenschlüssen medizinischer Forschungseinrichtungen zur Verwahrung und Nutzung für Forschungszwecke nach Absatz 1 Nummer 1 ohne Einwilligung auch ohne Einzelfallabwägung weitergegeben werden, wenn die beteiligten Einrichtungen über die notwendigen organisatorischen und technischen Voraussetzungen verfügen, um die Rechte der Betroffenen ausreichend zu schützen. Die Voraussetzungen werden durch Rechtsverordnung näher bestimmt.

(4) Stellen, die nach Absatz 1 bis 3 Daten verarbeiten, sind verpflichtet, öffentlich und allgemein in verständlicher Sprache über die Forschungszwecke zu informieren, für die die Daten verarbeitet werden. Auf Verlangen einer von der Verarbeitung betroffenen Person sind sie verpflichtet, diese über Art und Umfang der Verarbeitung und die Forschungszwecke, für die die Daten verarbeitet werden, in verständlicher Sprache zu informieren.

(5) Regelungen zur Einbeziehung einer Medizinischen Ethik-Kommission bleiben unberührt.

(6) Die Regelungen der Absätze 1 bis 5 gelten entsprechend für Bioproben, sofern dem keine weiteren Rechtsvorschriften entgegenstehen und die Behandlung der Betroffenen dadurch nicht beeinträchtigt wird.

Artikel 2

Änderungen des Krebsregistergesetzes

Das Krebsregistergesetz vom 4. November 2015 (GVOBl. Schl.-H. S. 372), zuletzt geändert durch Gesetz vom 6. Dezember 2022 (GVOBl. Schl.-H. S. 941), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 8 folgende Angabe zu § 8a eingefügt:
„§ 8a Informations- und Datensicherheit“
2. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Nummer 1 wird nach dem Wort „Titel“ die Angabe „, Namensvorsatz“ eingefügt.
 - b) Absatz 4 erhält folgende Fassung:
„(4) Klinisch-epidemiologische Daten sind alle im bundesweit einheitlichen onkologischen Basisdatensatz (oBDS) zur Basisdokumentation für Tumorkranke und ihn ergänzenden Modulen aufgeführten Merkmale in der jeweils im Bundesanzeiger veröffentlichten gültigen Fassung, mit Ausnahme der Daten nach Absatz 2 Nummer 1, 3, 6 und 8.“
3. § 4 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
„(4) Die Meldung der Daten zu den in Absatz 5 genannten Meldeanlässen hat innerhalb von 6 Wochen zu erfolgen.“
4. § 6 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Nummer 6 wird die Angabe „mit Wohnsitz in Schleswig-Holstein“ gestrichen.
 - b) In Absatz 4 wird „§§ 10 und 12“ ersetzt durch:
„§§ 10, 12 und 16“
5. § 8 Absatz 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:
„Die Daten nach § 3 Absatz 4 und 5 mit Ausnahme der Daten gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 4, sofern Daten zu den Einsenderinnen und Einsendern mit Sitz in Schleswig-Holstein enthalten sind, und gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 8 und 9 sind in der Vertrauensstelle nach der abschließenden Bearbeitung, spätestens sechs Monate nach Übermittlung, zu vernichten oder zu löschen.“
6. Nach § 8 wird der folgende § 8a eingefügt:
„§ 8a Informations- und Datensicherheit

(1) Das Krebsregister SH trifft unter Berücksichtigung des Stands der Technik und der Implementierungskosten auf Basis eines risikobasierten Sicherheitsmanagements die technischen und organisatorischen Maßnahmen, die rechtlich erforderlich sind.

(2) Die personenbezogenen Daten dürfen nur von Personen verarbeitet werden, die gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind oder durch Vereinbarung mit dem Krebsregister SH förmlich zur Verschwiegenheit verpflichtet wurden.

(3) Ergänzend zu den in diesem Gesetz genannten technischen oder organisatorischen Maßnahmen im Rahmen der Datenverarbeitung hat das Krebsregister SH durch geeignete Maßnahmen insbesondere sicherzustellen, dass

1. Unbefugten der Zutritt zu den von dem Krebsregister SH genutzten Datenverarbeitungsanlagen verwehrt wird (Zutrittskontrolle),
2. Datenverarbeitungssysteme, die das Krebsregister SH zur Datenverarbeitung nutzt, von Unbefugten nicht genutzt werden können (Zugangskontrolle),
3. die Mitarbeitenden des Krebsregisters SH die Datenverarbeitungssysteme nur im Umfang ihrer jeweils eingeräumten Zugriffsberechtigung nutzen können und personenbezogene Daten bei der Verarbeitung, Nutzung und nach der Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können (Zugriffskontrolle),
4. die zur Entschlüsselung von übergeschlüsselten Kontrollnummernsätzen erforderlichen Schlüssel geheim aufbewahrt werden und durch geeignete Vorkehrungen vor Missbrauch, unbefugtem Zugriff und der Weitergabe an Dritte geschützt sind,
5. bei einer Datenübermittlung die absendende sowie die empfangende Person zweifelsfrei authentifiziert werden kann und eine Datenübermittlung stets nach dem Stand von Wissenschaft und Technik verschlüsselt erfolgt (Weitergabekontrolle),
6. die im Krebsregister SH gespeicherten personenbezogenen Daten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust geschützt sind (Verfügbarkeitskontrolle),
7. personenbezogene Daten, die im Auftrag verarbeitet werden, nur entsprechend den Weisungen des Krebsregisters SH als Auftraggeber verarbeitet werden können (Auftragskontrolle),

8. die im Krebsregister SH gespeicherten Daten rechtzeitig nach Ablauf der für sie jeweils geltenden Speicherfrist gelöscht werden und
9. durch eine Dokumentation aller wesentlichen Verarbeitungsschritte die Überprüfbarkeit der Datenverarbeitungsanlage und des -verfahrens möglich ist.“
7. Nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 Buchstabe e wird folgender Buchstabe f eingefügt:
„f) Meldeanlass,“
8. § 10 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Wird der Antrag nach Absatz 1 genehmigt, ermittelt die Vertrauensstelle Familiennamen, Vornamen und Anschrift und falls erforderlich die Krankenversichertennummer gemäß § 3 Absatz 2 Nummer 6 der Personen, die keinen Widerspruch gemäß § 4 Absatz 6 eingereicht haben und übermittelt die Patientennummern an die Registerstelle, welche die zugehörigen klinisch-epidemiologischen Daten zusammenstellt. Vertrauens- und Registerstelle übermitteln die jeweiligen Daten separat an die Antragstellerin oder den Antragsteller; hierzu informiert die Vertrauensstelle die Registerstelle über die in Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 genannte Bestimmung.“
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 wird die Angabe „oberste“ durch die Angabe „obersten“ ersetzt.
- bb) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.
9. § 16 Absatz 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:
„Von der Registerstelle dürfen gespeicherte klinisch-epidemiologische Daten zur Erfüllung des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes unter den dortigen Voraussetzungen, und zu Zwecken der wissenschaftlichen Forschung, sowie klinisch-epidemiologischer Auswertungen und Auswertungen zur Patientenversorgung übermittelt werden.“
10. § 17 Absatz 4 Satz 3 erhält folgende Fassung:
„Ergibt der Abgleich mit den vorhandenen Datensätzen, dass über die betreffende Person in der Vertrauensstelle keine Daten gespeichert sind,

hat die Vertrauensstelle die zu dieser Person übermittelten Daten nach Absatz 1, 2 und 3 nach 18 Monaten zu löschen.“

11. In § 18 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „§ 3 Absatz 1 Nummer 8“ durch die Angabe „§ 3 Absatz 8“ ersetzt.

Artikel 3

Inkrafttreten; Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.

(2) Gleichzeitig tritt das Landeskrankenhausgesetz vom 10. Dezember 2020 (GVOBl. Schl.-H. S. 1004), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Juni 2024 (GVOBl. Schl.-H. S. 458), außer Kraft.

(3) Gleichzeitig tritt das Ausführungsgesetz zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 27. April 2012 (GVOBl. Schl.-H. S. 508) zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 27. Mai 2021 (GVOBl. Schl.-H. S. 567), außer Kraft.

Begründung:

Im Rahmen der Verbändeanhörung sind 49 Stellungnahmen zu den unterschiedlichen Rechtsbereichen dieses Gesetzes eingereicht worden. Einige Stellungnahmen adressierten jedoch keine Themen mit gesetzlichem abstrakten Inhalten, sondern krankenhausplanerische Methodiken und Fragestellungen (bspw. Sicherstellung der Notfallversorgung und Bedarfsermittlung). Diese Themen werden nicht im Gesetz aufgegriffen, sondern im Kontext der Erstellung des neuen Krankenhausplanes in die Diskussion einbezogen.

Gleiches gilt für die vorgetragenen Forderungen zur Priorisierung von bestimmten Versorgungsbereichen (bspw. Geburtshilfe), Erreichbarkeiten und Versorgungskennzahlen. Auch hier ist der Allgemeine Teil des Krankenhausplanes die adäquate Struktur, um diese Daten zu tragen und zu verhandeln. Der Krankenhausplan nimmt die Leistungsdaten, Ergebnisse aus Arbeitsgruppen, wissenschaftlichen Studien, Expertenanhörungen u.a. in den Fokus, sodass die hierzu nun bereits vorliegenden Stellungnahmen in dem Kontext als besonders wertvoll einzuordnen sind.

Zu Artikel 1**Zu § 1: Grundsätze**

§ 1 übernimmt den Regelungsgehalt des bisherigen § 1 a.F. und stellt somit sicher, dass die bestehende Rechtslage unverändert bleibt.

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 Regelung über die Mitaufnahme von Begleitpersonen sowie die Regeln zum klinischen Pharmazeuten.

Der Regelungsgehalt des Absatz 2 findet sich weitgehend bereits im AG-KHG und dem § 1 LKHG a.F. 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.

Absatz 3 entspricht dem bisherigen § 4 LKHG und geht auf die Vorgängervorschrift des § 26 AG-KHG zurück.

Zu § 2: Geltungsbereich

§ 2 übernimmt den Regelungsgehalt des bisherigen § 2 a.F. und stellt somit sicher, dass die bestehende Rechtslage unverändert bleibt.

Da das Landeskrankenhausgesetz (LKHG) über die reine Krankenhausplanung und -förderung hinausgeht und somit auch die Anwendungsbereiche anderer Gesetze berührt, ist eine ausdrückliche Regelung seines Geltungsbereichs erforderlich. Grundsätzlich findet das LKHG Anwendung auf alle Krankenhäuser in Schleswig-Holstein, die der allgemeinen stationären oder teilstationären Versorgung dienen. Ausgenommen hiervon sind insbesondere Krankenhäuser im Maßregelvollzug sowie Rehabilitationseinrichtungen.

Die Vorschriften zur Krankenhausförderung werden in Absatz 2 aus Gründen der Klarstellung auf Plankrankenhäuser beschränkt; andere Krankenhäuser sind grundsätzlich nicht förderberechtigt. Die besondere Erwähnung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) ist dem Umstand geschuldet, dass es trotz grundsätzlich fehlender Förderfähigkeit gemäß § 7 Absatz 4 Satz 2 i.V.m. §§ 8ff. in den Krankenhausplan aufgenommen werden kann.

Absatz 3 erklärt schließlich die Pflichten des vierten Abschnitts (mit Ausnahme des § 35) 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 in Schleswig-Holstein nicht bestehen.

Absatz 4 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 GG Rechnung getragen.

Zu § 3: Sicherstellung der Krankenhausversorgung

§ 3 ergänzt und präzisiert die bisherigen Regelungen in § 1 AG-KHG und § 3 LKHG a.F.

Das in Artikel 20 Absatz 1 GG verankerte Sozialstaatsprinzip begründet den allgemeinen staatlichen Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung. Dieser umfasst sowohl die organisatorische Ausgestaltung als auch die finanzielle Sicherstellung der Krankenhausversorgung. Der Auftrag begründet eine gesamtstaatliche Verantwortung von Land, Kreisen und kreisfreien Städten, ohne eine hierarchische Zuständigkeitsreihenfolge festzulegen.

Die bedarfsgerechte, flächendeckende und leistungsfähige Krankenhausversorgung ist Bestandteil der verfassungsrechtlich gebotenen öffentlichen Daseinsvorsorge. Die staatliche Gewährleistungspflicht umfasst dabei nicht die eigene Errichtung oder den eigenen Betrieb von Krankenhäusern. Vielmehr kann der Staat Dritte zur Erfüllung heranziehen, sofern diese rechtlich so eingebunden werden, dass sie für die Wahrnehmung der Versorgungspflicht tatsächlich zur Verfügung stehen. Dies erfolgt durch die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes. Das Grundgesetz eröffnet den Ländern insoweit Gestaltungsfreiheit hinsichtlich der Auswahl der einzubeziehenden Träger.

Der verfassungsrechtliche Gestaltungsauftrag bedarf einer normativen Konkretisierung durch Bundes- und Landesrecht. Im Rahmen der Kompetenzverteilung der Artikel 72 Absatz 2, Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 (Sozialversicherungsrecht) und Nummer 19a GG (Krankenhausfinanzierung) sind Art, Umfang und Verantwortungszuordnung der stationären Versorgung gesetzlich zu bestimmen. Der Gesetzgeber hat insoweit festzulegen, welcher Träger innerhalb eines bestimmten Gebietes die rechtliche und politische Verantwortung für die Erfüllung des stationären Sicherstellungsauftrags trägt.

Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen, wird in Absatz 1 Satz 1 der Sicherstellungsauftrag legaldefiniert.

Die in Absatz 1 Satz 2 festgelegte Abstimmung reflektiert die Notwendigkeit einer engen Kooperation der verschiedenen Gewährträger, um die Herausforderungen im Gesundheitswesen effektiv zu bewältigen. Die Abstimmung zwischen den verschiedenen Gewährträgern ist entscheidend, um sicherzustellen, dass die Krankenhausversorgung den spezifischen Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht. Unterschiedliche Versorgungsregionen können unterschiedliche gesundheitliche Herausforderungen und Versorgungsbedarfe aufweisen.

Diesem Befund folgend betont Absatz 1 Satz 3 folgerichtig, dass die besondere Situation auf den Inseln und Halligen dabei zu berücksichtigen ist.

Absatz 1 Satz 4 legt fest, dass das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium berechtigt ist, zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags im Sinne des Satz 1 Dritte mit der Aufgabenerfüllung zu beauftragen. Die Regelung entspricht der gelebten Praxis und wird nunmehr rechtssicher normativ in das Landeskrankenhausgesetz implementiert.

Nach Absatz 2 gewährt das Land Fördermittel zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung; die Kreise und kreisfreien Städte finden an dieser Stelle keine Erwähnung, sodass allein das Land für die Bewilligung von Fördermitteln zuständig ist. Durch die Bündelung beim Land sollen die Kreise und kreisfreien Städte entlastet und das Verfahren 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.

Zu § 4: Kommunikationswege, Verwaltungsakte und Nebenbestimmungen

Die Regelung in Absatz 1, die Krankenhausträger zur Bereitstellung einer zentralen elektronischen Funktionspostfachadresse und einer telefonischen Rufnummer verpflichtet, ist von großer Bedeutung für die Effizienz und Sicherheit der Kommunikation im Rahmen der Krankenhausversorgung. Insbesondere in Krisensituationen ist eine schnelle, zuverlässige und ggf. mit Sicherungsmaßnahmen unterstützte Kontaktaufnahme unerlässlich, um eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung sicherstellen zu können. Darüber hinaus bietet die digitale Bescheidzustellung zahlreiche Vorteile, wie Umweltfreundlichkeit, Zeitersparnis und eine verbesserte Nachverfolgbarkeit. Diese Maßnahmen tragen dazu bei, die Resilienz und Effizienz des Gesundheitswesens insgesamt zu stärken.

Damit die Kontaktadressen und Rufnummern jederzeit auf dem neuesten Stand sind, ist es sachgerecht, nach Absatz 2, das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium zu berechtigen und zu verpflichten, ein zentrales Adress- und Telefonregister zu führen.

Absatz 3 Satz 1 formt die digitale Kommunikation weiter aus und legt rechtssicher fest, dass mit der Übermittlung der Funktionspostfachadresse ein Zugang für die elektronische Datenübermittlung eröffnet ist. Durch den normativ hinterlegten Regelkatalog soll dem Normadressaten beispielhaft vor Augen geführt werden, welche Verwaltungsakte von der Regelung betroffen sind.

Absatz 3 Satz 2 erweitert die Möglichkeiten rechtssicherer digitaler Kommunikation auf die Zustellung und Bekanntgabe über öffentliche Netze (Beispielhaft über die Internetseite des Landes) oder einem digitalen Verwaltungsportal. Die Regelung zielt darauf ab, zukünftige innovative Anpassungsmodelle bereits jetzt mit einzubeziehen.

Absatz 4 ermöglicht es, Verwaltungsakte formularmäßig oder durch automatische Einrichtungen ohne Unterschrift zu erlassen. Diese Regelung trägt zur Entlastung der Verwaltung, zur Förderung der Digitalisierung und zur Erhöhung der Transparenz bei. Insbesondere in einem dynamischen Umfeld wie dem Gesundheitswesen, wo schnelle Entscheidungen oft entscheidend sind, stellt diese Anpassung an moderne Verwaltungspraktiken einen wesentlichen Fortschritt dar. Sie ist an § 119 Absatz 3 Satz 1 der Abgabenordnung angelehnt und steht im Einklang mit § 108 Absatz 6 LVwG.

Die Neufassung des § 4 Abs. 5 dient der Schaffung einer klaren und rechtssicheren Grundlage für die Erhebung von Nebenbestimmungen in Verwaltungsakten, die im Rahmen des Landeskrankenhausgesetzes erlassen werden. Durch die explizite Nennung der zulässigen Fallgruppen wird der Handlungsspielraum der Verwaltung präzisiert und auf diejenigen Situationen beschränkt, in denen eine Nebenbestimmung notwendig ist, um die Ziele des Gesetzes zu erreichen.

Insbesondere im Bereich der Krankenhausfinanzierung handelt es sich bei den entsprechenden Verwaltungsakten um solche, auf die ein Anspruch besteht. In diesen Fällen ist es von entscheidender Bedeutung, dass Nebenbestimmungen nur dann erhoben werden können, wenn sie eine gesetzliche Grundlage haben. Die Aufnahme der spezifischen Fallgruppen stellt sicher, dass Nebenbestimmungen nur in den Fällen zulässig sind, die im Gesetz ausdrücklich benannt sind, etwa zur Sicherstellung einer nachhaltigen und zweckentsprechenden Verwendung von Fördermitteln oder zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans. Diese Regelung stärkt die Rechtssicherheit sowohl für die Verwaltungsbehörden als auch für die betroffenen Krankenhausbetreiber und gewährleistet eine transparente, nachvollziehbare Handhabung von Nebenbestimmungen im Einklang mit dem Gesetzeszweck.

Zu § 5: Gremien und Ausschüsse

Die Vorschrift regelt die institutionellen Strukturen für die Beteiligung an der stationären und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung, insbesondere im Rahmen der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung. Ziel ist es, die bestehende Zusammenarbeit zwischen den an der Gesundheitsversorgung beteiligten Institutionen auf eine transparente und verbindliche Grundlage zu stellen, fachliche Expertise systematisch einzubinden und zugleich die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit des Landes sicherzustellen. Hierfür werden die bestehenden Beteiligungsstrukturen gebündelt, um eine effiziente Gremienarbeit auf Landesebene zu ermöglichen.

In Absatz 1 wird insofern festgelegt, dass unter dem Vorsitz des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums für die Beteiligung an der Gesundheitsversorgung gem. §§ 6 und 7 KHG Ausschüsse und, in Anwendung des § 90a Absatz 1 SGB V, der Gesundheitsversorgungsrat als neues, sektorenübergreifendes Beratungsgremium in Form eines Beirates gesetzlich errichtet werden.

Gemäß § 90a Absatz 1 Satz 1 SGB V kann nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen ein gemeinsames Gremium gebildet werden (sog. „90a-Gremium“). Die Vorschrift erlaubt ausdrücklich, dass das „90a-Gremium“ in eine andere Gremienstruktur integriert werden kann.

Der Bezug zu § 7 KHG stellt klar, dass der Gesundheitsversorgungsrat auch dem Normbefehl folgend der engen Zusammenarbeit mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten zu dienen bestimmt ist.

Absatz 1 Satz 2 legt fest, dass – wie bislang auch im Falle des Landeskrankenhausausschusses nach dem LKHG a.F. – die Geschäftsstelle durch das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium geführt wird.

Näheres, insbesondere zu den Abläufen der Zusammenarbeit, der Zusammensetzung, der Vertretung, Stellvertretung und Abberufung, der Einberufung

und Tagesordnung, der Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung und zu den in dieser Vorschrift getroffenen Regelungen, legt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium durch eine Geschäftsordnung fest. Die gesetzliche Ermächtigung zum Erlass einer Geschäftsordnung folgt aus Absatz 1 Satz 3. Sie wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium erlassen. Ein Einvernehmen sieht das Gesetz nicht vor, damit die Arbeitsfähigkeit der Ausschüsse und des Gesundheitsversorgungsrates als Beirat jederzeit sichergestellt und ohne zeitlichen Verzug notwendige Änderungen (z.B. Errichtung eines Ausschusses zur Bewältigung einer Notlage) durch das Ministerium umgesetzt werden können. Davon unberührt ist die Zielsetzung, den Inhalt der Geschäftsordnung mit den Verfahrensbeteiligten gemeinsam zu erarbeiten.

Absatz 2 Satz 1 legt fest, dass rein intrasektorale Themen durch die dafür eingesetzten Ausschüsse behandelt werden. Die gesetzliche Verankerung der Ausschüsse „Krankenhausplanung“ und „Krankenhausfinanzierung“ dient der Sicherstellung einer strukturierten und fachlich fundierten Mitwirkung relevanter Akteure im Rahmen der Krankenhausversorgung.

Neben den hier normativ eingeführten Ausschüssen besteht nach Absatz 2 Satz 2 die Möglichkeit, weitere Ausschüsse einzurichten, die auf spezifische aktuelle Bedarfe reagieren können. Ein exemplarisches Beispiel stellt hierbei ein möglicher Ausschuss für Notlagen dar, der bei außergewöhnlichen Krisensituationen, wie Pandemien oder Naturkatastrophen, die entsprechenden Entscheidungsprozesse koordinieren und beschleunigen kann. Die Flexibilität dieser Regelung ermöglicht es, in Zeiten rasch wechselnder Anforderungen adäquate Reaktionsmechanismen zu etablieren.

Absatz 3 Satz 1 listet die ständigen Mitglieder des Ausschusses Krankenhausplanung auf und berücksichtigt die an der Gesundheitsversorgung Beteiligten gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 und Satz 2 KHG. Durch die Aufnahme des für Hochschulmedizin zuständigen Ministeriums in Ziffer 1 wird gewährleistet, dass die Belange von Forschung und Lehre bei der Versorgungsplanung angemessen berücksichtigt werden.

In Absatz 3 Satz 2 werden in einem nicht abschließenden Regelkatalog die Antragsgegenstände aufgezählt, um transparent darzulegen, in welchen Fällen der Ausschuss Krankenhausplanung einzuberufen ist. Die einzelnen Tatbestände können durch den regelhaften Charakter als Orientierung für nicht normierte Fälle dienen. Der Ausschuss fällt keine Einzelfallentscheidungen, sondern trifft Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung. Es sind einvernehmliche Regelungen anzustreben. Hierdurch wird der Normbefehl des § 7 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 und Satz 2 KHG aufgegriffen und gesetzlich abgesichert.

Absatz 3 Satz 3 dient der Transparenz und soll sicherstellen, dass den ständigen Mitgliedern eine möglichst breite Tatsachengrundlage zur Verfügung steht, um adäquate Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung treffen zu können.

Absatz 3 Satz 4 stellt klar, dass die Verfahrensbestimmungen in § 6a KHG durch das Landesrecht nicht tangiert werden. Das Leistungsgruppenzuweisungsverfahren richtet sich ausschließlich nach den Vorgaben des § 6a KHG.

Abschließend sieht Absatz 3 Satz 5 vor, dass dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium im Übrigen ein Letztentscheidungsrecht zusteht. Dies ist sachgerecht, da anderenfalls Landeskompetenzen *de facto* auf den Ausschuss als nicht parlamentarisch legitimiertes Gremium übertragen würden.

Absatz 4 Satz 1 listet die ständigen Mitglieder des Ausschusses Krankenhausfinanzierung auf. Die Zusammensetzung des Gremiums folgt dem in § 3 Absatz 1 festgelegten Grundsatz, dass das Land, die Kreise und kreisfreien Städte die Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft sicherstellen. Gemäß § 13 bringen das Land, die Kreise und kreisfreien Städte die hierzu nach dem dritten Abschnitt gewährten Fördermittel jeweils zur Hälfte auf.

In Absatz 4 Satz 2 wird geregelt, dass zur Aufstellung und Fortschreibung des Investitionsprogramms einvernehmliche Regelungen anzustreben sind. Damit wird der Aufgabenbereich des Ausschusses näher beschrieben und eingegrenzt. Ferner wird der Normbefehl des § 7 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 und Satz 2 KHG aufgegriffen und gesetzlich abgesichert. Hervorzuheben ist, dass nach Absatz 5 Satz 3 dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium ein Letztentscheidungsrecht zusteht. Dies ist sachgerecht, da anderenfalls Landeskompetenzen *de facto* auf den Ausschuss als nicht parlamentarisch legitimiertes Gremium übertragen würden.

Absatz 5 richtet den Gesundheitsversorgungsrat als ständigen Beirat für sektorenübergreifende Fragestellungen ein. Hintergrund ist die zunehmende Verzahnung der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Versorgung sowie die Notwendigkeit einer koordinierten Weiterentwicklung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen. Der Beirat ergänzt die Ausschüsse um eine umfassende Plattform für den interdisziplinären und institutionsübergreifenden Austausch.

Der Beirat soll das „90a-Gremium“ mit abbilden. Er setzt sich demnach zusammen aus dem derzeit nach dem Ausführungsgesetz zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz bestehenden Landesgremium gem. § 90a SGB V. Absatz 5 Satz 3 führt entsprechend die Mitglieder des 90a-Gremiums als ständige Mitglieder des Beirates auf. Mit Blick auf die von übergeordneter Tragweite geprägten Beratungsgegenstände, werden die Belange der Hochschulmedizin regelmäßig betroffen sein. Es ist daher sachgerecht, dass auch das für Hochschulmedizin zuständige Ministerium als ständiges Mitglied vertreten ist. Ferner kann das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein über Absatz 6 zu den Sitzungen des Gremiums hinzugezogen werden, um die fachliche Expertise der Universitätsmedizin unmittelbar in die Entscheidungsfindung mit einfließen zu lassen.

In Absatz 5 Satz 4 werden sodann in einem nicht abschließenden Regelkatalog die Beratungsgegenstände aufgezählt, um transparent darzulegen, in welchen Fällen der Beirat anzurufen ist. Die einzelnen Tatbestände können durch den regelhaften Charakter als Orientierung für nicht normierte Fälle dienen. Hervorzuheben ist, dass keine Einzelfallentscheidungen getroffen, sondern Empfehlungen von grundsätzlicher Bedeutung erarbeitet, beraten und ausgesprochen werden.

Absatz 6 schließlich sieht vor, dass sowohl die Ausschüsse als auch der Beirat themenspezifisch um weitere an der Gesundheitsversorgung Beteiligte erweitert werden können, die dann jeweils mit beratender Stimme teilnehmen. Diese Regelung greift die bereits im Ausführungsgesetz zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz getroffene Formulierung auf. Hierdurch wird insbesondere im Falle des Beirates sichergestellt, dass sektorenübergreifende Fragestellungen unter Berücksichtigung medizinischer, organisatorischer, sozialer und patientenbezogener Gesichtspunkte beraten werden können. Sachverständige und weitere an der Gesundheitsversorgung Beteiligte mit beratender Stimme können insbesondere sein:

1. das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
2. die Deutsche Rentenversicherung Nord,
3. die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. - Landesverband Nordwest,
4. die Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e.V.,
5. der Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V.,
6. der Medizinische Dienst Nord,
7. eine Interessenvertretung für die Pflege,
8. eine Interessenvertretung der Hebammen,
9. eine Interessenvertretung der Behindertenverbände,
10. der Landesseniorenrat Schleswig-Holstein e.V.,
11. eine Vertretung der Luftrettungsdienstdurchführer,
12. eine Vertretung der Rettungsdienstdurchführer,
13. eine Vertretung der Rettungsleitstellen,
14. die Zentrale Stelle für das Qualitätsmanagement im Rettungsdienst (ZSR AöR),
15. die Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderungen,
16. die Landesbeauftragte für Flüchtlings-, Asyl- und Zuwanderungsfragen und
17. die Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten und Patientenvertretung.

Dies ist sachgerecht, um auf die breite Fachexpertise weiterer Akteure zurückgreifen zu können und ein umfassendes Bild über die Versorgungspraxis zu erlangen. Die Hinzuziehung erfolgt in der Regel themenspezifisch, anknüpfend an die jeweilige Tagesordnung, um in der Gesundheitsversorgung knappe Personalressourcen zu schonen. Die Auflistung möglicher Beteiligter ist nicht abschließend, sondern situations- und themenbezogen erweiterbar. Das Verfahren der Hinzuziehung wird in der Geschäftsordnung geregelt.

Zu § 6: Aufstellung eines Krankenhausplans

Entsprechend der bundesgesetzlichen Vorgaben stellt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium den Krankenhausplan auf. Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen § 2 AG-KHG und § 7 LKHG a.F.

In Absatz 1 wird zunächst klargestellt, dass der Krankenhausplan der Umsetzung des Normbefehls in § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu dienen bestimmt ist. Im Gegensatz zu § 7 Absatz 1 LKHG sieht die Neuregelung keine Mindestfortschreibungsfrist vor. Diese Regelung ist mit Blick auf die Bundesreform überflüssig geworden. In regelmäßigen Abständen (dreimalig alle zwei, ab dann alle drei Jahre; siehe § 6a Absatz 2 Satz 2 KHG) wird der Medizinische Dienst mit der Prüfung der Leistungsgruppenstrukturkriterien beauftragt werden (siehe § 275a SGB V). Entsprechend dem vorgelegtem Gutachten wird eine regelmäßige Anpassung der Versorgungsstrukturen notwendig. Der Krankenhausplan ist daher kontinuierlich fortzuentwickeln, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Da der Krankenhausplan für jedermann öffentlich zugänglich abrufbar ist, wird auf eine Vorlageverpflichtung im Sinne des § 7 Absatz 1 Satz 2 LKHG a.F. verzichtet.

In Absatz 2 werden 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 vor. Im Gegensatz zur Vorgängerregelung wird auf eine zusätzliche Veröffentlichung im Internet verzichtet, da das Amtsblatt selbst über das Internet abrufbar ist. Damit ist dem Bedürfnis nach Transparenz ausreichend Rechnung getragen.

Die Auskunftspflicht des Absatz 4 fußt inhaltlich auf § 23 Absatz 1 AG-KHG und § 7 Absatz 4 LKHG a.F. und wird den zukünftigen planerischen Anforderungen entsprechend fortentwickelt. Eine valide Datengrundlage ist von erheblicher Relevanz für die Krankenhausplanung, da sie eine präzise Bedarfsanalyse ermöglicht, die Effizienz der Ressourcennutzung steigert, zur Sicherstellung der Versorgungsqualität beiträgt, strategische Prognosen unterstützt und als Entscheidungsgrundlage für politische Maßnahmen dient. Je besser die Datengrundlage ist, desto besser kann eine Bedarfsanalyse erfolgen. Daher ist der Katalog und der Adressatenkreis zweckentsprechend erweitert worden. Das Gesetz stellt klar, dass solche Auskünfte „zeitnah“ zu erfüllen sind. Das liegt zwar unterhalb eines Gebotes zur „unverzöglichen“ (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 eine im Einzelfall

angemessene Frist für die Auskunftserteilung setzen kann. Die Nichtbeachtung des Auskunftsgebots nach Absatz 4 kann zudem als Ordnungswidrigkeit geahndet werden.

Mit dem neuen Absatz 5 wird eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für eine länderübergreifende Krankenhausplanung geschaffen. Ziel der Regelung ist es, die Krankenhausplanung des Landes Schleswig-Holstein an veränderte strukturelle und medizinische Rahmenbedingungen anzupassen und zugleich die verfassungsrechtlich garantierte Planungshoheit des Landes zu wahren. Der gesetzliche Tatbestand erschöpft sich nicht in einer bundesländerübergreifenden Planung, sondern erlaubt auch die Einbeziehung anderer Staaten (z.B. Dänemark).

Die Krankenhausversorgung weist zunehmend überregionale Versorgungsstrukturen auf. Insbesondere bei spezialisierten, hochkomplexen oder seltenen medizinischen Leistungen überschreiten Einzugsgebiete regelmäßig die Grenzen einzelner Bundesländer. Eine rein landesbezogene Planung kann in diesen Fällen an ihre Grenzen stoßen und zu ineffizienten Parallelstrukturen oder Versorgungsdefiziten führen. Die Möglichkeit einer länderübergreifenden Planung für bestimmte medizinische Leistungen trägt dem Erfordernis Rechnung, Versorgungsstrukturen stärker am tatsächlichen Bedarf und an medizinischen Qualitätsanforderungen auszurichten. Absatz 5 eröffnet daher die Möglichkeit, bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans für bestimmte im Krankenhausplan festgesetzte medizinische Leistungen eine länderübergreifende Planung vorzusehen. Die Regelung ist bewusst leistungsbezogen und begrenzt ausgestaltet. Sie erlaubt keine flächendeckende oder standortbezogene Gesamtplanung über Ländergrenzen hinweg, sondern beschränkt sich auf einzelne medizinische Leistungen, bei denen eine länderübergreifende Abstimmung sachlich geboten erscheint. Zugleich stellt die Norm klar, dass die planerischen Entscheidungen für Krankenhäuser im Land Schleswig-Holstein weiterhin ausschließlich im Krankenhausplan des Landes getroffen werden. Eine unmittelbare Bindung an Planungsentscheidungen anderer Länder oder ein Verzicht auf die eigene Planungshoheit ist damit ausgeschlossen. Die länderübergreifende Planung wirkt ausschließlich mittelbar und findet ihre rechtliche Umsetzung erst durch die Aufnahme entsprechender Festlegungen in den Krankenhausplan Schleswig-Holsteins. Zur Wahrung der Kompetenzordnung und der demokratischen Legitimation bestimmt Absatz 5 ferner, dass Inhalt und Umfang der länderübergreifenden Planung in einem Staatsvertrag oder einer sonstigen rechtsverbindlichen Vereinbarung mit den beteiligten Ländern zu regeln sind. Damit wird sichergestellt, dass länderübergreifende Planungsansätze auf einer belastbaren rechtlichen Grundlage beruhen und nicht lediglich auf informellen Abstimmungen oder unverbindlichen Kooperationsformen. Die Ausgestaltung in einem Staatsvertrag oder einer rechtsverbindlichen Vereinbarung ermöglicht zugleich eine klare Festlegung von Zuständigkeiten, Verfahren und Verantwortlichkeiten.

Zu § 7: Inhalt des Krankenhausplans

Die Vorschrift orientiert sich an § 3 AG-KHG und führt die Regelung des § 8 LKHG a. F. fort.

Absatz 1 stellt einerseits sicher, dass stets die für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung ausreichende Anzahl an stationären medizinischen Leistungsangeboten vorhanden sind. 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 die standort- und fachgebietsbezogene Umsetzung der in Absatz 1 genannten Ziele. Absatz 2 Satz 1 stellt klar, dass ein Krankenhaus unter Umständen mehrere Standorte haben kann. Nach Satz 2 sind Kapazitäten nur in dem Umfang vorzuhalten, wie sie zur Versorgung im Sinne des Absatzes 1 erforderlich sind, wobei zugleich eine Begrenzung der durch Vorhaltung und Betrieb entstehenden Kosten anzustreben ist. Die bisherige Planungssystematik beruht auf einer Bettenplanung. Da sowohl auf Bundesebene (§ 6a KHG) als auch auf Landesebene auf eine an Leistungsgruppen orientierte Planungssystematik umgestellt wird, waren die gesetzlichen Grundlagen entsprechend anzupassen. Absatz 2 Satz 3 trägt diesem gesetzgeberischen Ziel Rechnung, indem er sowohl die Planung nach Planbetten als auch eine an Leistungsgruppen orientierte Planungssystematik ermöglicht. Über den Krankenhausplan können darüber hinaus weitere Planungssystematiken eingeführt werden, da zukünftige Entwicklungen nicht vorhersehbar sind. Hierdurch wird eine moderne, zukunftsichere Krankenhausplanung gewährleistet und Raum für innovatives planerisches Vorgehen geschaffen. Absatz 2 Satz 4 schafft eine gesetzliche Ermächtigungsgrundlage, wonach die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde den Medizinischen Dienst mit der Prüfung landesrechtlich festgelegter Qualitätsanforderungen betrauen kann. Der Bundesgesetzgeber hat bislang insbesondere keine psychiatrischen Leistungsgruppen eingeführt. Macht der Landesgesetzgeber von seiner verfassungsrechtlich verankerten Planungshoheit in diesem Bereich Gebrauch, ist die Einhaltung der jeweiligen Leistungsgruppenvoraussetzungen zu prüfen. Da der Medizinische Dienst bereits die Prüfung der Qualitätsanforderungen für somatische Fachdisziplinen vornimmt, ist es sachgerecht, auch die landesrechtlich festgelegten Qualitätsanforderungen durch diesen prüfen zu lassen. Absatz 2 Satz 5 und 6 heben hervor, dass die Versorgungsangebote benachbarter Länder und pflegerische Leistungserfordernisse zu berücksichtigen sind.

Absatz 3 legt die grundsätzliche Struktur des Krankenhausplanes fest. Dieser besteht aus einem Allgemeinen Teil und einem Besonderen Teil. Der Allgemeine Teil beschreibt – allgemein – die Planungsgrundsätze, Planungsziele, die Versorgungsstruktur, Versorgungsregionen und eventuelle Qualitätsvorgaben. Versorgungsregionen werden erstmals im Krankenhausplan als geografische Einheiten, die bestimmte Landkreise, Städte, Regionen und Postleitzahlengebiete umfassen, definiert. Der Krankenhausplan 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, wie diese Ziele regional erreicht werden. Zwecks Sicherstellung der Versorgung können dort auch besondere Ausweisungen und selbstständige Einrichtungen erfolgen. Die gesetzlichen Vorgaben für die Inhalte des Allgemeinen Teils und auch des Besonderen Teils sind nicht abschließend. Durch die 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 (UKSH) 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. Soweit die Hochschulkliniken mit ihrem Leistungsangebot zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung beitragen, sind die Vorschriften dieses Gesetzes – mit Ausnahme der Bestimmungen des dritten Abschnitts – entsprechend anzuwenden. Die Regelung stellt sicher, dass alle Krankenhäuser im Land Schleswig-Holstein, die an der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung teilnehmen, dem gleichen normativen Rahmen unterworfen sind, wobei die Rechtsaufsicht gemäß § 82 Absatz 4 HSG des Ministeriums für Allgemeine und Berufliche Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur unangetastet bleibt.

Das in Absatz 5 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.

Zu § 7a: Zuweisung psychiatrischer Leistungsgruppen-Zuteilungen

Mit § 7a wird eine eigenständige landesrechtliche Rechtsgrundlage für die Zuweisung psychiatrischer Leistungsgruppen geschaffen. Die Vorschrift ergänzt die bundesrechtlichen Regelungen zur Leistungsgruppenzuweisung für somatische Leistungen und trägt den Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung Rechnung. Zugleich wird die Systematik der Krankenhausplanung klar strukturiert, indem zwischen unterschiedlichen Rechtsakten differenziert wird. Zu unterscheiden sind insbesondere:

- die Planaufnahme nach § 8,
- die Herausnahme nach § 9,
- die Leistungsgruppenzuweisung an somatische Krankenhäuser auf Grundlage des Bundesrechts (§ 6a KHG),
- die Leistungsgruppenzuweisung für psychiatrische Leistungsgruppen nach Landesrecht (§ 7a) sowie
- die Übertragung des Versorgungsauftrags durch die Aufnahme in den Krankenhausplan (§ 8 Abs. 3).

Diese Differenzierung stellt sicher, dass die jeweiligen Regelungsgegenstände rechtlich sauber voneinander getrennt und entsprechend ihren spezifischen Voraussetzungen und Rechtsfolgen ausgestaltet werden.

Absatz 1 Satz 1 schafft die zentrale Ermächtigungsgrundlage für die Zuweisung psychiatrischer Leistungsgruppen. Die Ausgestaltung als Ermessensvorschrift („kann“) stellt klar, dass kein Rechtsanspruch auf Zuweisung besteht, sondern eine bedarfsgerechte und planerisch gesteuerte Entscheidung im Einzelfall erfolgt. Maßgebliches Kriterium ist die Erfüllung der im Krankenhausplan festgelegten Qualitätsanforderungen. Satz 2 regelt, dass die Zuweisung durch Feststellungsbescheid erfolgt und erstmalig mit Wirkung zum 01.01.2028 erteilt wird. Hierdurch wird ein einheitlicher Umstellungszeitpunkt für das neue System der Leistungsgruppenzuweisung festgelegt.

Absatz 2 normiert das Antragserfordernis als Voraussetzung für die Zuweisung. Damit wird ein strukturiertes und transparentes Verfahren sichergestellt. Der Krankenhausträger hat die zur Prüfung erforderlichen Unterlagen und Nachweise vorzulegen. Satz 3 bestimmt, dass der Nachweis der Erfüllung der Qualitätsanforderungen durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes zu erfolgen hat. Hierdurch wird eine unabhängige und fachlich fundierte Bewertung gewährleistet. Absatz 3 regelt das Verfahren der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Satz 1 stellt klar, dass die Beauftragung durch das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium erfolgt. Satz 2 bestimmt die unmittelbare Übermittlung des Gutachtens an die zuständige Landesbehörde, um ein zügiges und unverfälschtes Verfahren sicherzustellen. Satz 3 weicht ausdrücklich von § 275a Absatz 2 Satz 6 und 7 SGB V ab und schließt eine Rückübermittlung des Gutachtens zur Überarbeitung oder Ergänzung aus. Dadurch wird das Verfahren gestrafft und eine klare Trennung zwischen Begutachtung und Entscheidung gewährleistet. Im Übrigen verweist Satz 4 auf die entsprechenden bundesrechtlichen Vorgaben des § 275a SGB V.

Absatz 4 regelt die Entscheidungsgrundlagen für die Zuweisung. Neben dem Gutachten des Medizinischen Dienstes sind die im Krankenhausplan festgelegten Kriterien maßgeblich. Satz 2 stellt klar, dass bei Vorliegen mehrerer geeigneter Krankenhäuser eine Auswahlentscheidung nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffen ist. Damit wird sichergestellt, dass neben der Qualität auch planerische Erwägungen, insbesondere zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung, berücksichtigt werden können.

Absatz 5 enthält eine Ausnahmeregelung für atypische Fallkonstellationen. Satz 1 ermöglicht eine Zuweisung auch bei Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen, sofern dies zur Vermeidung einer Unterversorgung erforderlich ist oder besondere Härtefälle

vorliegen. Näheres zur Ausgestaltung der Unterversorgung wird im Krankenhausplan 2027 konkretisiert. Die Regelung trägt dem Sicherstellungsauftrag des Landes und der Kommunen Rechnung und ermöglicht flexible Reaktionen auf Versorgungslücken. Satz 2 begrenzt diese Ausnahmemöglichkeit durch die Festlegung eines zwingenden personellen Mindeststandards. Danach ist eine Zuweisung nach Satz 1 ausgeschlossen, wenn im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ weniger als zwei Fachärztinnen oder Fachärzte im jeweils geforderten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden. Der Gesetzgeber trägt damit dem Umstand Rechnung, dass die Qualität psychiatrischer Versorgung in besonderem Maße von einer hinreichenden fachärztlichen Präsenz abhängt. Eine Unterschreitung dieses Mindeststandards ist auch im Falle einer drohenden Unterversorgung oder eines Härtefalls nicht vertretbar, da andernfalls die Patientensicherheit gefährdet wäre. Die Regelung wirkt insoweit als zwingender Ausschlussstatbestand und stellt sicher, dass die notwendige Flexibilität der Ausnahmeregelung nicht zu Lasten elementarer Qualitätsanforderungen geht.

Satz 3 sieht vor, dass die Entscheidung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu treffen ist, um deren Expertise einzubeziehen. Die weiteren Sätze regeln die zwingende Befristung derartiger Zuweisungen auf höchstens zwei Jahre sowie die Möglichkeit der Verlängerung unter denselben Voraussetzungen. Dadurch wird sichergestellt, dass Ausnahmen regelmäßig überprüft und nicht dauerhaft verfestigt werden.

Absatz 6 regelt die Aufhebung der Zuweisung und konkretisiert damit die fortlaufende Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen. Satz 1 benennt die maßgeblichen Aufhebungsgründe. Nummer 1 erfasst Fälle, in denen die Qualitätsanforderungen nicht mehr erfüllt werden. Nummer 2 stellt klar, dass auch das nachträgliche Entfallen der ursprünglichen Zuweisungsvoraussetzungen zur Aufhebung führt. Nummer 3 führt eine zeitliche Komponente ein, indem eine Aufhebung vorgesehen ist, wenn das letzte Gutachten des Medizinischen Dienstes einen bestimmten Zeitraum überschreitet. Die Differenzierung zwischen zwei und drei Jahren trägt dem Umstand Rechnung, dass bei wiederholtem Nachweis der Qualitätsanforderungen ein längerer Prüfintervall sachgerecht ist.

Satz 2 enthält eine Ausnahme von Nummer 3 für den Fall, dass das Krankenhaus eine begründete Selbsteinschätzung zur weiterhin bestehenden Erfüllung der maßgeblichen Qualitätsanforderungen vorlegt und der Medizinische Dienst bereits mit einer erneuten Prüfung beauftragt wurde. Dadurch wird vermieden, dass allein aus verfahrensbedingten Verzögerungen eine Aufhebung erfolgt, obwohl die materiellen Voraussetzungen weiterhin vorliegen können. Satz 3 stellt klar, dass die Aufhebung durch Feststellungsbescheid erfolgt und damit der Systematik der eigenständigen, voneinander unabhängigen Rechtsakte entspricht.

Zu § 8: Aufnahme in den Krankenhausplan

De lege lata bestimmt § 9 Absatz 1 Satz 1 LKHG a.F., dass das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan durch Verwaltungsakt (Feststellungsbescheid) feststellt. Nach § 9 Absatz 2 Satz 1 und 2 LKHG a.F. kann ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen

werden, wenn es von den Feststellungen nach Absatz 3 abweicht. Absatz 3 knüpft die Vergabe des Versorgungsauftrags u. a. an die Bezugsgrößen Gesamtzahl der Planbetten und Behandlungsplätze (Nr. 1), Fachrichtungen einschließlich deren Planbettenzahl und Behandlungsplätzen (Nr. 2) sowie an die Zuweisung von Leistungsbereichen innerhalb einer Fachabteilung (Nr. 3).

Die bisherige Gesetzssystematik folgt damit einer klassischen Bettenplanung. Da künftig sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene eine an Leistungsgruppen orientierte Planungssystematik eingeführt werden soll, sind die gesetzlichen Grundlagen entsprechend anzupassen.

Der Krankenhausplan entfaltet ausschließlich verwaltungsinterne Wirkung. Er begründet noch keine Rechte oder Pflichten eines Krankenhausträgers; diese entstehen erst durch den Feststellungsbescheid als feststellenden Verwaltungsakt mit Dauerwirkung. Dieser kann auch gegenüber konkurrierenden Trägern Drittwirkung entfalten.

Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan erhält der antragsberechtigte Krankenhausträger dem Grunde nach einen Anspruch auf Investitionskostenförderung nach Maßgabe des Landeskrankenhausrechts. § 8 Absatz 1 Satz 1 übernimmt insoweit die bisherige Rechtslage und stellt klar, dass das zuständige Ministerium die Aufnahme oder Nichtaufnahme durch Verwaltungsakt gegenüber dem jeweiligen antragsstellenden Krankenhausträger feststellt.

Die Sätze 2 und 3 konkretisieren, dass der Feststellungsbescheid standortbezogen zu erlassen ist.

Satz 4 benennt unter welchen kumulativen, nicht alternativen, Voraussetzungen nach Landesrecht eine Aufnahme in den Krankenhausplan zulässig ist. Gemäß § 8 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 ist eine Aufnahme in den Krankenhausplan zulässig, wenn das Krankenhaus zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung geeignet und leistungsfähig ist sowie wirtschaftlich arbeitet. Diese Kriterien entsprechen der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG, Urt. v. 11.11.2021 – 3 C 6.20, LKV 2022, 116 ff., Rn. 15 m.w.N.) und werden nun normativ verankert. Zur Ausfüllung der unbestimmten Rechtsbegriffe kann auf die einschlägige Rechtsprechung und Literatur zurückgegriffen werden.

Darüber hinaus ist eine Aufnahme nach § 8 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 zulässig, wenn sie den Vorgaben des Landeskrankenhausgesetzes, den planerischen Festsetzungen des Allgemeinen Teils des Krankenhausplans sowie den in der Verfahrensrichtlinie (Absatz 4 Satz 3) geregelten Vorgaben entspricht. Damit wird gewährleistet, dass ein aufgenommenes Krankenhaus die planerischen und rechtlichen Anforderungen einhält und einheitlichen formellen Verfahrensstandards unterliegt.

Absatz 2 Satz 1 stellt, in Fortführung der bisherigen Regelung klar, dass kein Anspruch auf Planaufnahme besteht; vielmehr müssen die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen.

Absatz 2 Satz 2 enthält eine Vermutungsregelung, nach der Krankenhäuser ohne Leistungsgruppenzuweisung nicht als wirtschaftlich gelten. Damit soll verhindert werden, dass Krankenhäuser ohne gesicherte Betriebskostenfinanzierung in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die Vermutung kann jedoch durch geeigneten Sachbeweis widerlegt werden; ist die Betriebskostenfinanzierung anderweitig gesichert und liegen die weiteren Voraussetzungen vor, kann eine Aufnahme in den Krankenhausplan in Ermangelung einer abstrakten Insolvenzgefahr erfolgen.

Gemäß der allgemeinen Vorschrift in § 4 Absatz 5 LKHG kann der Feststellungsbescheid mit Nebenbestimmungen versehen werden. Dies ist sachgerecht, um die Erfüllung der Festsetzungen im Feststellungsbescheid selbst und im Krankenhausplan sicherstellen zu können.

Absatz 3 bündelt die Rechtsfolgen einer Aufnahme in den Krankenhausplan. Grundsätzlich obliegt es dem Land, den Kreisen und kreisfreien Städten die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern sicherzustellen (s. § 3 Absatz 1 Satz 1; Sicherstellungsauftrag). Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium ist berechtigt, zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags im Sinne des Satz 1 Dritte mit der Aufgabenerfüllung zu beauftragen (Krankenhausversorgungsauftrag).

§ 8 Absatz 3 Satz 1 regelt, dass mit Aufnahme in den Krankenhausplan der Sicherstellungsauftrag im Umfang der jeweiligen Festsetzungen durch den Krankenhausträger erfüllt wird. Die Vorschrift soll dem Normadressaten transparent vor Augen führen, dass mit Aufnahme in den Krankenhausplan die Verantwortung für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung im Umfang der jeweiligen Festsetzung auf den Krankenhausträger übergeht. Flankierend stellt § 8 Absatz 2 Satz 2 fest, dass der Krankenhausträger oder ein von ihm zur Erfüllung beauftragtes Krankenhaus medizinische Leistungen im Umfang der jeweiligen Festsetzung vorhalten, anbieten und durchführen darf (Leistungsberechtigung). Mit der Einfügung des neuen Satzes 3 wird klargestellt, dass für Krankenhäuser in privater Trägerschaft mit der Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan die Konzession als Privatkrankenanstalt nach § 30 der Gewerbeordnung als erteilt gilt (Konzessionsfiktion). Die Vorschrift entspricht § 14 BbgKHEG. Die Regelung dient in erster Linie der Verfahrensvereinfachung und -beschleunigung. Bislang ist für privat getragene Krankenhäuser neben der krankenhauplanerischen Entscheidung ein gesondertes gewerberechtliches Erlaubnisverfahren erforderlich. Dies führt zu parallelen Prüfungen, obwohl die zugrunde liegenden Anforderungen in wesentlichen Teilen deckungsgleich sind. Insbesondere betreffen sowohl die Krankenhausplanung als auch das gewerberechtliche Erlaubnisverfahren die Leistungsfähigkeit, Zuverlässigkeit und

organisatorische Eignung des Trägers sowie die strukturellen Voraussetzungen des Krankenhausbetriebs. Die eigenständige Durchführung zweier Verfahren führt insoweit zu vermeidbaren Doppelprüfungen. Durch die Anknüpfung der Konzession an die Planaufnahme wird eine Konzentration der behördlichen Entscheidungsprozesse erreicht. Die zuständige Landesbehörde prüft im Rahmen des Planaufnahmeverfahrens umfassend, ob das Krankenhaus zur bedarfsgerechten Versorgung geeignet, leistungsfähig und wirtschaftlich ist (§ 8 Absatz 1). Diese Prüfung gewährleistet ein Schutzniveau, das den Anforderungen des gewerberechtlichen Erlaubnisvorbehalts entspricht. Einer zusätzlichen, inhaltlich weitgehend gleichgelagerten gewerberechtlichen Prüfung bedarf es daher nicht. Die Regelung trägt damit zu einer erheblichen Reduzierung des Verwaltungsaufwands sowohl auf Seiten der Behörden als auch der Krankenhausträger bei.

Absatz 4 Satz 1 definiert die zwingenden Inhaltselemente des Feststellungsbescheides.

Absatz 4 Satz 2 enthält Soll-Vorgaben, deren Fehlen keinen formellen Fehler begründet. Sie dienen der Transparenz und sollen sicherstellen, dass sämtliche bundes- und landesrechtlichen Zuweisungen und Festsetzungen für jeden Standort einheitlich und dauerhaft nachvollziehbar dokumentiert sind.

Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium bewilligt auf Antrag Fördermittel nach dem Landeskrankenhausgesetz; zentrale Voraussetzung hierfür ist die Aufnahme in den Krankenhausplan. Neben der Beantragung von Leistungsgruppen nach Bundes- oder Landesrecht zur Sicherung der Betriebskostenfinanzierung ist daher zugleich oder gesondert ein Antrag auf Aufnahme in den Landeskrankenhausplan zu stellen, um Investitionsmittel erhalten zu können.

§ 8 Absatz 5 Satz 1 bis 3 legen die Mindestanforderungen an den Antrag fest; der Einreichungsweg wird bewusst nicht vorgegeben.

Gemäß § 8 Absatz 6 Satz 1 ist zur Klage vor den Gerichten der Verwaltungsgerichtsbarkeit der durch den Feststellungsbescheid möglicherweise in seinen Rechten verletzte Krankenhausträger befugt. Die gesetzliche Regelung stellt klar, dass die Klagebefugnis ausschließlich dem Krankenhausträger zusteht, da dieser unmittelbar von der behördlichen Entscheidung betroffen ist.

Rechtsbehelfe gegen einen Feststellungsbescheid im Sinne des Absatzes 1 haben nach § 8 Absatz 6 Satz 2 keine 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 Patientinnen und Patienten), eine erhebliche Bedeutung hat. Durch die Regelung wird

die/der Betroffene nicht rechtsschutzlos gestellt; ihm bleibt der Weg des einstweiligen Rechtsschutzes.

Zu § 9: Herausnahme aus dem Krankenhausplan und Erlöschen des Planaufnahmebescheids

Der Gesetzgeber hat für die Krankenhausplanungsbehörde die Möglichkeit eröffnet, die Planungssystematik anhand von Leistungsgruppen auszurichten. Während im bisherigen Krankenhausplan Fachabteilungen mit einem breiten Leistungsspektrum für die zugewiesenen Krankenhäuser vorgesehen waren, wird der neue Plan kohärent zum Bundesrecht auf der Grundlage differenzierter Leistungsgruppen aufgestellt und fortgeschrieben. Die Leistungsgruppen repräsentieren spezifische medizinische Leistungen. Zudem erfolgt die Krankenhausplanung nicht mehr vorrangig anhand der Bettenzahl, sondern basiert auf Fallzahlen in den verschiedenen Fachdisziplinen. Diese neue Planungssystematik und die damit verbundene Neuzuweisung von Aufgaben können dazu führen, dass der dem Krankenhaus durch Feststellungsbescheid erteilte Versorgungsauftrag im Vergleich zum früheren Versorgungsauftrag, basierend auf dem alten Krankenhausplan, hinsichtlich des Umfangs und der zugewiesenen medizinischen Leistungen zurückfällt.

Für diese und andere Fälle kann § 9 Absatz 1 herangezogen werden. Dieser stellt eine spezialgesetzliche Regelung zu den allgemeinen Vorschriften der §§ 116, 117 LVwG dar. Er ermöglicht die Aufhebung des Feststellungsbescheides, der die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan begründet, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft. Die Krankenhausplanung ist ihrer Natur nach gleichsam bis zum Aktualisierungszeitpunkt befristet und vermittelt dem Krankenhaus keinen dauerhaften Bestand des Status eines Plankrankenhauses (OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 11. Juli 2025 – 13 B 280/25 –, juris, Rn. 9). Damit kann sich ein Krankenhausträger auf keinen Bestandsschutz berufen. Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan führt nicht dazu, dass der von ihm gedeckte Bedarf in Zukunft für dieses Krankenhaus reserviert wäre (vgl. zum Vertrauensschutz: BVerwG, Urteile vom 14. April 2011 - 3 C 17.10 -, juris, Rn. 28, und vom 25. September 2008 - 3 C 35.07 -, juris, Rn. 21; OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 13. Dezember 2024 - 13 B 419/24 -, juris, Rn. 122). Die konkreten alternativen Voraussetzungen, welche eine Aufhebung des Planaufnahmebescheids rechtfertigen, werden in den Nummern 1 bis 4 näher konkretisiert:

§ 9 Absatz 1 Nummer 1 regelt, dass eine Herausnahme erfolgen kann, wenn die Aufnahme in den Krankenhausplan gemäß § 8 Absatz 1 Satz 4 nicht oder nicht mehr zulässig wäre. Hierdurch wird eine Koppelung mit den Planaufnahmevoraussetzungen hergestellt. Ist ein Krankenhaus zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung ungeeignet, nicht leistungsfähig, arbeitet unwirtschaftlich oder der Betrieb des Krankenhauses steht im Widerspruch zum Landeskrankenhausgesetz oder den Festsetzungen im Allgemeinen Teil des Krankenhausplans, kann der die Aufnahme begründende Feststellungsbescheid aufgehoben werden.

Nach § 9 Absatz 1 Nummer 2 kann der Feststellungsbescheid aufgehoben werden, wenn eine im Bescheid enthaltene Nebenbestimmung nicht mehr erfüllt ist. Gemäß § 4 Absatz 5 können Feststellungsbescheide mit Nebenbestimmungen versehen werden, die zur Sicherstellung der ordnungsgemäßen Umsetzung der Planvorgaben erforderlich sind. Die Nichteinhaltung dieser Nebenbestimmungen stellt eine sachgerechte Grundlage für die Aufhebung des Feststellungsbescheides dar.

§ 9 Absatz 1 Nummer 3 und 4 sieht eine Koppelung an das Bundesrecht vor. Die Herausnahme aus dem Krankenhausplan kann erfolgen, wenn das Krankenhaus eine Leistungsgruppe nach den Festsetzungen im Allgemeinen Teil des Krankenhausplans oder § 6a KHG oder eine Koordinierungs- und Vernetzungsaufgabe nach § 6b KHG nicht mehr zugewiesen bekommt oder wenn es nicht als Fachkrankenhaus nach § 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V bzw. als sektorübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 6c KHG bestimmt wird. Sinn und Zweck der Regelung ist, dass kein von der Betriebskostenfinanzierung oder anderen finanziellen Zuwendungen des Bundes ausgeschlossenes Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen werden soll. Es wird vermutet, dass ohne Betriebskostenfinanzierung die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nicht sichergestellt werden kann, was die Sicherstellung der Versorgung insgesamt gefährden könnte. Es handelt sich hierbei nicht um einen verfassungswidrigen Eingriff in die grundrechtlich geschützte Berufsfreiheit (Artikel 12 Absatz 1 GG). Zum einen handelt es sich nicht um eine gebundene Entscheidung, was die Tiefe des Eingriffs reduziert, zum anderen steht es dem Krankenhaus weiterhin frei medizinische Leistungen als Privatkrankenhaus gemäß § 30 Absatz 1 Satz 1 der Gewerbeordnung anzubieten. Ferner sind Rechtsgüter von überragendem Interesse (Artikel 2 Absatz 2 GG) in die Abwägung einzustellen und der Versorgungs- und Qualitätssicherung besondere Bedeutung beizumessen.

§ 9 Absatz 2 Satz 1 regelt, dass mit der Teil- oder Gesamtherausnahme aus dem Krankenhausplan der Krankenhausversorgungsauftrag ganz oder teilweise seine Wirksamkeit verliert. Diese Regelung entspricht der Systematik des § 3 Absatz 1 und sichert die klare Zuordnung der Verantwortlichkeiten.

§ 9 Absatz 2 Satz 2 begründet ein Leistungsverbot für den Krankenhausträger oder ein von diesem beauftragtes Krankenhaus, wenn ein Sicherstellungsauftrag durch Krankenhausversorgungsauftrag nicht an diese übertragen worden ist. In diesem Fall ist das Krankenhaus nicht mehr berechtigt, medizinische Leistungen vorzuhalten, anzubieten oder durchzuführen. Die Regelung dient dem Schutz der überragenden Rechtsgüter der Patientinnen und Patienten (vgl. Artikel 2 Absatz 2 GG) und sorgt dafür, dass nur Krankenhäuser, die die landes- und bundesrechtlichen Qualitätsanforderungen erfüllen, Leistungen anbieten können.

Gemäß § 9 Abs. 2 Satz 3 bleibt es dem Krankenhaus über § 30 Absatz 1 Satz 1 GewO jedoch unbenommen, als konzessioniertes Privatkrankenhaus medizinische Leistungen anzubieten. Dies stellt sicher, dass Mindestanforderungen an die Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung für Plankrankenhäuser eingehalten

werden. Die Regelung in Satz 4 stellt die Folgewirkung zur Konzessionsfiktion in § 8 Absatz 3 Satz 3 her. Mit der Herausnahme aus dem Krankenhausplan entfällt die Grundlage für die fingierte Erteilung der Erlaubnis nach § 30 der Gewerbeordnung. Die Vorschrift ordnet daher an, dass die Fiktionswirkung endet und der Betrieb einer Privatkankeanstalt wieder der gewerberechtlchen Erlaubnispflicht unterliegt. Hierdurch wird ein Gleichlauf von Krankenhausplanungsrecht und Gewerbeerecht sichergestellt und verhindert, dass Krankenhäuser ohne planerische Zulassung weiterhin allein auf Grundlage einer fingierten Konzession betrieben werden können. Zugleich wird das ordnungsrechtliche Schutzniveau gewahrt, indem nach Wegfall der Planaufnahme wieder eine eigenständige präventive Kontrolle nach Maßgabe der Gewerbeordnung erforderlich ist. Die Vorschrift dient damit der Rechtsklarheit und Systemkohärenz.

Vor einer (Teil-)Herausnahme aus dem Krankenhausplan sind gemäß § 9 Absatz 2 Satz 5 der Krankenhausträger sowie der zuständige Kreis oder die kreisfreie Stadt anzuhören. § 9 Absatz 2 Satz 6 verweist auf § 8 Absatz 5, wonach der betroffene Krankenhausträger zur Klage vor den Verwaltungsgerichten befugt ist, wenn er in seinen Rechten verletzt wird. Rechtsbehelfe gegen den Aufhebungsbescheid haben keine aufschiebende Wirkung, um die schnelle Umsetzung der Planänderungen sicherzustellen.

Gemäß § 9 Absatz 3 erlischt der Feststellungsbescheid, der die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan begründet, wenn dieser innerhalb eines Jahres nach Zugang nicht in Gebrauch genommen wird. Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan und der damit verbundenen Übertragung des Krankenhausversorgungsauftrags geht die Verantwortung für das Leistungsangebot im durch Feststellungsbescheid skizzierten maßgeblichen Umfang auf den Krankenhausträger über. Wird dieser Verpflichtung nicht nachgekommen, muss die Krankenhausplanungsbehörde in die Lage versetzt werden, den Sicherstellungsauftrag erneut durch Übertragung eines Krankenhausversorgungsauftrags an einen anderen Dritten vergeben zu können. Da der Feststellungsbescheid nicht in Gebrauch genommen wurde, ist der Krankenhausträger in diesem Fall weniger schutzwürdig als ein Krankenhausträger, der im Vertrauen auf die Wirksamkeit des Bescheides bereits strukturelle Anpassungen vorgenommen hat. Deshalb ist es gerechtfertigt, die Unwirksamkeit des Feststellungsbescheides kraft Gesetzes festzulegen.

Zu § 10: Versorgungsverpflichtung

§ 10 regelt die Versorgungsverpflichtung von Krankenhausträgern im Kontext des Krankenhausversorgungsauftrags und der Sicherstellung der Versorgung. Die Vorschrift ist an § 11 Absatz 1 Allgemeines Eisenbahngesetz angelehnt. Ziel ist es, die kontinuierliche medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, insbesondere in unterversorgten oder ländlichen Gebieten.

Satz 1 und 2 begründen eine grundsätzliche Versorgungsverpflichtung der Krankenhausträger. Die Rückgabe von Krankenhausversorgungsaufträgen wird dem

Grunde nach untersagt, um sicherzustellen, dass die Bevölkerung jederzeit Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung hat. Dies ist besonders in ländlichen und unterversorgten Gebieten von entscheidender Bedeutung, um den bedarfsgerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewährleisten. In solchen Regionen sind Krankenhäuser häufig die einzige Möglichkeit, eine breitere Palette an medizinischen Leistungen anzubieten. Ein Verbot der Rückgabe des Krankenhausversorgungsauftrages stärkt somit auch das öffentliche Vertrauen in das Gesundheitssystem. Wenn die Bevölkerung darauf vertrauen kann, dass Krankenhäuser dauerhaft zur Erbringung von Gesundheitsleistungen verpflichtet sind, fördert dies die Akzeptanz und das Vertrauen in die öffentliche Gesundheitsversorgung.

Satz 3 konkretisiert, dass sich der Inhalt und Umfang der Versorgungsverpflichtung aus dem Feststellungsbescheid ergibt, der dem Krankenhausträger die Rahmenbedingungen für die Aufrechterhaltung der Versorgung vorgibt. Der Feststellungsbescheid legt fest, welche Leistungen genau erbracht werden müssen und bildet die Grundlage für die Erfüllung der Versorgungsverpflichtung. Dies stellt sicher, dass die Anforderungen transparent und für alle Beteiligten nachvollziehbar sind.

Satz 4 verpflichtet den Krankenhausträger, bei beabsichtigter Rückgabe des Krankenhausversorgungsauftrags einen entsprechenden Antrag zu stellen. Dies stellt sicher, dass der Krankenhausträger die zuständigen Behörden frühzeitig über seine Absicht informiert.

Satz 5 ergänzt § 9 Absatz 1 um einen weiteren Aufhebungstatbestand. Ein Krankenhaus kann den Krankenhausversorgungsauftrag nur dann teilweise oder vollständig zurückgeben, wenn der Krankenhausträger nachweist, dass die Erfüllung des Krankenhausversorgungsauftrags für ihn unzumutbar geworden ist. Dieser Nachweis muss jedoch auf mehr als rein wirtschaftlich-rechnerischen Erwägungen beruhen. Vielmehr sind auch andere Gründe, wie etwa strukturelle oder organisatorische Unzumutbarkeit, zu berücksichtigen. Zudem muss ein Interessenbekundungsverfahren erfolglos durchgeführt worden sein, um sicherzustellen, dass es keinen anderen Anbieter gibt, der den Krankenhausversorgungsauftrag übernehmen kann. Diese Vorschrift zielt darauf ab, einen gerechten Ausgleich zwischen Versorgungssicherheitsaspekten und den Interessen der Krankenhausträger zu schaffen, ohne die Versorgung der Bevölkerung zu gefährden.

Satz 6 verweist auf § 9 Absatz 2 und stellt klar, dass das Schicksal des Krankenhausversorgungsauftrags gemäß den Regelungen des § 9 Absatz 2 behandelt wird. Dies stellt sicher, dass bei der Herausnahme aus dem Krankenhausplan eine einheitliche Rechtsanwendungspraxis zur Anwendung kommt.

Satz 7 ist restriktiv zu handhaben und als *ultima ratio* Vorschrift gekennzeichnet. Kann ein bestehender Bedarf nicht anderweitig gedeckt werden, bleibt die Versorgungsverpflichtung trotz vorliegender Rückgabevoraussetzungen bestehen.

Da es sich hierbei um einen schwerwiegenden, aber notwendigen, Eingriff in die Rechtsposition des Krankenhausträgers handelt, legt Satz 8 fest, dass der auf Satz 7 gestützte Ablehnungsbescheid mit einer angemessenen Übergangszeit zu versehen ist, die ein Jahr nicht überschreiten darf und eine angemessene Ausgleichszahlung für die übermäßige Belastung festsetzen muss. Die genaue Höhe und Modalitäten der Ausgleichszahlung werden in einer Rechtsverordnung geregelt und sollen sicherstellen, dass den betroffenen Krankenhausträger keine unangemessene finanzielle Härte trifft, wenn er den Krankenhausversorgungsauftrag weiterhin erfüllen muss.

Zu § 11: Wechsel des Trägers oder Eigentümers

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 10 LKHG.

§ 11 übernimmt den Regelungsgehalt des bisherigen § 10 a.F. und ist lediglich klarstellend angepasst worden. Hierdurch wird sichergestellt, dass die bestehende Rechtslage unverändert bleibt.

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 krankenhausplanerischen 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 § 8 Absatz 1 Satz 1.

Absatz 2 Satz 2 verweist daher konsequent auf die Rechtsfolgen des § 9 Absatz 2.

Absatz 2 Satz 3 schafft zu dieser grundsätzlichen Regelung einen praxistauglichen Ausnahmetatbestand. Der neue Träger tritt bei Wiederaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan unter seiner Trägerschaft kraft Gesetzes in die krankenhausrechtlichen 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 5 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.

Die Regelungen gelten entsprechend auch für den Wechsel des Trägers oder des Eigentümers eines Krankenhauses innerhalb eines Insolvenzverfahrens.

Zu § 12: Grundsätze der Förderung

Die Vorschrift entspricht weitestgehend § 11 LKHG a.F.

Absatz 1 dient der Zuständigkeitsbestimmung und Klarstellung, indem das grundsätzliche Antragserfordernis einer jeden Förderung hervorgehoben wird (Ausnahme in Absatz 6); eine Förderung ist nur nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen möglich. Absatz 1 wurde durch einen neuen Satz 2 und 3 ergänzt. Satz 2 stellt den Grundsatz der Zweckbindung der Fördermittel heraus und Satz 3 konkretisiert in Anlehnung an § 8 Absatz Satz 1 KHG („soweit“), dass Förderungen die Feststellungen über die Aufnahme in den Krankenhausplan zugrunde liegen.

Absatz 2 wurde neu gefasst und enthält neben einer Zielsetzung in Satz 1 auch die Parameter der Bemessung der Fördermittel sowie die der Förderung zugrundeliegenden Grundsätze. Mit Inkrafttreten des KHVVG am 12.12.2024 wurde in § 9 Absatz 5 KHG auch das Kriterium der Nachhaltigkeit als Bemessungsgrundlage etabliert. Demnach sind Fördermittel so zu bemessen, dass sie künftig die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze und Nachhaltigkeit notwendigen Investitionskosten decken. Konsequenterweise wurde das Nachhaltigkeitskriterium in der Folge auch im Landeskrankenhausgesetz etabliert. Was der Bundesgesetzgeber genau unter Nachhaltigkeit in diesem Zusammenhang versteht, führt er jedoch nicht im Rahmen einer näheren Begründung oder Legaldefinition aus. Lediglich im Kabinettsentwurf zum KHVVG (Kabinettsache Datenblatt-Nr.: 20/15078) finden sich unter den ausgeführten Gesetzesfolgen allgemeine Ausführungen zur Nachhaltigkeit. Demnach steht der Gesetzentwurf im Einklang mit den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie (DNS), die der Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen dient. Zielsetzung sei eine Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung und der Krankenhausvergütung. Durch die mit dem KHVVG angestrebte Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten leiste es einen Beitrag zur Verwirklichung von Nachhaltigkeitsziel 3 „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“. Im Sinne des systemischen Zusammendenkens der Nachhaltigkeitsziele werde zudem gleichzeitig ein Beitrag zur Erreichung von Nachhaltigkeitsziel 9 „Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, breitenwirksame und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen“ geleistet - insbesondere zur Zielvorgabe 9.1 (eine hochwertige, verlässliche, nachhaltige und widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, einschließlich regionaler und grenzüberschreitender Infrastruktur, um die wirtschaftliche Entwicklung und das menschliche Wohlergehen zu unterstützen, und dabei den Schwerpunkt auf einen erschwinglichen und gleichberechtigten Zugang für alle legen).

Mangels bundesgesetzlicher Vorgaben hat das Land insofern einen eigenen Spielraum den nunmehr im Gesetz hinzugetretenen Fördergrundsatz der Nachhaltigkeit im eigenen Sinne zu verstehen und auszuüben. Aufgrund der ihm als Grundsatz zukommenden globalen Wirkung schiene es jedoch auch aus Sicht des Landesgesetzgebers fehlgeleitet, die Nachhaltigkeit durch eine Definition in ihrem Umfang und letztlich damit auch ihrem Wirkungsgrad zu beschränken. Aufbauend auf

den obigen bundesseitig vorgegebenen Zielen, zielt die Nachhaltigkeit im Bereich des Krankenhausbaus insbesondere auf eine am Lebenszyklus orientierte ökonomische Nachhaltigkeit ab. Zielvorgabe ist es - bei nicht bloßer Betrachtung der Bau-, sondern auch der Betriebskosten - möglichst flexible und wandlungsfähige Strukturen zu schaffen, die sich künftig den medizinischen, den baulich-technischen, wie auch den sozialen und ökologischen Entwicklungen und Herausforderungen anpassen lassen. Da der Gesundheitssektor einen der größeren Treibhausgasemittenten darstellt und Krankenhausinfrastrukturen zu Hochenergieverbrauchern zählen, kommen ferner den Aspekten der ökologischen Nachhaltigkeit (Energieeffizienz, Einsatz ressourcenschonender Materialien, Reduzierung des Wasserverbrauchs etc.) besondere Bedeutung zu. Mit Blick auf die Krankenhäuser als Orte nicht nur des Diagnostizierens, Therapierens und Pflegens, sondern auch als Orte des Arbeitens sind schließlich auch die Belange der sozialen Nachhaltigkeit (heilende Architektur, Schaffung eines qualitativen Arbeitsumfelds, Sicherheit und Hygiene etc.) zu berücksichtigen.

Absatz 3 entspricht im Grunde § 11 Absatz 2 LKHG a.F. und konkretisiert die Begründungs- und Substantiierungsobliegenheiten der Antragsteller (§ 84 Absatz 2 LVwG).

§ 11 Absatz 3 LKHG a.F. findet sich nunmehr in § 23 Absatz 1 Satz 2.

Absatz 4 baut auf Absatz 3 auf und enthält die Rechtsfolgen, sollte ein Krankenhausträger seinen Pflichten aus Absatz 3 nicht nachkommen. Des Weiteren enthält er weitere Fallgruppen in denen eine Investitionsförderung ausscheidet (beispielsweise die Doppelförderung). Hervorzuheben ist die Klarstellung, dass Kosten für Forschung und Lehre nach diesem Gesetz nicht förderfähig sind.

Absatz 5 entspricht § 11 Absatz 4 LKHG a.F.

Absatz 6 entspricht § 11 Absatz 5 LKHG a.F.

Absatz 7 entspricht § 26 LKHG a.F. und wurde aus redaktionellen Gründen im Finanzierungsabschnitt nach vorn gezogen, sodass eine § 26 LKHG a.F. vergleichbare Einzelnorm entfällt.

Zu § 13: Aufbringung der Mittel

Die Vorschrift entspricht § 12 LKHG a.F.

Absatz 1 regelt die Beteiligung der Kreise und kreisfreien Städte an den vom Land bereitgestellten Fördermitteln. Im Rahmen der Investitionsfinanzierung sind seitens der Kreise und kreisfreien Städte Fördermittel aufzubringen, die dem vom Land bereitgestellten Betrag entsprechen. Sofern es sich um Fördervorhaben auf Grundlage des KHG (beispielsweise nach den §§ 12 ff. KHG) handelt, die vom Land kofinanziert werden, ist jeweils die Hälfte des zu kofinanzierenden Betrages seitens der Kreise und kreisfreien Städte aufzubringen.

Um dem nun in § 1 Absatz 2 etablierten Grundsatz der Berücksichtigung der mittelfristigen Finanzplanung des Landes sowie der mittelfristigen Ergebnis- und Finanzplanung der Kreise und kreisfreien Städte Rechnung zu tragen und um eine effektive und zukunftsfähige Handhabung der für die Krankenhausinvestitionsfinanzierung vorgesehen Mittel zu ermöglichen, wurden in Absatz 3 verschiedenen Möglichkeiten normiert.

Die Bildung von Rückstellungen wäre insofern für die Kreise und kreisfreien Städte vorteilhaft, da zwar der Ergebnisplan und -haushalt belastet würde, jedoch ohne Liquiditätsabfluss und Zinsaufwand. Solche Rückstellungen setzen hingegen voraus, dass es sich stets um ungewisse Verbindlichkeiten gegenüber Dritten handelt, die im zu bilanzierenden Haushaltsjahr wirtschaftlich verursacht worden sind und mit deren Inanspruchnahme zu rechnen ist. Hier fehlt es grundsätzlich bereits an dem Kernelement der wirtschaftlichen Verursachung im Haushaltsjahr, da die künftigen Krankenhausinvestitionen, die mitfinanziert werden, noch gar nicht erfolgt sind. Die Voraussetzung der wirtschaftlichen Verursachung für Rückstellungen ist in der GemHVO nicht aufhebbar, da sie eines der Wesenselemente des auf dem Handelsgesetzbuch fußenden doppelischen Rechnungswesens ist. Sie gilt über alle Ausprägungen wie HGB, IFRS, staatliches und kommunales doppelisches Rechnungswesen usw. hinweg.

Eine Alternative, welcher der Zielsetzung der besseren Steuerung der Belastung auf Ergebnisebene der Kreise und kreisfreien Städte ebenso Rechnung trägt, ist es den betroffenen doppisch buchenden Kommunen eine Forderung in Rechnung zu stellen, die kommunalhaushaltsrechtlich als Verbindlichkeit einzuordnen ist, welche erst nach Ablauf des Haushaltsjahrs beglichen werden darf. Dafür haben die Kommunen dann eine Verbindlichkeit zu bilden, die im Gegensatz zur Einbringung in ein Sondervermögen des Landes ergebnis-, aber nicht liquiditäts- bzw. zinsaufwandsbelastend ist. Es kommt mithin darauf an, dass von Seiten der jeweiligen Körperschaft (Kreis / kreisfreie Stadt) eine Verpflichtungen gegenüber einem Gläubiger (Land / MJG) entsteht, auf deren Basis eine finanzielle Leistung noch zu erbringen ist. Die zu treffende Vereinbarung muss daher so ausgestaltet sein, dass die Höhe (in Euro) und Fälligkeit (Datum) der wirtschaftlichen Vermögensbelastung quantifizierbar sind. Zu diesem Zwecke wurde eine Regelung aufgenommen, die es dem Land und den Kreisen und kreisfreien Städten ermöglicht, entweder eine Vereinbarung im Sinne eines öffentlich rechtlichen Vertrages zu vereinbaren oder dies durch einen mitwirkungsbedürftigen Verwaltungsakt zu gestalten. Näheres zum Verfahren kann durch Rechtsverordnung bestimmt werden (§ 39 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 Alt. 1).

Ergänzend wird in Satz 3 die Möglichkeit normiert, dass nicht verausgabte Fördermittel, sowohl solche der Kreise und kreisfreien Städte, als auch des Landes, in ein zweckgebundenes Sondervermögen eingebracht werden können. Für eine Zahlung muss ein Kreis oder eine kreisfreie Stadt im Gegensatz zur oben ausgeführten

Variante aber auch Kassenkredite aufnehmen, wenn keine liquiden Mittel mehr vorhanden sind. Allerdings entsteht Zinsaufwand und das Ergebnis wird somit höher belastet. Näheres dazu kann durch Rechtsverordnung bestimmt werden (§ 39 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 Alt. 2).

Zu § 14: Investitionsprogramm

In der Vorschriften werden § 13 und § 14 LKHG a.F. zusammengefasst.

Absatz 1 entspricht § 13 LKHG a.F.

Absatz 2 entspricht im Grunde § 14 Abs.1 LKHG a.F. Der Umfang der im Investitionsprogramm aufzuführenden Maßnahmen ergibt sich bereits aus Absatz 1, sodass die enumerative Aufzählung entbehrlich ist.

Absatz 3 entspricht § 14 Absatz 2 LKHG und bezieht sich auf § 8 Absatz 2 Satz 1 KHG.

Absatz 4 dient der Effektivierung und Hygiene des Investitionsprogramms. Der gängige Fortgang nach Aufnahme einer Maßnahme in das Investitionsprogramm ist, dass der Krankenhausträger Bauunterlagen zur Prüfung der Maßnahme mit der Zielsetzung der Bewilligung bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium einreicht. In der Praxis kommt es jedoch teilweise dazu, dass Krankenhausträger diesen Anforderungen nicht nachkommen und über einen längeren Zeitraum keinerlei Unterlagen einreichen, sodass die für die Maßnahme bereitgestellten Mittel nicht genutzt werden. Dies hindert die zielgerichtete Infrastrukturentwicklung und den wirksamen Einsatz der Fördermittel. Die Vorschrift flankiert damit die dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium ohnehin zustehende Kompetenz der Neuordnung des Investitionsprogramms durch einen gesetzlichen Mechanismus.

Zu § 15: Einzelförderung

Absatz 1 führt in enumerativer Aufzählung die einzelnen Fördertatbestände der Einzelförderung auf. Ausgehend von den bundesgesetzlichen Rahmenvorgaben und deren Vorbild in § 9 Absatz 1 KHG handelt es sich dabei nicht um eine abschließende Aufzählung.

Zu Nummer 1: Während viele Landeskrankenhausesetze den Begriff der Errichtung durch einen Klammerzusatz „(Neubau, Erweiterungsbau, Umbau)“ weiter konkretisieren, verzichtet das LKHG darauf, da diese einengende Formulierung den Kauf eines bereits vorhandenen Gebäudes, der förderrechtlich der Errichtung gleichgesetzt wird, außen vorlässt. Wechselt der Träger eines Krankenhauses nach dem Erwerb durch einen anderen Rechtsträger, so sind die Erwerbskosten nicht als Errichtungskosten förderfähig. Der bloße Trägerwechsel soll nicht eine Errichtungsförderung auslösen (*Quaas/Zuck/Clemens MedR/Quaas* § 26 Rn. 183).

Zu Nummer 2: Während das KHG 1972 noch in kurz- und mittelfristige Anlagegüter unterschieden hat, benennt das heute geltende KHG in § 9 Absatz 1 Nummer 2

lediglich Anlagegüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren. In bloßer Abgrenzung zu den unter dieser Grenze befindlichen pflegesatzfähigen Gebrauchsgütern sind somit grundsätzlich erst einmal alle über diese Grenze hinausgehenden Anlagegüter erfasst. Im Rahmen der Einzelförderung soll die Förderbehörde jedoch nicht ständig mit einer Vielzahl von Einzelförderverfahren wegen der Beschaffung zusätzlicher kurzfristiger Anlagegüter belastet werden, weshalb diese über die Pauschalförderung zu fördern sind (vgl. Quaas/Zuck/Clemens MedR/Quaas, 4. Aufl. 2018, § 26 Rn. 86). Da es an bundesgesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Einordnung oder Bestimmung eines kurzfristigen Anlagegutes fehlt, wird an der bisher genutzten zeitlichen Begrenzung festgehalten, sodass unter kurzfristigen Anlagegütern im Sinne dieses Gesetzes solche zu verstehen sind, die üblicherweise eine durchschnittliche Nutzungsdauer von 3 bis 15 Jahren aufweisen. Dies führt zu dem Ergebnis, dass eine Übernahme der Grenze aus § 9 Absatz 1 Nummer 2 KHG von drei Jahren leer liefe, sofern es sich um die Förderung kurzfristiger Anlagegüter (bis 15 Jahre) handelt, da diese stets über § 20 zu fördern wären.

Zu Nummer 3: Der Fördertatbestand nach Nummer 3, fand sich bereits in § 15 Absatz 1 Satz 2 LKHG a.F. Aufgrund von § 9 Absatz 4 KHG umfasst der Fördertatbestand der Wiederbeschaffung, nicht die Ergänzungsbeschaffung außerhalb einer Errichtungsmaßnahme. Solche Ergänzungsbeschaffungen finden aber laufend statt und werden über den Begriff der Wiederbeschaffung im Sinne von § 9 Absatz 4 KHG nur zum Teil erfasst. Nach der Legaldefinition des KHG ist Wiederbeschaffung die „Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese nicht über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht“. Es muss also zwischen einer gewöhnlichen Ergänzung und einer außergewöhnlichen Ergänzung des vorhandenen Bestands an Anlagegütern unterschieden werden. Die gewöhnliche Ergänzung ist nach dieser Fiktion Wiederbeschaffung und fällt deshalb unter den Fördertatbestand „Wiederbeschaffung von Anlagegütern“. Die außergewöhnliche Ergänzung von Anlagegütern findet in § 9 Absatz 1 KHG keine Erwähnung. Sie ist dennoch förderfähig („insbesondere“). Der legal definierte Begriff der Wiederbeschaffung ist in erster Linie für die Ergänzungsbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter - also im Rahmen der Pauschalförderung - von Bedeutung. Dahinter steht die Erwägung, dass die Förderbehörde nicht laufend mit einer Vielzahl von Einzelförderverfahren wegen der Beschaffung zusätzlicher kurzfristiger Anlagegüter belastet werden soll und dass mit der Pauschalförderung auch dieser Ergänzungsbeschaffungen dem Krankenhaus mehr an Trägerfreiheit gegeben wird. Die Förderbehörde hingegen soll nur mit außergewöhnlichen Ergänzungsbeschaffungen befasst werden, z. B. der erstmaligen Anschaffung eines medizinisch-technischen Großgeräts oder der Erstausrüstung einer neuen Fachabteilung außerhalb einer Errichtungsmaßnahme (Quaas/Zuck/Clemens MedR/Quaas, § 26 Grundzüge des Rechts der Krankenhausfinanzierung 4. Aufl. 2018, § 26 Rn. 84-86).

Des Weiteren werden im Anschluss an die Aufzählung noch die weiteren Voraussetzungen für die Gewährung von Fördermitteln aufgeführt. Für Errichtungen nach Nummer 1 gilt zusätzlich, dass das Vorhaben in das Investitionsprogramm aufgenommen sein muss (§ 8 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 9 Absatz 1 Nummer 1 KHG; § 14 LKHG). Hintergrund dieser weiteren Voraussetzungen ist unter anderem, eine haushälterische Überforderung aufgrund des Finanzvolumens solcher Errichtungsmaßnahmen zu verhindern.

Weitergehend findet sich in Absatz 1 die Verpflichtung, vorhandene Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens zu übernehmen, soweit dies medizinisch vertretbar und wirtschaftlich geboten ist. Auch damit sollen unnötige finanzielle Mehrbelastungen der Fördermittelbehörde – gerade in Zeiten eines angedachten Strukturwandels, welcher unter anderem durch Konzentration von Standorten herbeigeführt wird – verhindert und dem nunmehr implementierten Grundsatz der Nachhaltigkeit Rechnung getragen werden.

In Absatz 2 wird das Verfahren hinsichtlich der Festsetzung und Bewilligung der Fördermittel geregelt. Die Fördermittel werden durch Festbetrag bewilligt. Das Zustimmungserfordernis entfällt grundsätzlich und ist nur noch für das vereinfachte Verfahren vorgesehen. Ziel der Vorschrift ist es, die investive Krankenhausförderung durch die Einführung eines zusätzlichen (alternativ bestehenden) vereinfachten Verfahrens wirtschaftlicher und verwaltungseffizienter auszugestalten und gleichzeitig die Eigenverantwortung der Krankenhausträger zu stärken. Die Festbetragsförderung, insbesondere im vereinfachten Verfahren, schafft Planungssicherheit sowohl für das Land hinsichtlich der Haushaltsmittel als auch für den Krankenhausträger hinsichtlich der verfügbaren Förderung. Zugleich wird ein Anreiz für ein – den Investitionsgrundsätzen entsprechendes – wirtschaftliches Bauen gesetzt, da Mehrkosten grundsätzlich vom Krankenhausträger selbst zu tragen sind und nur im Rahmen der Vorgaben von Absatz 4 nachträglich bewilligt werden können. Des Weiteren fördert gerade das vereinfachte Verfahren die Entbürokratisierung, indem es die Möglichkeit hinsichtlich der Antragstellung von Nachträgen grundsätzlich ausschließt und damit aufwändige nachträgliche Prüfungen bezüglich der Förderfähigkeit von Kosten vermeidet. Zugleich erhält der Krankenhausträger durch die Einpreisung der avisierten Baukosten jedoch zusätzliche Sicherheit, da er von Beginn an in vollumfänglicher Kenntnis des ihm zur Verfügung stehenden Fördermittelbetrags handeln und entsprechend planen kann. Dies gereicht ihm unter anderem auch deshalb zum Vorteil, da er die für die Baukostensteigerung eingepreisten Mittel direkt einsetzen kann, ohne die tatsächliche Baukostensteigerung abzuwarten, die sich während der Bauphase ergibt.

Absatz 2 Satz 2 entspricht § 8 Absatz 1 Satz 2 erster Halbsatz KHG und wurde aufgenommen, um zu verdeutlichen, dass das Landesrecht diese Möglichkeit nicht ausschließt. Zudem wurde diese Möglichkeit um die Vorgabe des KHG ergänzt, dass in diesem Fall das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG anzustreben ist.

Absatz 3 beinhaltet weiterhin die Möglichkeit der nachträglichen Fördermittelbeantragung und entspricht insofern dem Grunde nach § 15 Absatz 3 LKHG a.F. Die Vorschrift stellt einen Ausnahmetatbestand zu dem in Absatz 1 genannten Grundsatz dar, dass grundsätzlich über den Festbetrag hinausgehende Kostenerhöhungen vom Krankenhausträger zu tragen sind und wurde systematisch an die Möglichkeit des vereinfachten Verfahrens in Absatz 2 angepasst.

Absatz 4 entspricht § 15 Absatz 4 LKHG a.F. Lediglich der Verweis im letzten Satz auf § 19 wurde auf § 18 korrigiert.

Absatz 5 entspricht § 15 Absatz 5 LKHG a.F.

In Absatz 6 ist normiert, dass ein vorzeitiger Maßnahmenbeginn zum Ausschluss einer Förderung führt, außer ein solch vorzeitiger Maßnahmenbeginn wurde zuvor seitens des Krankenhausträgers bei der zuständigen Behörde beantragt und diese hat ihre Zustimmung hierzu erklärt. Als Maßnahmenbeginn gilt grundsätzlich der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Lieferungs- oder Leistungsvertrags. Damit wird eine eindeutige Abgrenzung geschaffen, die mit der haushaltsrechtlichen Praxis (§ 44 LHO und zugehörige Verwaltungsvorschriften) korrespondiert.

Absatz 7 betrifft Fälle, in denen ein Krankenhaus in Räumen betrieben wird, die dem Krankenhausträger nicht gehören, sondern auf der Grundlage eines Nutzungsverhältnisses (z.B. Miete, Pacht etc.) zur Nutzung überlassen werden. Grundsätzlich soll in solch gelagerten Fällen keine Förderung von Investitionen erfolgen, die nicht in das Eigentum des Krankenhausträgers übergehen, da andernfalls öffentlich finanzierte Werte außerhalb der unmittelbaren Verfügungsgewalt des Trägers entstünden. Gleichwohl erkennt die Vorschrift an, dass in bestimmten Fällen eine Ausnahme sachgerecht sein kann und räumt insofern die Möglichkeit ein, welche jedoch an die enumerativ aufgeführten Voraussetzungen geknüpft ist. Dadurch wird ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem Grundsatz der Eigentumsbindung und der praktischen Notwendigkeit flexibler Nutzungsformen geschaffen, ohne die haushaltsrechtlichen Sicherungsinteressen des Landes zu vernachlässigen. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass ein Krankenhausträger, der ein Plankrankenhaus betreibt, genauso einen Anspruch auf Investitionsförderung hat, wie ein Krankenhausträger, der das Krankenhaus in eigenen Räumen betreibt. Einem Krankenhausträger darf nicht nur deshalb die Fördermöglichkeit verwehrt werden, weil er aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten und in Absprache mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium ein Objekt anmietet. Die in Ziffer 3 benannte Berücksichtigung der Förderung auf das vom Land gezahlte Nutzungsentgelt soll dem Umstand Rechnung tragen, dass eine unzulässige Doppelförderung stattfindet. Findet über die Anmietung selbst beispielsweise noch eine Herrichtung/Umgestaltung der Räumlichkeiten für die avisierte Leistungserbringung statt, ist dies gegebenenfalls im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung zu berücksichtigen, wird grundsätzlich jedoch keinen

Einfluss auf das Nutzungsentgelt haben, wenn die Investitionsmaßnahme kein Äquivalent zur Errichtung darstellt. Ein zwingender Grund im Sinne von Ziffer 4 liegt beispielsweise dann vor, wenn ein Krankenhausträger die ihm zugeteilte Leistungsgruppe nicht ohne die Investition ordnungsgemäß erfüllen kann.

Absatz 8 regelt das Erlöschen des Fördermittelbescheides, wenn innerhalb von zwei Jahren nach dessen Zugang nicht mit der Durchführung der Maßnahme begonnen worden ist. Hinsichtlich des Maßnahmenbeginns ist nunmehr auf Absatz 6 abzustellen. Diese Frist dient der Vermeidung von Mittelbindungen über längere Zeiträume und trägt dazu bei, die Förderung auf tatsächlich umsetzungsreife Projekte zu konzentrieren. Fördermittel sollen nur für Maßnahmen bereitgestellt werden, die zeitnah realisiert werden können. Gleichzeitig wird dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium die Möglichkeit eingeräumt, in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag des Krankenhausträgers eine Fristverlängerung zu gewähren. Damit können unvorhergesehene Verzögerungen (beispielsweise durch Planungsänderungen, Genehmigungsverfahren oder Lieferengpässe) sachgerecht berücksichtigt werden.

Zu § 16: Förderung der Nutzung von Anlagegütern

Die Vorschrift entspricht § 16 LKHG a.F. und konkretisiert die bundesgesetzlichen Rahmenvorgaben des § 9 Absatz 2 Nummer 1 KHG.

In Absatz 1 wurde die Voraussetzung „Aufnahme in das Investitionsprogramm“ ersatzlos gestrichen. Gemäß § 8 Abs.1 KHG und § 14 ist die Aufstellung eines Investitionsprogramms lediglich für Errichtungsmaßnahmen im Sinne von § 9 Abs. Nummer 1 KHG vorgesehen. Zudem wurde die Möglichkeit der zeitlichen Befristung aufgenommen. Die Norm wurde in Absatz 1 nun so gefasst, dass deutlich hervorgeht, dass es einer behördlichen Zustimmung vor Abschluss der Nutzungsvereinbarung bedarf und unter welchen Voraussetzungen diese konkret zu erteilen ist. Voraussetzung für die Bewilligung ist auch hier, dass entsprechende Haushaltsmittel für diese bereitgestellt sind. Da dies bereits in § 12 Absatz 1 normiert ist, wurde an dieser Stelle auf eine Wiederholung verzichtet.

Unzumutbarkeit im Sinne von Absatz 2 wird regelmäßig – aber auch nur dann – anzunehmen sein, wenn außergewöhnliche Umstände vorliegen, aufgrund derer die Nichtzustimmung für den geförderten Krankenhausträger eine besonders schwere Härte darstellen würde, so z.B. bei infolge der Nichtzustimmung und daraus resultierender Zahlungs- oder Rückzahlungsverpflichtungen drohender Insolvenz. Ergänzend zu § 22 (Beginn der Förderung) regelt Absatz 2 Satz 2 im Falle der nachträglichen Zustimmung noch einmal gesondert den Beginn der Förderung.

Zu § 17: Förderung der Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten

Die Vorschrift entspricht gänzlich § 17 LKHG a.F. und konkretisiert die bundesgesetzlichen Rahmenvorgaben des § 9 Absatz 2 Nummer 2 KHG. Es wird insofern auf dessen Begründung Bezug genommen: Die Vorschrift entspricht

grundsätzlich § 10 AG-KHG, allerdings mit dem Unterschied, dass anstelle der Kreise und kreisfreien Städte 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 gänzlich § 18 LKHG a.F. und konkretisiert die bundesgesetzlichen Rahmenvorgaben des § 9 Absatz 2 Nummer 3 KHG. Es wird insofern auf dessen Begründung Bezug genommen: 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 LKHG a.F.).

Zu § 19: Förderung der mit Eigenmitteln beschafften Anlagegüter

Die Vorschrift entspricht § 19 LKHG a.F. und konkretisiert die bundesgesetzlichen Rahmenvorgaben des § 9 Absatz 2 Nummer 4 KHG.

Zu § 20: Pauschale Förderung

Die Vorschrift entspricht grundsätzlich § 20 LKHG a.F. und konkretisiert die bundesgesetzlichen Rahmenvorgaben nach § 9 Absatz 3 KHG. Sie wurde lediglich in ihrem Umfang erweitert und in einigen Punkten redaktionell angepasst.

Absatz 1 entspricht im Grundsatz der bisherigen Regelung zur pauschalen Förderung von Investitionen. Die jährlichen Pauschalbeträge werden für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei und bis zu 15 Jahren sowie für kleine bauliche Maßnahmen gewährt.

Zur Konkretisierung des Begriffs der kleinen baulichen Maßnahme wird eine Regelvermutung eingeführt. Betragen die Kosten einer baulichen Maßnahme weniger als 1 Million Euro ohne Umsatzsteuer, ist im Regelfall von einer kleinen baulichen Maßnahme auszugehen. Die Wertgrenze dient der typisierenden Abgrenzung zwischen den aus der pauschalen Förderung zu finanzierenden baulichen Maßnahmen und solchen Maßnahmen, die aufgrund ihrer Bedeutung oder ihres Umfangs einer gesonderten Förderentscheidung vorbehalten sind. Sie trägt zu einer einheitlichen und rechtssicheren Verwaltungspraxis bei und vereinfacht das Förderverfahren.

Die Regelvermutung ist widerleglich. Sie findet keine Anwendung, wenn die bauliche Maßnahme nach ihrer Art, ihrem Umfang oder ihrer Bedeutung - in Bezug auf den Krankenhausträger und dem ihm objektiv (mit Ansparmöglichkeit) zur Verfügung

stehenden pauschalen Fördermitteln nicht als kleine bauliche Maßnahme anzusehen ist. Dadurch wird sichergestellt, dass die Förderzuordnung nicht ausschließlich an die Höhe der Investitionskosten anknüpft, sondern in atypischen Fallgestaltungen die tatsächlichen Merkmale der Maßnahme berücksichtigt werden können. Insbesondere bauliche Maßnahmen, die trotz Unterschreitens der Wertgrenze aufgrund ihrer funktionalen oder strukturellen Auswirkungen über den Charakter einer kleinen baulichen Maßnahme hinausgehen, sind nicht der pauschalen Förderung zuzuordnen. Zugleich wird durch die Regelvermutung nicht ausgeschlossen, dass es sich bei Maßnahmen über 1 Million ohne Umsatzsteuer nicht ebenfalls um eine kleine bauliche Maßnahme handeln kann. Dies wird dann nur nicht mehr vermutet, sodass den Krankenhausträger im Rahmen des Verwendungsnachweises entsprechende Anforderungen treffen, dies zu belegen.

Absatz 1 Satz 4 entspricht § 20 Absatz 3 Satz 2 LKHG a.F.

In Absatz 2 wurde die feste Auszahlungsregelung zum 30. September eines jeden Jahres aufgehoben und durch eine vom Ministerium durch Rechtsverordnung vorzugebende Stichtagsregelung ersetzt. Hintergrund ist die Effektivierung des Verwaltungsverfahrens. Die Verordnungsermächtigung dazu findet sich nunmehr in § 39 Absatz 1 Nummer 5 (Verordnungsermächtigungen).

Absatz 3 wurde neu gefasst. Die Verordnungsermächtigung für die Bemessung der pauschalen Fördermittel findet sich nunmehr in § 39 Absatz 1 Nummer 6 (Verordnungsermächtigungen). Die Ausnahmeregelung aus Absatz 3 Satz 4 wurde nun als alleiniger Absatz 3 beibehalten.

Absatz 4 konkretisiert die Bemessungsaktoren, die als Grundlage für die Pauschalförderung herangezogen werden können und entspricht damit grundsätzlich § 20 Absatz 3 Satz 2 LKHG a.F. Die Bemessungsfaktoren orientieren sich an zentralen Indikatoren für Leistungsfähigkeit, Versorgungsauftrag und Strukturrelevanz von Krankenhäusern und wurden im Zuge der Krankenhausreform noch um die Bemessungsaktoren der Belegungstage, Leistungsgruppen und Tagesklinik-Plätze ergänzt. Die Mitteilungspflicht der Krankenhausträger stellt sicher, dass Bemessungsgrundlagen stets aktuell und valide sind. Die Nichtberücksichtigung rückwirkender Änderungen dient der Planungssicherheit sowie der Vermeidung von Rückabwicklungsaufwand und Rechtsunsicherheit.

Auch Absatz 5 wurde neu gefasst. Die dort zuvor befindliche Verordnungsermächtigung, im Einvernehmen mit dem Finanzministerium den Haushaltsansatz für die jährliche Pauschale Förderung entsprechend der durchschnittlichen Kostenentwicklung festzusetzen, befindet sich nun in § 39 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 (Verordnungsermächtigungen). Zudem hat die Festsetzung in einem regelmäßigen Turnus von zwei Jahren zu erfolgen.

Der neu gefasste Absatz 5 enthält die Regelung einer Ansparmöglichkeit für die Krankenhausträger durch die Möglichkeit Rückstellungen bis zum dreifachen

Jahresbetrag des aktuellen Bezugsjahres zu bilden. Damit soll es Krankenhäusern ermöglicht werden, kostenaufwändigere Anlagegüter und kleine bauliche Maßnahmen im Sinne von Absatz 1 anschaffen bzw. umsetzen zu können. Zugleich soll die Beschränkung sowie Minderung der pauschalen Fördermittel bei Überschreitung des möglichen Ansparbetrages einen Anreiz geben, die pauschalen Fördermittel auch tatsächlich vollumfänglich einzusetzen. Hintergrund sind die Erfahrungen der letzten Jahre, in denen wiederholt festgestellt wurde, dass pauschale Fördermittel angehäuft und gerade nicht zeitnah und zweckorientiert eingesetzt wurden. Dies entspricht nicht nur einer Zweckverfehlung, sondern steht auch im Widerspruch der seitens der Krankenhäuser kritisierten Unterfinanzierung mit Fördermitteln.

Eine Regelung zur Berechnung erfolgt aus dem Grunde, dass sich die Pauschalbeträge innerhalb der Ansparzeit ändern könnten und sich somit auch die Grenze des dreifachen Jahresbetrages verschiebt. Es soll stets der aktuellste Pauschalbetrag herangezogen werden.

Zu § 21: Förderung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben

Die Vorschrift konkretisiert die bundesgesetzlichen Rahmenvorgaben des § 9 Absatz 2 Nummer 5 und 6 KHG. 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 § 4 Absatz 5 geregelt (siehe Begründung von § 4 Absatz 5).

Gemäß Absatz 2 Satz 1 können die Fördermittel zur Schließung pauschaliert werden. Im Zuge der Anpassung an die Leistungsgruppensystematik und der Abschaffung der Planbetten wurden diese als Berechnungsfaktor herausgenommen und die Vorschrift hinsichtlich der möglichen Berechnungsgrundlage bewusst offen gelassen. Als Berechnungsgrundlage herangezogen können beispielsweise reduzierte Planbetten, Tagesklinik-Plätze, Fallzahlen, Ausbildungsplätzen, Intensivbetten, Belegungstage sowie Leistungsgruppen. § 21 Absatz 2 Satz 2 LKHG a.F. ist weggefallen, da die Pauschalsätze per Verordnung definiert werden. Die Verordnungsermächtigung aus Absatz 2 Satz 3 findet sich nunmehr in § 39 Absatz 1 Nummer 8 (Verordnungsermächtigungen).

Zusätzlich wurde Absatz 3 eingeführt, welcher den Krankenhausträger verpflichtet, die Kosten der Schließung unter Ausschöpfung der ihm zumutbaren Finanzierungsmöglichkeiten und soweit es ihm möglich ist selbst zu tragen. Im Gegensatz zur zweckgerichteten Investition in den Infrastrukturauf-, -aus- und -umbau im Interesse der bedarfsgerechten Versorgung hat die Schließungsförderung nicht nur den Zweck einer niedrigschwelligen Motivation zur Reduktion des Versorgungsangebotes, wenn dies sinnvoll erscheint, sondern dient auch einer sinnvollen und notwendigen, durch öffentliche Mittel zu unterstützenden Anpassungsleistung.

Aus Gründen der Klarstellung wurde zudem Absatz 4 aufgenommen. Schließungskosten sollen nur dann gefördert werden, wenn die Schließung eines Krankenhauses außerhalb eines Insolvenzverfahrens erfolgt. Es widerspräche den Grundsätzen des Haushaltsrechts und der Verwendung von Steuermitteln, wenn

Fördermittel im Rahmen eines Insolvenzverfahrens ausgezahlt würden und damit letztlich nur zur Masseerhöhung und folglich Befriedigung der Insolvenzgläubiger dienen würden.

Zu § 22: Beginn der Förderung

Die Vorschrift entspricht § 22 LKHG a.F.

Die Vorschrift wurde redaktionell angepasst. In der Gesetzesbegründung zum LKHG a.F. (Drucksache 19/2042) heißt es, die Vorschrift entspräche § 14 Abs.1 AG-KHG, welcher auch den Beginn der Förderung für die Nutzung von Anlagegütern (§ 9 AG-KHG) normierte. Ein solcher Verweis von § 22 LKHG a.F. (Beginn der Förderung) auf § 16 LKHG a.F. (Nutzung von Anlagegütern) findet sich hingegen nicht, sodass ein Beginn der Förderung für die Nutzung von Anlagegütern nicht normiert war.

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

Zu § 23: Sicherung der Fördermittel

Diese Vorschrift wurde gänzlich neu gefasst und soll in Zeiten erhöhter wirtschaftlicher Instabilität der Krankenhäuser dem Absicherungsbedürfnis der Investitionsmittel Rechnung tragen.

Absatz 1 greift in diesem Zusammenhang § 11 Absatz 3 LKHG a.F. auf, nämlich dass von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium vor Auszahlung von Fördermitteln sicherzustellen ist, dass für mögliche Rückforderungsansprüche in geeigneter Weise Sicherheiten gewährleistet sind. In der Praxis wird dies in der Regel durch Eintragung einer Grundschuld zu Gunsten des Landes gehandhabt. Dies sichert das Land jedoch nur in wirtschaftlicher Hinsicht ab und ist bei tatsächlicher Inanspruchnahme einer Grundschuld mit verhältnismäßig hohem Aufwand verbunden. Um der tatsächlichen Zielsetzung, nämlich der Zurverfügungstellung einer geförderten Immobilie für die Krankenhausversorgung, unabhängig einer wechselnden Eigentümerschaft, gerecht zu werden, sollen zudem Sicherheiten für die zweckentsprechende Verwendung der geförderten Immobilie verlangt werden können. Dies umfasst insbesondere die Eintragung von Grunddienstbarkeiten oder anderen dinglichen Nutzungsrechten.

Absatz 2 statuiert die Pflicht des Krankenhausträgers, empfangene Investitionsfördermittel auf einem gesondert dafür ausgewiesenen Treuhandkonto zu verwahren. Hintergrund dieser Vorschrift sind die bundes- sowie landesweit vermehrt auftretenden Insolvenzen der Krankenhäuser. Durch die Vorgaben dieser Vorschrift sowie der ausdrücklichen Normierung, dass die Fördermittel im Falle einer Insolvenz der Aussonderung unterliegen, soll vermieden werden, dass die durch Steuergelder

generierten Fördergelder der Befriedigung der Masseverbindlichkeiten im Rahmen einer Insolvenz zum Opfer fallen.

Absatz 3 statuiert eine Informationspflicht des Krankenhausträgers an das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium im Insolvenzfall.

In dem neu gefassten Absatz 4 wird klargestellt, dass der Krankenhausträger verpflichtet ist, das förderungsfähige Anlagevermögen in einem dem üblichen Geschäftsbetrieb entsprechenden Umfang gegen Risiken zu versichern. Ziel ist es, sicherzustellen, dass die durch öffentliche Mittel geförderten Investitionen nachhaltig gesichert und vor Verlusten oder Beschädigungen geschützt werden. Die Pflicht zur Versicherung ergibt sich zwar bereits teilweise aus allgemeinen zivil- und haftungsrechtlichen Grundsätzen, wird hier jedoch ausdrücklich normiert, um Rechtssicherheit zu schaffen und eine einheitliche Handhabung zu gewährleisten. Sie dient sowohl dem Schutz des Krankenhausträgers als auch des Landes als Fördermittelgeber, da im Schadensfall die Wiederherstellung des förderfähigen Anlagevermögens aus Versicherungsleistungen finanziert werden kann und somit eine erneute Inanspruchnahme von Fördermitteln vermieden wird.

Im Einklang mit § 12 Absatz 4 Satz 2 stellt Satz 2 auch für diesen Fall klar, dass bei Einzelförderungen ein Förderanspruch entfällt, soweit für dieselben Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden. Damit wird eine Doppelförderung ausgeschlossen und der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Verwendung öffentlicher Mittel gewahrt.

Satz 3 trifft die Regelung, dass der Krankenhausträger im Schadensfall so zu behandeln ist, als hätte er eine Versicherung abgeschlossen, auch wenn er seiner Versicherungspflicht tatsächlich nicht nachgekommen ist. Diese Regelung verhindert, dass ein pflichtwidriges Unterlassen der Versicherung zu einer Besserstellung des Krankenhausträgers führt oder das Land im Schadensfall mit zusätzlichen Fördermitteln belastet wird. Der Krankenhausträger trägt somit das Risiko des Nichtabschlusses einer Versicherung selbst. Die Vorschrift dient damit der Sicherung der mit Landesmitteln geförderten Krankenhausinvestitionen, der Vermeidung von Mitteleinsatz bei schadensbedingten Wiederbeschaffungen und letztlich auch der Gleichbehandlung aller Krankenhausträger im Rahmen der Investitionsförderung.

Zu § 24: Aufhebung von Fördermittelbescheiden

Die Vorschrift entspricht grundsätzlich § 24 LKHG a.F. Im Gegensatz zur Vorgängervorschrift wurde die Überschrift an den Inhalt der Norm angepasst.

Im Einklang mit der ständigen Rechtsprechung des BVerwG, nach welcher der Widerruf von Subventionsbewilligungen aufgrund der haushaltsrechtlichen Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit geboten ist (BVerwG, Urteil vom 16. Juni 1997 – 3 C 22/96 –, BVerwGE 105, 55-59) wurde die Aufhebung der Fördermittelbescheide als intendierte Ermessensvorschrift („soll“) statt als gebundene

Entscheidung formuliert. In Absatz 1 sind weiterhin, aber nunmehr enumerativ und an die veränderten Vorschriften angepasst, die Tatbestände aufgeführt, in denen Fördermittelbescheide ganz oder teilweise aufzuheben sind.

Zu Nummer 1:

Werden die Pflichten gemäß § 8 nicht oder nicht mehr erfüllt, entfällt die sachliche Rechtfertigung für gewährte Fördermittel. Die Aufhebung stellt sicher, dass Mittel nur solchen Krankenhäusern zugutekommen, die die planerischen und strukturellen Vorgaben erfüllen.

Zu Nummer 2:

Mit der Aufhebung des Feststellungsbescheides gemäß § 8 entfällt die planerische Grundlage für die Förderung. Die Aufhebung des Fördermittelbescheides ist daher zwingende Folge, um eine zweckwidrige Verwendung öffentlicher Mittel auszuschließen.

Zu Nummer 3 und Nummer 4:

Die Regelungen entsprechen grundsätzlich § 24 Satz 2 LKHG a.F. Eine zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel ist Kernelement der Investitionsförderung. Bei Verstößen gegen den Förderzweck oder gegen Nebenbestimmungen des Fördermittelbescheids ist eine Aufhebung erforderlich, um rechtswidrige Mittelverwendungen zu korrigieren und eine Rückführung von Haushaltsmitteln zu ermöglichen. Ebenso wie die nicht zweckentsprechende Mittelverwendung stellt auch der fehlende oder unzureichende Nachweis der Erfüllung des Förderzwecks oder der Nebenbestimmungen einen grundsätzlichen Verstoß der Förderung dar.

Zu Nummer 5:

Die Sicherungsübereignung geförderter Anlagegüter widerspricht der Zweckbindung und kann die Zugriffsmöglichkeiten des Landes im Rückforderungsfall beeinträchtigen. Die Aufhebung gewährleistet, dass geförderte Investitionen nicht zur Besicherung anderer Verpflichtungen eingesetzt werden.

Zu Nummer 6:

Die Einhaltung der vergaberechtlichen Vorgaben ist wesentliche Voraussetzung für wirtschaftliche Mittelverwendung (siehe § 12 Absatz 5). Verstöße gegen das Vergaberecht können zu Übertreibungen und Wettbewerbsverzerrungen führen und sind daher förderschädlich. Von einer Atypik des Falles und somit von einer Aufhebung des Fördermittelbescheids wäre dann auszugehen und abzugehen, wenn den Krankenhausträger hinsichtlich des vergaberechtlichen Verstoßes keinerlei Verschulden trifft.

Gemäß § 24 Absatz 1 Satz 3 ist zur Klage vor den Gerichten der Verwaltungsgerichtsbarkeit der durch den Aufhebungsbescheid möglicherweise in seinen Rechten verletzte Krankenhausträger befugt. Die gesetzliche Regelung stellt klar, dass die Klagebefugnis ausschließlich dem Krankenhausträger zusteht, da dieser

unmittelbar von der behördlichen Entscheidung betroffen ist. Rechtsbehelfe gegen einen Aufhebungsbescheid im Sinne des Absatzes 1 haben nach Satz 4 zudem keine aufschiebende Wirkung. Mit der Regelung macht der Landesgesetzgeber von der Ermächtigungsnorm des § 80 Abs. 2 Satz 1 Nummer 3 VwGO Gebrauch. Die Normierung dient der Verfahrensbeschleunigung, welche im Bereich der Krankenhausplanung und -investition, insbesondere aufgrund der besonderen Wichtigkeit der betroffenen Schutzgüter (namentlich: die medizinische Versorgung von Patienten), eine erhebliche Bedeutung hat. Zudem dient es der Harmonisierung der Verfahren, da auch die Aufhebung des Feststellungsbescheides gemäß § 8 keine aufschiebende Wirkung entfaltet. Durch die Regelung wird der Betroffene nicht rechtsschutzlos gestellt; ihm bleibt der Weg des einstweiligen Rechtsschutzes.

In Absatz 2 findet sich zudem nunmehr ein Ausnahmekatalog, welcher ebenfalls enumerativ die Tatbestände aufführt, in denen von der Aufhebung eines Fördermittelbescheides in begründeten Ausnahmefällen ganz oder teilweise abgesehen werden kann. Ziel ist es, besondere förderpolitische und krankenhaushausplanerische Konstellationen zu berücksichtigen, in denen eine starre Anwendung der Rückforderungsregeln dem öffentlichen Interesse zuwiderlaufen würde.

Zu Nummer 1:

Soweit der Verzicht Voraussetzung für die Inanspruchnahme übergeordneter Förderprogramme (beispielsweise beim Transformationsfonds nach in § 12b Absatz 3 Satz 5 KHG) oder von Mitteln anderer Kostenträger (beispielsweise der Beteiligung von Sozialleistungsträgern an der Schließung eines Krankenhauses nach § 15 Satz 4 KHG) ist, dient die Regelung der Sicherung ergänzender Finanzierungsquellen und damit mittelbar der Stärkung der Krankenhausversorgung im Land.

Zu Nummer 2:

Mit dem Wechsel des Krankenhausträgers eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses wird der die Aufnahme in den Krankenhausplan begründende, an den Krankenhausträger gerichtete Feststellungsbescheid kraft Gesetzes aufgehoben. Das hat zur Folge, dass auch die Förderbescheide aufzuheben wären und der Krankenhausträger zur Erstattung von Fördermitteln aufzufordern wäre. Dies würde jedoch nicht dem Sinn und Zweck der Vorschrift gerecht werden, welche vorsieht, dass Rechte und Pflichten dieses Gesetzes und aus den auf seiner Grundlage erlassenen Bescheiden auf den neuen Krankenhausträger übergehen. Ein dazwischen geschaltetes Erstattungsverfahren wäre überflüssig und würde diese Zielsetzung torpedieren sowie zusätzlich unnötigen Bürokratieaufwand erzeugen.

Zu Nummer 3:

Dieser Ausnahmetatbestand trägt dem Umstand Rechnung, dass sich Versorgungsstrukturen unter anderem im Zuge der Krankenhausstrukturreform oder auch des einfach gesellschaftlichen und demografischen Wandels ändern können und die vorhandenen Bedarfe an diese Änderungen anzupassen sind. Dem Krankenhausträger

wäre die Aufrechterhaltung aufgrund der veränderten äußeren Umstände nicht mehr zumutbar.

Zu Nummer 4:

Die Regelung trägt Fällen Rechnung, in denen ein Ausscheiden aus dem Krankenhausplan planerisch geboten ist und berücksichtigt den Umstand, dass es sich bei der Möglichkeit des Verzichts auf die Rückforderung von Fördermitteln auch um ein wirksames Instrument der Krankenhausplanung und Strukturentwicklung handeln kann. So soll der künstlichen Erhaltung von nicht (mehr) bedarfsnotwendigen Standorten oder Strukturen entgegengewirkt werden, an deren Erhalt grundsätzlich kein Interesse mehr besteht, die aber beispielsweise aufgrund eines gezahlten Sicherstellungszuschlages der Krankenkassen oder weil der Krankenhausträger sich die Erstattung der noch bestehenden Fördermittel - in Form von Restbuchwerten - nicht leisten kann. Solche künstlichen und für die Krankenhauslandschaft überflüssigen Erhaltungen sind aus dem übergeordneten Interesse an einer bedarfsgerechten Versorgungslandschaft zu vermeiden. Ein Rückforderungsverzicht kann insofern erforderlich sein, um strukturelle Anpassungen im Gesundheitswesen geordnet zu vollziehen und Fehlanreize zu vermeiden.

Zu Nummer 5:

Auch diese Ausnahme fußt auf dem Gedanken, dass Standorte nicht mehr benötigt werden und im Sinne der Krankenhausreform von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen oder andere zu Gesundheitszwecken dienende Einrichtungen umgewandelt werden. Dem Krankenhausträger wird der Anreiz gesetzt, dass er die bestehenden Restbuchwerte nicht in einem Zuge zurück zu zahlen hat, sondern diese aus der Überlassung (in der Regel Vermietung) der geförderten Einrichtung erzielten Nutzungsentgelte zu einem Teil abzahlt und zu einem anderen Teil seinen pauschalen Fördermitteln zuführt, solange die geförderte Einrichtung für Gesundheitszwecke genutzt wird. Für den Krankenhausträger besteht in diesem Szenario der Vorteil, die Rückzahlung der Fördermittel durch die Überlassung refinanzieren zu können. Da es sich um eine Ausnahme zur grundsätzlich zu erfolgenden Aufhebung des Fördermittelbescheides und Erstattung nach Maßgabe von Absatz 3 handelt, ist das Nutzungsentgelt solange an das Land zu entrichten, bis die ansonsten zu erstattenden Fördermittel erstattet sind.

Zu Nummer 6:

Diese regelt den Fall, dass ein Krankenhaus eine Leistungsgruppe für einen zuvor vom Land geförderten Bereich nicht erhält und aus diesem Grund die zuvor gewährten Fördermittel zu erstatten sind. Die Nichtzuweisung einer Leistungsgruppe muss zudem nicht zugleich im krankenhaushausplanerischen Interesse (siehe Nummer 4) liegen, sondern kann auch schlichtweg mangels Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen begründet sein. Der Ausnahmetatbestand wird durch das weitere Tatbestandsmerkmal eingegrenzt, dass die Nichtzuweisung nicht auf einem vom Krankenhausträger zu vertretenden Umstand beruhen darf. Damit wird dem

Krankenhausträger auferlegt und wiederum im Rahmen der Ermessensentscheidung berücksichtigt, dass der Krankenhausträger alles aus objektiver Sicht eines Dritten Erforderliche getan haben muss, um die gewollte Leistungsgruppe zugewiesen zu bekommen. Dies soll vermeiden, dass dem Krankenhausträger das Privileg der Nichtaufhebung des Fördermittelbescheides zu Gute kommt, indem er beispielsweise ganz einfach eine Leistungsgruppe schon nicht beantragt oder die Maßnahmen für die Einhaltung der entsprechenden Mindestvoraussetzungen (bspw. Stellenausschreibungen) nicht erfüllt. Zugleich wird dadurch dem restriktiven Charakter der Vorschrift Rechnung getragen.

Absatz 3 regelt die Erstattungspflicht der Fördermittel sowie dessen Umfang infolge der Aufhebung des Fördermittelbescheides. Die Minderung der Erstattungspflicht nach Satz 2 stellt sicher, dass nur der noch verbleibende Wert geförderter Anlagegüter an das Land zu erstatten ist, um eine Überkompensation zu vermeiden. Die Regelung in Satz 3 dient der Wahrung der Zweckbindung der eingesetzten Fördermittel sowie dem Grundsatz der sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung von öffentlichen Mitteln, denn die geförderten Anlagegüter werden dem Krankenhausträger nicht zur freien wirtschaftlichen Verfügung, sondern zur Erfüllung eines bestimmten – vom öffentlichen Interesse vorgegebenen – Zwecks zur Verfügung gestellt. Verwertet der Krankenhausträger die geförderten Anlagegüter erhält er durch die zweckwidrige oder nachträglich geänderte Nutzung einen Vorteil im Form eines Gewinns, der ohne die Förderung nicht möglich gewesen wäre. Dies soll durch die Abschöpfung vermieden werden. Ob dies auch für den Fall gilt, wenn das Anlagegut bereits abgeschrieben ist, wird bewusst nicht geregelt und unterliegt der Bewertung im Rahmen einer Einzelfallbetrachtung.

Zu § 25: Verwendungsnachweisprüfung

Diese Vorschrift entspricht, abgesehen von einigen Änderungen und Anpassungen, § 25 LKHG a.F.

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. Es wurden einige wenige Änderungen vorgenommen. Satz 2 greift die Verwaltungspraxis auf, dass Näheres im Bescheid geregelt wird (beispielsweise die Konkretisierung des Zeitpunktes zur Vorlage des Verwendungsnachweises pauschaler Fördermittel „jährlich“ aus Absatz 2). Zudem wurde der Gesetzesvorbehalt im letzten Satz gestrichen und findet sich nunmehr in § 40 wieder.

Bezugnehmend auf Absatz 1 enthält Absatz 2 weitere Vorgaben für den Nachweis der Verwendung pauschaler Fördermittel. Die Überprüfung stützt sich insoweit auf die Testate von Wirtschaftsprüferinnen und Wirtschaftsprüfern, welche die Krankenhäuser schon jetzt jährlich in Auftrag geben. Aus der Verpflichtung, diese auf eigene Kosten

beizubringen, folgt somit keine zusätzliche Belastung der Krankenhausträger. Zudem wurde eine Vorhalte- und Herausgabepflicht der Krankenhausträger aufgenommen.

Zu § 26: Aufnahmepflicht, Dienstbereitschaft und Notaufnahme

§ 26 entspricht im wesentlichen § 27 LKHG a.F.

§ 26 regelt die zentralen Anforderungen an die Aufnahme, Versorgung und Erreichbarkeit der Krankenhäuser sowie deren Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst. Die Vorschrift wurde neu strukturiert. In den ersten Absätzen werden allgemeine für alle Krankenhäuser geltende Regelungen aufgestellt. In den Folgeabsätzen werden spezifischere Bestimmungen für besondere Versorgungsformen oder -bereiche getroffen. Ziel der Umstrukturierung ist eine bessere Lesbarkeit, eine transparentere Normlogik und eine klare Abgrenzung von Grundpflichten und Spezialregelungen, ohne inhaltliche Veränderungen herbeizuführen.

Absatz 1 Satz 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 Patientinnen und Patienten, sondern auch eine Pflicht zu deren Versorgung. Im Rahmen seines Versorgungsauftrages ist das Krankenhaus also kontrahierungspflichtig. Es darf keine Patientinnen und Patienten, die der stationären Behandlung im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses bedürfen, ohne besonderen Grund (so z.B. bei Vollbelegung) abweisen. Absatz 1 Satz 2 trägt den Entwicklungen im Transplantationsgesetz und dem Umstand Rechnung, dass dem in Deutschland herrschenden Mangel an transplantationsfähigen Organen nach Möglichkeit begegnet werden soll.

Absatz 2 regelt eine öffentlich-rechtliche Pflicht zur Aufnahme und Versorgung, insbesondere von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Es soll auf Führungsebene sichergestellt werden, dass Menschen in einer akuten gesundheitlichen Notlage unabhängig von der einem Krankenhaus zur Verfügung stehenden Belegungskapazität zunächst versorgt werden. Wegen der besonderen Bedeutung der betroffenen Rechtsgüter kann die Nichteinhaltung dieser Verpflichtung zudem als Ordnungswidrigkeit geahndet werden. Bei Überbelegung trifft das Krankenhaus eine Pflicht zur einstweiligen Aufnahme der Patientinnen und Patienten in seinen Verantwortungsbereich. Dies trägt insbesondere den Erfordernissen des Rettungsdienstes Rechnung. 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 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, dass bei Patiententransporten zur Verlegung zwischen Krankenhäusern grundsätzlich das abgebende Krankenhaus die ärztliche Betreuung sicherzustellen hat. 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 stellt ausdrücklich klar, dass Notfallpatientinnen und Notfallpatienten vorrangig behandelt werden müssen. Diese Priorisierung umfasst nicht nur die allgemeine Versorgung von Notfällen, sondern auch die vorrangige Behandlung im Vergleich zu elektiven Eingriffen. Elektive Eingriffe, die in der Regel planbar sind und keine unmittelbare Lebensgefahr für die betroffenen Patienten darstellen, treten hinter die Versorgung von Notfallpatienten zurück. Dies dient der Gewährleistung, dass akute gesundheitliche Notfälle ohne Verzögerung behandelt werden, um gesundheitliche Schäden oder gar den Verlust von Leben zu verhindern. Der Gesetzgeber verfolgt mit dieser Regelung die Zielsetzung, die Notfallversorgung auch in Zeiten erhöhter Auslastung der Krankenhauskapazitäten sicherzustellen. Sollte die Notaufnahme aufgrund einer hohen Zahl von Notfallpatienten oder einer erhöhten Inanspruchnahme der Notfallversorgung überlastet sein, muss das Krankenhaus die elektiven, also nicht dringlichen Eingriffe zurückstellen oder reduzieren. Diese Maßnahme ist notwendig, um die verfügbaren Ressourcen – sowohl personelle als auch infrastrukturelle – auf die unmittelbare Versorgung der Notfallpatienten zu fokussieren und eine Überlastung der Notfallversorgung zu verhindern.

Absatz 4 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. Absatz 3 Satz 3 stellt sicher, dass die erforderliche Versorgung und Aufnahme von Patientinnen und Patienten auch tatsächlich erfolgt. Absatz 3 Satz 4 legt fest, dass Näheres zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit im Rahmen der Nutzung der Datenbank durch die Beteiligten im Rahmen einer Vereinbarung zu treffen ist. Die Vorschrift greift die gelebte Praxis auf und schafft einen rechtssicheren Rahmen. Absatz 3 Satz 5 ermöglicht es erstmalig, dass auch andere Bundesländer an den Behandlungskapazitätennachweis angeschlossen werden können. Da Gesundheitsdaten einen besonders sensiblen Lebensbereich tangieren, steht die Erweiterung des Systemanwenderkreises unter dem Vorbehalt der Einhaltung landesdatenschutzrechtlicher Bestimmungen. Um

diesem und der engen Verzahnung mit dem SHRDG gerecht zu werden, befindet sich parallel mit diesem Gesetzentwurf und dem zum SHRDG eine Landesverordnung zur Datenverarbeitung nach dem Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetz (DatenVO-SHRDG) in Erarbeitung.

Absatz 3 Satz 6 stellt sicher, dass die Rechte und Pflichten der Beteiligten jederzeit rechtssicher festgelegt sind und kein rechtsfreier Raum entsteht. Vorrangig ist jedoch auf eine Vereinbarung der Beteiligten zurückzugreifen.

Absatz 5 hat klarstellende Funktion, da sich die grundsätzliche Aufnahmepflicht bereits aus Absatz 1 ergibt. Sofern es sich um ein psychiatrisches Krankenhaus oder um ein Krankenhaus mit psychiatrischer Abteilung der psychiatrischen 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 (Gerichtliche Anordnung oder Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen nach § 1831 BGB oder § 7 PsychHG). Bei Komorbidität von psychischer und somatischer Erkrankung muss jeweils die konsiliardienstliche Versorgung sichergestellt werden. Der jeweils höhere Krankheitsgrad ist vorrangig zu versorgen.

Absatz 6 soll sicherstellen, dass allein medizinische Erwägungen maßgeblich für die Versorgung von Patientinnen und 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 eingeschränkt oder entzogen werden.

Zu § 27: Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf

§ 27 entspricht § 28 LKHG a.F.

Absatz 1 enthält, wie die Landeskrankenhausgesetze zahlreicher anderer Länder, besondere Vorgaben zur Betreuung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen. Hierzu zählen insbesondere Kinder und Jugendliche, Patientinnen und Patienten mit Behinderung, Menschen mit Demenz sowie sterbende Patientinnen und Patienten; erfasst werden jedoch auch andere Personen, bei denen ein vergleichbarer Betreuungsbedarf besteht.

Der Begriff des „Kindes“ orientiert sich, entsprechend der besonderen Schutzbedürftigkeit, 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). Ein Kind im Sinne dieser Vorschrift ist demnach eine Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Zu den Patientinnen und Patienten mit

Behinderung zählen auch solche mit kognitiven Einschränkungen, sofern eine anerkannte Behinderung vorliegt.

Der Begriff der „sterbenden Patientinnen und Patienten“ umfasst Personen, bei denen nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Krankenhausärztin oder des behandelnden Krankenhausarztes eine weit überwiegende Wahrscheinlichkeit besteht, dass der Tod im Krankenhaus eintreten wird oder dass die Entlassung lediglich dem Zweck dient, den unmittelbar bevorstehenden Tod an einem anderen Ort zu erwarten.

Art, Umfang und Intensität der Betreuungsanpassungen und der Gestaltung der Besuchszeiten richten sich nach dem individuellen Bedarf der Betroffenen; die Krankenhäuser haben insoweit eine flexible, am Patientenwohl orientierte Handhabung sicherzustellen.

Absatz 2 konkretisiert den Anspruch auf Mitaufnahme einer Begleitperson. Er knüpft an § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 Krankenhausentgeltgesetz an, wonach die aus medizinischen Gründen erforderliche Mitaufnahme einer Begleitperson oder einer Pflegekraft Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen ist. Entsprechend spiegelt § 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) den leistungsrechtlichen Anspruch der gesetzlich Versicherten wider, der ebenfalls die medizinisch notwendige Mitaufnahme umfasst. Über die medizinisch notwendige Mitaufnahme hinaus verlangt Absatz 2 Satz 4, wiederum unter dem Vorbehalt der Nichtbeeinträchtigung der Versorgung anderer Patientinnen und Patienten, die Mitaufnahme einer Begleitperson bei

1. Kindern,
 2. sterbenden Patientinnen und Patienten,
 3. Patientinnen und Patienten mit Behinderung sowie
 4. Menschen mit Demenz,
- sofern die verantwortliche Krankenhausärztin oder der verantwortliche Krankenhausarzt dies in den Fällen der Nummern 3 und 4 aufgrund der Art und Schwere der Behinderung oder Demenz befürwortet.

Da in diesen Fällen – anders als bei der medizinisch notwendigen Mitaufnahme – keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 11 Absatz 3 SGB V besteht, ist das Krankenhaus gemäß Absatz 3 verpflichtet, hierauf vorab hinzuweisen. Unbeschadet dessen ergibt sich aus § 630c Absatz 3 BGB regelmäßig die Pflicht zur schriftlichen Information über die voraussichtlich entstehenden Kosten in Textform.

Absatz 3 stellt klar, dass das Krankenhaus die Patientin oder den Patienten rechtzeitig darauf hinzuweisen hat, wenn keine gesetzliche Pflicht eines Kostenträgers zur Übernahme der Kosten der Mitaufnahme besteht. Die Hinweispflicht umfasst insbesondere Fälle, in denen die Mitaufnahme zwar vom Krankenhaus zu ermöglichen, jedoch nicht medizinisch zwingend geboten ist. Sie dient der Transparenz und der Vermeidung späterer Kostenstreitigkeiten.

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 Patientinnen und 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 § 28: Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

§ 28 entspricht § 29 LKHG a.F.

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 § 29: Krankenhausalarmplanung

Mit der Einführung von § 29 wird die Vorbereitung und Reaktion von Krankenhäusern auf Schadens- und Katastrophenereignisse gesetzlich geregelt. Die Vorschrift stellt sicher, dass Krankenhäuser im Falle von Notlagen, sowohl externen als auch internen, adäquat reagieren können, indem sie Alarm- und Einsatzpläne erstellen und regelmäßig üben. Ziel ist es, den Krankenhäusern klare Vorgaben zur Notfallvorsorge zu geben, dabei aber auch den regionalen und individuellen Bedürfnissen der Einrichtungen gerecht zu werden. Darüber hinaus werden Maßnahmen zur Pandemievorsorge nach den Erfahrungen der Corona-Pandemie eingeführt, die den Krankenhäusern helfen sollen, sich auch auf zukünftige gesundheitliche Notstände vorzubereiten.

In Absatz 1 wird die allgemeine Verpflichtung der Krankenhäuser zur Vorbereitung auf Schadenslagen und Katastrophen geregelt. Die Krankenhäuser müssen sich unter Berücksichtigung ihrer Größe und ihres Versorgungsauftrags auf interne und externe

Schadensereignisse vorbereiten. Diese Vorbereitung erfolgt durch das Aufstellen und Fortschreiben von Alarm- und Einsatzplänen. Hierbei wird auf die Regelungen des Landeskatastrophenschutzgesetzes (LKatSG) verwiesen, das bereits in § 22 die wesentlichen Pflichten der Krankenhäuser zur Katastrophen- und Schadenslagenbewältigung festlegt. Absatz 1 Satz 2 stellt klar, dass die Alarm- und Einsatzpläne mit dem zuständigen Träger des Rettungsdienstes abgestimmt werden müssen. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass diese Pläne nach jeder Fortschreibung unverzüglich dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium vorzulegen sind, um eine kontinuierliche Anpassung an die sich verändernden Bedingungen sicherzustellen.

Absatz 2 verpflichtet die Krankenhausleitungen, für die Koordinierung der Katastrophenschutzmaßnahmen und zur Bewältigung eines Massenansturms von Verletzten und Erkrankten eine Einsatzleitung einzurichten. Zusätzlich müssen die Krankenhäuser eine Beauftragte oder einen Beauftragten für den Brandschutz benennen. Diese Maßnahmen sollen sicherstellen, dass die Krankenhäuser im Falle eines Katastrophenereignisses schnell und effizient reagieren können, und die Verantwortung für den Brandschutz in der Einrichtung jederzeit gewährleistet ist.

Absatz 3 regelt die Durchführung von Alarmübungen. Krankenhäuser sind verpflichtet, regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Alarmübungen zur Überprüfung der Alarm- und Einsatzpläne durchzuführen. Diese Übungen müssen in eigener Verantwortung des Krankenhauses stattfinden. Absatz 3 Satz 1 stellt sicher, dass die Krankenhäuser das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium vorab über die geplante Krankenhausalarmübung informieren und schriftlich über die wesentlichen Ergebnisse berichten. Absatz 3 Satz 2 ermöglicht es den Krankenhäusern, diese Übungen mit anderen Katastrophenschutzübungen gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des LKatSG oder nach § 9 Absatz 3 der Landesverordnung zur Durchführung des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes zu verbinden, was den Verwaltungsaufwand reduziert und eine umfassendere Vorbereitung sicherstellt.

In Absatz 4 wird geregelt, dass, soweit nichts anderes bestimmt ist, die Krankenhausträger die sich aus der Erfüllung dieser Aufgaben ergebenden Kosten selbst tragen. Diese Regelung berücksichtigt, dass die Kosten für die Krankenhausalarmübungen in der Regel als Infrastrukturkosten in den Diagnosis Related Groups (DRGs) abgebildet werden.

Absatz 5 nimmt Bezug auf die Pandemievorbereitung und verpflichtet die Krankenhäuser, sich für den Fall einer Pandemie oder einer vergleichbaren gesundheitlichen Lage vorzubereiten. Diese Vorbereitung muss durch das Erstellen und Fortschreiben von Pandemieplänen sowie die Vorhaltung von ausreichend persönlicher Schutzausrüstung gemäß dem Versorgungsauftrag der jeweiligen Einrichtung erfolgen. Die Vorschrift greift insbesondere die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie auf und stellt sicher, dass die Krankenhäuser auch für künftige Krisen wie Pandemien oder ähnliche gesundheitliche Notlagen gerüstet sind. Dieser

Absatz ist insbesondere zur Sicherstellung einer ausreichenden Ausstattung mit Schutzausrüstung sowie der Schaffung der notwendigen organisatorischen Strukturen zur Bewältigung solcher Krisen von zentraler Bedeutung. Absatz 5 a.F., der ebenfalls auf die Pandemievorbereitung Bezug nahm, wurde nicht in diese Vorschrift übernommen, sondern in die Verordnungsermächtigung des § 39 verschoben.

Zu § 30: Sozialdienst, Krankenhausseelsorge und ehrenamtliche Hilfe

§ 30 entspricht § 31 LKHG a.F.

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 Information 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. Im Gegensatz zur Vorgängervorschrift tritt neu eine Abstimmungspflicht mit dem Rettungsdienst hinzu. Der Zusatz soll sicherstellen, dass eine sektorübergreifende Kooperation sichergestellt ist.

Die Absätze 4 und 5 betreffen die Krankenhausseelsorge 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 der Patientin oder des Patienten tätig werden dürfen. Diese Regelung dient der Wahrung des Selbstbestimmungsrechts als Ausfluss der Würde der Patientin oder 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 § 31: Sonstige Pflichten

§ 31 entspricht weit überwiegend § 32 LKHG a.F..

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 entspricht der bisherigen Regelung und legt 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 2 Satz 3 regelt, dass Sekundärtransporte bei der Koordinierungsstelle für Sekundärtransporte Schleswig-Holstein anzufordern sind und die Vorschriften des SHRDG entsprechend gelten. Die gesetzliche Anpassung dient der Sicherstellung einer landeseinheitlichen und medizinisch begründeten Disposition von Sekundärtransporten. Durch die zentrale Anforderung wird effiziente Ressourcensteuerung im landesweiten Rettungsdienst gewährleistet. Hierdurch können Doppelbelegungen, Wartezeiten sowie Versorgungsengpässe im Bereich der interklinischen Verlegungen reduziert werden. Die Einbeziehung der Vorschriften des SHRDG trägt zudem zur Integration der Sekundärtransporte in das bestehende öffentlich-rechtliche Rettungsdienstgefüge bei. Die Regelung schafft damit Rechtsklarheit hinsichtlich Zuständigkeiten, Verfahren und Verantwortlichkeiten und dient der Erhöhung der Patientensicherheit.

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.

Absatz 5 regelt die Verantwortung der Krankenhäuser im Hinblick auf die Bekämpfung nosokomialer Infektionen. Mit der Regelung wird ein klarer Handlungsrahmen für die Sicherstellung der Patientensicherheit geschaffen. Nosokomiale Infektionen, also Infektionen, die in einem Krankenhaus oder während eines Aufenthalts in einer medizinischen Einrichtung auftreten, stellen ein erhebliches Risiko für Patientinnen und Patienten dar. Dementsprechend ist es von entscheidender Bedeutung, dass Krankenhäuser proaktive Maßnahmen ergreifen, um diese Infektionen zu verhindern. Die Verpflichtung, alle Maßnahmen entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft zu treffen, stellt sicher, dass die Krankenhäuser auf die neuesten Erkenntnisse und Technologien zurückgreifen. Dies ist entscheidend, da sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Empfehlungen zur Infektionsprävention kontinuierlich weiterentwickeln.

Zu § 32: Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfung

Die Vorschrift entspricht im Grunde § 33 LKHG a.F.

§ 33 Absatz 2 LKHG a.F. wurde aus redaktionellen Gründen in § 25 Absatz 2 zusammengefasst.

Zu § 33: Betriebsleitung, ärztlicher, psychotherapeutischer und pflegerischer Dienst

§ 33 entspricht § 34 LKHG a.F.

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.

Absatz 4 greift die Vorgaben des Artikels 137 Absatz 3 Satz 1 der Weimarer Reichsverfassung auf, der nach Artikel 140 Grundgesetz (GG) 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 gilt insbesondere für die Regelungen zur Betriebsleitung; sie haben in eigener Zuständigkeit ihre Binnenstruktur zu regeln.

Zu § 34: Apothekerinnen oder Apotheker als Beratungspersonen im Krankenhaus

Die Arzneimitteltherapie ist weltweit die am häufigsten eingesetzte ärztliche Therapieform und trägt wesentlich zum Erfolg medizinischer Behandlungen bei. Neben der beabsichtigten Wirkung birgt die Arzneimitteltherapie auch Risiken in Form von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW). Diese Nebenwirkungen führen jedes Jahr zu erheblichen Belastungen sowohl für die betroffenen Patientinnen und Patienten als auch für das gesamte Gesundheitssystem in Deutschland.

Ein Großteil dieser Zwischenfälle könnte durch gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) - insbesondere durch strukturierte Medikationsanalysen durch Klinische Apotheker - vermieden werden. Das Ziel ist daher, die AMTS durch die verbindliche Einführung von Apothekerinnen oder Apothekern als Beratungspersonen im Krankenhaus nachhaltig zu stärken und durch klare rechtliche Rahmenbedingungen eine spürbare Reduktion vermeidbarer Arzneimittelrisiken zu erzielen.

Absatz 1 Satz 1 nimmt einleitend eine Legaldefinition vor und bestimmt grundlegend, dass der Krankenhausträger die Verfügbarkeit von Apothekerinnen oder Apothekern als Beratungspersonen im Krankenhaus sicherzustellen hat. Bewusst verzichtet wurde auf eine nähere Ausdifferenzierung des Tatbestands. Aufgrund der heterogenen Krankenhauslandschaft soll vor Ort unter Berücksichtigung der individuellen Krankenhausstruktur entschieden werden, in welcher Form eine Hinzuziehung möglich gemacht werden kann. Nicht verlangt ist, dass in jeder Fachabteilung oder am Krankenhausstandort Apothekerinnen oder Apothekern als Beratungspersonen im Krankenhaus angestellt sein müssen. Der gesetzliche Normbefehl kann beispielhaft auch über telemedizinische Kooperationen erfüllt werden.

Absatz 1 Satz 2 beschreibt die Kernaufgaben von Apothekerinnen oder Apothekern als Beratungspersonen im Krankenhaus. Der Regelkatalog in Satz 3 nimmt eine nähere Konkretisierung des Aufgabenbereichs vor. Durch das Tatbestandsmerkmal „insbesondere“ wird verdeutlicht, dass der Katalog nicht abschließend ist, sondern weitere Aufgabenbereiche hinzutreten können. Der Tatbestand bietet hierdurch die notwendige Flexibilität in der Rechtsanwendung.

Absatz 2 dient der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Beratungsexpertise. Zur Durchführung klinisch-pharmazeutischer Tätigkeiten sind daher ausschließlich approbierte Apothekerinnen und Apotheker berechtigt. Diese müssen eine Weiterbildung zum Fachapotheker für Klinische Pharmazie oder

Medikationsmanagement im Krankenhaus absolviert haben. Da für den Beratungserfolg neben der fachlichen Expertise besonders auch die strukturelle und organisatorische Erfahrung hinsichtlich der spezifischen Krankenhausstruktur von gesteigerter Relevanz ist, soll es vor allem hausinternen approbierten Apothekerinnen und Apotheker offenstehen eine neue Funktion anzutreten, wenn mit Übernahme der Stelle die Weiterbildung bereits begonnen worden ist.

Zu § 35: Krankenhausaufsicht und Befugnisse

§ 35 entspricht § 41 LKHG a.F.

Mit der Vorschrift wird eine umfassende Krankenhausaufsicht für das Land Schleswig-Holstein eingeführt. Diese ist als reine Rechtsaufsicht gestaltet. Der Krankenhausträger bleibt also in seinen Entscheidungen frei. Im Rahmen dieser Rechtsaufsicht obliegt der Aufsichtsbehörde unter Opportunitätsgesichtspunkten die Entscheidung, ob und gegebenenfalls wie sie einschreiten will. Demgemäß ist mit der Rechtsaufsicht keine grundsätzliche Pflicht zum Einschreiten bei Gesetzesverstößen verbunden. Die Rechtsaufsicht unterscheidet sich dabei grundlegend von der Fachaufsicht. Während die Rechtsaufsicht lediglich die Einhaltung der geltenden Gesetze und Vorschriften kontrolliert, umfasst die Fachaufsicht zusätzlich die Überprüfung der Zweckmäßigkeit und Effizienz des Verwaltungshandelns. Die Fachaufsicht erlaubt es der Aufsichtsbehörde, Weisungen zu erteilen, die auch inhaltliche oder methodische Vorgaben enthalten können. Im Gegensatz dazu greift die Rechtsaufsicht nicht in die inhaltliche Gestaltung der Entscheidungen ein, sondern beschränkt sich auf die Sicherstellung der Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandelns.

Absatz 2 Satz 1 stellt klar, dass sich die Rechtsaufsicht ausschließlich auf die Beachtung der für die in Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden Vorschriften dieses Gesetzes erstreckt. Die Regelung dient der eindeutigen Abgrenzung der landesrechtlichen Aufsichtsbefugnisse und verdeutlicht, dass die Rechtsaufsicht nach dem Landeskrankenhausgesetz kein allgemeines Kontroll- oder Verfolgungsinstrument darstellt. Die Aufsicht des Landes ist demnach auf die Prüfung beschränkt, ob Krankenhausträger und Einrichtungen die ihnen nach dem Landeskrankenhausgesetz obliegenden Pflichten erfüllen. Darüberhinausgehende Rechtsverstöße, die außerhalb dieses spezifischen Rechtsrahmens liegen, können nicht mit rechtsaufsichtlichen Mitteln verfolgt werden. Die Rechtsaufsicht ist insbesondere keine übergeordnete Verfolgungsbehörde, die Verstöße in anderen Rechtskreisen sanktionieren oder allgemeine Rechtsdurchsetzung betreiben könnte. Etwaige Rechtsverletzungen sind daher von den jeweils zuständigen Stellen zu verfolgen bzw. von den betroffenen Personen in dem hierfür vorgesehenen Rechtsweg geltend zu machen. Ärztliche Berufsrechtsverstöße sind im Verfahren vor den Ärztekammern, strafrechtliche Sachverhalte bei den Staatsanwaltschaften und zivilrechtliche Ansprüche vor den ordentlichen Gerichten durchzusetzen. Damit wird gewährleistet, dass Rechtsverletzungen im jeweils einschlägigen Rechtskreis mit den dafür vorgesehenen Instrumenten verfolgt werden, während die Landesrechtsaufsicht sich auf ihren gesetzlich zugewiesenen Prüfungsbereich beschränkt. Die Vorschrift

trägt somit zur Rechtsklarheit und Kompetenzabgrenzung zwischen der krankenhausrechtlichen Aufsicht und anderen staatlichen oder berufsrechtlichen Kontrollmechanismen bei. Mit Absatz 2 Satz 2 wird den Vorgaben des Artikel 28 Absatz 2 Satz 1 GG entsprochen.

Damit die Aufsichtsbehörde prüfen kann, ob und gegebenenfalls wie sie einschreitet, sind die Krankenhäuser gemäß Absatz 3 und die mit ihnen verbundenen Einrichtungen verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen sowie den Beauftragten der Aufsichtsbehörden Zutritt zu gewähren. Die Verletzung dieser Pflichten kann als Ordnungswidrigkeit geahndet werden.

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 Satz 1 sieht vor, dass bei wiederholten oder erheblichen Verstößen gegen Vorschriften dieses Gesetzes, insbesondere auch bei Nichteinhaltung des Krankenhausversorgungsauftrages in dem im Feststellungsbescheid genannten Umfang, der Feststellungsbescheid, der die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan begründet, ganz oder teilweise aufgehoben werden kann. 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, insbesondere aber auch in der Nichteinhaltung des Versorgungsauftrages, wie er im Feststellungsbescheid für das Krankenhaus konkretisiert worden ist, liegen. Absatz 5 Satz 2 regelt, dass die Kreise und kreisfreien Städte in das rechtsaufsichtliche Verfahren angemessen mit einzubeziehen sind. Die Vorschrift soll sicherstellen, dass die politischen Entscheidungsträger vor Ort am Verfahren partizipieren können. Absatz 5 Satz 3 verweist auf den § 9 Absatz 2, um eine einheitliche Rechtsanwendungspraxis bei der teilweisen oder vollständigen Aufhebung eines Planaufnahmebescheides sicherzustellen.

Zu § 36: Zuständigkeiten

§ 36 entspricht § 42 LKHG a.F.

Die Rechtsaufsicht nach den Vorschriften dieses Gesetzes obliegt grundsätzlich dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium. § 36 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 sachnächsten Ministerium zu und setzt damit nur die bisher als Trägersaufsicht ausgeübte Rechtsaufsicht fort. Mit der gewählten Formulierung soll insbesondere dem § 82 Absatz 4 HSG, der die Aufsicht über die Kliniken dem für die Wissenschaft zuständigen Ministerium zuweist, Rechnung getragen werden.

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 § 37: Ordnungswidrigkeiten

§ 37 entspricht in seiner Zielrichtung § 43 LKHG a. F., wird jedoch an die Systematik und Terminologie des novellierten Gesetzes angepasst. Die Vorschrift enthält einen abschließenden Katalog von Pflichtverstößen, die mit einer Geldbuße geahndet werden können. Die Einführung und Konkretisierung von Ordnungswidrigkeitentatbeständen dient dem Zweck, die Einhaltung der zentralen gesetzlichen Pflichten durch die Krankenhausträger sicherzustellen. Es ist davon auszugehen, dass die Möglichkeit der bußgeldrechtlichen Ahndung – auch in Form erheblicher Geldbußen gemäß Absatz 2 – zu einer erhöhten Beachtung der gesetzlichen Anforderungen führen wird.

Absatz 1 enthält eine enumerative abschließende Auflistung der bußgeldbewehrten Pflichtverstöße. Die einzelnen Tatbestände betreffen solche Pflichten, deren Verletzung geeignet ist, die Funktionsfähigkeit, Transparenz oder Sicherheit des Krankenhausbetriebs in erheblichem Maße zu beeinträchtigen. Die Bußgeldbewehrung dient der effektiven Durchsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben. Die Begründung zu den einzelnen Nummern lautet wie folgt:

Zu Nummer 1: Die Pflicht zur Mitteilung einer jederzeit erreichbaren zentralen elektronischen Funktionspostfachadresse oder telefonischen Rufnummer ist für die Aufrechterhaltung der behördlichen Kommunikations- und Krisenreaktionsfähigkeit essenziell. Eine fehlende oder nicht erreichbare Kontaktstelle kann die Umsetzung aufsichtsrechtlicher Maßnahmen sowie die Krisenkommunikation erheblich beeinträchtigen. Die Bußgeldbewehrung trägt der hohen praktischen Relevanz dieser Pflicht Rechnung.

Zu Nummer 2: Die Pflicht zur Auskunftserteilung gegenüber der Aufsichtsbehörde nach § 6 Absatz 4 ist Grundlage einer effektiven Rechtsaufsicht. Die Verweigerung oder Verzögerung von Auskünften beeinträchtigt die Aufklärung möglicher

Pflichtverstöße und unterläuft die gesetzliche Kontrollfunktion. Die Bußgeldbewehrung stellt sicher, dass Krankenhausträger ihren Mitwirkungspflichten nachkommen.

Zu Nummer 3: Der unverzügliche Nachweis der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der bewilligten Fördermittel unterliegt hohen Anforderungen, da es sich um den Einsatz öffentlicher Gelder handelt. Ein unzureichender oder verspäteter Verwendungsnachweis kann zu erheblichen haushaltsrechtlichen Risiken führen. Die Bußgeldbewehrung soll die ordnungsgemäße Mittelverwendung nach Abschluss der geförderten Maßnahme sicherstellen.

Zu Nummer 4: Die Verpflichtung zur Gewährleistung der Dienst- und Aufnahmebereitschaft bildet einen zentralen Bestandteil der Sicherstellung des Krankenhausbetriebs. Verstöße gegen § 26 Absatz 2 können die Versorgungssicherheit unmittelbar gefährden. Eine bußgeldrechtliche Sanktionierung ist daher geboten.

Zu Nummer 5: Die Einstellung der erforderlichen Daten in die Datenbank nach § 26 Absatz 3 Satz 2 ist Grundlage einer zeitaktuellen Übersicht über die Versorgungs- und Betriebslage der Krankenhäuser. Eine fehlende oder verspätete Datenübermittlung beeinträchtigt die Steuerungsfähigkeit des Landes sowie die intersektorale Zusammenarbeit. Die Bußgeldbewehrung soll die Datenqualität und Aktualität sicherstellen.

Zu Nummer 6: Die regelmäßige Durchführung von Alarmübungen nach § 29 Absatz 3 Satz 1 ist zentraler Bestandteil der Krankenhausalarmplanung. Werden diese Übungen nicht mindestens alle drei Jahre durchgeführt, kann dies die Krisenreaktionsfähigkeit erheblich beeinträchtigen. Die Bußgeldbewehrung stellt sicher, dass Krankenhäuser ihre Notfallstrukturen im gesetzlich vorgeschriebenen Umfang überprüfen und fortentwickeln.

Zu Nummer 7: Die Pflicht, das Ministerium über die Durchführung einer Alarmübung vorab zu informieren und nach Abschluss über die wesentlichen Ergebnisse schriftlich zu berichten, gewährleistet Transparenz gegenüber der Aufsichtsbehörde und ermöglicht die Bewertung der Notfall- und Alarmorganisation. Eine Nichtbeachtung würde die Qualitätssicherung im Bereich der Gefahrenabwehr erheblich schwächen.

Zu Nummer 8: Die Mitwirkungspflichten nach § 35 Absatz 3 – insbesondere Auskunftserteilung, Vorlage von Unterlagen und Gewährung des Zutritts – sind Grundlage der funktionsfähigen Rechtsaufsicht. Eine Verweigerung dieser Mitwirkung kann die Überwachung der gesetzlichen Anforderungen vollständig verhindern und ist daher als Ordnungswidrigkeit ausgestaltet.

Absatz 2 bestimmt, dass Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 mit einer Geldbuße von bis zu 500.000 Euro geahndet werden können. Die Festsetzung erfolgt im pflichtgemäßen Ermessen unter Berücksichtigung der Bedeutung der verletzten Pflicht und des Ausmaßes der konkreten Gefährdungslage. Eine Geldbuße in Höhe des

Höchstbetrages kommt insbesondere in Betracht, wenn ein Verstoß eine erhebliche Gefährdung der Versorgungssicherheit zur Folge hat und der Pflichtverstoß der Leiterin oder dem Leiter des Krankenhauses in gravierendem Maße anzulasten ist.

Absatz 3 weist die Zuständigkeit für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium zu. Diese Zuständigkeitskonzentration gewährleistet eine einheitliche Anwendung des Ordnungswidrigkeitenrechts im Bereich des Krankenhausgesetzes und trägt damit zu einer kohärenten und effizienten Aufsichtspraxis bei.

Zu § 38: Experimentierklausel

Die Vorschrift entspricht grundsätzlich § 44 LKHG a.F.

Die ohnehin nicht abschließende Aufzählung in § 44 LKHG a.F. wird aus Gründen der Klarstellung um die Fallgruppe „Umsetzung baulicher und konzeptioneller Pilotprojekte“ ergänzt. Aufgrund der herausgehobenen Stellung der Experimentierklausel ist von einer Integration in den § 39 (Verordnungsermächtigung) Abstand genommen worden.

Zu § 39: Verordnungsermächtigungen

Im Gegensatz zum LKHG a.F. enthält das Gesetz nunmehr, unter anderem aus Gründen der besseren Übersicht und Neuordnung, eine Sammelvorschrift der für die Ausübung und Ausführung dieses Gesetzes notwendigen Verordnungsermächtigungen. Angesichts der Komplexität der Krankenhausversorgung, der Dynamik technologischer sowie medizinischer Entwicklungen und - gerade im Rückblick der Pandemiejahre - der Erforderlichkeit kurzfristiger Reaktionsmöglichkeiten auf besondere Lagebilder, insbesondere im Bereich der Gesundheits- und Versorgungssicherheit, ist eine Ausgestaltung der Detailregelungen auf Ebene der Rechtsverordnung sachgerecht und erforderlich. Die Ermächtigungen sind in ihrem Umfang klar umrissen und entsprechen den Anforderungen des Artikels 80 Absatz 1 GG.

In Absatz 1 werden die Verordnungsermächtigungen enumerativ aufgezählt:

Zu Nummer 1 – Anforderungen zu Kommunikationswegen

Die Erfahrungen der letzten Jahre, insbesondere der Angriffskrieg Russlands gegen die Ukraine sowie die COVID-19-Pandemie, haben verdeutlicht, dass die Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung in Krisen- und Ausnahmesituationen essenziell und gleichzeitig besonders gefährdet ist. Kommunikationswege zwischen Krankenhäusern und Behörden müssen daher jederzeit zuverlässig funktionieren, um eine zügige und koordinierte Reaktion auf Krisenlagen sicherzustellen. Die Rechtsverordnung ermöglicht es dem Ministerium, Details zu standardisierten Kommunikationsformaten, technischen Sicherheitsanforderungen, Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Funktionspostfachadressen sowie der telefonischen Rufnummern verbindlich festzulegen. Dadurch wird sichergestellt, dass Verwaltungsakte form- und

fristgerecht zugestellt werden können und gleichzeitig die Sicherheit der elektronischen Datenübermittlung gewährleistet ist. Die Regelung dient somit der Stärkung der Resilienz des Gesundheitswesens, der Sicherstellung der Betriebsfähigkeit kritischer Einrichtungen auch in Krisenzeiten und der Verbesserung des sektorenübergreifenden Krisenmanagements. Durch die Ermächtigung zur Verordnung kann das Ministerium flexibel auf neue technologische Entwicklungen, Sicherheitsanforderungen oder veränderte Krisenlagen reagieren, ohne dass hierfür jedes Mal eine Änderung des Gesetzes erforderlich wäre.

Zu Nummer 2 – Mindestfallzahlen zur Qualitätssicherung

Die Vorschrift ermächtigt das für das 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, sofern sie an objektiven und evidenzbasierten Kriterien festgelegt werden, ein adäquates Mittel.

Zu Nummer 3 – Übergangszeit und Ausgleichszahlungen nach § 10 Satz 8

Die Übergangsregelungen nach § 10 Satz 8 bedürfen der näheren Ausgestaltung, um einen praktikablen Übergang von bisherigen zu neuen Strukturen oder Finanzierungsmechanismen zu gewährleisten. Die Rechtsverordnung dient der Sicherstellung planbarer, rechtssicherer und wirtschaftlich tragfähiger Übergänge für die Krankenhausträger.

Zu Nummer 4 – Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens

Die Regelung dient der Effizienzsteigerung, Transparenz und Rechtssicherheit des Förderverfahrens. Durch die Festlegung einheitlicher Formate für die einzureichenden Unterlagen wird gewährleistet, dass die Verwaltung die eingereichten Informationen standardisiert prüfen und bearbeiten kann. Dies erleichtert nicht nur die interne Bearbeitung, sondern reduziert auch Fehlerquellen und den Verwaltungsaufwand für die Förderstellen.

Zu Nummer 5 – Das Nähere zum Verfahren über die Begründung von Verbindlichkeiten der Kreise und kreisfreien Städte oder über die Einbringung von Haushaltsmitteln in ein Sondervermögen

Die Rechtsverordnung dient dazu, insbesondere das Verfahren und die Nachweisführung zu konkretisieren und einen einheitlichen Vollzug zu gewährleisten. Es ist sachlich und haushaltsrechtlich geboten, das Einvernehmen des Finanzministeriums bei der Einbringung von Haushaltsmitteln in ein Sondervermögen vorzusehen. Das Finanzministerium trägt die Verantwortung für die Gesamtüberwachung und -koordination der öffentlichen Finanzen. Da die Bildung und Verwendung von Sondervermögen Auswirkungen auf die Haushaltsführung und die langfristige Finanzplanung des Landes haben kann, ist es unerlässlich, dass das

Finanzministerium in diesen Prozess eingebunden wird. Im Übrigen wird auf die Gesetzesbegründung zu § 13 Bezug genommen.

Zu Nummer 6 – Bemessung der Pauschalförderung und Stichtagsbestimmung (§ 20)
Die Verordnungsermächtigung zur Bemessung der Pauschalförderung fand sich zuvor in § 20 Absatz 3 LKHG a.F. und wurde nunmehr um die Bestimmung des Stichtages zur Auszahlung der Jahrespauschale ergänzt. Die Bestimmung des Stichtages durch Verordnung dient dabei der Flexibilität um ein effizientes Verwaltungsverfahren zu gewährleisten.

Zu Nummer 7 – Festsetzung des Haushaltsansatzes im Zweijahresrhythmus
Diese Verordnungsermächtigung entspricht dem Grunde nach der zuvor in § 20 Absatz 4 LKHG a.F. enthaltenen Ermächtigung. Lediglich die in "regelmäßigen Abständen" stattfindende Festsetzung des Haushaltsansatzes für die Jahrespauschale wurde durch eine Festsetzung im Zweijahresrhythmus konkretisiert.

Zu Nummer 8 – Höhe der Pauschalen im Falle der Schließungsförderung (§ 21 Absatz 2)

Die Verordnungsermächtigung fand sich zuvor in § 21 Absatz 2 Satz 3 LKHG a.F.

Zu Nummer 9 - Inhalt, Gliederung und Form des Nachweises im Sinne von § 25
In der Praxis werden die Verwendungsnachweise in unterschiedlichster Art und Weise vorgelegt. Diese Verordnungsermächtigung ermöglicht durch die Vorgabe eines zu nutzenden Verwendungsnachweises ein einheitliches sowie ressourcenschonendes Verwendungsnachweisverfahren und trägt mithin zur Entbürokratisierung bei.

Zu Nummer 10 - Alarm- und Einsatzpläne; Katastrophenschutz

Die Nummer 10 dient der Verzahnung von Gesundheitsschutz und Katastrophenschutz. Die Regelungsinhalte – Alarm- und Einsatzpläne, Aufgaben der Einsatzleitungen, gegenseitige Unterstützung, Vorratshaltung von Arzneimitteln und Sanitätsmaterialien – erfordern aufgrund ihrer operativen Natur eine Verordnungsebene. Das Benehmen mit dem für den Katastrophenschutz zuständigen Ministerium stellt eine fachlich abgestimmte und zugleich praktikable Umsetzung sicher.

Zu Nummer 11 – Pandemiepläne und Schutzausrüstung (§ 29 Absatz 5)

Die Erfahrungen aus vergangenen Pandemielagen zeigen, dass klare Standards für Pandemiepläne und die Vorhaltung geeigneter Schutzausrüstung unverzichtbar sind. Die Ermächtigung stellt sicher, dass diese Standards an aktuelle medizinische, epidemiologische und organisatorische Erfordernisse angepasst werden können.

Zu Nummer 12 – Maßnahmen zur Abwehr von Gefahren für die Versorgungssicherheit
Die Gesundheitsversorgung kann durch verschiedene Gefährdungslagen beeinträchtigt werden – etwa durch Lieferengpässe, kritische Infrastrukturestörungen oder außergewöhnliche Bedarfssteigerungen. Die Ermächtigung ermöglicht es,

erforderliche Maßnahmen zu treffen, um die Versorgungssicherheit frühzeitig zu sichern. Dabei ist das Ermessen pflichtgemäß und verhältnismäßig auszuüben.

Zu Absatz 2 – Behandlungskapazitätennachweis

Die Nutzung des Behandlungskapazitätennachweises erfordert klar definierte Regelungen zu Organisation, Zuständigkeiten, Verpflichtungen der Beteiligten sowie zu Datenschutz und Dokumentation. Näheres zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit im Rahmen der Nutzung des Behandlungskapazitätennachweises regeln die Beteiligten daher in einer Vereinbarung (§ 26 Absatz 3 Satz 3). Die Verordnungsermächtigung dient als Auffangregelung für den Fall, dass die Vereinbarung gekündigt wird oder die Beteiligten eine Regelung des Landes als zweckdienlich einstufen.

Zu Absatz 3 – Besondere Regelungen bei epidemischer Lage oder Großschadensereignissen

Absatz 4 schafft eine Rechtsgrundlage für befristete, besonders eingriffsintensive Maßnahmen, die in außergewöhnlichen Gefährdungslagen zur Sicherstellung der stationären Gesundheitsversorgung erforderlich sein können. Sie beruht auf § 10 Absatz 4 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen.

Zu Nummer 1 – Temporäre zusätzliche Behandlungskapazitäten

In außergewöhnlichen Lagen kann die kurzfristige Schaffung zusätzlicher Kapazitäten – etwa durch Notfallstrukturen oder temporäre Umnutzungen – erforderlich werden. Die Verordnungsermächtigung erlaubt schnelle und normativ abgesicherte Entscheidungen.

Zu Nummer 2 – Verschiebung elektiver Eingriffe

Die zeitweilige Reduktion elektiver Eingriffe kann notwendig werden, um Kapazitäten für Notfall- oder Infektionsgeschehen freizusetzen. Eine Rechtsverordnung stellt eine landeseinheitliche und verhältnismäßige Umsetzung sicher.

Zu Nummer 3 – Strukturelle Vorgaben zur Organisation von medizinischen Behandlungen

In besonderen Lagen kann es notwendig sein, Behandlungsprozesse oder Versorgungsstrukturen temporär anzupassen. Die Verordnung ermöglicht entsprechende Festlegungen zur Stabilisierung der Versorgung.

Zu Nummer 4 – Änderung des Krankenhausversorgungsauftrags

Die Möglichkeit zur temporären Anpassung des Krankenhausversorgungsauftrags ohne Einhaltung der sonstigen Verfahrensvorschriften erlaubt eine flexible Reaktion auf akute Versorgungslagen. Dies steht im Einklang mit dem Sicherstellungsauftrag des Landes.

Zu Nummer 5 – Ausgleich von Erlösausfällen

Zur Vermeidung wirtschaftlicher Schieflagen infolge angeordneter Maßnahmen können Ausgleichsregelungen notwendig sein, sofern ein Ausgleich nicht aus Bundesrecht erfolgt.

Befristung und parlamentarische Kontrolle

Die auf zwei Monate befristete Rechtsverordnung unterliegt der Zustimmung des Landtags und kann nur bei fortbestehender Gefährdungslage verlängert werden. Die Berichtspflicht an den Landtag gewährleistet Transparenz, parlamentarische Kontrolle und fortlaufende Bewertung der Erforderlichkeit. Die ärztliche Entscheidungsfreiheit bleibt ausdrücklich gewahrt. Die Regelungen gelten gleichermaßen für Privatkrankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen, um Versorgungsgleichheit und Koordination sicherzustellen.

Zu § 40: Einschränkung von Grundrechten

Die Vorschrift stellt sicher, dass die durch dieses Gesetz und darauf beruhenden Rechtsverordnungen berührten Grundrechte ausdrücklich benannt werden, wie es Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 GG verlangt. Ein Eingriff in die in der Vorschrift benannten Grundrechte kann unter anderem dann vorliegen, wenn die gesetzlichen Rechte und Pflichten im Bereich der Gefahrenabwehr, Nachweispflicht oder der Zuweisung von Patientinnen und Patienten ausgeübt werden.

Zu § 41: Datenverarbeitung im Krankenhaus

§ 41 entspricht § 36 LKHG a.F.

Absatz 1 legitimiert die Verarbeitung von Patientendaten bei Vorliegen einer Einwilligung oder in den dort enumerativ aufgelisteten Fällen. Entsprechend den Regelungen der Datenschutz-Grundverordnung, 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 Schrifterfordernis 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 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 § 42: Verarbeiten von Patientendaten im Rahmen von Forschungsvorhaben

Die Nutzung von Patientendaten und Biomaterialien zu Forschungszwecken stellt einen zentralen Baustein für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung dar. Insbesondere im Hinblick auf die Verbesserung von Patientensicherheit und Behandlungsqualität sowie auf die Förderung von Translation und personalisierter Medizin kommt der Verfügbarkeit und Auswertbarkeit entsprechender Daten eine herausgehobene Bedeutung zu. Zugleich eröffnet eine sachgerechte rechtliche Ausgestaltung der Forschungsnutzung die Möglichkeit, den Forschungsstandort Schleswig-Holstein nachhaltig zu stärken und im bundesweiten Vergleich eine Vorreiterrolle einzunehmen. Die Vorschrift folgt dabei dem Leitgedanken, dass moderne medizinische Forschung in zunehmendem Maße auf große, qualitativ hochwertige und möglichst vernetzte Datenbestände angewiesen ist. Dies gilt in besonderer Weise für KI-gestützte Forschungsansätze, bei denen Daten den maßgeblichen „Treibstoff“ für die Entwicklung, das Training und die Validierung von Modellen darstellen.

Der vorliegende Regelungsentwurf ist als Impuls der Landesregierung zu verstehen, um den beschriebenen Anforderungen frühzeitig zu begegnen und die angestrebte Vorreiterrolle des Landes aktiv zu gestalten. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren, insbesondere im Rahmen des Stellungnahme- und Anhörungsverfahrens, werden die Rückmeldungen der betroffenen Akteure, insbesondere aus Wissenschaft,

Versorgungspraxis, Datenschutz und Patientenvertretung, systematisch ausgewertet und in die Weiterentwicklung der Vorschrift einbezogen.

Für Krankenhäuser in privatwirtschaftlicher Trägerschaft findet § 42 keine Anwendung. Für diese Krankenhäuser gelten die bundesrechtlichen datenschutzrechtlichen Vorgaben, insbesondere § 27 BDSG. Die Datenschutz-Grundverordnung eröffnet für die Verarbeitung personenbezogener Daten zu wissenschaftlichen Forschungszwecken einen rechtlichen Rahmen, der unter den dort vorgesehenen Voraussetzungen auch eine Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten ermöglicht. So erlaubt Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DSGVO die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten aufgrund einer Einwilligung der betroffenen Person. Die Voraussetzungen für eine wirksame Einwilligung ergeben sich insbesondere aus Art. 7 DSGVO. Nach Art. 7 Abs. 1 DSGVO muss der Verantwortliche nachweisen können, dass die betroffene Person in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten eingewilligt hat. Die DSGVO schreibt dabei nicht ausdrücklich vor, dass eine mündlich erteilte Einwilligung aufgezeichnet oder revisionssicher dokumentiert werden muss. Aus der Nachweispflicht des Art. 7 Abs. 1 DSGVO folgt jedoch, dass der Verantwortliche in der Lage sein muss, das Vorliegen einer Einwilligung zuverlässig nachzuweisen. Wie dieser Nachweis im Einzelnen zu führen ist, lässt die DSGVO grundsätzlich offen.

Neben der Einwilligung bestehen nach der Datenschutz-Grundverordnung weitere Möglichkeiten für die Verarbeitung personenbezogener Daten zu Forschungszwecken. Insbesondere ermöglicht Art. 9 Abs. 2 Buchst. j DSGVO in Verbindung mit Art. 89 Abs. 1 DSGVO die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten für wissenschaftliche Forschungszwecke, sofern die hierfür vorgesehenen Voraussetzungen und geeigneten Garantien für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen eingehalten werden. Die Forschungsprivilegierung der Datenschutz-Grundverordnung eröffnet damit einen rechtlichen Spielraum für eine sachgerechte und zugleich grundrechtsschützende Ausgestaltung der medizinischen Forschung.

Diese Ausgestaltung wird durch die vorliegende Regelung für den Bereich der Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft konkretisiert. Die bundesrechtlichen Vorgaben, insbesondere des BDSG, bleiben hiervon unberührt.

Der vorliegende Gesetzentwurf berücksichtigt fortlaufend auch die Entwicklungen auf Bundesebene. Von besonderer Relevanz ist hierbei der Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen, der in § 26 GDNG-RefE eine Verarbeitung von Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken grundsätzlich von einer Genehmigung der Datenschutzaufsicht abhängig machen möchte. § 42 positioniert sich hierzu als eigenständige, unmittelbar anwendbare bereichsspezifische Regelung, die durch klar definierte Tatbestandsvoraussetzungen und Schutzmechanismen eine rechtssichere Datenverarbeitung ermöglicht, ohne ein vorgelagertes Genehmigungserfordernis vorzusehen. Im weiteren Verfahren wird zu prüfen sein, in welchem Umfang eine Harmonisierung mit bundesrechtlichen Vorgaben erforderlich

oder zweckmäßig ist, um sowohl Rechtssicherheit für die Forschungseinrichtungen als auch ein konsistentes Datenschutzniveau zu gewährleisten.

Das Land Schleswig-Holstein wird seine bereits gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit vorgetragenen Bemühungen um eine sachgerechte Verzahnung der bundesrechtlichen Kompetenzen im Rahmen des Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen mit den landesrechtlichen Regelungen zur Gesundheitsdatennutzung und medizinischen Forschung fortführen. Soweit dies zur Herstellung eines kohärenten Rechtsrahmens erforderlich oder zweckmäßig ist, soll dieser Prozess auch im weiteren parlamentarischen Verfahren, gegebenenfalls durch eine Bundesratsinitiative, begleitet werden.

Zu Artikel 2 Änderung des Krebsregistergesetzes

Zu Nummer (1)

Dies dient der redaktionellen Vervollständigung, da der neue § 8a im Gesetz eingefügt wurde.

Zu Nummer (2)

a. Dies dient der redaktionellen Vervollständigung, da das Item „Namensvorsatz“ in dem oBDS mit aufgenommen wurde und daher bei den Identitätsdaten mit aufgeführt werden muss.

b. Es regelt die Definition der Klinisch-epidemiologischen Daten neu. Die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) besteht in der Form nicht mehr.

Zu Nummer (3)

Die Frist wird auf 6 Wochen verlängert. Die Praxis hat gezeigt, dass eine Meldung in der bisher vorgegebenen Frist für die Meldestellen ohne vorwerfbare Versäumnisse regelmäßig nur schwer einzuhalten war. Eine Verlängerung auf 6 Wochen ist angemessen und erleichtert den Meldestellen die Tätigkeit.

Zu Nummer (4)

Die Daten zu Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren werden schon über 40 Jahre zentral im Deutschen Kinderkrebsregister (DKKR) zusammengefasst und ausgewertet. Um die Erfassung von Krebs bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren zu verbessern sieht das Krebsregistergesetz in § 6 Absatz 1 Punkt 6 bereits vor, dass Daten von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren pseudonymisiert durch das Landeskrebsregister an das DKKR weitergeleitet werden dürfen (namentlich bei vorliegender Einwilligung). Abweichend von Krebserkrankungen bei Personen ab 18 Jahren galt bei Personen unter 18 Jahren bisher nur eine Meldepflicht für Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Schleswig-Holstein. In der Praxis heißt dies, dass Angaben zu Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die nicht in Schleswig-Holstein wohnen, aber hier behandelt wurden, nicht über das Landeskrebsregister an das DKKR weitergeleitet werden können. Weil für diese Fälle keine Meldepflicht besteht ist fraglich, ob die entsprechenden Meldungen überhaupt erfolgen. Dies kann zu relevanten Lücken in der Erfassung von Kinderkrebs führen. Wenn doch gemeldet wird, sind Praxen und Kliniken gezwungen einen separaten Meldungswege zu nutzen,

was mit einem hohen Bürokratieaufwand verbunden ist. Mit der vorgenommenen Streichung wird die Meldepflicht, wie bei Erwachsenen, auf alle Behandlungsfälle in Schleswig-Holstein, unabhängig vom Wohnort der betroffenen Person ausgeweitet und sichergestellt, dass alle Behandlungsfälle aus Schleswig-Holstein über das Landeskrebsregister an das DKKR weitergegeben werden können. Hier ist ohne Aufwand Bürokratieabbau möglich. Weiter wird das Land in die Lage versetzt, die komplette onkologische Versorgung nicht nur im Bereich der Erwachsenen, sondern auch für Kinder und Jugendliche zu bewerten.

Die Änderung b. berücksichtigt die Änderungen im neuen § 16.

Zu Nummer (5)

In Schleswig-Holstein besteht gemäß § 4 Absatz 1 Ziffer 4 KRG SH für Pathologinnen und Pathologen die Verpflichtung, die Einsenderin bzw. den Einsender der untersuchten Probe in der Meldung an die Vertrauensstelle (VS) zu benennen (Name, Einrichtung, Adresse). Diese Verpflichtung wurde eingeführt, um damit die Grundlage für das Verfahren der sogenannten „Einsender-Mahnung“ zu schaffen, welches seitdem etabliert ist.

Mit der Aufnahme der Einsenderdaten in den bundesweiten onkologischen Basisdatensatz (oBDS) zählen diese nun zu den klinisch-epidemiologischen Daten und unterliegen daher der Löschung durch die VS nach Abschluss der Bearbeitung gemäß § 8 Absatz 2 KRG SH, spätestens nach sechs Monaten. Jedoch ist die dauerhafte Speicherung dieser Daten in der VS notwendig, um das etablierte Mahnverfahren bei unvollständiger oder fehlender Meldung durch in Schleswig-Holstein ansässige Einsenderinnen und Einsendern durchzuführen.

Mit der geplanten Änderung wird bewirkt, dass dieses Mahnverfahren weiterhin durchgeführt werden kann.

Zu Nummer (6)

Es wird eine ergänzende Regelung des neuen § 8a in das KRG SH aufgenommen, die die im Krebsregister bereits seit bestehende Gewährleistung der Daten- und Informationssicherheit rechtsverbindlich konkretisiert.

Bei den Daten im KRG SH handelt es sich um Daten mit einem hohen Risiko kraft Gesetzes gem. Artikel 35 Absatz 3 lit b) DSGVO. Zur Bewältigung dieser Risiken bedarf es geeigneter technischer und organisatorischer Abhilfemaßnahmen, um ein diesem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten gem. Art. 32 und 35 Abs. 7 lit. d) DSGVO. Dieses muss nachgewiesen werden gem. Art. 35 Abs. 7 lit. d) DSGVO, weswegen ein risikobasiertes Sicherheitsmanagement vorgeschrieben wird.

Die sich hieran anschließenden Absätze 2 und 3 führen jeweils konkrete Maßnahmen an, die das KRG SH bei der Datenverarbeitung zur Gewährleistung der notwendigen Datensicherheit zwingend zu ergreifen hat.

Absatz 2 beschränkt den Kreis der zur Datenverarbeitung im KRG SH Berechtigten auf die gesetzlich oder individualvertraglich zur Vertraulichkeit Verpflichteten. Diese organisatorische Maßnahme dient dem Schutzziel der Vertraulichkeit der Daten.

Absatz 3 enthält schließlich eine – nicht abschließende – Aufzählung weiterer technischer und organisatorischer Maßnahmen, die hinsichtlich ihrer positiven Wirkungsweise auf die Sicherheit der Verarbeitung, insbesondere im Hinblick auf die Schutzziele Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der Daten, näher konkretisiert. Diese Aufnahme der Maßnahmen dient weiterhin der Transparenz gegenüber den Bürgern, der hierdurch einen Katalog zum Mindeststandard erhält.

Zu Nummer (7)

a. Der Meldeanlass ergibt sich indirekt bereits aus den anderen genannten Items und ist für die Durchführung und Nachvollziehbarkeit der Abrechnung wichtig.

Zu Nummer (8)

a. und b.

Zum korrekten Ablauf des Verfahrens besteht keine Notwendigkeit die klinisch-epidemiologischen Daten von der Registerstelle an die VS zu übermitteln. Durch die Verwendung der Patienten-Nummer als Bindeglied wird sichergestellt, dass die Registerstelle die zugehörigen klinisch-epidemiologischen Daten weitergibt. Die Patientennummer selbst wird dabei nicht an die Antragstellerin oder den Antragsteller herausgegeben, sondern lediglich die Studien-ID als allen drei Stellen bekannte Kommunikationsnummer. Die separate Übermittlung ist datenschutztechnisch sicherer, zudem wird somit besser dem Grundsatz der Datentrennung von Vertrauens- und Registerstelle entsprochen.

Bei c. und d. handelt es sich um redaktionelle Änderungen bisheriger Formulierungsfehler.

Zu Nummer (9)

Die Gesetzesnovellierung dient außerdem der landesrechtlichen Umsetzung bundesgesetzlicher Vorgaben aus dem am 22. März 2024 in Kraft getretenen Gesetz zur Nutzung von Gesundheitsdaten zu gemeinwohlorientierten Forschungszwecken und zur datenbasierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens – Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG). Forschenden soll damit die im GDNG vorgesehene Möglichkeit der Verknüpfung der Gesundheitsdaten, die beim KR SH als

einem der Krebsregister der Länder nach § 65c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und beim Forschungsdatenzentrum Gesundheit jeweils gespeichert sind, eingeräumt werden.

Zu Nummer (10)

Die Änderung gewährleistet, dass Meldebehörden-Meldungen und Todesbescheinigungen, die beim Eintreffen in der Vertrauensstelle noch keiner dort gespeicherten Patientin oder Patienten zugeordnet werden können noch eine angemessene Zeit in der Vertrauensstelle verwahrt werden dürfen, um gegen nachfolgend eingehende Meldungen aus dem klinischen und ambulanten Sektor und insbesondere aus dem nur zweimal jährlich stattfindenden registerübergreifenden Datenaustausch, abgeglichen und den Patientinnen und Patienten ggf. zugeordnet werden zu können. Dies ist wichtig zur Reduzierung der Anzahl der ansonsten fälschlicherweise als „Langzeitüberlebenden“ im Register geführten Patientinnen und Patienten.

Zu Nummer (11)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung eines bisherigen Formulierungsfehlers.

Zu Artikel 3: Inkrafttreten; Außerkrafttreten

Das Gesetzes tritt nach seiner Verkündung in Kraft. Das Landeskrankenhausgesetz in der bisher in Kraft befindlichen Fassung tritt außer Kraft und wird durch die Neuregelung ersetzt. Gleichzeitig tritt das Ausführungsgesetz zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (AG-GKV-VstG) vom 27. April 2012 außer Kraft.