SCHLESWIG-HOLSTEINISCHER LANDTAG **Drucksache 20/5015**
20. Wahlperiode 9. November 2026

Bericht und Beschlussempfehlung

des Sozialausschusses

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung und Änderungen des Krebsregistergesetzes

Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 20/4697

Durch Plenarbeschluss vom 28. August 2026 hat der Landtag dem Sozialausschuss den Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 20/4697, überwiesen.

Der Sozialausschuss hat sich in mehreren Sitzungen, zuletzt in seiner Sitzung am 5. November 2026, mit der Vorlage befasst und dazu schriftliche Stellungnahmen eingeholt und eine mündliche Anhörung durchgeführt.

Im Verlauf der Beratungen wurden von den Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und von der Fraktion der FDP Änderungsanträge vorgelegt (Umdrucke 20/7645 und 20/7650), der Änderungsantrag der Koalition wurde mündlich in der Sitzung am 5. November 2026 ergänzt.

Der so geänderte Änderungsantrag, Umdruck 20/7645, wurde mit den Stimmen der Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Enthaltung der Oppositionsfraktionen angenommen.

Den geänderten Gesetzentwurf, Drucksache 20/4697, empfiehlt der Sozialausschuss dem Landtag mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen bei Enthaltung der Oppositionsfraktionen zur Annahme. Die Änderungen gegenüber dem ursprünglichen Gesetzentwurf sind in der nachfolgenden Gegenüberstellung durch Fettdruck kenntlich gemacht.

Katja Rathje-Hoffmann
Vorsitzende

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung und Änderungen des Krebsregistergesetzes

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Gesetzentwurf der Landesregierung:	Ausschussvorschlag:
Artikel 1 **Krankenhausgesetz für das Land Schleswig-Holstein (Landeskrankenhausgesetz – LKHG)**	**Artikel 1** **Krankenhausgesetz für das Land Schleswig-Holstein (Landeskrankenhausgesetz – LKHG)**
Inhaltsübersicht	unverändert

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**	**Abschnitt 1** **Allgemeine Bestimmungen und Mitwirkung**
§ 1 **Grundsätze**	**§ 1** **Grundsätze**
(1) Ziel dieses Gesetzes ist es,	unverändert
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.

§ 2
Geltungsbereich

unverändert

§ 3 **Sicherstellung der Krankenhausversorgung**	**§ 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).	unverändert
(2) Das Land, die Kreise und kreisfreien Städte gewähren zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung Fördermittel nach den Regelungen dieses Gesetzes.	
§ 4 **Kommunikationswege, Verwaltungsakte und Nebenbestimmungen**	**§ 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.	unverändert
(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

§ 5
Gremien und Ausschüsse

(1) unverändert

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:

(2) unverändert

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:

(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,

1. unverändert

2. den Städtetag Schleswig-Holstein,

2. unverändert

3. den Schleswig-Holsteinischen Landkreistag,

3. unverändert

4. den Städtebund Schleswig-Holstein,

4. unverändert

5. den Schleswig-Holsteinischen Gemeindetag,

5. unverändert

6. die Schleswig-Holsteinische Krankenhausgesellschaft,

6. unverändert

7. die Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und

7. die Landesverbände der Krankenkassen sowie der **Ersatzkassen,**

8. den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. - Landesausschuss Schleswig-Holstein.

8. den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. - Landesausschuss **Schleswig-Holstein,**

9. die AOK Nordwest,

10. der BKK Landesverband Nordwest,

11. die IKK Nord,

12. die Knappschaft und

13. die Sozialversicherung der Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse.

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.

unverändert

(4) Der Ausschuss Krankenhausfinanzierung umfasst folgende ständige Mitglieder:

(4)

unverändert

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:

(5)

unverändert

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.

(6) unverändert

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

Abschnitt 2
Krankenhausplanung

§ 6
Aufstellung eines Krankenhausplans

unverändert

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.

§ 7
Inhalt des Krankenhausplans

unverändert

(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 krankenhausplanerischen Festlegungen ist eine wirtschaftliche Betriebsführung zu berücksichtigen.

§ 7a
Zuweisung psychiatrischer Leistungsgruppen

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann einem Krankenhausträger

§ 7a
Zuweisung psychiatrischer Leistungsgruppen

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständi-

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. Januar2028. Ein Anspruch auf Zuweisung besteht nicht.

ge 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.

(2) unverändert

(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..

(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.

(4) unverändert

(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

(5) unverändert

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	(6) Die Zuweisung ist ganz oder teilweise aufzuheben, wenn
1. das Krankenhaus die maßgeblichen Qualitätsanforderungen nicht mehr erfüllt,	1. unverändert
2. die Voraussetzungen für ihre Erteilung nachträglich entfallen sind oder	2. unverändert
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.	3. die Übermittlung des letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes 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.	unverändert
§ 8 **Aufnahme in den Krankenhausplan**	**§ 8** **Aufnahme in den Krankenhausplan**
(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige	(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium stellt die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den

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	Krankenhausplan durch Verwaltungsakt (Feststellungsbescheid) fest**. Liegen die Voraussetzungen des Satzes 5 vor, entscheidet das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium nach pflichtgemäßem Ermessen über die Aufnahme in den Krankenhausplan.** Der Feststellungsbescheid ist an den jeweiligen antragstellenden Krankenhausträger zu richten. Verfügt ein Krankenhaus über mehrere Krankenhausstandorte, ist ein Feststellungsbescheid je Krankenhausstandort zu erlassen**. Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan ist, dass**
1. das Krankenhaus zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung geeignet und leistungsfähig ist,	1. unverändert
2. das Krankenhaus wirtschaftlich arbeitet,	2. unverändert
3. dem psychiatrischen Krankenhaus für den jeweiligen Krankenhausstandort eine Leistungsgruppe nach § 7a zugewiesen ist,	3. **bei psychiatrischen Krankenhäusern dem jeweiligen Krankenhausstandort eine Leistungsgruppe nach § 7a zugewiesen ist,**
4. die Aufnahme im Einklang mit dem Landeskrankenhausgesetz steht,	4. unverändert
5. den im Allgemeinen Teil des Krankenhausplans festgelegten planerischen Festsetzungen entspricht und	5. **die** im Allgemeinen Teil des Krankenhausplans festgelegten planerischen Festsetzungen **erfüllt** und
6. die erlassenen verfahrensrechtlichen Vorgaben eingehalten sind.	6. unverändert
(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.	(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 **oder § 7a** 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	(3) unverändert

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

(4) unverändert

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.

(5) unverändert

(6) Der durch den Feststellungsbescheid möglicherweise in seinen Rechten verletzte Krankenhausträger ist zur Klage vor den Gerichten der Verwaltungsgerichtsbarkeit befugt.

(6) unverändert

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

§ 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. unverändert
2. unverändert
3. dem Krankenhausträger für den jeweiligen Krankenhausstandort
   a) unverändert
   b) eine Koordinierungs- und Vernetzungsaufgabe gemäß § 6b KHG nicht **oder nicht** mehr zugewiesen ist, oder
4. das Krankenhaus am jeweiligen Krankenhausstandort
   a) nicht **oder nicht** mehr als Fachkrankenhaus gemäß § 135d **Absatz 4a SGB V** ausgewiesen oder
   b) unverändert

(2) unverändert

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.

(3) unverändert

§ 10
Versorgungsverpflichtung

§ 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

unverändert

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 ortsnah 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.

§ 11
Wechsel des Trägers oder Eigentümers

(1) unverändert

(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**. Neben dem neuen Krankenhausträger haftet der bisherige Krankenhausträger für die ordnungsgemäße Verwendung bereits verwendeter Fördermittel.**

(3) unverändert

Abschnitt 3 **Förderung der Krankenhäuser**	**Abschnitt 3** **Förderung der Krankenhäuser**
§ 12 **Grundsätze der Förderung**	**§ 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.	(1) unverändert
(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.	(2) Die Krankenhäuser sollen in struktureller, funktioneller, bautechnischer, digitaler und hygienischer Hinsicht**, sowie unter Berücksichtigung von Klimaschutz und Klimaanpassung,** 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.	(3) unverändert
(4) Kommt der Krankenhausträger seinen Pflichten nach Absatz 3 nicht, nicht vollständig, nicht fristgemäß, durch Verstoß gegen eine verfahrensrechtliche Vorgabe oder in	(4) unverändert

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.

(5) unverändert

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

(6) unverändert

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

(7) unverändert

§ 13
Aufbringung der Mittel

§ 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.

unverändert

(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 2 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

§ 14
Investitionsprogramm

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium stellt ein mehrjähriges Investitionsprogramm zur Förderung **von Krankenhausinvestitionen** nach **§ 15 Absatz 1 auf** der Grundlage des Krankenhausplans und des Landeshaushalts auf und passt es der Entwicklung an.

(2) unverändert

(3) unverändert

(4) unverändert

§ 15
Einzelförderung

(1) Auf Antrag werden Fördermittel insbesondere bewilligt für

1. unverändert

Zusammenhang stehenden Erstausstattung mit den für den Krankenhausbetrieb erforderlichen Anlagegütern,	
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,	2. unverändert
3. die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht.	3. unverändert
	4. die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung und Wiederherstellung eines Anlagegutes, ausgenommen Gebrauchsgüter, wenn es in seiner Substanz wesentlich vermehrt, in seinem Wesen erheblich verändert oder über seinen bisherigen Zustand hinaus deutlich verbessert oder seine Nutzungsdauer dadurch wesentlich verlängert wird (Verbesserung).
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.	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**. Zudem muss das Vorhaben nach Satz 1 in das Investitionsprogramm gemäß § 14 aufgenommen sein.** 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	(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**. Im vereinfachten Verfahren nach Satz 3 kommen Kostenminderungen durch mehr Sparsamkeit grundsätzlich dem Krankenhaus zugute. Einsparungen sind ausschließlich für Investitionen im Sinne dieses Gesetzes einzusetzen.** Über den Festbetrag hinausgehende Kostenerhöhungen**, mit Ausnahme der in**

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.	**Absatz 3 beschriebenen nachträglichen Fördermittel,** sind **grundsätzlich** vom **Krankenhausträger 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. **Näheres wird im Bescheid geregelt.**
(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.	(3) Zusätzliche Fördermittel können nachträglich nur bewilligt werden, soweit diese nicht bereits bei Antragstellung hätten geltend gemacht werden **können und soweit Mehrkosten, insbesondere** durch **Preisentwicklungen, vom für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium genehmigte Planänderungen,** 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. **Wurden die Fördermittel im Rahmen des vereinfachten Verfahrens nach Absatz 2 Satz 3 bewilligt, können zusätzliche Fördermittel nachträglich nur bewilligt werden, wenn sie zusätzlich zu den Voraussetzungen in Satz 1 infolge höherer Gewalt, insbesondere Pandemien, Naturkatastrophen, Krieg oder vergleichbaren Ereignissen entstanden sind.**
(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.	(4) unverändert
(5) Fördermittel nach Absatz 1 können auch gewährt werden	(5) unverändert
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.

(6) unverändert

(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.

(7) unverändert

(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.

(8) unverändert

§ 16
Förderung der Nutzung von Anlagegütern

§ 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.

unverändert

§ 17
Förderung der Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten

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

§ 17
Förderung der Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten

unverändert

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.

§ 18
Förderung von Lasten aus Darlehen

unverändert

§ 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

§ 19
Förderung der mit Eigenmitteln beschafften Anlagegüter

unverändert

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

§ 20
Pauschale Förderung

unverändert

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

§ 21
Förderung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben

(1) Scheidet ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan aus**, weil es für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht mehr erforderlich ist,** bewilligt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium auf Antrag Fördermittel, soweit diese erforderlich sind, um bei der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben oder im Fall der Schließung des Krankenhausbetriebs unzumutbare Härten zu vermeiden. Fördermittel können insbesondere bewilligt werden für

1. unverändert
2. unverändert

Schließung entstehen oder

3. Investitionen zur Umstellung auf andere Aufgaben, vor allem auf solche der Gesundheitsversorgung, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.	3. unverändert
(2) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann die Fördermittel nach Absatz 1 pauschalieren.	(2) unverändert
(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.	(3) unverändert
(4) Findet die Schließung im Rahmen eines Insolvenzverfahrens statt, ist § 21 nicht anwendbar.	(4) unverändert
§ 22 **Beginn der Förderung**	**§ 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.	unverändert
§ 23 **Sicherung der Fördermittel**	**§ 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.	unverändert
(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**	**§ 24** **Aufhebung von Fördermittelbescheiden**
(1) Ein Fördermittelbescheid soll mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgenommen oder widerrufen werden, soweit	(1) Ein Fördermittelbescheid **ist** mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise **aufzuheben,** soweit
1. der Krankenhausträger seine Pflichten, welche sich aus dem Feststellungsbescheid gemäß § 8 ergeben, ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt,	1. unverändert
2. der Feststellungsbescheid gemäß § 8 aufgehoben worden ist,	2. unverändert
3. die Fördermittel nicht dem Förderzweck entsprechend oder entgegen den Nebenbestimmungen des Fördermittelbescheides verwendet worden sind,	3. die Fördermittel nicht **oder nicht mehr für den im Fördermittelbescheid bestimmten Zweck** oder entgegen den Nebenbestimmungen des Fördermittelbescheides verwendet **werden**,
4. der Krankenhausträger die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel oder die Erfüllung der Nebenbestimmungen gemäß der § 4 Absatz 5 und § 25 nicht	4. unverändert

nachweist,	
5. mit den Fördermitteln finanzierte Anlagegüter an Dritte sicherungsübereignet worden sind oder	5. unverändert
6. die allgemein geltenden vergaberechtlichen Vorgaben bei Bau- und anderen Leistungen nicht eingehalten wurden.	6. unverändert
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.	**Im Übrigen gelten die Regelungen des Landesverwaltungsgesetzes über den Widerruf und die Rücknahme von Verwaltungsakten 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	(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,	1. unverändert
2. ein Krankenhaus gemäß § 11 Absatz 2 ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen und der Trägerwechsel genehmigt wird,	2. unverändert
3. wenn die geförderte Investitionsmaßnahme aufgrund von Umstrukturierungsprozessen oder einem Bedarfsrückgang nicht mehr zur Erfüllung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses benötigt wird,	3. unverändert
4. die Aufhebung des Feststellungsbescheides nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 im krankenhausplanerischen Interesse liegt,	4. unverändert
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 Versorgung überlassen wird und dafür ein ortsübliches und marktgerechtes Nutzungsentgelt entrichtet wird, das der Krankenhausträger zu 25 Prozent seinen Pauschalmitteln nach	5. unverändert

§ 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 vertretenen Umstand beruht.

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

7. eine Zweckverfehlung im Sinne von Absatz 1 Nummer 3 vorliegt, die geförderte Maßnahme aber weiterhin stationären Zwecken im Sinne dieses Gesetzes dient.

(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 abgeschriebenen Restbuchwerte. Erträge aus einer Verwertung geförderter Anlagegüter sind zu erstatten.

(3) unverändert

§ 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

§ 25
Verwendungsnachweisprüfung

unverändert

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 (GVOBl.2017, S. 256), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 06. November 2020 (GVOBl. 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

Abschnitt 4
Pflichten der Krankenhäuser

§ 26
Aufnahmepflicht, Dienstbereitschaft und Notaufnahme

unverändert

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

§ 27
Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf

unverändert

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**		**§ 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.	(1)	unverändert
(2) Die Krankenhäuser sollen im Interesse der durchgehenden Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten eng mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	(2)	unverändert

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.

(3) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an einer vom Land bestimmten, der Sicherstellung und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung dienenden landes- oder länderübergreifenden telemedizinischen Netzwerkstruktur anzubinden und im Rahmen ihrer Aufgabenstellung an deren Versorgungsangeboten teilzunehmen. Sie haben die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen und an der telemedizinischen Zusammenarbeit mitzuwirken. Aus den Sätzen 1 bis 3 folgt keine Verpflichtung des Landes zur Übernahme der Kosten des laufenden Betriebs der telemedizinischen Netzwerkstruktur. Das Nähere, insbesondere zur Bestimmung der Netzwerkstruktur, zum Umfang der Teilnahme und zu den technischen und organisatorischen Anforderungen, wird im Krankenhausplan festgelegt. Die Vorschriften über den Datenschutz und die Informationssicherheit sowie sonstige bundesrechtliche Anforderungen bleiben unberührt.

§ 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 zu-

§ 29
Krankenhausalarmplanung

unverändert

ständigen 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.

§ 30
Sozialdienst, Krankenhausseelsorge und ehrenamtliche Hilfe

unverändert

(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

§ 31
Sonstige Pflichten

unverändert

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

Abschnitt 5
Krankenhausstruktur

§ 32
Jahresabschluss und Wirtschaftsprüfung

unverändert

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

Abschnitt 6
Krankenhausaufsicht

unverändert

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

Abschnitt 7
Ordnungswidrigkeiten

§ 37
Ordnungswidrigkeiten

§ 37
Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen

unverändert

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

Abschnitt 8
Fortentwicklung der Krankenhausversorgung und sonstige Vorschriften

§ 38
Experimentierklausel

unverändert

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,

§ 39
Verordnungsermächtigungen

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

1. unverändert

2. unverändert

3. unverändert

4. unverändert

5. unverändert

6. unverändert

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,	7. unverändert
8. die Höhe der Pauschalen im Falle der Schließungsförderung gemäß § 21 Absatz 2,	8. unverändert
9. Inhalt, Gliederung und Form der Nachweise im Sinne von § 25,	9. unverändert
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,	10. unverändert
11. Näheres zur Erstellung und Fortschreibung von Pandemieplänen und Vorhaltung von Schutzausrüstung nach § 29 Absatz 5 sowie	11. Näheres zur Erstellung und Fortschreibung von Pandemieplänen und Vorhaltung von Schutzausrüstung nach § 29 **Absatz 5,**
12. Maßnahmen zur Abwehr einer die Versorgungssicherheit betreffenden Gefahr.	12. Maßnahmen zur Abwehr einer die Versorgungssicherheit betreffenden **Gefahr,**
	13. abweichende Regelungen zur Genehmigungsfiktion im Sinne von § 14 Absatz 1 Satz 4 KHEntgG sowie
	14. welche Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens besondere Aufgaben zu übernehmen haben, welche besonderen Ausbildungsaufgaben ihnen jeweils obliegen und nach welchen Maßstäben die ihnen dadurch entstehenden zusätzlichen Sach- und Personalkosten zu ermitteln und wie ihre Finanzierung zu gewährleisten ist.
(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	(2) unverändert

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

(3) unverändert

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.

§ 40
Einschränkung von Grundrechten

unverändert

§ 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

§ 41
Datenverarbeitung im Krankenhaus

unverändert

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

§ 42
Verarbeiten von Patientendaten im Rahmen von Forschungsvorhaben

(1) unverändert

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.	(2) unverändert
(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.	(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.**
(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.	(4) unverändert
(5) Regelungen zur Einbeziehung einer Medi-	(5) unverändert

zinischen 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.

(6) unverändert

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:

Artikel 2
Änderungen des Krebsregistergesetzes

unverändert

„§§ 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 überverschlüsselten 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 1wird 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

Artikel 3
Inkrafttreten; Außerkrafttreten

unverändert

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.