

## **GESETZENTWURF**

**der Landesregierung**

### **Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Landeskrankenhausgesetz – LKHG M-V)**

#### **A Problem und Ziel**

Mit der Reform des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG M-V) soll den aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen in der Krankenhausversorgung Rechnung getragen werden. Mecklenburg-Vorpommern steht insbesondere in Bezug auf den demografischen Wandel, den damit einhergehenden Fachkräftemangel bei gleichzeitiger komplexerer Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung sowie die besonders ländlich geprägten Strukturen in unserem Flächenland vor großen Herausforderungen.

In den letzten Jahren fand eine Entwicklung bezüglich des Wissens um die unterschiedlichen Bedürfnisse und die Vulnerabilität von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus statt, die sich auch in der strategischen Ausrichtung staatlichen Handelns manifestiert hat. Dies betrifft sowohl gesamtgesellschaftlich relevante Prozesse wie die verstärkte Bekämpfung und Prävention von Diskriminierung als auch spezifische Patientengruppen wie Seniorinnen und Senioren, Frauen oder Kinder oder auch einzelne Erkrankungsbilder wie Demenz. Daneben verändert sich die Struktur und Zusammensetzung der Patientenklientel im Krankenhaus bedingt durch den demografischen Wandel, soziodemografische Veränderungsprozesse und den medizinischen Fortschritt. Ziel dieses Gesetzes ist daher, einerseits generell die Patientensicherheit zu stärken und andererseits zentrale spezifische Belange von Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

Die Anforderungen an die Krankenhausplanung des Landes erhöhen sich erstens durch den medizinischen Fortschritt, der u. a. durch eine stärkere fachliche Ausdifferenzierung und höhere Technisierung und Ambulantisierung und damit in Verbindung stehende berufsrechtliche Reformen gekennzeichnet ist, zweitens durch den demografischen Wandel, der die Bedingungen für eine flächendeckende Krankenhausversorgung verschärft, und drittens durch die Weiterentwicklung des Krankenhausrechts auf Bundesebene durch eine Erhöhung und Ausdifferenzierung der qualitativen Anforderungen an die Krankenhausversorgung. Entsprechend ergibt sich die Notwendigkeit, die landesgesetzliche Grundlage für den Krankenhausplan in Mecklenburg-Vorpommern unter Berücksichtigung dieser Faktoren weiterzuentwickeln.

Der hohe und zunehmende bürokratische Aufwand aufgrund zahlreicher gesetzlicher und untergesetzlicher Anforderungen wird von den Krankenhäusern seit Jahren kritisiert. Den höchsten Anteil des bürokratischen Aufwandes für die Krankenhäuser aufgrund landesrechtlicher Bestimmungen macht die Investitionsfinanzierung des Landes aus. Ziel ist es daher, durch eine Reform der Investitionsfinanzierung den bürokratischen Aufwand zu senken.

Krankenhäuser sind als kritische Infrastrukturen von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Aufrechterhaltung ihrer Funktionsfähigkeit ist dabei nicht nur im Alltag relevant, sondern gerade in besonderen Lagen essenziell. Dies wurde zuletzt durch die Corona-Pandemie besonders deutlich. Auch zukünftig sind verschiedenste Szenarien denkbar, bei der die Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung in besonderen Lagen von herausragender Bedeutung ist. Daher soll mit diesem Gesetz auch die Krisenresilienz der Krankenhäuser gestärkt werden. Es muss eine Anschlussfähigkeit der vorzuhaltenden stationären Versorgungsstrukturen an verschiedene Krisenszenarien auf Landes- und Bundesebene erreicht werden.

Mit dem LKHG M-V werden zusammenfassend folgende zentrale Ziele verfolgt: Stärkung der Patientensicherheit und stärkere Berücksichtigung spezifischer Belange von Patientinnen und Patienten, Modernisierung der Krankenhausplanung, Entbürokratisierung der Investitionsfinanzierung des Landes sowie Steigerung der Krisenresilienz der Krankenhäuser.

## **B Lösung**

Die Ziele des Gesetzentwurfes werden durch folgende Lösungsansätze adressiert:

Auf Grundlage der Empfehlungen des Patientenbeauftragten der Bundesregierung wird in Mecklenburg-Vorpommern die Möglichkeit eingeführt, dass in Krankenhäusern Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher etabliert werden können. Sie sollen den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit einer niedrigschwelligen und unabhängigen Beratung bieten, wenn diese mit Missständen oder Problemen konfrontiert sind. Darüber hinaus sollen sie gegenüber dem Krankenhaus auf Missstände hinweisen können, um somit auch zur Verbesserung der Versorgung beizutragen.

Die Krankenhäuser werden zu einer diskriminierungs- und barrierefreien Behandlung verpflichtet. Auf einzelne besonders vulnerable Patientengruppen wird hierbei besonders fokussiert. So werden für die Krankenhäuser insbesondere Vorgaben zur Versorgung rund um die Geburt, der Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung der Frühen Hilfen sowie des Kinderschutzes, der Versorgung von geriatrischen und insbesondere dementen Patientinnen und Patienten, der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie für die Versorgung von sterbenden Patientinnen und Patienten gemacht.

Die Qualität und Patientensicherheit im Krankenhaus wird gestärkt, indem verpflichtend Qualitätsbeauftragte in den Krankenhäusern eingeführt werden und die Qualitätsvorgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch für das Landesrecht als verbindlich erklärt werden. Darüber hinaus werden Stationsapothekerinnen und -apotheker etabliert, die eine sichere, zweckmäßige und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie im Krankenhaus gewährleisten sollen. Darüber hinaus wird die Aufsicht des Landes auf alle Bestimmungen des Gesetzes ausgeweitet und mit Durchsetzungskompetenzen versehen, um die Einhaltung der Regelungen im Sinne der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Mit diesem Gesetz wird die Investitionsfinanzierung des Landes reformiert. Das bisherige System bestehend aus Pauschalförderung für kurzfristige Anlagegüter und Einzelförderungen für langfristige Anlagegüter wird aufgehoben. Stattdessen wird die Investitionsfinanzierung auf Investitionspauschalen umgestellt. Alle Krankenhäuser erhalten damit zukünftig eine jährlich vom Land zu zahlende und aufgrund eines Bemessungsinstrumentes festgelegte Investitionspauschale, mit der sie eigenverantwortlich wirtschaften. Die Investitionspauschale kann dabei sowohl für kurzfristige als auch langfristige Anlagegüter genutzt werden. Verbunden mit der Möglichkeit der Ansparung der Mittel und deren krankenhäusübergreifenden Einsatz wird Planungssicherheit und Flexibilität geschaffen. Vorgaben zur Beantragung und zur Verwendungsnachweisprüfung werden dabei maßgeblich verschlankt, sodass es hier zu einer signifikanten Bürokratieentlastung kommt.

Die landesrechtlichen Vorgaben zum Krankenhausplan werden unter Berücksichtigung der gefestigten Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes modernisiert. Hierbei wird insbesondere die Möglichkeit geschaffen den Krankenhausplan auf eine qualitätsgerichtete Leistungsplanung umzustellen, auf deren Grundlage Leistungsbereiche und Leistungsgruppen als krankenhäusplanerisches Instrument etabliert werden können.

Die Zusammensetzung und Aufgaben der Planungsbeteiligten werden ebenfalls weiterentwickelt. Hierdurch soll die Mitwirkung von Institutionen sichergestellt werden, die aufgrund der fachlichen Expertise oder der besonderen Betroffenheit von hoher Relevanz für die Krankenhausplanung sind. Weiterhin soll die Beteiligung so ausgestaltet werden, dass sie sowohl effizient als auch sachgerecht ist und das berechtigte Interesse an der Wahrung von Betriebsgeheimnissen schützt. Insofern werden als weitere Planungsbeteiligte neben der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern der Medizinische Dienst Mecklenburg-Vorpommern, eine Patientenvertretung und eine vom Landespflegerat zu benennende Vertretung in diesen Kreis aufgenommen.

Die Krankenhäuser werden dazu verpflichtet, Krankenhausalarm- und -einsatzpläne zu erstellen und regelmäßig fortzuschreiben sowie an jedem Standort eine Leiterin oder einen Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung zu bestellen.

Darüber hinaus bestehen für die Krankenhäuser die Pflichten, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jährlich zu schulen, Übungen abzuhalten sowie durch eine Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie Maßnahmen zur Aufrechterhaltung einer Notversorgung für besondere Gefahrenlagen vorzusorgen. Beim Eintreten einer besonderen Gefahrenlage kann das für Gesundheit zuständige Ministerium im Benehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium Anordnungen zur Steuerung der Patientenströme und zur Belegung der Behandlungskapazitäten treffen. Das für Gesundheit zuständige Ministerium übt für diese Regelungen die Aufsicht aus. Insgesamt wird eine Vorbereitung der vorzuhaltenden stationären Versorgungsstrukturen nach weitgehend einheitlichem Maßstab auf verschiedene Krisenszenarien auf Landes- und Bundesebene erreicht.

Das LKHG M-V bringt in seiner Gesamtheit die Gleichstellung von Frauen und Männern sprachlich zum Ausdruck. Damit entspricht es den Vorgaben des § 4 Absatz 2 des Gleichstellungsreformgesetzes Mecklenburg-Vorpommern.

### **C Alternativen**

Keine.

### **D Notwendigkeit (§ 3 Absatz 1 Satz 1 GGO II)**

Die Notwendigkeit zur Neufassung des LKHG M-V ergibt sich aus verschiedenen Gründen. Zuvorderst wurde das Bundesrecht im Hinblick auf das Krankenhausrecht (Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch, Krankenhausfinanzierungsgesetz und Krankenhausentgeltgesetz) seit der letzten grundsätzlichen Überarbeitung des LKHG M-V weiterentwickelt. Hinzu kommt, dass sich mit dem sich verschärfenden demografischen Wandel, dem medizinischen und technischen Fortschritt sowie der Sicherheitslage bezüglich kritischer Infrastrukturen die Rahmenbedingungen in Mecklenburg-Vorpommern so verändert haben, dass eine Anpassung des Landesgesetzes notwendig ist, die nur durch ein Gesetz erfolgen kann.

### **E Finanzielle Auswirkungen auf die Haushalte des Landes und der Kommunen**

#### **1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand**

Die durch Streichung der Pauschalförderung für die Universitätsmedizin ab 2028 für die Universitätsmedizin Greifswald und Universitätsmedizin Rostock wegfallenden Haushaltsmittel im Einzelplan des für Gesundheit zuständigen Ministeriums werden dauerhaft in voller Höhe den Investitionsmitteln der Universitätsmedizin Greifswald und Universitätsmedizin Rostock im Einzelplan des für Wissenschaft zuständigen Ministeriums zusätzlich zu den dort bereits bestehenden Ansätzen bzw. fortgeschriebenen Ansätzen zur Verfügung gestellt.

## **2. Vollzugsaufwand**

Für den Haushalt des Landes ergeben sich folgende finanzielle Auswirkungen:

Mit Inkrafttreten des Gesetzes erhöht sich der Verwaltungsaufwand beim für Gesundheit zuständigen Ministerium für die Aufgabe der Krankenhausaufsicht nach § 4, da die Krankenhausaufsicht auf alle Bestimmungen dieses Gesetzes ausgeweitet wird und zusätzlich eine erweiterte Aufsicht bezüglich der Aufgaben zu besonderen Gefahrenlagen des Abschnittes 5 dieses Gesetzes eingeführt wird. Mit Inkrafttreten des Gesetzes in Verbindung mit Inkrafttreten der Krankenhausreform auf Bundesebene erhöht sich der Verwaltungsaufwand beim für Gesundheit zuständigen Ministerium für die Aufgabe der Krankenhausplanung bei der Umstellung der Planung auf Leistungsbereiche und Leistungsgruppen.

Ab dem Jahr 2028 sinkt der Verwaltungsaufwand beim für Gesundheit zuständigen Ministerium und beim Staatlichen Amt für Bau und Liegenschaften Mecklenburg-Vorpommern durch die Reform der Krankenhausinvestitionsfinanzierung des Landes. Es entfällt die Antragsbearbeitung für Einzelfördermaßnahmen sowie deren baufachliche Prüfung. Nach Abschluss der Verwendungsnachweisprüfung der Einzelfördermaßnahmen, die bis zum Jahr 2027 durchgeführt wurden, entfällt diese Aufgabe ebenfalls, vermutlich wird diese Aufgabe bis zum Jahr 2037 abgeschlossen sein.

Insgesamt ergibt sich daher folgender Mehraufwand für das für Gesundheit zuständige Ministerium: Für das Jahr 2025 ergibt sich ein zusätzlicher Stellenbedarf von drei Vollzeitäquivalenten (VZÄ) im höheren Dienst und einem VZÄ im gehobenen Dienst. Für die Jahre 2027 und 2028 reduziert sich dieser Mehraufwand auf zwei VZÄ im höheren Dienst und ein VZÄ im gehobenen Dienst. Für die Jahre 2029 und 2030 reduziert sich dieser Mehraufwand weiter auf ein VZÄ im höheren Dienst. Zur Deckung dieses Mehraufwands wird ein Antrag auf Bereitstellung von Mitteln des Modernisierungsfonds für die Finanzierung von Sachmitteln sowie temporären Beschäftigungsverhältnissen zum Aufbau eines Projektteams gestellt. Der vorübergehende Mehraufwand ist bedingt einerseits durch die befristete Gleichzeitigkeit der Abwicklung alter und der Etablierung neuer Aufgaben. Zusätzlich ist ein befristeter Mehraufwand für die Etablierung von Kompetenzen und Strukturen zur Erledigung der neuen Aufgaben notwendig.

Ab dem Jahr 2031 gleichen sich die wegfallenden und entstehenden Bedarfe aus. Daher werden ab diesem Jahr die Aufgaben im Rahmen des vorhandenen Stellenumfanges und mit den vorhandenen Mitteln des für Gesundheit zuständigen Ministeriums abgedeckt.

## **F Sonstige Kosten**

### **1. Kosten für die Wirtschaft**

Für die Krankenhäuser entsteht ein potenzieller, nicht genau quantifizierbarer zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Dieser ist abhängig von den bisher bereits in den Krankenhäusern getroffenen Maßnahmen bezüglich der Bestimmungen dieses Gesetzes, da es teilweise auch andere gesetzliche und untergesetzliche Bestimmungen gibt, die die Krankenhäuser zur Erfüllung verpflichtet haben. Der Erfüllungsaufwand ist im Rahmen des zugewiesenen Versorgungsauftrages von den Krankenhäusern zu tragen.

Potenzielle zusätzliche Kosten können den Krankenhäusern hierbei durch die Bestellung von Leiterinnen oder Leitern für die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung entstehen. Die Bestellung einer Leiterin oder eines Leiters Krankenhausalarm- und -einsatzplanung verursacht für jedes Krankenhaus an jedem Standort geschätzte Kosten in Höhe von durchschnittlich 18 750 Euro im Jahr. Es wird davon ausgegangen, dass die Ausübung der Tätigkeit 0,25 VZÄ beansprucht bei einem durchschnittlichen Bruttogehalt von 75 000 Euro. Dazu kommen im Jahr durchschnittliche Kosten in Höhe von 1 500 Euro für erforderliche Schulungen und Zertifizierung.

Die Pflicht zur Prüfung des Krankenhausalarm- und Einsatzplanes durch einen unabhängigen externen Sachverständigen verursacht bei erstmaliger Prüfung geschätzte Kosten in Höhe von durchschnittlich 3 000 Euro brutto, wobei eine Abhängigkeit von der Größe und Struktur des Krankenhauses sowie dem Umfang des Einsatzplanes besteht. Die Folgekosten entstehen durch die vorgeschriebene fortlaufende Überprüfung, wenn bei wesentlicher inhaltlicher Änderung erneut ein externer Sachverständiger hinzuzuziehen ist, und belaufen sich auf durchschnittlich geschätzte 200 Euro brutto.

Die Beschäftigung von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern führt ebenso zu zusätzlichen Kosten. Apothekerinnen und Apotheker verdienen etwa 61 500 Euro brutto im Jahr. Der Bedarf an Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern von Krankenhäusern ist abhängig von der Größe und Struktur. Es wird davon ausgegangen, dass Maximalversorger einen Bedarf von höchstens drei VZÄ aufweisen und sehr kleine Krankenhäuser mindestens 0,5 VZÄ benötigen. Zu beachten ist dabei auch, dass der Einsatz teilweise auch telemedizinisch oder in Kooperation mit anderen Krankenhäusern erfolgen kann.

Weitere Kosten entstehen durch die die Unterstützung der am Krankenhaus tätigen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher. Die geschätzten Kosten für ein Krankenhaus für einen Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin belaufen sich auf durchschnittlich 12 865 Euro pro Jahr, die durch die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungen sowie die Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten und Arbeitsausstattung entstehen. Die Gesamtkosten setzen sich zusammen aus einer Sachkostenpauschale in Höhe von durchschnittlich 12 365 Euro und durchschnittlichen Kosten für Fort- und Weiterbildungen in Höhe von durchschnittlich 500 Euro.

Potenzielle zusätzliche Kosten können den Krankenhäusern hierbei durch die Bestellung von Leiterinnen oder Leitern für die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung entstehen sowie für die Beschäftigung von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern und für die Unterstützung der am Krankenhaus tätigen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher. Darüber hinaus können den Krankenhäusern zusätzliche Kosten entstehen für die Durchführung von Schulungen und Übungen nach § 42, für die Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie für Vorsorgemaßnahmen bezüglich des Ausfalls von Strom, Heizung und Warmwasser sowie Trinkwasser. Potenzielle zusätzliche Kosten richten sich dabei nach den Anforderungen in den Bestimmungen der diesbezüglichen Rechtsverordnung.

## **2. Erfüllungsaufwand der Verwaltung**

Keiner.

## **G Bürokratiefolgen**

Der vorliegende Gesetzentwurf regelt mehrere Informationspflichten, deren zu erwartende Kostenfolgen für die Wirtschaft mithilfe des Standardkosten-Modells geschätzt wurden. Aufgrund der Anzahl von Informationspflichten werden diese dem Gesetz entsprechend abschnittsweise aufgeführt, wobei nähere Details zur Art der Informationspflicht der jeweiligen Begründung der entsprechenden Vorschrift zu entnehmen sind. In Abschnitt 1 „Allgemeine Bestimmungen“ ergibt sich eine Informationspflicht aus § 3 Absatz 2. In Abschnitt 2 „Krankenhausplanung“ bestehen entsprechende Pflichten nach § 4 Absatz 3 sowie § 9 Absatz 1. In Abschnitt 3 „Landeskrankenhausförderung“ ergeben sich Informationspflichten aus den §§ 10 Absatz 2, 14 Absatz 1 und 3, 15 Absatz 4, 17 Absatz 3, 18 Absatz 1, 19 Absatz 1, 20 Absatz 1, 21 Absatz 1, 22 Absatz 5, 23 Absatz 1, 25 Absatz 1, 26 Absatz 1 und 28. Der Abschnitt 4 „Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus, Qualität und Sicherheit der Versorgung“ enthält Informationspflichten in § 30 Absatz 2, § 34 Absatz 2 und 3 sowie in § 38 Absatz 3 und 4. In Abschnitt 5 „Notfallversorgung und besondere Gefahrenlagen“ sind entsprechende Pflichten in § 41 Absatz 4 und 5 sowie in § 42 Absatz 2 und 4 geregelt. Schließlich enthält der Abschnitt 6 „Die Verarbeitung personenbezogener Daten im Krankenhaus“ eine Informationspflicht in § 46 Absatz 3. Insgesamt entstehen den Krankenhäusern bis zum Jahr 2027 durch die Erfüllung der gesetzlichen Informationspflichten Bürokratiekosten in Höhe von 21 488,49 Euro. Die Einführung von acht neuen Informationspflichten bei langfristigem Wegfall von neun Informationspflichten aus dem Abschnitt 3 „Landeskrankenhausförderung“ ab dem Jahr 2028 führt ab diesem Zeitpunkt zu einer Senkung der Bürokratiekosten um 14 529,16 Euro (67,61 Prozent) pro Jahr im Vergleich zu den durch das bisherige Gesetz veranlassten Kosten.

**DIE MINISTERPRÄSIDENTIN  
DES LANDES  
MECKLENBURG-VORPOMMERN**

Schwerin, den 29. April 2025

An die  
Präsidentin des Landtages  
Mecklenburg-Vorpommern  
Frau Birgit Hesse  
Lennéstraße 1

19053 Schwerin

**Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern  
(Landeskrankenhausgesetz – LKHG M-V)**

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

als Anlage übersende ich Ihnen den von der Landesregierung am 15. April 2025 beschlossenen Entwurf des vorbezeichneten Gesetzes mit Begründung.

Ich bitte Sie, die Beschlussfassung des Landtages herbeizuführen.

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport.

Mit freundlichen Grüßen

**Manuela Schwesig**

## **ENTWURF**

### **eines Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Landeskrankenhausgesetz – LKHG M-V)**

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:

#### **Inhaltsübersicht:**

##### **Abschnitt 1**

##### **Allgemeine Bestimmungen**

- § 1 Grundsätze
- § 2 Anwendungsbereich
- § 3 Begriffsbestimmungen und grundsätzliche Anforderungen
- § 4 Krankenhausaufsicht, Verordnungsermächtigung

##### **Abschnitt 2**

##### **Krankenhausplanung**

- § 5 Krankenhausplan
- § 6 Planungssystematik des Krankenhausplans, Verordnungsermächtigung
- § 7 Aufnahme in den Krankenhausplan und Ausscheiden aus dem Krankenhausplan
- § 8 Beteiligte
- § 9 Auskunftspflichten, Sicherung der Krankenhausplanung, Verordnungsermächtigung

##### **Abschnitt 3**

##### **Landeskrankenhausförderung**

- § 10 Grundlagen der Förderung
- § 11 Ausnahmeregelung für die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock
- § 12 Aufbringung der Mittel
- § 13 Investitionsprogramm
- § 14 Einzelförderung von Investitionen bis 31. Dezember 2027
- § 15 Umfang der Einzelförderung bis 31. Dezember 2027
- § 16 Auszahlung der Einzelfördermittel bis 31. Dezember 2027
- § 17 Pauschalförderung bis 31. Dezember 2027, Verordnungsermächtigung
- § 18 Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten sowie von Grundstückskosten bis 31. Dezember 2027
- § 19 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen bis 31. Dezember 2027
- § 20 Ausgleich für Eigenmittel bis 31. Dezember 2027

- § 21 Förderung der Nutzung von Anlagegütern bis 31. Dezember 2027
- § 22 Investitionszuschüsse ab 1. Januar 2028, Verordnungsermächtigung
- § 23 Förderung bei Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern
- § 24 Nebenbestimmungen und Rückforderung
- § 25 Erklärungen im Rahmen der Jahresabschlussprüfung
- § 26 Verwendungsnachweis
- § 27 Widerruf von Bescheiden, Verzinsung des Erstattungsanspruchs
- § 28 Wechsel des Krankenhausträgers oder des Eigentümers

#### **Abschnitt 4**

##### **Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus, Qualität und Sicherheit der Versorgung**

- § 29 Aufnahme und Versorgung
- § 30 Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen
- § 31 Soziale Betreuung
- § 32 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher
- § 33 Ausbildung und Berufsrecht
- § 34 Qualitätssicherung
- § 35 Organspenderegister
- § 36 Krankenhaushygiene und Umwelt
- § 37 Leitung und innere Organisation eines Krankenhauses
- § 38 Arzneimittelkommission
- § 39 Stationsapothekerin oder Stationsapotheker

#### **Abschnitt 5**

##### **Notfallversorgung und besondere Gefahrenlagen**

- § 40 Notfallversorgung, Verordnungsermächtigung
- § 41 Krankenhausalarm- und -einsatzplan, Leiterin oder Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung, Einsatzleitung, Verordnungsermächtigungen
- § 42 Schulungen und Übungen, Verordnungsermächtigung
- § 43 Bevorratung und Notversorgung, Verordnungsermächtigungen
- § 44 Übergeordnete Steuerung bei besonderen Gefahrenlagen

#### **Abschnitt 6**

##### **Die Verarbeitung personenbezogener Daten im Krankenhaus**

- § 45 Anwendungsbereich
- § 46 Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, Verordnungsermächtigung
- § 47 Weitere Verarbeitung von Daten
- § 48 Einschränkung des Rechts auf Auskunft der betroffenen Person
- § 49 Löschung und Sperrung von Daten
- § 50 Speicherung und Bereitstellung von personenbezogenen Daten zu Forschungszwecken im eigenen Krankenhaus, Widerspruchsrecht

- § 51 Datenübermittlung zu Forschungszwecken an Stellen außerhalb des Krankenhauses und gemeinsame Forschung
- § 52 Treuhandstelle
- § 53 Veröffentlichung von personenbezogenen Daten
- § 54 Verarbeitung von personenbezogenen Daten bei Verfahren des maschinellen Lernens (künstliche Intelligenz)
- § 55 Datenverarbeitung im Auftrag
- § 56 Ordnungswidrigkeiten

## **Abschnitt 7**

### **Gebühren und Auslagen, Inkrafttreten und Außerkrafttreten**

- § 57 Gebühren und Auslagen
- § 58 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

## **Abschnitt 1**

### **Allgemeine Bestimmungen**

#### **§ 1 Grundsätze**

(1) Ziel dieses Gesetzes ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit leistungsfähigen, digital ausgestatteten, qualitativ hochwertigen, wirtschaftlich gesicherten, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen sowie zu sozial tragbaren Entgelten beizutragen. Die Krankenhausversorgung erfolgt patientengerecht und in angemessener Zeit erreichbar in bedarfsgerechten Abstufungen.

(2) Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und kreisfreien Städte im Rahmen der Daseinsvorsorge. Soweit die Krankenhausversorgung nicht durch andere Krankenträger gewährleistet wird, haben die Landkreise und kreisfreien Städte die Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe des eigenen Wirkungskreises nach Maßgabe des Krankenhausplans sicherzustellen. Das Land hat im Wesentlichen die Aufgaben der Krankenhausplanung und der investiven Förderung. Bei der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen handelt es sich um eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse.

#### **§ 2 Anwendungsbereich**

(1) Das Gesetz gilt für alle Krankenhäuser im Land Mecklenburg-Vorpommern, die Leistungen der Krankenhausversorgung erbringen, soweit nichts anderes bestimmt ist.

(2) Abweichend von Absatz 1 finden die §§ 10, 12 bis 16, 18 bis 23 und 37 für die Krankenhäuser der Körperschaften, rechtsfähigen Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts, die der Aufsicht des Landes unterstehen, keine Anwendung. Dies betrifft die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock als rechtsfähige Teilkörperschaften der jeweiligen Universität.

(3) Abweichend von Absatz 1 finden für Privatkrankenanstalten der akut stationären Versorgung im Sinne des § 30 der Gewerbeordnung, die nicht in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind, ausschließlich § 36 Absatz 1 und 2 und die §§ 45 bis 50 Anwendung.

(4) Abweichend von Absatz 1 finden für Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Abschnitte 2 und 3 keine Anwendung.

(5) Für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden nur § 36 Absatz 1 und 2, soweit in ihnen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie die §§ 44 bis 50 entsprechend Anwendung.

(6) Für die in § 3 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Einrichtungen finden § 36 Absatz 1 und 2 sowie die §§ 44 bis 50 entsprechend Anwendung.

(7) § 34 gilt abweichend von Absatz 1 nur für Krankenhäuser, die im Sinne des § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind.

### **§ 3**

#### **Begriffsbestimmungen und grundsätzliche Anforderungen**

(1) Ein Krankenhaus ist eine Einrichtung nach § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit Ausnahme der in § 3 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser. Hierzu zählen auch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Krankenhäuser müssen wirtschaftlich eigenständige Betriebe sein. Zu den Krankenhäusern gehören die mit ihnen notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten im Sinne des § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(2) Krankenhausträger ist eine natürliche oder juristische Person oder rechtsfähige Personengesellschaft, die ein Krankenhaus im eigenen Namen und auf eigene Rechnung betreibt. Fallen Krankenhausträger und der gesellschaftsrechtliche Eigentümer des Krankenhauses auseinander oder treten diesbezüglich Änderungen ein, ist dies dem für Gesundheit zuständigen Ministerium anzuzeigen. Verpflichtungen insbesondere infolge der Aufnahme in den Krankenhausplan können gemeinschaftlich auferlegt werden.

(3) Ein Trägerwechsel liegt vor, wenn der Betrieb des Krankenhauses auf einen Dritten übertragen wird oder in Bezug auf den bisherigen Träger sich die Rechtspersönlichkeit oder Rechtsform ändert, eine Verschmelzung mit einem anderen Unternehmen gemäß § 2 des Umwandlungsgesetzes erfolgt oder ein gesetzlicher Übergang infolge eines Erbfalles eintritt. Als Trägerwechsel wird weiterhin die Umwandlung eines Krankenhausträgers im Sinne des § 1 Absatz 1 Nummer 1, 2 oder 3 des Umwandlungsgesetzes oder ein Wechsel der anteiligen Eigentumsverhältnisse oder ein Mehrheitswechsel bei den Gesellschaftsanteilen eines Krankenhausträgers behandelt. Ein Trägerwechsel gemäß Satz 1 oder 2 ist dem für Gesundheit zuständigen Ministerium rechtzeitig vorher anzuzeigen. Auf die Regelungen der § 7 Absatz 4 und § 28 wird verwiesen.

(4) Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich gemäß § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Mehrere Standorte eines Krankenhausträgers bilden zusammen nur dann ein Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzes, wenn die Standorte organisatorisch und wirtschaftlich sowie in der fachlichen Abstimmung der Versorgung eine Einheit bilden. Das Krankenhaus gemäß Absatz 1 wird einheitlich unter Nennung der einzelnen Standorte in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen.

(5) Krankenhausleistungen oder Leistungen der Krankenhausversorgung sind vollstationäre, stationsäquivalente, teil- und tagesstationäre sowie vor- und nachstationäre Leistungen im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit nichts anderes bestimmt ist.

#### **§ 4**

#### **Krankenhausaufsicht, Verordnungsermächtigung**

(1) Die Krankenhäuser einschließlich ihrer gemeinschaftlichen Einrichtungen und der mit ihnen notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten unterliegen der Krankenhausaufsicht durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Die Krankenhausaufsicht erstreckt sich auf die Einhaltung der Vorschriften dieses Gesetzes sowie der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Vorschriften. Im Übrigen bleiben die Vorschriften zur Rechtsaufsicht über die Landkreise und kreisfreien Städte unberührt.

(2) Aufsichtsbehörde ist, soweit in Rechtsvorschriften nicht etwas anderes bestimmt ist,

1. das für Gesundheit zuständige Ministerium, soweit sich aus den nachfolgenden Aufzählungen nichts Abweichendes ergibt,
2. hinsichtlich der Universitätsmedizin Rostock und der Universitätsmedizin Greifswald das für Wissenschaft zuständige Ministerium,
3. hinsichtlich des § 36 und der sonstigen Vorschriften über die Krankenhaushygiene das Landesamt für Gesundheit und Soziales; das jeweils zuständige Gesundheitsamt kann an Besichtigungen durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales beteiligt werden und
4. hinsichtlich der §§ 29 bis 31 das Gesundheitsamt.

(3) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, der Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Krankenhausaufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Einsicht in die dafür notwendigen Unterlagen zu gewähren sowie deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Bei dringender Gefahr für die Krankenhaushygiene ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes eingeschränkt.

(4) Führt das Handeln oder Unterlassen eines Krankenhausträgers zu einer Rechtsverletzung, soll die Aufsichtsbehörde zunächst auf die Behebung der Rechtsverletzung hinwirken und den Krankenhausträger entsprechend beraten. Kommt der Krankenhausträger der Behebung der Rechtsverletzung innerhalb der gesetzten Frist nicht nach, kann die Aufsichtsbehörde gegenüber diesem diejenigen Anordnungen treffen, die erforderlich sind, um die Rechtsverletzung zu beheben. Die Anordnung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet oder sie unanfechtbar geworden ist.

(5) Zusätzlich zur Krankenhausaufsicht nach Absatz 1 und in Abweichung von Absatz 2 Nummer 2 hat das für Gesundheit zuständige Ministerium die Aufsicht über die Umsetzung der Vorschriften nach Satz 3 dieses Absatzes. Die Aufsicht ist im Benehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium vorzunehmen. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Vorschriften für

1. die Notfallversorgung nach § 40,
2. die Krankenhausalarm- und Einsatzplanung nach § 41,
3. die Schulungen und Übungen nach § 42,
4. die Bevorratung nach § 43 und
5. die übergeordnete Steuerung bei besonderen Gefahrenlagen nach § 44

sowie auf die aufgrund dieser Regelungen erlassenen Vorschriften. Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann im Einvernehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium einzelne Aufgaben der Aufsicht, die die Umsetzung der Nummern 1 bis 4 betreffen, durch Rechtsverordnung konkretisieren.

(6) Bezüglich der Aufsicht nach Absatz 5 finden die Aufsichtsmittel nach den Absätzen 3 und 4 entsprechende Anwendung. Bei Gefahr im Verzug oder wenn sonst die ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben durch die angewiesene Einrichtung nicht gewährleistet erscheint, kann die Aufsichtsbehörde entweder einen bestimmten Mitarbeitenden der angewiesenen Einrichtung unmittelbar beauftragen oder anstelle der angewiesenen Einrichtung tätig werden (Selbsteintrittsrecht).

## **Abschnitt 2 Krankenhausplanung**

### **§ 5 Krankenhausplan**

(1) Das für Gesundheit zuständige Ministerium erstellt auf der Grundlage der Regelungen dieses Abschnitts sowie der Rechtsverordnung nach § 6 einen Krankenhausplan und schreibt ihn fort. Die Fortschreibung kann in genereller Form (Planfortschreibung) oder auf der Grundlage von § 7 für einzelne Krankenhäuser (Einzelfortschreibung) erfolgen. Darüber hinaus findet eine normative Planfortschreibung durch die gemäß § 6 von dem für Gesundheit zuständigen Ministerium erlassene Rechtsverordnung statt.

(2) Der Krankenhausplan dient der Verwirklichung der in § 1 dieses Gesetzes und § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Ziele. Dabei legt er die allgemeinen und die sich für das Land Mecklenburg-Vorpommern spezifisch ergebenden Versorgungsziele fest. Das Versorgungsziel einer flächendeckenden und zugleich in angemessener Zeit erreichbaren Notfall- und Krankenhausversorgung kann durch Festlegung einer gestuften Versorgung und Einteilung der Planung in Planungsregionen und Versorgungsgebiete erreicht werden. Die Ziele und die Grundsätze der Raumordnung, der Landesplanung und regionaler Versorgungsbelange sind zu beachten. Die besonderen Belange von Forschung und Lehre sind zu berücksichtigen. Die Entwicklungen einer stärkeren Ambulantisierung, Digitalisierung, sektorenübergreifenden und telemedizinischen Versorgung sind zu berücksichtigen.

(3) Der Krankenhausplan beschreibt die aktuelle Lage der Krankenhausversorgung und die tatsächliche Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch eine Versorgungsanalyse. Auf dieser Grundlage prognostiziert der Krankenhausplan den künftigen Bedarf an Krankenhausleistungen mithilfe wissenschaftlicher Methoden insbesondere unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung. Erkenntnisse über ambulante Versorgungsstrukturen können hierbei einbezogen werden. Der Krankenhausplan kann durch medizinische Fachplanungen insbesondere für einzelne Fachrichtungen oder übergreifende Fachgebiete ergänzt werden.

(4) Auf der Grundlage der Bedarfsprognose nach Absatz 3 trifft der Krankenhausplan entsprechend den Zielen des § 1 Absatz 1 die für die Versorgung erforderlichen Versorgungsentscheidungen und weist die bedarfsgerechten Krankenhäuser mit ihren Krankenhausstandorten sowie die sonstigen, den Zielen nach § 1 dienenden Einrichtungen einschließlich der mit dem Krankenhaus notwendig verbundenen Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nach gegenwärtiger und zukünftiger Aufgabenstellung entsprechend ihrem jeweiligen Versorgungsauftrag aus.

(5) Mit der Versorgungsentscheidung wird der Inhalt des Versorgungsauftrages des Krankenhauses festgelegt und über den Feststellungsbescheid nach Maßgabe von § 7 umgesetzt und der Krankenhausplan fortgeschrieben. Inhalt des Versorgungsauftrages ist die Zuweisung entsprechend der nach § 6 festgelegten Planungssystematik. Daneben kann auf der Grundlage ergänzender Fachplanungen im Krankenhausplan eine Zuweisung von Schwerpunkten und Zentren, besonderer Aufgaben und die Festlegung der Zusammenarbeit des Krankenhauses mit anderen Krankenhäusern oder anderen Leistungsträgern der gesundheitlichen Versorgung erfolgen. Außerdem können zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans oder aus Gründen der Qualitätssicherung einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen innerhalb der Fachgebiete oder Leistungsbereiche vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses ausgenommen werden. Krankenhäuser dürfen Krankenhausleistungen nur im Rahmen des im Bescheid festgestellten Versorgungsauftrages erbringen. Maßnahmen, die die Universitätsmedizin Greifswald oder die Universitätsmedizin Rostock betreffen, ergehen im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium.

(6) Der Krankenhausplan wird auf der Internetseite des für Gesundheit zuständigen Ministeriums veröffentlicht.

## **§ 6**

### **Planungssystematik des Krankenhausplans, Verordnungsermächtigung**

(1) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zur Planungssystematik zu regeln, nach der der Krankenhausplan aufgestellt und fortgeschrieben wird. Außerdem regelt die Rechtsverordnung das Nähere zum Verfahren der Planfortschreibung und Einzelfortschreibung nach § 5 Absatz 1 sowie zur Notwendigkeit von Anträgen der Krankenhausträger zur Versorgungsentscheidung nach § 5 Absatz 5.

(2) Die Rechtsverordnung nach Absatz 1 regelt, welche Planungssystematik im Krankenhausplan angewandt wird. Die Krankenhausplanung erfolgt durch eine kapazitätsbezogene Bettenplanung oder durch eine qualitätsausgerichtete Leistungsplanung. Beide Planungssystematiken können entweder jeweils ausschließlich für die gesamte Krankenhausversorgung, nebeneinander für abgegrenzte Bereiche der Krankenhausversorgung oder in Kombination für die gleichen Bereiche der Krankenhausversorgung angewandt werden.

(3) Soweit eine kapazitätsbezogene Bettenplanung erfolgt, regelt die Rechtsverordnung nach Absatz 1 das Nähere zur Unterteilung in sich gegebenenfalls überschneidende Fachgebiete, für die eine Bettenplanung durchgeführt wird.

(4) Soweit eine qualitätsausgerichtete Leistungsplanung erfolgt, regelt die Rechtsverordnung nach Absatz 1 das Nähere zur Unterteilung in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sowie an diese gerichteten Anforderungen. Leistungsgruppen bilden konkrete Krankenhausleistungen ab und werden nach fachlichen Gesichtspunkten zu Leistungsbereichen zusammengefasst.

(5) Für die jeweilige Planungssystematik können in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 geeignete quantitative Messgrößen wie Behandlungs- und Leistungskapazitäten sowie Mindest- oder Sollfallzahlen zur Sicherung einer hochwertigen Qualität der Krankenhausversorgung konkretisiert werden. Soweit qualitative Anforderungen für die Krankenhausversorgung zugeordnet werden, sind insbesondere die Regelungen zur Qualitätssicherung im und auf der Grundlage des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebend.

## **§ 7**

### **Aufnahme in den Krankenhausplan und Ausscheiden aus dem Krankenhausplan**

(1) Das für Gesundheit zuständige Ministerium stellt gegenüber dem Krankenhausträger durch Bescheid fest, ob und mit welchen Einzelfestlegungen des Krankenhausplans gemäß § 5 Absatz 5 sein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen ist. Insoweit muss der Feststellungsbescheid mindestens enthalten

1. den Namen, den Standort und die Standortnummer des Krankenhauses,
2. die Bezeichnung, die Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan sowie das Institutionskennzeichen,
4. den Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechend den vorzuhaltenden Fachrichtungen oder Leistungsbereichen und Leistungsgruppen sowie weiteren speziellen Leistungsangeboten gemäß den medizinischen Fachplanungen oder sonstigen, sich für das Krankenhaus ergebenden Versorgungsaufgaben,
5. die dem Versorgungsauftrag zugrunde liegenden Planbettenzahlen, Behandlungsplatzzahlen oder andere im Krankenhausplan festgelegte qualitative oder quantitative Parameter der vorzuhaltenden Versorgungskapazität,
6. die Frist zur Umsetzung des Versorgungsauftrages gemäß Absatz 7,
7. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(2) Auf die Aufnahme in den Krankenhausplan besteht kein Rechtsanspruch. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhausstandorten entscheidet das für Gesundheit zuständige Ministerium unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Eignung des jeweiligen Standortes. Zur Beurteilung der Eignung werden insbesondere die Auswahlkriterien auf der Grundlage der Rechtsverordnung nach § 6 herangezogen. Darüber hinaus können zur Beurteilung der Eignung Kriterien der Qualität, der Zusammenarbeit nach § 29 Absatz 5, der personellen und infrastrukturellen Ausstattung des Krankenhauses, des Fachgebietsspektrums, der Aus- und Weiterbildungsangebote sowie der Teilnahme an der Verbundweiterbildung gemäß § 33 Absatz 1 und der Erfüllung der Pflicht nach § 9 Absatz 1 herangezogen werden, nach denen nach pflichtgemäßem Ermessen entschieden wird, welcher Krankenhausstandort den Grundsätzen nach § 1 und den Zielen der Krankenhausplanung des Landes Mecklenburg-Vorpommern am besten gerecht wird. Die Vielfalt der Krankenträger ist dann zu berücksichtigen, wenn die Eignung der Krankenhausstandorte gleichwertig ist. Bei der Universitätsmedizin Rostock und der Universitätsmedizin Greifswald sind die besonderen Belange von Forschung und Lehre zu berücksichtigen.

(3) Feststellungen über die Aufnahme in den oder die Herausnahme aus dem Krankenhausplan werden durch schriftlichen Bescheid des für Gesundheit zuständigen Ministeriums gegenüber dem Krankenträger je Krankenhausstandort getroffen und den unmittelbar Beteiligten nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 zur Kenntnis gegeben. Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans geboten ist. Dazu gehören Auflagen, die – auch nachträglich – aufgenommen, geändert oder ergänzt werden können. Das erlaubt auch die befristete Aufnahme eines Krankenhauses oder einzelner Bestandteile seines Versorgungsauftrages. Für Krankenhäuser, die zum Teil oder ganz aus dem Krankenhausplan ausscheiden, kann ein bestimmter Zeitpunkt des Ausscheidens vorgesehen werden.

(4) Erfolgt ein Trägerwechsel gemäß § 3 Absatz 3 für eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses, ist es aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. Soweit im Übrigen der Trägerwechsel nach Prüfung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums nicht zu einer Gefährdung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses führt, wird der neue Träger in den Krankenhausplan aufgenommen. In der Zeit zwischen dem Trägerwechsel und der Entscheidung des Ministeriums darf das Krankenhaus die Versorgung im bisherigen Umfang auch unter dem neuen Träger fortsetzen, wenn nicht das für Gesundheit zuständige Ministerium aufgrund einer drohenden Gefährdung der Versorgung etwas anderes anordnet. Bei einem Formwechsel nach § 1 Absatz 1 Nummer 4 des Umwandlungsgesetzes wird die neue Trägerbezeichnung im Krankenhausplan übernommen.

(5) Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise zurückgenommen werden, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme zum Zeitpunkt des Bescheiderlasses nicht vorgelegen haben.

(6) Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme nicht nur vorübergehend nicht mehr vorliegen oder das Krankenhaus von den Feststellungen nach Absatz 1 Satz 1 abweicht oder planwidrige Leistungen anbietet. Der teilweise Widerruf kann auch darin bestehen, dass einzelne Leistungen innerhalb einer Fachrichtung vom Versorgungsauftrag ausgenommen werden.

(7) Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses gemäß § 5 Absatz 5 ist innerhalb der im Feststellungsbescheid genannten Frist umzusetzen und einzuhalten. Wird der Versorgungsauftrag nach Ablauf des jeweiligen Zeitraums nicht oder nicht vollständig umgesetzt, kann das für Gesundheit zuständige Ministerium den Feststellungsbescheid ganz oder teilweise widerrufen. In begründeten Fällen kann das Ministerium auf Antrag des Krankenhausträgers die ihm mitgeteilte Umsetzungsfrist nach Satz 1 verlängern.

(8) Der Krankenhausträger des betroffenen Krankenhauses ist vor der Aufnahme sowie vor der Rücknahme oder dem Widerruf der Aufnahme anzuhören.

(9) Gegen den Feststellungsbescheid nach Absatz 1 Satz 1 sowie gegen sonstige Bescheide in Umsetzung des Krankenhausplans ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Rechtsbehelfe von Krankenhausträgern und Dritten gegen einen solchen Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

## **§ 8 Beteiligte**

(1) Unmittelbar Beteiligte im Sinne des § 7 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind

1. die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen, der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung,
2. die Krankenhausgesellschaft des Landes und
3. die kommunalen Landesverbände.

(2) Weitere Beteiligte sind

1. die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern,
2. der Medizinische Dienst Mecklenburg-Vorpommern,
3. eine Vertretung entweder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen oder der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher nach § 32; dies wird durch die Koordinierungsstelle Patientenbeteiligung angesiedelt beim SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e. V. bestimmt,
4. eine vom Landespflegerat Mecklenburg-Vorpommern benannte Vertretung.

(3) Die Erstellung, Änderung und Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt unter Einbeziehung der an der Krankenhausversorgung Beteiligten. Hierzu wird vom für Gesundheit zuständigen Ministerium unter dessen Vorsitz eine Planungsbeteiligtenrunde eingerichtet.

(4) Als Mitglieder der Planungsbeteiligtenrunde benennen die unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 als ihre Vertretungen jeweils bis zu vier Personen und bis zu vier Stellvertretungen und die unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 Nummer 3 jeweils bis zu zwei Personen und bis zu zwei Stellvertretungen. Als unmittelbar Beteiligte dürfen an der Planungsbeteiligtenrunde ausschließlich Personen teilnehmen, bei denen keine Interessenkonflikte bestehen, entsprechende Regelungen hierzu sind in der Geschäftsordnung nach Absatz 6 zu treffen. Die weiteren Beteiligten benennen als ihre Vertretungen jeweils eine Person und eine Stellvertretung. Sachverständige können mit Genehmigung des Vorsitzes der Planungsbeteiligtenrunde hinzugezogen werden.

(5) Mit den unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 ist bei Beschlüssen der Planungsbeteiligtenrunde Einvernehmen anzustreben. Wird kein Einvernehmen erzielt, gilt der Letztentscheid der für Gesundheit zuständigen Ministerin oder des für Gesundheit zuständigen Ministers. Die weiteren Beteiligten nach Absatz 2 sind ins Benehmen zu setzen.

(6) Die Planungsbeteiligtenrunde nach Absatz 4 gibt sich eine Geschäftsordnung. Kommt ein einstimmiger Beschluss durch die unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 zur Verabschiedung der Geschäftsordnung binnen einer Frist von drei Monaten ab Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht zustande, legt das für Gesundheit zuständige Ministerium die Geschäftsordnung fest.

## § 9

### **Auskunftspflichten, Sicherung der Krankenhausplanung, Verordnungsermächtigung**

(1) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, dem für Gesundheit zuständigen Ministerium unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes die für die Krankenhausplanung erforderlichen Auskünfte zu erteilen, das Leistungsangebot und die erbrachten Leistungen, die Verweildauer, die personelle und sächliche Ausstattung sowie über allgemeine statistische Angaben über die Patientinnen und Patienten und ihre Erkrankungen, soweit diese Auskünfte nicht auf anderem Wege oder nicht ohne unverhältnismäßigem Aufwand erlangt werden können, zu berichten.

(2) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung Erhebungen mit Auskunftspflicht bei den Krankenhäusern für Verwaltungszwecke und statistische Zwecke auf dem Gebiet des Gesundheitswesens anzuordnen. Die Auskunftspflicht erstreckt sich auf die in Absatz 1 genannten Erhebungstatbestände. Die Rechtsverordnung bestimmt das Nähere hierzu, insbesondere die einzelnen Erhebungstatbestände, die Art und die Periodizität der Erhebung, den Berichtszeitraum, den Berichtszeitpunkt, die Erhebungsstellen und den Berichtsweg. Für die in Absatz 1 genannten statistischen und krankenhauplanerischen Zwecke kann das für Gesundheit zuständige Ministerium abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314, S. 72, L 127 vom 23.5.2018, S. 2, L 74 vom 4.3.2021, S. 35) in der Rechtsverordnung auch die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten sowie angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Interessen der betroffenen Personen regeln, wobei durch die auswertende Stelle kein Personenbezug hergestellt werden darf, § 47 Absatz 2 Satz 1 und 2 gelten entsprechend. Die Erhebung kann auch auf Krankenhäuser erstreckt werden, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind. Die ärztliche Schweigepflicht ist zu wahren.

**Abschnitt 3**  
**Landeskrankenhausförderung****§ 10**  
**Grundlagen der Förderung**

(1) Krankenhäuser, deren Aufnahme im Krankenhausplan erfolgt ist, werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts zur Gewährleistung ihres Versorgungsauftrages gefördert.

(2) Die Förderung erfolgt auf Antrag des Krankenhauses durch schriftlichen Bescheid des für Gesundheit zuständigen Ministeriums. Im Falle der Pauschalförderung nach § 17 und der Investitionspauschale nach § 22 bedarf es keines Antrages für die Folgejahre.

(3) Die Fördermittel dürfen nur zur Erfüllung des durch Feststellungsbescheid zur Aufnahme in den Krankenhausplan festgelegten Versorgungsauftrages des Krankenhauses und der im Fördermittelbescheid vorgegebenen Zweckbindung eigenverantwortlich verwendet werden. Bei der Verwendung der Fördermittel sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit einzuhalten.

(4) Die Fördermittel werden den Krankenhausträgern für den jeweiligen Krankenhausstandort ab dem Jahr 2028 durch Investitionspauschalen im Wege jährlich zu bestimmender Festbeträge gewährt. Mit diesen Investitionspauschalen können die Krankenhausträger in dem in Absatz 3 genannten Rahmen eigenverantwortlich wirtschaften. Die Investitionspauschale kann für alle Fördertatbestände des § 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit Ausnahme des § 9 Absatz 2 Nummer 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verwendet werden. Ausnahmsweise kann für diese Fördertatbestände eine Einzelförderung gewährt werden, wenn dies für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit und die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Krankenhausleistungen unabweisbar ist.

**§ 11**  
**Ausnahmeregelung für die Universitätsmedizin Greifswald  
und die Universitätsmedizin Rostock**

(1) Auf die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock sind die Regelungen dieses Abschnitts nicht anwendbar.

(2) Sie erhalten bis zum 31. Dezember 2027 eine Pauschalförderung gemäß § 17. Die Höhe ergibt sich aus einem prozentualen Anteil des jeweiligen Haushaltsansatzes in Höhe von 3,687 Prozent. Davon erhält die Universitätsmedizin Rostock 2,369 Prozent und die Universitätsmedizin Greifswald 1,318 Prozent. Ab dem Jahr 2028 wird diese Pauschalförderung durch das für Wissenschaft zuständige Ministerium durchgeführt.

(3) Ab dem Jahr 2028 erhalten sie

1. einen Zuschlag für die Ausbildungsplätze, die Höhe des Zuschlags ergibt sich aus der Rechtsverordnung nach § 17 Absatz 4 und § 22 Absatz 8,
2. die Investitionspauschale nach § 22 und gegebenenfalls die Einzelförderung nach § 10 Absatz 4 Satz 4, wenn sie mit Zustimmung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums ein Krankenhaus der Grundversorgung an einem gesonderten Standort zum Zwecke der Sicherstellung der regionalen Versorgung übernommen haben, die Förderung ist auf den Investitionsbedarf für das Angebot der Grundversorgung zu beschränken und § 104c des Landeshochschulgesetzes ist im Falle einer Investitionspauschale nicht anwendbar.

## **§ 12 Aufbringung der Mittel**

(1) Von den Ausgaben für die Krankenhausförderung nach diesem Gesetz tragen das Land 60 Prozent und die Landkreise und kreisfreien Städte 40 Prozent entsprechend den Festsetzungen des Haushaltsplans.

(2) Der jeweilige Beitrag der Landkreise und kreisfreien Städte berechnet sich nach den vom Statistischen Landesamt zum 31. Dezember des jeweils vorvergangenen Jahres fortgeschriebenen Einwohnerzahlen. Abweichend von Satz 1 kann das für Gesundheit zuständige Ministerium mit Zustimmung der kommunalen Landesverbände eine abweichende Beitragsberechnung für die Landkreise und kreisfreien Städte bestimmen.

## **§ 13 Investitionsprogramm**

(1) Das für Gesundheit zuständige Ministerium stellt auf der Grundlage des Krankenhausplans unter Berücksichtigung der Aufgabenstellung des Krankenhauses, des Bedarfs und der veranschlagten Haushaltsmittel jährlich ein Investitionsprogramm für Investitionsvorhaben nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf. Zum Investitionsprogramm ist ein Einvernehmen mit den unmittelbaren Beteiligten nach § 8 Absatz 1 anzustreben.

(2) Ein Anspruch auf Aufnahme in das Investitionsprogramm besteht nicht.

(3) Das Investitionsprogramm enthält bis zum 31. Dezember 2027 erstens diejenigen Investitionsvorhaben je Krankenhausstandort, über deren Förderung im betreffenden Jahreszeitraum durch das für Gesundheit zuständige Ministerium entschieden werden soll oder wurde, sowie den voraussichtlichen Finanzbedarf. Zweitens enthält es die Investitionspauschale nach § 22 in Verbindung mit § 16 Absatz 5 für die betroffenen Krankenhausstandorte. Es wird entsprechend der Finanzplanung jährlich fortgeschrieben.

(4) Ab 1. Januar 2028 enthält das Investitionsprogramm abweichend von Absatz 1 die Investitionspauschale nach § 22 für den jeweiligen Krankenhausstandort und im Ausnahmefall dessen Einzelförderung nach § 10 Absatz 4 Satz 4.

**§ 14****Einzelförderung von Investitionen bis 31. Dezember 2027**

(1) Einzel gefördert werden auf Antrag Investitionskosten, die dem Versorgungsauftrag der Einrichtung entsprechen, insbesondere

1. für die Errichtung (Neubau, Erweiterungsbau, Umbau) von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern, sofern die Investition in das Investitionsprogramm aufgenommen wurde,
2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer üblichen durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
3. für die Ergänzung von Anlagegütern, die über die übliche Anpassung im Sinne von Absatz 2 wesentlich hinausgeht,
4. für die nicht zur Instandhaltung gehörenden Maßnahmen, durch die ein Anlagegut, ausgenommen ein Gebrauchsgut, in seiner Substanz vermehrt, in seinem Wesen erheblich verändert oder über seinen bisherigen Zustand hinaus deutlich verbessert wird oder durch die seine Nutzungsdauer wesentlich verlängert wird (Verbesserung).

Eine Einzelförderung entfällt für Investitionskosten, die nach § 17 pauschal gefördert werden.

(2) Wiederbeschaffung im Sinne dieses Gesetzes ist auch die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese nicht über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht.

(3) Die Einzelförderung setzt bei fachlicher Notwendigkeit ein baufachliches Prüfungsverfahren voraus. Entsprechende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen. Wird ein in Bau befindliches Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen, so können nur die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Investitionskosten gefördert werden. Eine Übernahme von Finanzierungen ist ausgeschlossen.

(4) Die Förderung erfolgt in der Regel durch Festbetragsfinanzierung. Diese kann aufgrund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden. Die Festbetragsförderung bedarf der Zustimmung des Krankenhausträgers. Sie soll Anreize setzen, die Investition sparsam zu verwirklichen. Deshalb sollen grundsätzlich Einsparungen, die nicht zur Erreichung des Förderzwecks benötigt werden, den pauschalen Fördermitteln nach § 17 für dieses Krankenhaus zugeführt werden, Kostenerhöhungen sind dagegen vom Krankenhausträger zu tragen. Das Nähere ist in der Bewilligung festzulegen.

(5) Wird nicht durch Festbetrag gefördert, richtet sich die Förderung nach den für die bewilligte Investition entstehenden Kosten. Die Bewilligung legt die voraussichtliche Förderung auf der Grundlage der veranschlagten und geprüften Kosten fest. Die endgültige Höhe der Förderung wird nach Abschluss der Verwendungsnachweisprüfung festgestellt. Bei unvorhergesehenen außergewöhnlichen Kostensteigerungen kann durch Änderung der Bewilligung bestimmt werden, dass die Kosten durch Verminderung des Umfangs der Investition und durch sparsamere Ausführung gesenkt werden, soweit dies nach dem Baufortschritt noch möglich und dem Krankenhausträger zumutbar ist.

(6) Über die Finanzierung der Maßnahme ist ein entsprechender Fördermittelbescheid zu erstellen. Diesem sind insbesondere Anlagen zu Nebenbestimmungen beizufügen.

(7) Wird eine geförderte Fläche nicht mehr zu Krankenhauszwecken genutzt, so sind die anteiligen Fördermittel grundsätzlich zurückzufordern. Sofern es krankhausplanerisch sinnvoll ist, kann ein entsprechender Ersatz durch nicht geförderte Flächen erfolgen. Der Krankenhausträger kann Flächen vermieten und muss ersatzweise Mieteinnahmen erzielen, die er laufend den Pauschalfördermitteln für sein Krankenhaus zuführt. Die Genehmigung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums ist hierfür erforderlich.

### **§ 15**

#### **Umfang der Einzelförderung bis 31. Dezember 2027**

(1) Bei der Festlegung des förderfähigen Umfangs einer dem Versorgungsauftrag entsprechenden Investition sind Folgekosten vom für Gesundheit zuständigen Ministerium zu berücksichtigen.

(2) Förderfähig sind nur die entstehenden und nachzuweisenden Kosten der bewilligten Investition, die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigt und für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patientinnen und der Patienten im Krankenhaus notwendig sind. Bei Errichtungsmaßnahmen nach § 17 sind vorhandene Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens zu übernehmen, soweit dies wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

(3) Werden Einrichtungen des Krankenhauses nicht nur vorübergehend für Zwecke mitbenutzt, die nicht der akut stationären Versorgung durch in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser dienen, so kann dies bei der Bemessung der Fördermittel angemessen berücksichtigt werden.

(4) Das antragstellende Krankenhaus hat auf Verlangen die Wirtschaftlichkeit der Investitionen, die Folgekosten sowie die Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit im Einzelnen darzulegen.

### **§ 16**

#### **Auszahlung der Einzelfördermittel bis 31. Dezember 2027**

(1) Die Fördermittel nach § 14 werden in dem Jahr ausgezahlt, für das sie im Fördermittelbescheid ausgewiesen werden und zur Verfügung stehen. Wurden bewilligte Einzelfördermittel noch nicht ausgezahlt, sind diese spätestens bis zum 15. Dezember 2027 auszuführen. Einzelfördermittel, die bis zum 31. Dezember 2027 noch nicht verwendet wurden, werden der Investitionspauschale des Krankenhausstandortes für das Folgejahr zugeführt.

(2) Die ausgezahlten Mittel sind bis zur vollständigen Verwendung zinsgünstig und mündelsicher anzulegen.

(3) Die erzielten Zinsen stehen für die Finanzierung der Investition ergänzend zur Verfügung. Sofern über die auskömmliche Gesamtfinanzierung der Investition hinaus Zinsen erwirtschaftet werden, sind diese den pauschalen Fördermitteln oder ab 1. Januar 2028 der Investitionspauschale des jeweiligen Krankenhausstandortes zuzuführen, in diesem Sinne zu verwenden und im Folgejahr im Verwendungsnachweis dafür auszuweisen.

(4) Wird eine beschiedene Investition nicht umgesetzt, sind die Fördermittel einschließlich der erwirtschafteten Zinsen zurückzuzahlen.

(5) Sind für Einzelförderungen vorgesehene Fördermittel des Landes für die Jahre 2026 und 2027 nicht bis zum 31. Dezember 2025 durch Fördermittelbescheide gebunden, werden diese Fördermittel als Investitionspauschale entsprechend den Regelungen nach § 22 ausgezahlt. § 22 Absatz 3 Satz 2 findet keine Anwendung.

## **§ 17**

### **Pauschalförderung bis 31. Dezember 2027, Verordnungsermächtigung**

(1) Durch pauschale jährliche Beträge werden gefördert

1. die Wiederbeschaffung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, ausgenommen Ver- und Gebrauchsgüter, mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),
2. sonstige nach § 14 förderfähige Investitionen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den Betrag von 500 000 Euro (Kostengrenze) ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen, diese Grenze kann im Einzelfall mit Genehmigung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums überschritten werden.

(2) Für die Entscheidung, ob die Kostengrenze überschritten wird, ist auf die voraus-kalkulierten, voraussichtlich förderfähigen Kosten abzustellen. Kostensteigerungen dürfen nicht kalkuliert werden. Überschreiten die entstandenen förderfähigen Kosten die Kosten-grenze, so ist eine nachträgliche Einzelförderung ausgeschlossen. Unterschreiten sie die Kostengrenze, so verbleibt es bei der Genehmigung, sofern diese nicht auf unrichtigen oder unvollständigen, vom Krankenhaus zu vertretenden Angaben beruht und der Förderzweck in vollem Umfang erreicht wird.

(3) Die Pauschalfördermittel werden auf Antrag jährlich bewilligt und ausgezahlt. Antrags-relevante Änderungen sind seitens des Krankenhauses mitzuteilen. Zinserträge aus dem Vorjahr sind den Pauschalfördermitteln zuzuführen.

(4) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, das rechnerische Verfahren sowie den Zuschlag für Ausbildungsplätze durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Finanzministerium zu bestimmen. Die Bemessungsgrundlagen und die Höhe der jeweiligen errechneten Jahrespauschale nach Absatz 1 werden durch Verwaltungsvorschrift im Amtsblatt für Mecklenburg-Vorpommern bekannt gegeben.

(5) Die Pauschalfördermittel dürfen nur im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses nach dem Krankenhausplan verwendet werden. Nicht verwendete Pauschalfördermittel werden den Pauschalfördermitteln oder ab 1. Januar 2028 der Investitionspauschale des Krankenhausstandortes für das Folgejahr zugeführt.

(6) Bei wesentlich abweichendem Bedarf kann ein anderer Pauschalbetrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Krankenhausplan notwendig oder ausreichend ist. Dabei ist das Wesen der Pauschalförderung zu berücksichtigen. Erträge, die das Krankenhaus aus einer Nutzung geförderter kurzfristiger Anlagegüter erzielen kann, sowie Zinserträge aus noch nicht zweckentsprechend verwendeten Pauschalfördermitteln sind bei der Festsetzung zu berücksichtigen.

**§ 18****Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten sowie von Grundstückskosten bis 31. Dezember 2027**

- (1) Auf Antrag werden für bedarfsgerechte Krankenhäuser Fördermittel bewilligt für
1. Anlaufkosten,
  2. Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen, insbesondere auf andere soziale Aufgaben,
  3. Kosten von Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes gefährdet wäre. Es sind nur die den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechenden Kosten zu berücksichtigen.
- (2) Eine Betriebsgefährdung im Sinne von Absatz 1 liegt nur vor, soweit die genannten Kosten nicht in zumutbarer Weise aus Mitteln des Krankenhauses oder des Krankenhausträgers finanziert werden können und wenn deshalb eine ausreichende Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses beeinträchtigt würde.

**§ 19****Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen bis 31. Dezember 2027**

- (1) Hat ein Krankenhausträger vor Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für vor diesem Zeitpunkt festgestellte förderfähige Investitionen Darlehensmittel eingesetzt, so werden auf Antrag die vom Aufnahmezeitpunkt an entstehenden Schuldendienstlasten gefördert. Investitionskosten werden nur berücksichtigt, soweit sie den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen.
- (2) Darlehen, die zur Ablösung von Eigenkapital des Krankenhausträgers aufgenommen worden sind, können nicht berücksichtigt werden, wenn die Ablösung im Hinblick auf eine erwartete Förderung der Schuldendienstlasten erfolgt ist oder sonst nicht dringend geboten war. Entsprechendes gilt für erhöhte Lasten aus einer Umschuldung.
- (3) Überschreiten die Abschreibungen der Investitionskosten nach Absatz 1 während des Förderungszeitraums die geförderten Tilgungsbeträge, so sind dem Krankenhausträger bei Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan auf Antrag Fördermittel in Höhe des Unterschiedsbetrages zu bewilligen; sind die Abschreibungen niedriger als die Tilgungsbeträge, so muss der Krankenhausträger den Unterschiedsbetrag zurückzahlen. Abschreibungsbeträge, die anteilig auf Investitionskosten entfallen, die nicht mit den nach Absatz 1 geförderten Darlehen finanziert wurden, werden nicht berücksichtigt. Für diese Rückforderung gilt § 24 entsprechend.

**§ 20****Ausgleich für Eigenmittel bis 31. Dezember 2027**

(1) Waren in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz mit Eigenmitteln des Krankenhauses beschaffte, der Abnutzung unterliegende Anlagegüter vorhanden, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen war, so wird dem Krankenhausträger bei vollständigem oder teilweise Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan sowie bei Einschränkung des Leistungsangebots auf Antrag ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung gewährt. Eigenmittel im Sinne von Satz 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers, nicht jedoch zweckgebundene Zuwendungen.

(2) Für die Berechnung des Ausgleichsanspruchs sind der Buchwert des Anlagegutes bei Beginn der Förderung und die restliche Nutzungsdauer während der Zeit der Förderung zugrunde zu legen.

(3) Ein Ausgleichsanspruch entfällt, soweit eine Ersatzinvestition gefördert wurde, deren Buchwert bei Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan dem nach Absatz 2 berechneten Ausgleichsbetrag entspricht. Der auf kurzfristige Anlagegüter entfallende Ausgleichsbetrag vermindert sich in der Regel um den Restnutzungswert nach Absatz 2 aller mit Pauschalfördermitteln beschafften Anlagegüter, sofern diese Anlagegüter verwertbar sind.

(4) Der antragstellende Krankenhausträger ist verpflichtet, die für die Beurteilung eines Ausgleichsanspruchs notwendigen Angaben zu machen und nachzuweisen. Lässt sich aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen der förderfähige Ausgleichsbetrag nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand feststellen, kann im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger der Ausgleichsbetrag pauschal festgelegt werden.

**§ 21****Förderung der Nutzung von Anlagegütern bis 31. Dezember 2027**

(1) Anstelle der Einzelförderung von Investitionen nach § 14 können auf Antrag Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern gefördert werden, wenn das für Gesundheit zuständige Ministerium der Nutzungsvereinbarung vor ihrem vertraglichen Abschluss zugestimmt hat. Die Zustimmung zur Nutzungsvereinbarung darf nur erteilt werden, wenn

1. für das Nutzungsverhältnis wichtige Gründe vorliegen,
2. Nutzung und Nutzungsentgelt anstelle einer Errichtung oder Beschaffung wirtschaftlich sind und
3. für die Förderung Haushaltsmittel bereitstehen.

Die Bewilligung von Fördermitteln kann zeitlich begrenzt werden.

(2) Wurde der Nutzungsvereinbarung nicht vorher zugestimmt, so kann das für Gesundheit zuständige Ministerium diese nachträglich genehmigen, wenn ansonsten für Krankenhausträger eine unzumutbare Härte entstünde. Eine Förderung des Nutzungsentgelts ist frühestens ab dem Zeitpunkt der Genehmigung, in Ausnahmefällen ab dem Zeitpunkt der Antragstellung zulässig.

(3) Pauschalfördermittel nach § 17 dürfen zu dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Zweck verwendet werden, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird.

**§ 22****Investitionspauschale ab 1. Januar 2028, Verordnungsermächtigung**

(1) Die Investitionspauschale nach § 10 Absatz 4 Satz 1 bis 3 stellt den Regelfall der Krankenhausförderung dar. Das Erfordernis einer staatlichen beruflichen Prüfung besteht nicht. Bei erstmaliger Aufnahme in den Krankenhausplan entsteht der Anspruch im auf das Jahr der Aufnahme folgenden Kalenderjahr.

(2) Der als Investitionspauschale jährlich zuzuweisende Festbetrag wird ermittelt, indem die jährlich zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel unter Berücksichtigung insbesondere der folgenden Grundsätze anteilig auf die Krankenhausstandorte verteilt werden:

1. der Festbetrag bemisst sich im Verhältnis zu den im Vorjahr erbrachten Krankenhausleistungen des Krankenhausstandortes,
2. es wird ein Mindestbetrag je Krankenhausstandort festgelegt, der vollstationäre Leistungen erbringt,
3. es wird ein Zuschlag für Ausbildungsplätze gewährt und
4. es werden die ab dem Jahr 2009 ausschließlich mit Mitteln des Landeshaushalts im Wege der Einzelförderung geförderten Investitionen, zeitlich gestuft im Sinne einer Reduzierung des Festbetrages, berücksichtigt; dies erfolgt längstens bis zum Jahr 2047.

(3) Die aufgrund der Bemessungsgrundlage nach Absatz 2 ermittelte Investitionspauschale wird jährlich bis spätestens jeweils zum 30. November dem Krankenhausträger des entsprechenden Standortes durch das für Gesundheit zuständige Ministerium zugewiesen. Voraussetzung für die Bewilligung der Investitionspauschale ist eine positive Bestätigung in der Erklärung der Wirtschaftsprüferin oder des Wirtschaftsprüfers gemäß § 25 Absatz 1 für die Nummern 1 und 2.

(4) Krankenhausträger können die bewilligte Investitionspauschale standortübergreifend einsetzen oder an andere Träger abtreten. Voraussetzungen sind, dass

1. am begünstigten Krankenhausstandort wirtschaftliche und bedarfsnotwendige Investitionen realisiert werden können,
2. der Versorgungsauftrag des abgebenden Krankenhausstandortes oder des abtretenden Krankenhausträgers keine Einschränkung erfährt und
3. die vorhergehende Zustimmung durch das für Gesundheit zuständige Ministerium vorliegt.

(5) Der Krankenhausträger ist verpflichtet, die zugewiesenen oder an ihn abgetretenen Festbeträge bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf einem gesonderten und vom eigenen oder sonstigen Vermögen Dritter getrennten sowie entsprechend gekennzeichnetem Bankkonto (Treuhandkonto) zinsgünstig und mündelsicher anzulegen. Zinserträge, Erträge aus der Veräußerung geförderter Anlagegüter und Versicherungsleistungen für geförderte Anlagegüter hat der Krankenhausträger dem Treuhandkonto zuzuführen. Die auf dem Treuhandkonto befindlichen Beträge dürfen nur für die in § 10 Absatz 4 genannten Zwecke verwendet werden.

(6) Spätestens vor dem Beginn der Verausgabung von Mitteln aus den Investitionspauschalen für Investitionsmaßnahmen nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ab einer geplanten Investitionssumme in Höhe von 500 000 Euro ist eine grundbuchliche Sicherung zugunsten des Landes in Höhe der geplanten Mittelverwendung der auf dem Treuhandkonto verfügbaren Investitionspauschale gemäß Absatz 5 sicherzustellen. Werden tatsächlich mehr Mittel aus der Investitionspauschale verwendet als geplant, ist die grundbuchliche Sicherung entsprechend anzupassen oder vorzunehmen.

(7) Für geförderte Anlagegüter, die zu mehr als einem unerheblichen Anteil ihrer tatsächlichen Nutzungszeiten für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten genutzt werden, ist dem Treuhandkonto nach Absatz 5 regelmäßig der Betrag zuzuführen, der dem in der Vergütung der ambulanten Leistung enthaltenen Investitionskostenanteil für diese Nutzungszeiten der Anlagegüter entspricht und zu berechnen wäre.

(8) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Bemessungsgrundlagen für die Zuweisung der Höhe der Investitionspauschale, die Gewichtung der genannten Faktoren, die zu berücksichtigenden Daten und die Berechnungsweise nach Absatz 2 zu bestimmen, die Zahlungsmodalitäten, die Entgelte für die Nutzung geförderter Anlagegüter für die vertragsärztliche Versorgung sowie das Verfahren zur Nachweisführung über die Verwendung der Investitionspauschale, die Anlage nicht verwendeter Mittel auf einem gesonderten Treuhandkonto sowie die grundbuchliche Sicherung zu regeln.

### § 23

#### Förderung bei Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern

(1) Krankenhäuser, die aufgrund einer Entscheidung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums aus dem Krankenhausplan ausscheiden, erhalten auf Antrag Ausgleichszahlungen, soweit diese erforderlich sind, um die Einstellung des Krankenhausbetriebes oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.

(2) Ausgleichszahlungen sollen finanzielle Härten für den Krankenhausträger vermeiden, die ansonsten mit der Schließung oder Umstellung verbunden wären. Sie sind insbesondere zu bewilligen für

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,
2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Schließung entstehen,
3. Investitionen zur Umstellung auf andere, vor allem soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden,
4. Betriebsverluste, soweit sie wegen der Einstellung des Krankenhausbetriebes unvermeidlich waren.

(3) Bei Förderung der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben können nur diejenigen Investitionen berücksichtigt werden, die erforderlich sind, um die vorhandenen Anlagegüter für die neue Zweckbestimmung nutzbar zu machen. Eine Förderung für wesentliche Erweiterungen oder für Neubauten ist grundsätzlich ausgeschlossen.

(4) Der Krankenhausträger hat sich entsprechend seiner Vermögenssituation an den Kosten zu beteiligen und andere Finanzierungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Die Erträge, die bei einer anderen Nutzung des Krankenhauses erzielt und zur Finanzierung herangezogen werden können, sind zu berücksichtigen.

(5) Die Ausgleichszahlungen können pauschal geleistet werden.

**§ 24****Nebenbestimmungen und Rückforderung**

(1) Die Bewilligung von Fördermitteln kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, die zur Verwirklichung des Gesetzes- und Förderzwecks geboten sind.

(2) Dem Krankenhausträger obliegt es, alle für die Prüfung des Förderanspruchs notwendigen Angaben zu machen und zu belegen. Kommt er dieser Pflicht nicht in einem angemessenen Zeitraum nach, so kann der Antrag abgelehnt werden.

(3) Der Krankenhausträger ist unbeschadet sonstiger gesetzlicher Vorschriften verpflichtet, das förderfähige Anlagevermögen in betriebsüblichem Umfang gegen Risiken zu versichern. Bei Einzelförderung entfällt ein Förderanspruch, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden oder eine Investitionsmaßnahme durch schuldhaft unterlassene Wartung und Instandhaltung notwendig geworden ist. Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den Pauschalfördermitteln oder ab 1. Januar 2028 der Investitionspauschale zuzuführen, soweit die Pauschalfördermittel nicht nach Satz 2 für die Erstausrüstung einzusetzen sind. Unterbleibt die Versicherung, so ist das Krankenhaus im Schadensfalle zu behandeln, als wenn es versichert gewesen wäre.

(4) Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann von dem Krankenhausträger verlangen, dass er für einen möglichen Rückerstattungsanspruch in geeigneter Weise auf eigene Kosten Sicherheit leistet, in der Regel durch die Bestellung von Grundpfandrechten.

(5) Fördermittel für Investitionen sind zu erstatten, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung entsprechend der abgelaufenen betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer dieser Anlagegüter. Soweit Fördermittel zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern verwendet worden sind, gilt Satz 2 mit der Maßgabe entsprechend, dass auf die Nutzungsdauer dieser Maßnahmen, längstens aber auf die der erhaltenen oder wiederhergestellten Anlagegüter abzustellen ist. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn das Krankenhaus aus von ihm nicht zu vertretenden Gründen aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Absatz 3 Satz 3 bleibt unberührt.

(6) Von einer Rückforderung nach Absatz 5 kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem für Gesundheit zuständigen Ministerium aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Liegt das Ausscheiden des Krankenhauses im krankenhauserischen Interesse, weil es sich um eine Schließung oder Umstellung des Krankenhauses gemäß § 23 handelt, ist von einer Rückforderung abzusehen, wenn

1. krankenhausspezifische bauliche Investitionen in den Krankenhausgebäuden zu keiner Steigerung des Gebäudewertes für Nachfolgenutzungen geführt haben und auch nicht entsprechend ihrer ursprünglichen oder einer ähnlichen Zweckbestimmung weiter verwendbar sind oder
2. umsetzbare Anlagegüter anderweitig für die stationäre Akutversorgung eingesetzt werden können.

Erträge aus einer Verwertung der geförderten Anlagegüter sowie nicht zweckentsprechend verwendete Pauschalfördermittel oder Investitionspauschalen sind jedoch zu erstatten. Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.

(7) Die Absätze 5 und 6 gelten entsprechend, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan teilweise ausscheidet und deshalb Bereiche des Krankenhauses nicht mehr für Krankenhauszwecke genutzt werden.

(8) Werden einzeln geförderte Anlagegüter vor Ablauf ihrer Nutzungsdauer nicht mehr für Krankenhauszwecke genutzt, so ist dies dem für Gesundheit zuständigen Ministerium mitzuteilen, damit Erträge, die aus einer Verwertung der Anlagegüter erzielt worden sind oder zumutbar hätten erzielt werden können, zurückgefordert werden können. Bei Förderung einer Ersatzinvestition sind diese Erträge zur Finanzierung der Ersatzinvestition zu verwenden.

(9) Von der Rückforderung nach Absatz 5 kann abgesehen werden, wenn

1. geförderte bewegliche oder unbewegliche Anlagegüter, die nicht unmittelbar dem Betrieb des Krankenhauses zuzuordnen sind, aus fachlichen oder wirtschaftlichen Gründen mit Einverständnis des für Gesundheit zuständigen Ministeriums aus dem Krankenhausbetrieb ausgegliedert werden,
2. die geförderten Anlagegüter weiterhin überwiegend für die stationäre Krankenhausversorgung genutzt werden oder
3. die Erträge aus der Nutzung oder Veräußerung der geförderten Anlagen den Pauschalfördermitteln oder ab 1. Januar 2028 der Investitionspauschale des Krankenhauses zugeführt werden; das Krankenhaus hat darüber Nachweis zu führen.

(10) Fördermittel sind ganz oder teilweise zurückzufordern,

1. wenn sie nicht dem Förderzweck entsprechend oder entgegen den Nebenbestimmungen des Bewilligungsbescheids verwendet worden sind; eine nicht zweckentsprechende Verwendung der Mittel liegt auch vor, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt,
2. wenn eine Baumaßnahme abgebrochen und nicht fortgeführt wird,
3. soweit damit finanzierte Anlagegüter an Dritte sicherungsübereignet worden sind,
4. wenn nach der Gewährung von Leistungen nach § 14 der Krankenhausbetrieb nicht eingestellt oder nicht umgestellt wird oder
5. wenn die allgemein geltenden vergaberechtlichen Vorgaben bei Bau- und anderen Leistungen nicht eingehalten wurden.

(11) Übersteigen die aufgrund einer Bewilligung ausgezahlten Fördermittel, insbesondere die Abschlagszahlungen für Investitionen, den endgültigen förderfähigen Betrag, so ist der Mehrbetrag zu erstatten. Dies gilt nicht für Pauschalfördermittel nach § 17, Festbetragsfinanzierung sowie die Investitionspauschale.

(12) Ein Erstattungsanspruch nach den Absätzen 5 und 6 entfällt, wenn der Ausgleichsanspruch für Eigenmittel nach § 20 Absatz 3 um den Restnutzungswert geförderter Anlagegüter vermindert wird. Satz 1 gilt entsprechend für Mittel der Investitionspauschale.

**§ 25****Erklärungen im Rahmen der Jahresabschlussprüfung**

(1) Der Krankenhausträger hat eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer zu beauftragen, im Ergebnis der nach den gesetzlichen Verpflichtungen stattfindenden Jahresabschlussprüfung zu folgenden Prüfungsinhalten eine Erklärung gegenüber dem für Gesundheit zuständigen Ministerium abzugeben:

1. zur Ordnungsmäßigkeit der Buchführung und des Rechnungswesens,
2. zur Frage, ob die wirtschaftlichen Verhältnisse der Förderungen weiterer Investitionen entgegenstehen, unter Berücksichtigung der folgenden Prüfungsinhalte
  - a) der Entwicklung der Vermögens- und Ertragslage sowie der Liquidität des Krankenhauses,
  - b) der Ursachen eines eventuell in der Gewinn- und Verlustrechnung ausgewiesenen Fehlbetrags (einschließlich verlustbringender Geschäfte und deren Ursachen),
  - c) die wirtschaftliche Lage des Krankenhauses und seiner Standorte sowie
  - d) die Fortführungsprognose des Krankenhauses und seiner Standorte,
3. zur im Einzelnen zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel nach § 10 Absatz 3 und 4,
4. zur ordnungsgemäßen grundbuchlichen Sicherung von Baumaßnahmen gemäß § 22 Absatz 6.

(2) Die Erklärung der Wirtschaftsprüferin oder des Wirtschaftsprüfers erfolgt abgeleitet aus den Ergebnissen seiner nach den gesetzlichen Vorschriften erfolgenden Prüfungen. Soweit ein Krankenhausträger nicht gesetzlich zur Durchführung einer Jahresabschlussprüfung verpflichtet ist, hat er nach Maßgabe dieses Paragraphen eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer zur Abgabe dieser Erklärung zu beauftragen.

(3) Die Erklärung ist dem für Gesundheit zuständigen Ministerium bis zum 30. September des auf das Wirtschaftsjahr folgenden Jahres vorzulegen.

**§ 26****Verwendungsnachweis**

(1) Die geförderten Krankenhäuser haben dem für Gesundheit zuständigen Ministerium jährlich einen Verwendungsnachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Pauschalfördermittel nach § 17 vorzulegen.

(2) Die Verwendung der Fördermittel, die nach den § 10 Absatz 4 Satz 4, §§ 14 und 15, 18 bis 21 und § 23 als Einzelförderung bewilligt worden sind, sind nach Kostengruppen für jede Investitionsmaßnahme einzeln, spätestens sechs Monate nach Inbetriebnahme oder Beendigung der Baumaßnahme, nachzuweisen. Abweichend von Satz 1 kann das für Gesundheit zuständige Ministerium für ausgezahlte Fördermittel nach § 16 Absatz 1 Satz 3 vorsehen, dass zu einem späteren Zeitpunkt die Inbetriebnahme oder Beendigung der Baumaßnahme nachzuweisen ist. Soweit sich die Förderung einer Maßnahme über mehrere Kalenderjahre erstreckt, ist im Verwendungsnachweis jährlich ein Zwischenbericht entsprechend Satz 1 zu geben.

(3) Die Verwendung der Fördermittel nach den §§ 14 und 15, 17 bis 21 ist nach Kostengruppen gegliedert insgesamt nachzuweisen. Das Nähere zum Verwendungsnachweis ist im Bescheid zu regeln.

Insbesondere für die Einzelförderung nach § 14 ist im Verwendungsnachweis vorzulegen:

1. ein verwaltungsseitiger Nachweis, der die Kostengruppen aufschlüsselt,
2. ein baufachlicher Nachweis,
3. ein Sachbericht und
4. ein Prüfbericht einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers.

Insbesondere für die Pauschalförderung nach § 17 ist im Verwendungsnachweis vorzulegen:

1. ein verwaltungsseitiger Nachweis, der die Kosten aufschlüsselt, und
2. ein Sachbericht.

Daneben kann noch ein Prüfbericht einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers vorgelegt werden.

(4) Das für Gesundheit zuständige Ministerium oder eine von ihm beauftragte Stelle prüft die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel nach Absatz 3 sowie die Beachtung der mit der Bewilligung verbundenen Nebenbestimmungen. Es kann sich dabei auf Prüfergebnisse anderer beauftragter Stellen stützen. Der Landesrechnungshof ist berechtigt, die Nachweise, die für die Höhe der Fördermittel maßgebend sind, sowie die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel an Ort und Stelle zu prüfen, die Unterlagen einzusehen und Auskünfte einzuholen. Die Prüfungsrechte des Landesrechnungshofes bleiben unberührt. Das Ergebnis der Verwendungsnachweisprüfung wird dem Fördermittelempfänger schriftlich mitgeteilt.

(5) Der Nachweis der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel nach § 10 Absatz 4, § 22 und § 23 erfolgt abweichend von Absatz 4 durch die Vorlage eines durch eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer erstellten Prüfvermerks, in dem die zweckentsprechende Fördermittelverwendung bestätigt und der Nachweis der Bestätigung gemäß § 25 Absatz 1 und 2 erbracht wird. Zusätzlicher Inhalt des Prüfvermerks ist zumindest ein Sachbericht und ein verwaltungsseitiger Nachweis, der die Kosten aufschlüsselt. Die Bestätigung muss auch die Anlage noch nicht verwendeter Investitionspauschalen auf einem Treuhandkonto und eine ausreichende grundbuchliche Sicherung umfassen. Das für Gesundheit zuständige Ministerium führt eine Plausibilitätsprüfung auf der Basis der nach den Sätzen 1 bis 3 vorzulegenden Unterlagen. Zum Zwecke der Prüfung ist insbesondere ein Sachbericht und die Bestätigung der Wirtschaftsprüferin oder des Wirtschaftsprüfers vorzulegen.

(6) Der Krankenhausträger hat auf Verlangen den Prüfungsberechtigten nach den Absätzen 4 und 5 die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen. Soweit es die Überprüfung erfordert, sind diese auch befugt, Grundstücke, Räume und Einrichtungen des Krankenhauses zu den Betriebs- und Geschäftszeiten zu betreten, dort Besichtigungen und Prüfungen vorzunehmen sowie in die geschäftlichen Unterlagen des Krankenhauses Einblick zu nehmen. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes eingeschränkt.

**§ 27****Widerruf von Bescheiden, Verzinsung des Erstattungsanspruchs**

Für den Widerruf eines Bewilligungsbescheides, die Erstattung und die Verzinsung der Fördermittel gilt das Landesverwaltungsverfahrensgesetz.

**§ 28****Wechsel des Krankenhausträgers oder des Eigentümers**

Wechselt der Krankenhausträger gemäß § 3 Absatz 3, ist ein neuer Antrag auf Investitionszuschuss nach § 22 durch den neuen Krankenhausträger zu stellen. Hat der bisherige Krankenhausträger die gewährten Fördermittel auf den neuen Krankenhausträger übertragen, ist von einem Widerruf der Fördermittelbescheide abzugehen, wenn

1. der neue Krankenhausträger durch schriftliche Erklärung gegenüber dem für Gesundheit zuständigen Ministerium sämtliche bisherigen Förderbescheide sowie die mit der Förderung verbundenen Verpflichtungen, Bedingungen und Auflagen anerkennt und
2. nachweisbar sichergestellt ist, dass mögliche Rückforderungsansprüche des Landes ausreichend gesichert sind.

**Abschnitt 4****Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus, Qualität und Sicherheit der Versorgung****§ 29****Aufnahme und Versorgung**

(1) Für alle Patientinnen und Patienten, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, ist durch das Krankenhaus eine patientenzentrierte, diskriminierungsfreie und möglichst barrierefreie Behandlung insbesondere unter Beachtung der in § 1 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes genannten Gründe zu gewährleisten. Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses sind dem Selbstbestimmungsrecht, der Würde der Patientinnen und Patienten sowie ihren Bedürfnissen nach Schonung, Ruhe und einer aktivierenden Genesung anzupassen sowie angemessen zu gestalten.

(2) Der Krankenhausträger ist seinem Versorgungsauftrag entsprechend zur Aufnahme und Versorgung von Patientinnen und Patienten verpflichtet, soweit diese der Versorgung gemäß § 39 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedürfen. Die Krankenhausträger haben eine ihrer Aufgabenstellung entsprechende Dienst- und Aufnahmebereitschaft sicherzustellen. Die Pflichten zur Notfallversorgung nach § 40 bleiben unberührt.

(3) Der Krankenhausträger kann gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen als Wahlleistungen erbringen, soweit dadurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. Besondere Verpflegung, besondere Unterbringung und der Abschluss eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrages dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden.

(4) Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf den Empfang von Besuch in angemessenem Umfang. Die besonderen Bedürfnisse von Kindern, schwerkranken Patientinnen und Patienten sowie von Patientinnen und Patienten mit Behinderungen oder geriatrischen oder psychischen Erkrankungen sind in diesem Zusammenhang besonders zu berücksichtigen. Jedes Krankenhaus hat eine Besuchsregelung zu erlassen und diese im Internet und durch für die Patientinnen und Patienten ohne Weiteres ersichtlichen Aushang barrierefrei zu veröffentlichen. Einschränkungen von Besuchen im Rahmen der bestehenden Besuchsregelung sind zulässig, soweit dies aufgrund besonderer Umstände zwingend erforderlich ist. Hierbei ist den Patientinnen und Patienten die Kommunikation mit Angehörigen zu ermöglichen. Einschränkungen von Besuchsregelungen bedürfen einer verständlichen Begründung im Besuchskonzept.

(5) Zur Optimierung der regionalen Versorgung auf der Grundlage des Krankenhausplans sind Krankenhäuser innerhalb ihres Einzugsbereichs ungeachtet ihrer Trägerschaft und entsprechend ihrer Aufgabenstellung zur Zusammenarbeit verpflichtet. Die Krankenhäuser sind im Interesse der durchgehenden Sicherstellung und Optimierung der regionalen Versorgung der Patientinnen und Patienten zur engen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens einschließlich der Pflegestützpunkte verpflichtet. Die bundesrechtlichen Regelungen zum Entlassmanagement bleiben unberührt.

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

### **§ 30**

#### **Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen**

(1) Die Krankenhäuser ergreifen geeignete Maßnahmen, um den Bedarfen von Frauen vor, während und nach der Geburt ihres Kindes Rechnung zu tragen. Insbesondere sollen die Maßnahmen dazu beitragen, die Geburt möglichst interventionsarm zu gestalten und das Selbstbestimmungsrecht der Frau während der Geburt zu wahren. Frauen sind nach der Geburt ihres Kindes auf Angebote der Wochenpflege und Beratungsangebote insbesondere aus dem Bereich der Frühen Hilfen hinzuweisen oder auf Wunsch der Patientin zu vermitteln. Krankenhausträger sollen mit Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern zusammenarbeiten oder können Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger vorhalten.

(2) Die Krankenhäuser wirken an der Erfüllung der Aufgaben gemäß § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz insbesondere im Bereich der Frühen Hilfen mit. Wenn das Krankenhaus bei Schwangeren, Gebärenden und Familien über ein geregelteres Verfahren einen Unterstützungsbedarf erkennt, ist es befugt, zu diesem Zweck mit geeigneten externen Partnern zusammenzuarbeiten, die einem Berufsgeheimnis oder einer vergleichbaren gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht unterliegen. Ein Unterstützungsbedarf, der die Weitergabe von Informationen erforderlich macht, liegt vor, wenn aufgrund der sozialen, gesundheitlichen oder sonstigen Situation der Patientin Risiken für die gesunde Entwicklung des Kindes wahrgenommen werden. Das Krankenhaus ist in diesem Fall befugt – soweit die Patientin nach Hinweis auf die beabsichtigte Offenlegung durch Übermittlung nicht etwas anderes bestimmt – folgende Daten an den externen Partner durch Übermittlung offen zu legen:

1. Name der Mutter,
2. Name der Sorgeberechtigten,
3. Geburtsdatum des Kindes,
4. Anschrift und Kommunikationsdaten.

Die Patientin hat für die Übermittlung ein voraussetzungsloses Widerspruchsrecht, worüber sie vor der beabsichtigten Übermittlung durch das Krankenhaus aufgeklärt werden muss. Ein Widerspruch der Patientin muss dokumentiert werden. Die Regelungen zum Tätigwerden bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen nach § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz bleiben hiervon unberührt.

(3) Den besonderen Bedürfnissen kranker Kinder und Jugendlicher ist in Abstimmung mit den sorgeberechtigten Personen Rechnung zu tragen. Der Krankenhausträger bietet bei Kindern, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, an, eine Begleitperson aufzunehmen und arbeitet mit den Schulbehörden für die Ermöglichung eines Krankenhausunterrichts zusammen.

(4) Den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen ist mit professioneller Rücksichtnahme auf etwaige Beeinträchtigungen sowie personenspezifische Bedarfe Rechnung zu tragen. Begleitpersonen von Menschen mit Behinderungen sind grundsätzlich vom Krankenhaus aufzunehmen, insofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

(5) Den besonderen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten mit geriatrischen oder psychischen Erkrankungen ist Rechnung zu tragen. Begleitpersonen sind auf Wunsch der Patientin oder des Patienten soweit wie möglich in das Krankenhaus aufzunehmen. Das Krankenhaus ergreift insbesondere geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Demenz im Krankenhaus angemessen versorgen zu können.

(6) Sterbende Patientinnen und Patienten haben in besonderem Maße einen Anspruch auf eine ihrer Würde entsprechenden Behandlung. Begleitpersonen sind auf Wunsch der Patientin oder des Patienten soweit wie möglich in das Krankenhaus aufzunehmen. Nahestehende Personen haben das Recht, sich von der sterbenden Patientin oder Patienten zu verabschieden. Das Krankenhaus trifft geeignete Maßnahmen, um dies zu gewährleisten. Sofern die Patientinnen oder Patienten und ihre Angehörigen eine Behandlung und Pflege zu Hause wünschen, soll eine Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgen. Die erforderlichen ambulanten Dienste sollen vom Krankenhaus vermittelt werden.

(7) Krankenhausträger mit einem Versorgungsauftrag für gynäkologische Leistungen sollen für schwangere Frauen ein Angebot zur Vornahme von rechtlich zulässigen Schwangerschaftsabbrüchen zur Verfügung stellen.

### **§ 31** **Soziale Betreuung**

(1) Der Krankenhausträger stellt durch einen Sozialdienst im Krankenhaus die soziale Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten durch geeignete Fachkräfte sicher.

(2) Aufgabe des Sozialen Dienstes ist, ergänzend zu der ärztlichen und pflegerischen Versorgung die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach dem Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließenden, insbesondere Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen der Übergangs- und Anschlusspflege zu organisieren. Er sorgt dafür, dass die zur Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen ab der Entlassung der Patientinnen und Patienten eingeleitet werden. Die Entscheidungsfreiheit der Patientinnen und Patienten ist dabei zu beachten. Der Sozialdienst kann vorsorglich tätig werden bei offenkundiger Hilflosigkeit oder mangelnder Einsichtsfähigkeit der Patientinnen und Patienten. Rechte und Pflichten anderer Sozialdienste bleiben hiervon unberührt.

(3) Im Interesse der Patientinnen und Patienten unterstützt der Krankenhausträger die Selbsthilfe im Gesundheitswesen sowie ehrenamtliche Patientendienste und arbeitet mit diesen zusammen.

(4) Die Krankenhauseelsorge sowie die Seelsorge von Religionsgemeinschaften bleiben unangetastet. Unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft ist zu gewährleisten, dass das Recht auf Seelsorge im Krankenhaus wahrgenommen werden kann. Zur seelsorgerlichen Betreuung zählen auch Gottesdienste und religiöse Veranstaltungen. Hierfür stellt der Krankenhausträger angemessene Räumlichkeiten zur Verfügung.

### **§ 32** **Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher**

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte können für die Dauer ihrer Wahlperiode für jedes in den Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern aufgenommene Krankenhaus mit dem Hauptstandort innerhalb der Gebietskörperschaft jeweils eine unabhängige Patientenfürsprecherin oder einen unabhängigen Patientenfürsprecher sowie eine Stellvertretung bestellen. Die Bestellung erfolgt auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen durch den SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e. V. im Einvernehmen mit dem Krankenhaus.

(2) Die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher müssen natürliche Personen sein und über die für die Aufgabenerfüllung erforderliche Zuverlässigkeit und Fachkunde, insbesondere ausreichende Erfahrungen im Sozial- oder Gesundheitswesen, verfügen. Gewählt werden kann nicht, wer in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis zum Krankenhaus-träger steht oder diesem in anderer Weise, insbesondere als Organ oder Mitglied eines Organs, angehört. Die gewählten Personen sind bei der Ausübung ihres Amtes keinen Weisungen unterworfen. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher führt das Amt grundsätzlich bis zum Amtsantritt einer Nachfolgerin oder eines Nachfolgers weiter. Eine Abberufung ist nur aus wichtigem Grund zulässig. Das bestellende Organ nach Absatz 1 teilt den Namen und die Anschrift der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers dem für Gesundheit zuständigen Ministerium mit.

(3) Bei dem Amt der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers handelt es sich um ein Ehrenamt. Hierfür kann eine Entschädigung gemäß § 17 der Entschädigungsverordnung durch die jeweilige kreisfreie Stadt oder den jeweiligen Landkreis gewährt werden.

(4) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher vertritt die Interessen der Patientin oder des Patienten auf deren Wunsch gegenüber dem Krankenhaus im Rahmen dieses Gesetzes. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher soll mit dem Beschwerdemanagement des Krankenhauses sowie allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes und Patienten- und Selbsthilfeorganisationen eng zusammenarbeiten. Sie oder er prüft Anregungen, Bitten und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und wird grundsätzlich nur auf ausdrücklichem Wunsch der Patientin oder des Patienten oder der sorgeberechtigten Person tätig, wobei weder eine rechtliche noch medizinische Beratung erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass auch anonymisierte Beschwerden bearbeitet werden. Sie oder er kann sich unmittelbar an die Krankenhausleitung, den Krankenhaus-träger und sonstige zuständige Institutionen oder Behörden wenden.

(5) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher legt der Stadtvertretung, der Bürgerschaft oder dem Kreistag jährlich einen Bericht vor. Im Bericht ist dem jeweiligen Krankenhaus die Möglichkeit der Stellungnahme einzuräumen. Der Bericht darf keine Angaben enthalten, die den Persönlichkeitsschutz von Patientinnen oder Patienten, Beschäftigten oder Besuchern des Krankenhauses verletzen. Der Bericht ist zugleich dem betroffenen Krankenhaus und dem für Gesundheit zuständigen Ministerium zuzuleiten.

(6) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher wird vom Krankenhaus in ihrer oder seiner Arbeit unterstützt. Der jeweilige Krankenhaus-träger hat der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher eine angemessene Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen. Zur Ausübung sind ihr oder ihm insbesondere geeignete Räumlichkeiten und eine geeignete Arbeitsausstattung zur Verfügung zu stellen. Er stellt sicher, dass die Patientinnen und Patienten frühzeitig über den Namen, die dienstliche Anschrift, die Sprechstundenzeit und den Aufgabenbereich der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher in geeigneter Weise informiert werden. Hierzu ist den Patientinnen und Patienten insbesondere entsprechendes Informationsmaterial bereitzustellen. Der unmittelbare Zugang zur Patientenfürsprecherin oder zum Patientenfürsprecher muss gesichert sein.

(7) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher ist datenschutzrechtlich selbst für die Datenverarbeitung verantwortlich. Soweit das Krankenhaus Arbeitsmittel zur Verfügung stellt und diese fortlaufend wartet, handelt es im Auftrag der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers und darf die dabei erlangten Informationen nicht zu eigenen Zwecken verwenden. Eine Verarbeitung von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten ist nur mit deren Einwilligung zulässig. Das Krankenhaus ist verpflichtet, der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten gegen Vorlage der Einwilligung und einer Schweigepflichtentbindungserklärung auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher ist zur Verschwiegenheit verpflichtet und darf personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten nur bei Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung offenbaren. Das Krankenhaus kann darüber hinaus die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher hinsichtlich der außerhalb ihrer Tätigkeit erlangten Informationen zur Verschwiegenheit und zur Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen verpflichten und sonstige, nicht die Kerntätigkeit betreffende Anweisungen treffen, soweit dies durch die nach Absatz 6 notwendige Unterstützung erforderlich ist und die unabhängige Aufgabenwahrnehmung nicht beeinträchtigt.

### **§ 33**

#### **Ausbildung und Berufsrecht**

(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, zur Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen untereinander und mit anderen Einrichtungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung zusammenzuarbeiten. Hierzu sollen sie Aus-, Fort- und Weiterbildungsverbände unter Einbeziehung der ambulanten Leistungserbringer schließen. Bedarfsabhängig ist bei der Aus- und Weiterbildung auch eine Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des Landes zulässig. Die Krankenhäuser, die gemäß § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Versorgungsstufe „Level 3U“ oder „Level 3“ zugeordnet sind, können Koordinierungsaufgaben für die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen übernehmen oder diese Aufgaben können an sie durch das für Gesundheit zuständige Ministerium übertragen werden. Diese Krankenhäuser tragen entsprechend ihrem grundsätzlich umfassenden Versorgungsauftrag eine besondere Verantwortung für die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Land.

(2) Die Krankenhäuser unterrichten die zuständige Kammer der Heilberufe sowie die für approbations- oder berufsrechtliche Maßnahmen oder die für die Berufserlaubnis zuständige Behörde, wenn Tatsachen den Verdacht eines Verstoßes gegen ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische, therapeutische, pflegerische, anästhesie- und operationstechnische, medizinisch-technologische, pharmazeutisch-technische oder pharmazeutische sowie hebammenrechtliche Berufspflichten rechtfertigen. Soweit dies zur Überwachung von Berufspflichten oder zur Durchführung von Maßnahmen im Zusammenhang mit der Approbation oder der Berufserlaubnis erforderlich ist, sind die Krankenhäuser verpflichtet, den in Satz 1 genannten Stellen auf Anforderung Aufzeichnungen und sonstige Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Patientendaten sind soweit möglich vor der Vorlage oder Auskunftserteilung zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren. Ist eine Anonymisierung oder Pseudonymisierung aufgrund der benötigten Daten, insbesondere bei Patientenakten, nicht möglich, sind vor einer Übermittlung die Klardaten der Patientin oder des Patienten zu entfernen. Dies gilt nicht, soweit die in Satz 1 genannten Stellen bei der Wahrnehmung der in Satz 2 genannten Aufgaben auf die Kenntnis der Patientendaten zwingend angewiesen sind und der Übermittlung keine überwiegenden schutzwürdigen Interessen der Patientinnen und Patienten entgegenstehen.

Das Krankenhaus informiert die betroffenen Patientinnen und Patienten über die beabsichtigte Übermittlung. Die Informationspflicht nach Artikel 14 der Datenschutz-Grundverordnung der zuständigen Behörde sowie der zuständigen Kammer der Heilberufe bleibt hiervon unberührt. Die in Satz 1 genannten Stellen sind berechtigt, die davon betroffenen Krankenhäuser über festgestellte schwerwiegende Berufspflichtverletzungen, die sich auf die Berufsausübung auswirken können, zu unterrichten.

### **§ 34 Qualitätssicherung**

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität und dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend zu erbringen. Hierbei sind die Regelungen zur Qualitätssicherung im und auf Grundlage des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebend.

(2) Das Krankenhaus hat mindestens eine Qualitätsbeauftragte oder einen Qualitätsbeauftragten zu bestellen. Aufgabe der Qualitätsbeauftragten oder des Qualitätsbeauftragten ist

1. die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit,
2. die Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die in dem jeweiligen Fachgebiet geltenden Qualitätsstandards und
3. die Unterstützung der Leitung des Krankenhauses bei der Umsetzung wissenschaftlicher und gesetzlicher Vorgaben.

(3) Das Krankenhaus ist verpflichtet, der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen, falls bei der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 in Verbindung mit § 135a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Ergebnis für einen Qualitätsindikator nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auffällig geblieben ist.

(4) Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann die Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität in Mecklenburg-Vorpommern e. V. bei landesspezifischen Sachverhalten der Qualitätssicherung unterstützend hinzuziehen.

### **§ 35 Organspenderegister**

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die technischen Voraussetzungen zu schaffen, um Einsicht in das Organspenderegister des Bundes gemäß § 2a des Transplantationsgesetzes zu nehmen.

**§ 36****Krankenhaushygiene und Umwelt**

(1) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, die nach dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen.

(2) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, sich bei der Planung von Neubauten und von wesentlichen Umbauten durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales in hygienischer Hinsicht beraten zu lassen. Der Behandlung von Patientinnen und Patienten dienende Neubauten und wesentliche Umbauten von Krankenhausgebäuden dürfen nur in Betrieb genommen werden, wenn sie in krankenhaushygienischer Sicht dem anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechend gebaut sind und vom Landesamt für Gesundheit und Soziales bestätigt worden ist, dass sie den krankenhaushygienischen Anforderungen entsprechen. Eine solche Bestätigung erfolgt nicht, wenn die Beratung nicht erfolgt ist oder krankenhaushygienischen Anforderungen nicht entsprochen wurde. Die baufachliche Prüfung ist für Einzelförderungen von Investitionskosten nach § 14 dann nicht abzuschließen.

(3) Im Rahmen der Landeskrankenhausförderung und beim Betrieb der Krankenhäuser sind unter Wahrung der Wirtschaftlichkeit und unter Einbeziehung der Folgekosten die Belange des Umwelt- und Klimaschutzes zu beachten. Insbesondere sind notwendige Klimaanpassungsmaßnahmen zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten umzusetzen sowie einer umweltverträglichen Beschaffung und Entsorgung Rechnung zu tragen.

**§ 37****Leitung und innere Organisation eines Krankenhauses**

(1) In jedem Krankenhaus wird auf Standortebene eine Betriebsleitung gebildet. Krankenhausträger mehrerer Krankenhäuser oder eines Krankenhauses mit mehreren Standorten können eine gemeinsame Betriebsleitung bilden. An der Betriebsleitung sind eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegefachperson und die Leiterin oder der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes gleichrangig zu beteiligen. Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Satz 2 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind.

(2) Der Krankenhausstandort ist nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten nach den Vorgaben der Feststellungen des Krankenhausplans in Abteilungen gegliedert.

(3) Der Krankenhausträger hat für jede Abteilung mindestens eine Abteilungsärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen, die oder der nicht weisungsgebunden ist und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt wird. Diese sind für die Untersuchung und Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Abteilung verantwortlich. Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen leiten. Für Abteilungen, die Patientinnen und Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, können neben der Abteilungsärztin oder dem Abteilungsarzt Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychologinnen oder -therapeuten bestellt werden, die bei der Untersuchung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und selbstständig tätig sind.

### **§ 38 Arzneimittelkommission**

(1) Jeder Krankenhausträger hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. Krankenhäuser, zwischen denen ein Versorgungsvertrag nach § 14 des Apothekengesetzes besteht, können eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden.

(2) Mitglieder der Arzneimittelkommission sind insbesondere die Leitung der Krankenhausapotheke oder der krankenhausversorgenden Apotheke, die für Antibiotic Stewardship beauftragte Ärztin oder Arzt sowie für jede Fachrichtung des Krankenhauses jeweils eine leitende Ärztin oder ein leitender Arzt, die Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker nach § 39 und die leitende Pflegefachkraft. Geleitet wird die Arzneimittelkommission von der Leitung der Krankenhausapotheke oder der krankenhausversorgenden Apotheke. Die Arzneimittelkommission tagt mindestens zweimal im Jahr. Sie gibt sich eine Geschäftsordnung.

(3) Die Arzneimittelkommission hat die Aufgabe,

1. eine Liste der im Krankenhaus üblicherweise verwendeten Arzneimittel unter besonderer Berücksichtigung ihrer Qualität, ihrer Auswirkungen auf die Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit zu erstellen,
2. das Krankenhauspersonal in Fragen der Arzneimittelversorgung zu beraten und zu informieren, dabei sollen entsprechend § 115c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung berücksichtigt werden.

(4) Die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste ist von den Krankenhausärztinnen und -ärzten bei der Arzneitherapie zu berücksichtigen. Die Arzneimittelkommission ist über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Liste erfasst sind, zu unterrichten. Sie ist vor der Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln zu informieren. Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die nach Art und Umfang über das gewöhnliche Maß hinausgehen, sind der Arzneimittelkommission unverzüglich zu melden.

### **§ 39 Stationsapothekerin oder Stationsapotheker**

(1) Der Krankenhausträger hat sicherzustellen, dass in jedem Krankenhaus in ausreichender Zahl Apothekerinnen oder Apotheker als Beratungspersonen für die Stationen eingesetzt werden (Stationsapothekerinnen oder Stationsapotheker). Ihr Einsatz erfolgt in Präsenz oder telepharmazeutisch. Der Krankenhausträger bestimmt anhand der Größe und der Fachrichtung der Stationen und der von ihnen erbrachten Leistungen, in welchem Umfang Stationsapothekerinnen oder Stationsapotheker jeweils für die vorhandenen Fachrichtungen beratend tätig sein sollen; dabei sind Fachrichtungen besonders zu berücksichtigen, in denen besonders häufig

1. die Arzneimittelversorgung anzupassen ist,
2. verschiedene Infusionen nebeneinander oder nacheinander angewendet werden oder
3. mehrere Medikamente nebeneinander eingesetzt werden.

(2) Die Stationsapothekerin oder der Stationsapotheker hat die Aufgabe, im Rahmen der Zusammenarbeit mit ärztlichem und pflegerischem Personal zu einer sicheren, zweckmäßigen sowie wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie und damit zu einer effizienteren Betriebsführung beizutragen. Zur Aufgabe nach Satz 1 gehört

1. die Prüfung der für eine Patientin oder einen Patienten vorgesehenen Medikamente auf Wechselwirkungen, auf ihre Risiken und Nebenwirkungen sowie auf risikoärmere Alternativen,
2. die umgehende Prüfung nach der Aufnahme der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus, inwieweit ihr oder sein Medikationsplan an die Arzneimittelliste des Krankenhauses anzupassen ist,
3. die pharmazeutische Beratung des ärztlichen und pflegerischen Personals, das an der stationären Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligt ist.

Im Übrigen soll durch Beratung darauf hingewirkt werden, dass

1. Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte in der versorgenden Apotheke ordnungsgemäß angefordert werden,
2. Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte ordnungsgemäß gelagert und verwendet werden,
3. notwendige Maßnahmen zur Patientensicherheit und zur Arzneimittelsicherheit getroffen werden.

(3) Verfügt das Krankenhaus nicht über eine eigene Krankenhausapotheke, so kann die Sicherstellung der Aufgabe nach den Absätzen 1 und 2 im Vertrag nach § 14 Absatz 3 oder 4 des Apothekengesetzes mit der krankenhausesversorgenden Apotheke, mit einem anderen Krankenhausträger oder mit einer Apotheke geregelt werden.

## **Abschnitt 5**

### **Notfallversorgung und besondere Gefahrenlagen**

#### **§ 40**

#### **Notfallversorgung, Verordnungsermächtigung**

(1) Krankenhäuser, die im Rahmen ihres Versorgungsauftrages an der Notfallversorgung teilnehmen, sind zur Aufnahme und Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten verpflichtet. Notfallbehandlungen sind höher zu priorisieren als nicht dringend medizinisch notwendige Behandlungen. Krankenhäuser nach Satz 1 müssen organisatorisch und medizinisch zur Aufnahme und qualifizierten stationären Erstversorgung von Notfallpatientinnen und -patienten in der Lage sein. Sie sind insbesondere verpflichtet,

1. eine geeignete zentrale Anlaufstelle (Notaufnahme) zu betreiben und
2. eine Ersteinschätzung und -versorgung der Notfallpatientinnen und -patienten durchzuführen und sie bei Bedarf stationär aufzunehmen.

(2) Unabhängig von seinem Versorgungsauftrag hat jedes Krankenhaus bei Gefahr für Leib und Leben die gebotene ärztliche Erstversorgung zu leisten und die gegebenenfalls erforderliche Verlegung zu organisieren.

(3) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung nähere Bestimmungen über das elektronische Behandlungskapazitätennachweis- und Zuweisungssystem für die Notfallversorgung und den Massenansturm von Verletzten zu erlassen. Diese Verordnung regelt die Einzelheiten der Meldepflichten der Krankenhäuser sowie die Anforderungen an die fortlaufende Aktualisierung der gemeldeten Kapazitäten. Für statistische und krankenhaushausplanerische Zwecke kann das für Gesundheit zuständige Ministerium abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung in der Rechtsverordnung auch die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten sowie angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Interessen der betroffenen Personen regeln, wobei durch die auswertende Stelle kein Personenbezug hergestellt werden darf, § 47 Absatz 2 Satz 1 und 2 gelten entsprechend. Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre verfügbaren Behandlungskapazitäten unverzüglich und vollständig in das durch diese Verordnung vorgeschriebene System zu übermitteln und aktuell zu halten. Die Verantwortlichkeiten für den Betrieb des Systems sind durch Dienstanweisung festzulegen. Die vom Rettungsdienst vorgenommene Patientenzuweisung an das jeweilige Krankenhaus gilt mit der Einstellung durch den Rettungsdienst in das System als erfolgt.

(4) Fällt das Behandlungskapazitätennachweis- und Zuweisungssystem für die Notfallversorgung und den Massenansturm von Verletzten nach der Notfallzuweisungsverordnung aus, sind die Krankenhäuser verpflichtet, auf andere geeignete Kommunikationswege zwischen Rettungsleitstellen, Rettungsdiensten und Krankenhäusern zurückzugreifen, bis die Störung behoben ist.

#### **§ 41**

#### **Krankenhausalarm- und -einsatzplan, Leiterin oder Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung, Einsatzleitung, Verordnungsermächtigung**

(1) Jedes Krankenhaus hat sich seinem Versorgungsauftrag entsprechend auf Gefahrenlagen vorzubereiten, die die Behandlungskapazität wesentlich belasten oder die Funktionalität wesentlich einschränken. Hierzu dienen die in diesem Abschnitt definierten Maßnahmen, deren Kosten die Krankenhäuser selbst tragen, sofern nichts anderes geregelt ist. Jedes Krankenhaus bestellt an jedem Standort eine Leiterin oder einen Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung sowie eine Stellvertretung und erstellt einen Krankenhausalarm- und -einsatzplan.

(2) Der Krankenhausalarm- und -einsatzplan adressiert auf Basis einer Risikoanalyse zumindest folgende Gefahrenlagen:

1. Evakuierung und Räumung des Krankenhauses,
2. Massenansturm von Verletzten und Erkrankten,
3. chemische, biologische, radio-nukleare, bioterroristische Gefahrenlagen,
4. polizeiliche Lagen im Krankenhaus,
5. Brand im Krankenhaus,
6. Naturgefahren,
7. Ausfall der Informationstechnik unter Einhaltung insbesondere des § 391 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
8. kritischer Personalmangel.

(3) Der Krankenhausalarm- und -einsatzplan beinhaltet für die nach Absatz 2 genannten Gefahrenlagen mindestens folgende organisatorische und operative Maßnahmen:

1. Meldewege, Auslösung des Alarms, Alarmierung des Krankenhauspersonals und Dritter,
2. die Einsatzleitung,
3. die Raumordnung und Wegeführung,
4. die Erweiterung der Aufnahmekapazität,
5. die Abstimmung mit den Alarm- und Einsatzplänen der benachbarten Krankenhäuser, insbesondere die gegenseitige Unterstützung.

Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, darüber hinaus Näheres zu den genannten oder weiteren organisatorischen und operativen Maßnahmen durch Rechtsverordnung zu regeln. Dies kann auch die Bereitstellung von diesbezüglichen Daten über eine IT-Fachanwendung umfassen, einschließlich personenbezogener Daten und besonderer Kategorien personenbezogener Daten wie z. B. die Meldung über den Intensivbettenbestand, das verfügbare Personal für Intensivstationen sowie den Infektionsstatus von Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen im Krankenhausbereich, oder die Benennung von relevanten Funktionsträgern mit zugehörigen Kontaktdaten im Krankenhausstandort zur Bewältigung von besonderen Gefahrenlagen. Es werden Form, Inhalt, Art und Umfang der Meldung und die Meldeempfängerin oder der Meldeempfänger sowie der Meldeturnus vorgegeben.

(4) Der Krankenhausalarm- und -einsatzplan ist durch das Krankenhaus regelmäßig fortzuschreiben und alle zwei Jahre dem für Gesundheit zuständigen Ministerium vorzulegen. Der Krankenhausalarm- und -einsatzplan ist bei erstmaliger Vorlage und bei wesentlichen inhaltlichen Anpassungen bei der Fortschreibung von einer oder einem externen Sachverständigen prüfen zu lassen. Mit dem Plan sind die Dokumentation nach § 42 Absatz 2 Satz 2 der seit der letzten Vorlage durchgeführten Übungen vorzulegen sowie die Erkenntnisse aus den Übungen nach § 42 Absatz 2 und 3 und daraus abgeleitete Änderungen des Krankenhausalarm- und -einsatzplans zu benennen. Das Ministerium kann sich den Krankenhausalarm- und -einsatzplan zudem anlassbezogen vorlegen lassen. Erstmals ist der Krankenhausalarm- und -einsatzplan spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorzulegen.

(5) Der Krankenhausalarm- und -einsatzplan ist abzustimmen zumindest mit der zuständigen unteren Katastrophenschutzbehörde, dem zuständigen Gesundheitsamt, der zuständigen Rettungsleitstelle, der zuständigen Polizeibehörde und den benachbarten Krankenhäusern. Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird im Einvernehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium ermächtigt, durch Rechtsverordnung Näheres zur Art und Weise sowie des Ausmaßes der Zusammenarbeit zu regeln.

(6) Im Falle einer Gefahrenlage richtet das Krankenhaus am betroffenen Standort lageabhängig eine geeignete Einsatzleitung ein und benennt eine Verbindungsperson für die zuständigen Behörden.

**§ 42****Schulungen und Übungen, Verordnungsermächtigung**

(1) Die Krankenhäuser unterweisen die Beschäftigten jährlich über die Vorsorgemaßnahmen gemäß dem Krankenhausalarm- und -einsatzplan. Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung nähere Regelungen zu erlassen, um weitere Vorgaben zu den Übungen festzulegen.

(2) Die Krankenhäuser erproben ihre Krankenhausalarm- und -einsatzpläne durch

1. zumindest jährliche Alarmierungsübungen,
2. regelmäßige Übungen zur Einsatzbereitschaft.

Die Übungen sind zu dokumentieren.

(3) Die Krankenhäuser nehmen auf eigene Kosten an Katastrophenschutz- und Rettungsdienstübungen teil; hierzu zählen insbesondere Übungen nach § 14 Absatz 3 des Landeskatastrophenschutzgesetzes.

(4) Vor Übungen, die die Erfüllung des Versorgungsauftrages wesentlich beeinträchtigen können, informieren die Krankenhäuser die betroffenen Stellen, insbesondere die Rettungsleitstelle, die benachbarten Krankenhäuser und das für Gesundheit zuständige Ministerium.

**§ 43****Bevorratung und Notversorgung, Verordnungsermächtigungen**

(1) Die Krankenhäuser haben Reserven entsprechend § 30 der Apothekenbetriebsordnung vorzuhalten. Zu diesen Reserven zählen neben Arzneimitteln sämtliche zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung notwendigen Medizinprodukte einschließlich medizinischer Gase. Das für Gesundheit zuständige Ministerium ist berechtigt, durch Rechtsverordnung nähere Vorgaben zur Bevorratung gemäß Satz 1 zu treffen.

(2) Zur Vorsorge für besondere Gefahrenlagen kann das für Gesundheit zuständige Ministerium im Einvernehmen mit dem für den Katastrophenschutz zuständigen Ministerium Krankenhäuser mit der Bevorratung von Sanitätsmaterial beauftragen. Die aufgrund eines Auftrages nach Satz 1 beschafften Bestände sollen in den Versorgungskreislauf des Krankenhauses aufgenommen werden, soweit diese üblicherweise dort Verwendung finden. Näheres über die Bevorratung mit Sanitätsmaterial, die Finanzierung, Art und Größe der für die Bevorratung geeigneten Krankenhäuser, den Umgang mit dem Sanitätsmaterial sowie die Zugriffsrechte des Einsatzpersonals bei Gefahrenlagen regelt das für Gesundheit zuständige Ministerium im Einvernehmen mit dem für den Katastrophenschutz zuständigen Ministerium durch Rechtsverordnung.

(3) Krankenhäuser haben mindestens für den Ausfall der folgenden technischen Basisversorgung vorzusorgen:

1. Stromversorgung mit einer Versorgungsgarantie von 72 Stunden,
2. Wärme- und Primärenergieträgerversorgung,
3. Trinkwasserver- und Abwasserentsorgung,
4. Versorgung mit medizinischen Gasen.

Das Ausmaß der Vorsorge richtet sich nach den Festlegungen des Krankenhausalarm- und -einsatzplans gemäß § 41. Sind durch für die Sicherstellung der Ausfallvorsorge umfangreichere bauliche oder technische Maßnahmen, zum Beispiel solche mit Genehmigungspflicht, durch das Krankenhaus vorzunehmen, so sind diese innerhalb von zwei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes umzusetzen.

#### § 44

#### Übergeordnete Steuerung bei besonderen Gefahrenlagen

(1) Sind aufgrund einer besonderen Gefahrenlage über das reguläre Patientenaufkommen erheblich hinausgehende Patientenzahlen zu erwarten oder die Behandlungskapazitäten erheblich eingeschränkt, kann das für Gesundheit zuständige Ministerium im Benehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium Anordnungen zur Steuerung der Patientenströme und zur Belegung der Behandlungskapazitäten treffen, soweit das zur Sicherstellung der Versorgung vor allem bei überregionalen Gefahrenlagen erforderlich ist. Diese Anordnungen sind zu befristen, eine Verlängerung ist möglich.

(2) Anordnungen nach Absatz 1 können insbesondere betreffen:

1. Vorgaben zur Steuerung und Aufnahme von Patienten im Krankenhaus,
2. die Abordnung von Personal von Krankenhäusern oder Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation zur Entlastung von Krankenhäusern,
3. die Freihaltung und Erweiterung von Behandlungskapazitäten,
4. die Zurückstellung von Behandlungen, deren Aufschub aus medizinischer Sicht vertretbar erscheint,
5. die Festlegung von Organisationsstrukturen innerhalb und außerhalb der Krankenhäuser und
6. Vorgaben zur verpflichtenden Nutzung von IT-Fachanwendungen zur Vorbereitung auf oder Bewältigung von besonderen Gefahrenlagen.

(3) Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann Befugnisse nach Absatz 2 Nummer 1 bis 4 zur regionalen und überregionalen Koordinierung des Betriebes der Krankenhäuser einzelnen Krankenhäusern oder geeigneten ärztlichen Beauftragten übertragen. Die benannten Krankenhäuser oder ärztlichen Beauftragten können auch zur Vorbereitung konkreter Aufbau- und Ablaufmaßnahmen zur Gefahrenabwehr sowie zur Vorbereitung von Anordnungen nach Absatz 2 hinzugezogen und mit Aufgaben betraut werden.

(4) Anordnungen nach den Absätzen 1 bis 3 können auch gegenüber Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ergehen. Für die Dauer und den Umfang ihrer Inanspruchnahme gelten diese als in den Krankenhausplan aufgenommen.

(5) Adressaten von Anordnungen nach den Absätzen 1 bis 4 sind angemessen in Geld zu entschädigen, soweit die Anordnung ein Sonderopfer abverlangt, das insbesondere auch über die Aufgaben nach diesem Abschnitt hinausgeht. Die Entschädigung wird nur gewährt, wenn die Adressaten keinen, insbesondere bundesrechtlich geregelten Ersatz erlangen können. Die Entschädigung wird aus Landesmitteln gewährt.

## **Abschnitt 6**

### **Die Verarbeitung personenbezogener Daten im Krankenhaus**

#### **§ 45**

##### **Anwendungsbereich**

(1) Im Krankenhaus verarbeitete personenbezogene Daten unterliegen unabhängig von der Art ihrer Verarbeitung der Datenschutz-Grundverordnung und ergänzend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen dieses Abschnitts. § 38 in Verbindung mit § 6 Absatz 4, Absatz 5 Satz 2 und Absatz 6 des Bundesdatenschutzgesetzes gelten entsprechend.

(2) Das Krankenhaus ist Verantwortlicher gemäß Artikel 4 Nummer 7 der Datenschutz-Grundverordnung.

(3) Personenbezogene Daten von Angehörigen einer Patientin oder eines Patienten oder von sonstigen Dritten sind von dem Berufsgeheimnis umfasst, wenn die Daten dem Krankenhaus im Zusammenhang mit der Behandlung der Patientin oder des Patienten bekannt werden.

#### **§ 46**

##### **Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, Verordnungsermächtigung**

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

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

(3) Das Krankenhaus hat sicherzustellen, dass der zuständige Träger des Rettungsdienstes Kenntnis zu Daten und Diagnosen zu Patientinnen und Patienten erhält, die über den Rettungsdienst ins Krankenhaus gekommen sind und die für die Erfüllung des Qualitätsmanagements im Rettungsdienst notwendig sind. In einer Rechtsverordnung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums wird abschließend festgelegt, welche medizinische Daten zur Krankenbehandlung von den Krankenhäusern zu erheben, zu speichern und dem Träger Rettungsdienst zur Kenntnis zu geben sind. Für die Zwecke des Qualitätsmanagements kann das für Gesundheit zuständige Ministerium abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung in der Rechtsverordnung auch die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten sowie angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Interessen der betroffenen Personen regeln, wobei durch die auswertende Stelle kein Personenbezug hergestellt werden darf, § 47 Absatz 2 Satz 1 und 2 gelten entsprechend.

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

#### **§ 47**

#### **Weitere Verarbeitung von Daten**

- (1) Eine Verarbeitung personenbezogener Daten von Patientinnen und Patienten zu einem anderen als in § 46 Absatz 1 genannten Zweck ist nur zulässig, wenn dies
1. zur Geltendmachung von zivilrechtlichen Ansprüchen des Krankenhauses oder zur Abwehr entsprechender Ansprüche sowie zur Verfolgung von Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten Dritter,
  2. zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen sowie zur Qualitätskontrolle der Leistungen des Krankenhauses,
  3. zu Planungszwecken und Wirtschaftlichkeits- und Organisationsuntersuchungen sowie Auswertungen der Tätigkeit des Krankenhauses zu organisatorischen und statistischen Zwecken,
  4. zu im öffentlichen Interesse liegenden Forschungszwecken nach §§ 50, 51 und 54,
  5. zur im Krankenhaus durchgeführter Aus-, Fort- und Weiterbildung in ärztlichen oder anderen Fachberufen des Gesundheitswesens,
  6. zur Rechnungsprüfung durch den Krankenhausträger, einer von ihm beauftragten Wirtschaftsprüferin oder eines von ihm beauftragten Wirtschaftsprüfers oder den Landesrechnungshof und zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch Beauftragte gemäß § 113 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
  7. zur Meldung nach § 15b Absatz 2 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst über die Durchführung einer Kinderuntersuchung nach § 26 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderlich ist oder
  8. zum Zwecke der Prüfung durch akkreditierte Zertifizierungsstellen während des Besuchs des Krankenhauses auf Verlangen, soweit dies zur Wahrnehmung der Aufgaben dieser Stellen erforderlich ist; die Einsichtnahme darf nur durch eine Person erfolgen, die einem Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht unterliegt, was dem Krankenhaus vor der Einsicht in die Patientendaten nachzuweisen ist.

(2) Zu Zwecken nach Absatz 1 sind die personenbezogenen Daten in einer Weise zu verarbeiten, bei der die Identifizierung von betroffenen Personen nicht oder nicht mehr möglich ist. Sind die Zwecke auf diese Weise nicht zu erreichen, ist die Verarbeitung von pseudonymisierten Daten zulässig, soweit nicht überwiegende schutzwürdige Interessen der betroffenen Person entgegenstehen. Eine Verarbeitung von Klardaten ist nur im Ausnahmefall zulässig, wenn eine Pseudonymisierung aufgrund der Art der benötigten Daten oder der Art der Verarbeitung nicht möglich ist. Die Klardaten und die pseudonymisierten Daten sind zu anonymisieren oder zu löschen, sobald der Zweck es zulässt, längstens jedoch nach einem Jahr seit Beginn der zweckändernden Verarbeitung. Die Einschränkung gilt nicht, wenn Aus-, Fort- oder Weiterzubildende unter der Aufsicht von Fachpersonal unmittelbar an der Erfüllung des Behandlungsvertrages mitwirken. Die Verarbeitung personenbezogener Daten darf nur durch oder unter der Verantwortung von Personen erfolgen, die unmittelbar oder als mitwirkende Person einem Berufsgeheimnis oder einer vergleichbaren gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht unterliegen und sich auf entsprechende Zeugnisverweigerungsrechte und Beschlagnahmeverbote berufen können.

#### **§ 48**

#### **Einschränkung des Rechts auf Auskunft der betroffenen Person**

Soweit der Einsichtnahme oder der Erteilung der Auskunft erhebliche therapeutische Gründe oder eine erhebliche Gefahr für Dritte entgegenstehen, kann im Einzelfall die Auskunft über die gespeicherten Daten oder die Akteneinsicht durch eine Ärztin oder einen Arzt oder eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten des Krankenhauses vermittelt oder eingeschränkt werden. Die Notwendigkeit der Einschränkung ist zu begründen und zu dokumentieren.

#### **§ 49**

#### **Löschung und Sperrung von Daten**

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

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

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

(2) Gesperrte Daten sind gesondert zu speichern oder gesondert vor einem Zugriff zu sichern. Gesperrte Daten dürfen vor Ablauf der Sperrfrist nicht weiterverarbeitet werden. Die Sperrung darf nur aufgehoben werden, wenn

1. die Aufhebung für die Durchführung einer Behandlung,
2. zur Erfüllung der Zwecke aus § 47 erforderlich ist oder
3. wenn die Patientin oder der Patient einwilligt.

Die Aufhebung der Sperrung ist zu begründen und zu protokollieren.

(3) Soweit die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten in automatisierten Verfahren mit der Möglichkeit des Direktabrufs gespeichert werden, ist nach Abschluss der Behandlung einschließlich der Abwicklung der damit zusammenhängenden Zahlungsvorgänge, spätestens jedoch ein Jahr nach Abschluss der Behandlung die Möglichkeit des Direktabrufs durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen auf das erforderliche Maß einzuschränken.

## § 50

### **Speicherung und Bereitstellung von personenbezogenen Daten zu Forschungszwecken im eigenen Krankenhaus, Widerspruchsrecht**

(1) Nach § 46 Absatz 1 erhobene personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten dürfen abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung in dem Krankenhaus, das die Daten erhoben hat, für Forschungszwecke weiterverarbeitet werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Patientin oder der Patient schriftlich oder in elektronischer Form in die Datenverarbeitung eingewilligt hat oder dass die für das Krankenhaus zuständige Ethikkommission unter Beteiligung der Datenschutzbeauftragten oder des Datenschutzbeauftragten das öffentliche Interesse an dem jeweiligen Forschungsvorhaben festgestellt hat und mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen erfüllt ist:

1. die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten werden vor deren Bereitstellung anonymisiert,
2. die Bereitstellung personenbezogener Daten der Patientinnen und Patienten erfolgt, nachdem eine Treuhandstelle diese pseudonymisiert hat und nur die Treuhandstelle in der Lage ist, sie einer natürlichen Person zuzuordnen,
3. die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich durch die damit beauftragte Person in einem speziell für das jeweilige Forschungsvorhaben vom Krankenhaus bereitgestellten Datenverarbeitungssystem, das von den für die Behandlungsdaten und Verwaltung genutzten Datenverarbeitungssystemen im Krankenhaus getrennt ist.

(2) Um die Bereitstellung der personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten zu den Zwecken des Absatzes 1 zu ermöglichen, dürfen die im Rahmen des § 46 Absatz 1 erhobenen personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten auch ohne Bezug zu einem bereits konkretisierten Forschungsvorhaben in einem speziell für Forschung vorgesehenen System, das von den für die Behandlung und Verwaltung genutzten Systemen im Krankenhaus getrennt ist, gespeichert, aufbereitet, in standardisierte Formate übertragen oder anonymisiert werden (Forschungsdatensystem). Das Krankenhaus kann durch Vertrag nach Artikel 28 der Datenschutz-Grundverordnung eine andere Stelle mit der Datenverarbeitung nach Satz 1 beauftragen. Die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten dürfen in diesem System höchstens für die Dauer von fünf Jahren in einer Form gespeichert werden, die die Identifizierung der Patientinnen und Patienten ermöglicht. Diese Höchstfrist verlängert sich jeweils um weitere fünf Jahre, wenn die Patientinnen und Patienten vor Ablauf der Frist aus Satz 3 erneut auf ihr Widerspruchsrecht nach Absatz 5 Satz 1 hingewiesen werden. Nach Ablauf der Frist sind die Daten zu anonymisieren oder zu löschen.

(3) Eine Verarbeitung zu anderen als im öffentlichen Interesse liegenden Forschungszwecken, wie sie in den Absätzen 1 und 2 sowie § 51 normiert sind, ist unzulässig.

(4) Das Krankenhaus ist für die Datenverarbeitung nach den Absätzen 1 und 2 datenschutzrechtlich verantwortlich. Jede Bereitstellung personenbezogener Daten der Patientinnen und Patienten für konkrete Forschungsvorhaben ist zu dokumentieren. Werden personenbezogene Daten für ein konkretes Forschungsvorhaben bereitgestellt, ist dieses in das Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten aufzunehmen.

(5) Unbeschadet der Informationspflichten aus Artikel 12 bis 14 der Datenschutz-Grundverordnung und der Betroffenenrechte aus Artikel 15 bis 22 der Datenschutz-Grundverordnung können Patientinnen und Patienten einer Verarbeitung nach Absatz 1 Nummer 2 und 3, Absatz 2 sowie nach § 51 Absatz 1 Nummer 1 und 3 voraussetzungslos widersprechen. Das Krankenhaus darf die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten ab diesem Zeitpunkt zu den Zwecken des Absatzes 1 Nummer 3, des Absatzes 2 und des § 51 Absatz 1 Nummer 3 nur in einer Weise verarbeiten, die die Identifizierung der betroffenen Person nicht mehr ermöglicht. Im Falle des § 50 Absatz 1 Nummer 2 und des § 51 Absatz 1 Nummer 2 unterrichtet das Krankenhaus die Treuhandstelle über den Widerspruch, welche unverzüglich die Merkmale löscht, die eine Zuordnung der personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten zu einer natürlichen Person ermöglichen. Hat das Krankenhaus im Einzelfall festgestellt, dass der Widerspruch die Verwirklichung des Forschungszwecks unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt, müssen die Merkmale abweichend von Satz 3 nicht gelöscht werden. Die Gründe, die einer Löschung nach Satz 3 entgegenstehen, sind zu dokumentieren. Personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten aus bildgebenden Verfahren, Biomaterialien oder genetischen Daten, die nach Absatz 1 Nummer 2 und 3, Absatz 2 und § 51 Absatz 1 Nummer 2 und 3 verarbeitet worden sind, sind im Falle eines Widerspruchs zu löschen. Das Krankenhaus darf die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten erst nach Ablauf einer Frist von vier Wochen ab dem Zeitpunkt der Kenntnisnahme des Widerspruchsrechts für die Zwecke des Absatzes 1 Nummer 2 und 3, des Absatzes 2 sowie des § 51 Absatz 1 Nummer 2 und 3 verarbeiten.

(6) Über das Widerspruchsrecht nach Absatz 5 sind die Patientinnen und Patienten vor der Erhebung der personenbezogenen Daten, soweit dies aus gesundheitlichen Gründen der betroffenen Person unmöglich ist, unverzüglich nach dem Wegfall dieser Gründe zu informieren. Das Krankenhaus muss die Kenntnisnahme dieser Information nachweisen können. Um Patientinnen und Patienten mehr Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen, kann das Krankenhaus zusätzlich zu dem allgemeinen voraussetzungslosen Widerspruchsrecht auch ein gestaffeltes Widerspruchsrecht anbieten. Dieses ermöglicht den Patientinnen und Patienten, gezielt einzelnen Verarbeitungen, wie beispielsweise der Übermittlung an Stellen außerhalb des Krankenhauses nach § 51, zu widersprechen.

(7) Soweit personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten für konkrete Forschungsvorhaben bereitgestellt werden, sind diese zu anonymisieren, sobald es der Forschungszweck erlaubt. Kann der Forschungszweck auf diese Weise nicht erreicht werden, ist die Verarbeitung mit pseudonymisierten Daten zulässig. Können Patientendaten, insbesondere aus bildgebenden Verfahren, Biomaterialien oder genetische Daten, aus tatsächlichen Gründen weder anonymisiert noch pseudonymisiert werden, müssen angemessene technische und organisatorische Maßnahmen getroffen werden, die die Herstellung eines Personenbezugs durch die Forschenden verhindern, sobald der Forschungszweck es zulässt.

(8) Eine Kontaktaufnahme zu Patientinnen und Patienten nach Abschluss der Behandlung ist nur mit ausdrücklicher Einwilligung der Patientinnen und Patienten zulässig. Dies gilt nicht, wenn die Kontaktaufnahme ausschließlich dazu dient, die Patientinnen und Patienten über das voraussetzungslose Widerspruchsrecht nach den Absätzen 5 und 6 oder der Erfüllung der Zwecke aus § 46 zu informieren.

(9) Die Verarbeitung nach den Absätzen 1 und 2 ist nur durch Personen zulässig, die unmittelbar oder als mitwirkende Person einem Berufsgeheimnis oder einer vergleichbaren gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht unterliegen, sich auf gesetzliche Zeugnisverweigerungsrechte berufen und die Herausgabe der personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten unter Verweis auf ein gesetzliches Beschlagnahmeverbot oder eine vergleichbare gesetzliche Regelung verweigern können. Satz 1 gilt auch für Personen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit Zugriff auf die Systeme nach Absatz 1 Nummer 2 und 3 oder Absatz 2 erhalten.

### **§ 51**

#### **Datenübermittlung zu Forschungszwecken an Stellen außerhalb des Krankenhauses und gemeinsame Forschung**

(1) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten ist abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung an andere Verantwortliche nur zulässig, wenn die Patientin oder der Patient schriftlich oder in elektronischer Form in die Datenverarbeitung eingewilligt hat oder die für das Krankenhaus zuständige Ethikkommission unter Beteiligung der oder des Datenschutzbeauftragten das öffentliche Interesse an der geplanten Übermittlung festgestellt hat und mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen erfüllt ist:

1. die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten werden vor der Übermittlung anonymisiert,
2. die Übermittlung erfolgt, nachdem eine Treuhandstelle die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten pseudonymisiert hat und nur die Treuhandstelle in der Lage ist, die bereitgestellten Daten einer natürlichen Person zuzuordnen,
3. das Krankenhaus hat die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten vor der Übermittlung pseudonymisiert oder, soweit dies nicht möglich ist, insbesondere bei Patientendaten aus bildgebenden Verfahren, bei Biomaterialien oder genetischen Daten, angemessene technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, die die Herstellung eines Personenbezugs durch den Empfänger verhindern.

(2) Sollen personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten aus bildgebenden Verfahren, Biomaterialien oder genetischen Daten übermittelt werden, die nicht anonymisiert werden können, muss das Krankenhaus Maßnahmen treffen, die eine Durchsetzung des Widerspruchsrechts nach § 50 Absatz 5 sicherstellen. Darüber hinaus ist der Empfänger vertraglich zu verpflichten, die erhaltenen Daten im Falle eines Widerspruchs nach § 50 Absatz 5 unverzüglich zu vernichten und diese Vernichtung gegenüber dem Krankenhaus zu bestätigen.

(3) Das Krankenhaus prüft vor der Übermittlung die Wahrung angemessener technischer und organisatorischer Maßnahmen bei der Übertragung der personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten.

(4) Verfolgt das Krankenhaus eigene Zwecke an dem Forschungsvorhaben des Datenempfängers, sind beide für die weitere Verarbeitung von Daten gemeinsam verantwortlich. Die Vorschriften zu Dokumentations- und Aufzeichnungspflichten nach § 50 Absatz 4 Satz 2 und 3 und zu Rechten und Pflichten bei der Datenverarbeitung nach § 50 Absatz 7, 8 und 9 gelten entsprechend.

## **§ 52 Treuhandstelle**

(1) Eine Treuhandstelle kann zur Anonymisierung oder Pseudonymisierung und der Speicherung der Merkmale, mit deren Hilfe ein Patientenbezug hergestellt werden kann, im Rahmen einer gemeinsamen Verantwortlichkeit nach Artikel 26 der Datenschutz-Grundverordnung herangezogen werden. Die Treuhandstelle ist bei der Aufgabenwahrnehmung unabhängig. Es ist sicherzustellen, dass keine Interessenkonflikte mit dem Krankenhausträger oder dessen Gesellschaftern entstehen oder diese unzulässig Einfluss auf die Treuhandstelle nehmen. Ist die Treuhandstelle bei einer öffentlichen Stelle im Sinne des § 2 Absatz 1 und 2 des Landesdatenschutzgesetzes errichtet, finden § 22 Absatz 3 des Landesdatenschutzgesetzes und § 85 des Sicherheits- und Ordnungsgesetzes keine Anwendung.

(2) Die Treuhandstelle verfügt über eine eigenständige Leitung mit Personalverantwortung, ein eigenes Budget, eigene Räume und eigene Informationstechnik. Das Personal der Treuhandstelle muss die persönlichen Voraussetzungen nach § 50 Absatz 9 erfüllen, für die Aufgaben fachlich geeignet sein und in persönlicher Hinsicht keinen Anlass zu Zweifeln an der Zuverlässigkeit geben. Leitung und Mitarbeitende der Treuhandstelle sind fachlich unabhängig und unterliegen bei der Aufgabenerfüllung keinem Weisungsrecht des Krankenhausträgers oder dessen Gesellschaftern. Der jeweiligen Leitung der Treuhandstelle sind Mitarbeitende unmittelbar unterstellt, selbst wenn diese zusätzlich noch andere Aufgaben für den Krankenhausträger oder dessen Gesellschafter wahrnehmen.

(3) An die Treuhandstelle dürfen entgegen Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten übermittelt werden, soweit diese zur Aufgabenerfüllung nach § 50 Absatz 1 Nummer 2 und § 51 Absatz 1 Nummer 2 erforderlich sind. Bei der Bereitstellung und Übermittlung dieser Daten sind ausschließlich projektspezifische Pseudonyme zu verwenden. Die unzulässige Zusammenführung von Daten ist auszuschließen. Insbesondere ist zu gewährleisten, dass für einzelne Forschungsvorhaben erhobene personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten und Daten, die für andere Zwecke benötigt werden, jeweils getrennt voneinander verarbeitet werden. Die Treuhandstelle darf die Daten nicht länger verarbeiten, als diese für das jeweilige Forschungsvorhaben benötigt werden.

(4) Die Einrichtung oder Beauftragung einer Treuhandstelle mit Sitz außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum darf nur erfolgen, wenn dort ein vergleichbarer Datenschutz besteht und die Anforderungen aus § 50 Absatz 9 rechtlich wirkungsvoll geschützt und durchsetzbar sind.

**§ 53****Veröffentlichung von personenbezogenen Daten**

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten zur Veröffentlichung von Forschungsergebnissen ist nur zulässig, wenn mindestens eine der nachstehenden Bedingungen erfüllt ist:

1. die Patientin oder der Patient hat ausdrücklich schriftlich oder in elektronischer Form in die Veröffentlichung eingewilligt,
2. die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten werden vor der Veröffentlichung anonymisiert.

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

(1) Nach § 46 Absatz 1 erhobene personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten dürfen abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung unter der datenschutzrechtlichen Verantwortung des Krankenhauses, bei dem die Daten erhoben worden sind, im Rahmen eines konkreten Forschungsvorhabens als Trainingsdaten für die Entwicklung oder Weiterentwicklung einer künstlichen Intelligenz verwendet werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Patientin oder der Patient schriftlich oder in elektronischer Form in die Verarbeitung eingewilligt hat oder die für das Krankenhaus zuständige Ethikkommission unter Beteiligung der oder des Datenschutzbeauftragten das öffentliche Interesse an dem geplanten Forschungsvorhaben festgestellt hat und mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen erfüllt ist:

1. die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten werden vor der Verarbeitung anonymisiert,
2. die Verarbeitung erfolgt, nachdem eine Treuhandstelle die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten pseudonymisiert hat und nur die Treuhandstelle in der Lage ist, die bereitgestellten Daten einer natürlichen Person zuzuordnen,
3. das Krankenhaus hat die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten vor der Verarbeitung pseudonymisiert oder, soweit dies nicht möglich ist, insbesondere bei Patientendaten aus bildgebenden Verfahren, bei Biomaterialien oder genetischen Daten, angemessene technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, die die Herstellung eines Personenbezugs durch den Verarbeiter verhindern.

(2) Eine Verarbeitung zu anderen als im öffentlichen Interesse liegenden Forschungszwecken, wie sie in Absatz 1 normiert ist, ist unzulässig.

(3) Sollen personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten als Trainingsdaten nach Absatz 1 verwendet werden, ist vor dieser Verarbeitung eine Datenschutz-Folgenabschätzung durchzuführen.

(4) Unbeschadet der Informationspflichten aus Artikel 12 bis 14 der Datenschutz-Grundverordnung und der Betroffenenrechte aus Artikel 15 bis 22 der Datenschutz-Grundverordnung kann die betroffene Person einer Verarbeitung nach Absatz 1 voraussetzungslos widersprechen. Ab dem Zeitpunkt des Widerspruchs dürfen die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten nicht mehr als Trainingsdaten verwendet werden. Über dieses Widerspruchsrecht ist die betroffene Person vor der Erhebung der personenbezogenen Daten, soweit dies aus gesundheitlichen Gründen der betroffenen Person unmöglich ist, unverzüglich nach dem Wegfall dieser Gründe zu informieren. Das Krankenhaus muss die Kenntnisnahme dieser Information nachweisen können. Das Krankenhaus darf die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten erst nach Ablauf einer Frist von vier Wochen ab dem Zeitpunkt der Kenntnisnahme des Widerspruchsrechts als Trainingsdaten verwenden.

(5) § 50 Absatz 4 Satz 2 und 3, Absatz 7, 8 und 9 gelten entsprechend.

#### **§ 55 Datenverarbeitung im Auftrag**

Das Krankenhaus darf mit der Verarbeitung personenbezogener Daten einen Auftragsverarbeiter beauftragen, soweit sichergestellt ist, dass die personenbezogenen Daten beim Auftragsverarbeiter, insbesondere hinsichtlich bestehender gesetzlicher Geheimhaltungspflichten, gesetzlicher Zeugnisverweigerungsrechte und Beschlagnahmeverbote, einem Schutzniveau unterliegen, welches einer Datenverarbeitung durch das und im Krankenhaus nach diesem Abschnitt entspricht.

#### **§ 56 Ordnungswidrigkeiten**

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

1. erhebt, speichert, unbefugt verwendet, verändert, übermittelt, weitergibt, zum Abruf bereithält oder löscht,
2. abrufen, einsicht, sich anderweitig verschafft, durch Vortäuschung falscher Tatsachen an sich oder andere zu übermitteln veranlasst oder
3. bei zu Forschungszwecken nach § 51 Absatz 1 Nummer 2 pseudonymisierten Daten einen Personenbezug herstellt.

(2) Ordnungswidrig handelt auch, wer vorsätzlich oder fahrlässig die Handlung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 einer anderen Person oder Stelle durch die nicht durch das Krankenhaus legitimierte Gewährung des Zugangs ermöglicht.

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

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

**Abschnitt 7**  
**Gebühren und Auslagen, Inkrafttreten und Außerkrafttreten****§ 57**  
**Gebühren und Auslagen**

Für die Verfahren bei dem für Gesundheit zuständigen Ministerium nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz und nach diesem Gesetz werden keine Gebühren und Auslagen erhoben. Hiervon unberührt bleibt das Verfahren bei der Schiedsstelle nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

**§ 58**  
**Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

- (1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (2) Gleichzeitig tritt das Landeskrankenhausgesetz vom 20. Mai 2011 (GVOBl. M-V S. 327), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2024 (GVOBl. M-V S. 479) geändert worden ist, außer Kraft.

## **Begründung:**

### **A Allgemeines**

Mit der Reform des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG M-V) soll den aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen in der Krankenhausversorgung Rechnung getragen werden. Mecklenburg-Vorpommern steht insbesondere in Bezug auf den demografischen Wandel, den damit einhergehenden Fachkräftemangel bei gleichzeitiger komplexerer Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung sowie die besonders ländlich geprägten Strukturen in unserem Flächenland vor großen Herausforderungen.

In den letzten Jahren fand eine Entwicklung bezüglich des Wissens um die unterschiedlichen Bedürfnisse und die Vulnerabilität von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus statt, die sich auch in der strategischen Ausrichtung staatlichen Handelns manifestiert hat. Dies betrifft sowohl gesamtgesellschaftlich relevante Prozesse wie die verstärkte Bekämpfung und Prävention von Diskriminierung als auch spezifische Patientengruppen wie Seniorinnen und Senioren, Frauen oder Kinder oder auch einzelne Erkrankungsbilder wie Demenz. Daneben verändert sich die Struktur und Zusammensetzung der Patientenklientel im Krankenhaus bedingt durch den demografischen Wandel, soziodemografische Veränderungsprozesse und den medizinischen Fortschritt. Ziel dieses Gesetzes ist daher, einerseits generell die Patientensicherheit zu stärken und andererseits zentrale spezifische Belange von Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

Die Anforderungen an die Krankenhausplanung des Landes erhöhen sich erstens durch den medizinischen Fortschritt, der u. a. durch eine stärkere fachliche Ausdifferenzierung und höhere Technisierung und Ambulantisierung und damit in Verbindung stehende berufsrechtliche Reformen gekennzeichnet ist, zweitens durch den demografischen Wandel, der die Bedingungen für eine flächendeckende Krankenhausversorgung verschärft, und drittens durch die Weiterentwicklung des Krankenhausrechts auf Bundesebene durch eine Erhöhung und Ausdifferenzierung der qualitativen Anforderungen an die Krankenhausversorgung. Entsprechend ergibt sich die Notwendigkeit, die landesgesetzliche Grundlage für den Krankenhausplan in Mecklenburg-Vorpommern unter Berücksichtigung dieser Faktoren weiterzuentwickeln.

Der hohe und zunehmende bürokratische Aufwand aufgrund zahlreicher gesetzlicher und untergesetzlicher Anforderungen wird von den Krankenhäusern seit Jahren kritisiert. Den höchsten Anteil des bürokratischen Aufwandes für die Krankenhäuser aufgrund landesrechtlicher Bestimmungen macht die Investitionsfinanzierung des Landes aus. Ziel ist es daher, durch eine Reform der Investitionsfinanzierung den bürokratischen Aufwand zu senken.

Krankenhäuser sind als kritische Infrastrukturen von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Aufrechterhaltung ihrer Funktionsfähigkeit ist dabei nicht nur im Alltag relevant, sondern gerade in besonderen Lagen essenziell. Dies wurde zuletzt durch die Corona-Pandemie besonders deutlich. Auch zukünftig sind verschiedenste Szenarien denkbar, bei der die Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung in besonderen Lagen von herausragender Bedeutung ist. Daher soll mit diesem Gesetz auch die Krisenresilienz der Krankenhäuser gestärkt werden. Es muss eine Anschlussfähigkeit der vorzuhaltenden stationären Versorgungsstrukturen an verschiedene Krisenszenarien auf Landes- und Bundesebene erreicht werden.

Mit dem LKHG M-V werden zusammenfassend folgende zentrale Ziele verfolgt: Stärkung der Patientensicherheit und stärkere Berücksichtigung spezifischer Belange von Patientinnen und Patienten, Modernisierung der Krankenhausplanung, Entbürokratisierung der Investitionsfinanzierung des Landes sowie Steigerung der Krisenresilienz der Krankenhäuser.

Die Ziele des Gesetzentwurfes werden durch folgende Lösungsansätze adressiert:

Auf Grundlage der Empfehlungen des Patientenbeauftragten der Bundesregierung werden in Mecklenburg-Vorpommern in allen Krankenhäusern Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher eingeführt. Sie sollen den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit einer niedrigschwelligen und unabhängigen Beratung bieten, wenn diese mit Missständen oder Problemen konfrontiert sind. Darüber hinaus sollen sie gegenüber dem Krankenhaus auf Missstände hinweisen können, um somit auch zur Verbesserung der Versorgung beizutragen.

Die Krankenhäuser werden zu einer diskriminierungs- und barrierefreien Behandlung verpflichtet. Auf einzelne besonders vulnerable Patientengruppen wird hierbei besonders fokussiert. So werden für die Krankenhäuser insbesondere Vorgaben zur Versorgung rund um die Geburt, der Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung der Frühen Hilfen sowie des Kinderschutzes, der Versorgung von geriatrischen und insbesondere dementen Patientinnen und Patienten, der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie für die Versorgung von sterbenden Patientinnen und Patienten gemacht.

Die Qualität und Patientensicherheit im Krankenhaus wird gestärkt, indem verpflichtend Qualitätsbeauftragte in den Krankenhäusern eingeführt werden und die Qualitätsvorgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch für das Landesrecht als verbindlich erklärt werden. Darüber hinaus werden Stationsapothekerinnen und -apotheker etabliert, die eine sichere, zweckmäßige und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie im Krankenhaus gewährleisten sollen. Darüber hinaus wird die Rechtsaufsicht des Landes auf alle Bestimmungen des Gesetzes ausgeweitet und mit Durchsetzungskompetenzen versehen, um die Einhaltung der Regelungen im Sinne der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Mit diesem Gesetz wird die Investitionsfinanzierung des Landes reformiert. Das bisherige System bestehend aus Pauschalförderung für kurzfristige Anlagegüter und Einzelförderungen für langfristige Anlagegüter wird aufgehoben. Stattdessen wird die Investitionsfinanzierung auf Investitionspauschalen umgestellt. Alle Krankenhäuser erhalten damit zukünftig eine jährlich vom Land zu zahlende und aufgrund eines Bemessungsinstrumentes festgelegte Investitionspauschale, mit der sie eigenverantwortlich wirtschaften. Die Investitionspauschale kann dabei sowohl für kurzfristige als auch langfristige Anlagegüter genutzt werden. Verbunden mit der Möglichkeit der Ansparung der Mittel und deren krankenhäusübergreifenden Einsatz wird Planungssicherheit und Flexibilität geschaffen. Vorgaben zur Beantragung und zur Verwendungsnachweisprüfung werden dabei maßgeblich verschlankt, sodass es hier zu einer signifikanten Bürokratieentlastung kommt.

Die landesrechtlichen Vorgaben zum Krankenhausplan werden unter Berücksichtigung der gefestigten Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes modernisiert. Hierbei wird insbesondere die Möglichkeit geschaffen, den Krankenhausplan auf eine qualitätsgerichtete Leistungsplanung umzustellen, auf deren Grundlage Leistungsbereiche und Leistungsgruppen als krankenhäusplanerisches Instrument etabliert werden können.

Die Zusammensetzung und Aufgaben der Planungsbeteiligten werden ebenfalls weiterentwickelt. Hierdurch soll die Mitwirkung von Institutionen sichergestellt werden, die aufgrund der fachlichen Expertise oder der besonderen Betroffenheit von hoher Relevanz für die Krankenhausplanung sind. Weiterhin soll die Beteiligung so ausgestaltet werden, dass sie sowohl effizient als auch sachgerecht ist und das berechnete Interesse an der Wahrung von Betriebsgeheimnissen schützt. Insofern werden als weitere Planungsbeteiligte neben der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern der Medizinische Dienst Mecklenburg-Vorpommern, eine Patientenvertretung und eine vom Landespflegerat zu benennende Vertretung in diesen Kreis aufgenommen.

Die Krankenhäuser werden dazu verpflichtet, Krankenhausalarm- und -einsatzpläne zu erstellen und regelmäßig fortzuschreiben sowie an jedem Standort eine Leiterin oder einen Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung zu bestellen. Darüber hinaus bestehen für die Krankenhäuser die Pflichten, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jährlich zu schulen, Übungen abzuhalten sowie durch eine Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie Maßnahmen zur Aufrechterhaltung einer Notversorgung für besondere Gefahrenlagen vorzusorgen. Beim Eintreten einer besonderen Gefahrenlage kann das für Gesundheit zuständige Ministerium im Benehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium Anordnungen zur Steuerung der Patientenströme und zur Belegung der Behandlungskapazitäten treffen. Das für Gesundheit zuständige Ministerium übt für diese Regelungen die Fachaufsicht aus. Insgesamt wird eine Vorbereitung der vorzuhaltenden stationären Versorgungsstrukturen nach weitgehend einheitlichem Maßstab auf verschiedene Krisenszenarien auf Landes- und Bundesebene erreicht.

Für die Krankenhäuser entsteht ein potenzieller, nicht genau quantifizierbarer zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Dieser ist abhängig von den bisher bereits in den Krankenhäusern getroffenen Maßnahmen bezüglich der Bestimmungen dieses Gesetzes, da es teilweise auch andere gesetzliche und untergesetzliche Bestimmungen gibt, die die Krankenhäuser zur Erfüllung verpflichtet haben. Der Erfüllungsaufwand ist im Rahmen des zugewiesenen Versorgungsauftrages von den Krankenhäusern zu tragen. Grundsätzlich neue Pflichten werden den Krankenhäusern nicht übertragen.

Potenzielle zusätzliche Kosten können den Krankenhäusern hierbei durch die Bestellung von Leiterinnen oder Leitern für die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung entstehen. Die Bestellung einer Leiterin oder eines Leiters Krankenhausalarm- und -einsatzplanung verursacht für jedes Krankenhaus an jedem Standort geschätzte Kosten in Höhe von durchschnittlich 16 500 Euro im Jahr. Es wird davon ausgegangen, dass die Ausübung der Tätigkeit 0,25 VZÄ beansprucht bei einem durchschnittlichen Bruttogehalt von 60 000 Euro. Dazu kommen im Jahr durchschnittliche Kosten in Höhe von 1 500 Euro für erforderliche Schulungen und Zertifizierung.

Die Pflicht zur Prüfung des Krankenhausalarm- und Einsatzplans durch einen unabhängigen externen Sachverständigen verursacht bei erstmaliger Prüfung geschätzte Kosten in Höhe von durchschnittlich 3 000 Euro brutto, wobei eine Abhängigkeit von der Größe und Struktur des Krankenhauses sowie dem Umfang des Einsatzplans besteht. Die Folgekosten entstehen alle zwei Jahre und belaufen sich auf durchschnittlich geschätzte 200 Euro brutto.

Die Beschäftigung von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern führt ebenso zu zusätzlichen Kosten. Apothekerinnen und Apotheker verdienen im Jahr etwa 49 100 Euro brutto im Jahr. Der Bedarf an Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern von Krankenhäusern ist abhängig von der Größe und Struktur. Es wird davon ausgegangen, dass Maximalversorger einen Bedarf von höchstens drei VZÄ aufweisen und sehr kleine Krankenhäuser mindestens 0,5 VZÄ benötigen. Zu beachten ist dabei auch, dass der Einsatz teilweise auch telemedizinisch oder in Kooperation mit anderen Krankenhäusern erfolgen kann.

Weitere Kosten entstehen durch die Unterstützung der am Krankenhaus tätigen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher. Die geschätzten Kosten für ein Krankenhaus für einen Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin belaufen sich auf durchschnittlich 12 865 Euro pro Jahr, die durch die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungen sowie die Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten und Arbeitsausstattung entstehen. Die Gesamtkosten setzen sich zusammen aus einer Sachkostenpauschale in Höhe von durchschnittlich 12 365 Euro und durchschnittlichen Kosten für Fort- und Weiterbildungen in Höhe von durchschnittlich 500 Euro.

Potenzielle zusätzliche Kosten können den Krankenhäusern hierbei durch die Bestellung von Leiterinnen oder Leitern für die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung entstehen sowie für die Beschäftigung von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern und für die Unterstützung der am Krankenhaus tätigen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher. Darüber hinaus können den Krankenhäusern zusätzliche Kosten entstehen für die Durchführung von Schulungen und Übungen nach § 42, für die Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie für Vorsorgemaßnahmen bezüglich des Ausfalls von Strom, Heizung und Warmwasser sowie Trinkwasser. Potenzielle zusätzliche Kosten richten sich dabei nach den Anforderungen in den Bestimmungen der diesbezüglichen Rechtsverordnung.

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält insgesamt 24 Informationspflichten im Sinne des Standardkosten-Modells bis zum 31. Dezember 2027 und ab dem Jahr 2028 insgesamt 16 Informationspflichten. Die aufgrund dieser Informationspflichten zu erwartenden Kosten der Unternehmen belaufen sich gemäß der durchgeführten SKM-Schätzung auf 21 488,49 Euro pro Jahr bis zum 31. Dezember 2027 und 6 959,33 Euro ab dem Jahr 2028.

Durch den langfristigen Wegfall von neun, teilweise kostenrelevanten Informationspflichten, bei Hinzukommen von acht Informationspflichten ohne Kostenrelevanz, ergibt sich ab dem Jahr 2028 eine Nettoentlastung in Höhe von 14 529,16 Euro. Das vorliegende Gesetz leistet damit einen Beitrag zu dem Ziel, die bürokratischen Lasten der Wirtschaft zu reduzieren.

Im Besonderen Teil der Begründung werden die Ergebnisse der Bürokratiekostenschätzung bei den für das Gesamtergebnis relevanten Informationspflichten im Einzelnen dargestellt.

**B Im Einzelnen****Zu Abschnitt 1****Zu § 1 (Grundsätze)****Zu Absatz 1**

Absatz 1 entspricht in seinem Regelungsgehalt weitgehend dem bisherigen Absatz 1 und damit im Wesentlichen § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Dieser Grundsatz wurde dem restlichen Wortlaut vorangestellt, wodurch verdeutlicht wird, dass die landeseigenen Vorschriften sich an diesem bundesrechtlichen Gesamtziel ausrichten haben. Gleichzeitig ist die bedarfsgerechte Patientenversorgung im Fokus dieses Gesetzes und erfährt einen besonderen Schwerpunkt in Abschnitt 4. Die Patientinnen und Patienten sollen nach ihrem pathologischen Zustand entsprechend medizinisch versorgt werden. Darüber hinaus sollen die spezifischen Bedarfe besonderer Patientengruppen berücksichtigt werden. Die Versorgung soll in angemessener Zeit erreichbar sein, wobei die Besonderheiten von Mecklenburg-Vorpommern als Flächenland zu berücksichtigen sind. Leistungen der Basis- und Notfallversorgung sollen dabei schneller zu erreichen sein als speziellere Leistungen. Die Krankenhäuser sollen sich mit ihren unterschiedlichen und zum Teil auch spezialisierten Versorgungsaufträgen, wie sie beispielsweise Fachkliniken haben, ergänzen und hierdurch eine gestufte Krankenhausversorgung ermöglichen. Im Krankenhausplan werden konkretere Festlegungen zur Erreichbarkeit sowie den bedarfsgerechten Abstufungen getroffen.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 entspricht auch der bisherigen Regelung. Das in Artikel 20 Absatz 1 und Artikel 28 des Grundgesetzes (GG) verankerte Sozialstaatsprinzip fordert u. a. das Zurverfügungstellen der notwendigen Einrichtungen der Daseinsvorsorge für die Bevölkerung auf Ebene der Kommunen. Hierunter fällt die Versorgung mit Krankenhäusern.

Artikel 28 Absatz 2 Satz 1 GG gewährleistet den Gemeinden das Recht, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln. Danach gehört zum Wesensgehalt der gemeindlichen Selbstverwaltung kein gegenständlich bestimmter oder nach feststehenden Merkmalen bestimmbarer Aufgabenkatalog, wohl aber die Befugnis, sich aller Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft, die nicht durch Gesetz bereits anderen Trägern öffentlicher Verwaltung übertragen sind, ohne besonderen Kompetenztitel anzunehmen (Friedrich/Leber in Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht 2. Auflage 2017 Rn. 10). Die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen gehört zum Kernbereich der kommunalen Selbstverwaltung [BVerfGE 83, 363 (7 Februar 1991 – 2 BvL 24/84)]. Unabhängig davon ist diese Verpflichtung auch § 2 Absatz 2 der Kommunalverfassung zu entnehmen. Danach gehören zu den Aufgaben des eigenen Wirkungskreises der Gemeinde insbesondere die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung.

Die Landkreise und kreisfreien Städte sind im Rahmen des eigenen Wirkungskreises für die soziale Entwicklung ihres Gebietes zuständig. Mit Absatz 2 wird ihnen der Sicherstellungsauftrag durch das Land als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe zugewiesen, wonach Landkreise und kreisfreie Städte nur über die Ausgestaltung der Krankenhausversorgung („wie“) entscheiden können.

Diese Aufgabe der Kommune ist jedoch lediglich subsidiär. Insofern ist ein Tätigwerden nur erforderlich, wenn sich keine geeigneten Krankenhausträger in ihrem Gebiet finden.

Das Land stellt die Krankenhausversorgung durch die Krankenhaus- und Investitionsplanung und -finanzierung sowie durch die Trägerschaft der Universitätsmedizin sicher. Die Aufzählung der Landesaufgaben ist nicht abschließend, darunter fällt z. B. auch die Genehmigung der vereinbarten Krankenhausesentgelte.

Als Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse unterfallen die Leistungen der Krankenhausversorgung besonderen erleichterten EU-Wettbewerbsregeln.

## **Zu § 2 (Anwendungsbereich)**

### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 regelt den Anwendungsbereich. Danach gilt das Gesetz für alle Krankenhäuser im Land, die Leistungen erbringen, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hierbei ist die Definition aus § 3 Absatz 1 anzuwenden.

### **Zu Absatz 2**

Mit Absatz 2 wird der Anwendungsbereich des Absatzes 1 für die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock eingeschränkt. Die Regelungen für die Krankenhausinvestitionen sind für die Universitätsmedizin nur im genannten Umfang anwendbar, da insbesondere die Einzelförderung durch das für Wissenschaft zuständige Ministerium erfolgt.

### **Zu Absatz 3**

Abweichend von Absatz 1 sollen für Privatkrankenanstalten der akut stationären Versorgung ausschließlich die Regelungen für die Krankenhaushygiene und Umwelt gelten sowie die Regelungen für den Datenschutz. Insbesondere ist eine Finanzierung nicht vorgesehen. Gleichzeitig ist es wichtig, dass auch die Anstalten einen gewissen hygienischen Standard haben im Hinblick auf die Patientensicherung und die Vorgaben zum Datenschutz eingehalten werden. Insofern sind ausschließlich diese Regelungen anzuwenden.

### **Zu Absatz 4**

Für Vertragskrankenhäuser finden die Abschnitte zur Planung und Finanzierung keine Anwendung. Bei Vertragskrankenhäusern handelt es sich um Krankenhäuser, die durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zugelassen sind. Das Land hat auf den Abschluss eines solchen Vertrages keinen Einfluss und bestimmt auch nicht den Versorgungsauftrag des Krankenhauses. Insofern sollen auch die Regelungen der Planung und die mit der Aufnahme in den Krankenhausplan verbundene Finanzierung nicht für diese Krankenhäuser gelten. Sie können lediglich nachrichtlich in den Krankenhausplan aufgenommen werden.

**Zu Absatz 5**

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fallen nicht unter den Begriff des Krankenhauses nach § 3 Absatz 1. Insofern ist es notwendig, dass bestimmte Regelungen für diese Einrichtungen für anwendbar erklärt werden. Soweit in den Einrichtungen eine zu den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung stattfindet, sind die Regelungen zur Krankenhaushygiene entsprechend anwendbar. Gleichzeitig sollen sie bei besonderen Gefahrenlagen die Krankenhäuser unterstützen können, indem sie Patienten aufnehmen oder ihr Personal abgeordnet wird. Des Weiteren sollen auch hier bestimmte Regelungen zum Datenschutz Anwendung finden.

**Zu Absatz 6**

Die Einhaltung von hygienischen Vorschriften ist auch für die Einrichtungen des § 3 Satz 1 KHG notwendig, da auch hier die Patientensicherheit gewährleistet werden muss. Des Weiteren finden auch hier bestimmte Regelungen zum Datenschutz Anwendung.

**Zu Absatz 7**

Die Regelungen zur Qualitätssicherung im und auf Grundlage des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beziehen sich auf Krankenhäuser nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entsprechend wird dies landesrechtlich nachvollzogen.

**Zu § 3 (Begriffsbestimmungen und grundsätzliche Anforderungen)****Zu Absatz 1**

Diese Regelung wurde aus dem bisherigen LKHG M-V übernommen und stellt eine Definition des Begriffs Krankenhaus unter Bezugnahme auf bundesrechtliche Regelungen dar und definiert Grundanforderungen an die Eigenständigkeit der Krankenhäuser. Abweichend von der bundesrechtlichen Regelung des § 2 KHG sollen die in § 3 Satz 1 KHG genannten Einrichtungen sowie die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht unter diesen Begriff fallen. Aufgrund neuer bundesrechtlicher Regelungen werden zusätzlich auch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen als Krankenhäuser definiert.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung. Es wird definiert, wer Krankenhausträger ist. Der Krankenhausträger ist Adressat von Bescheiden der zuständigen Behörde und der damit verbundenen Rechte und Pflichten, insbesondere der Feststellung zur Aufnahme in den Krankenhausplan sowie der Gewährung einer investiven Förderung. Der Krankenhausträger ist ebenso Adressat aufsichtsrechtlicher Maßnahmen. Sind der Betreiber und der gesellschaftsrechtliche Eigentümer unterschiedliche Rechtspersonen, wie dies in Konzernstrukturen regelmäßig der Fall ist, muss dies dem für Gesundheit zuständigen Ministerium angezeigt werden, damit geprüft werden kann, ob bestimmte Verpflichtungen gemeinsam auferlegt werden sollen, damit die Durchsetzbarkeit gewährleistet wird.

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 2 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der Geringfügigkeit der Kosten (Kostenklasse B im Standardkostenmodell) im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

#### **Zu Absatz 3**

Absatz 3 definiert in Satz 1 den Trägerwechsel im engen juristischen Sinne. Satz 2 benennt weitere Sachverhalte, die wie ein Trägerwechsel behandelt werden, weil sich damit wesentliche wirtschaftliche Grundlagen des Krankenhausträgers ändern können. Der Trägerwechsel ist insbesondere deshalb rechtzeitig vorher anzuzeigen, um die Aufnahme des neuen Trägers in den Krankenhausplan prüfen zu können, zumindest bei einem Trägerwechsel im engen juristischen Sinne geht der Feststellungsbescheid zur Aufnahme in den Krankenhausplan nicht automatisch über und auch in anderen Fällen ist die Aufnahme zu prüfen. Auf die Vorschriften, die die Rechtsfolgen des Trägerwechsels behandeln, wird Bezug genommen.

#### **Zu Absatz 4**

Absatz 4 entspricht der bisherigen Regelung und definiert den Standort eines Krankenhauses entsprechend der auf Bundesebene definierten Voraussetzungen. Der Krankenhausstandort ist Anknüpfungsmerkmal verschiedener Regelungen dieses Gesetzes. Sollte ein Krankenhausträger mehrere Krankenhausstandorte haben, müssen diese organisatorisch, wirtschaftlich und fachlich eine Einheit bilden, damit sie ein Krankenhaus bilden.

#### **Zu Absatz 5**

Absatz 5 regelt das reguläre bzw. mögliche Leistungsspektrum eines Krankenhauses im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, das alternativ mit den Begriffen Krankenhausleistungen oder Leistungen der Krankenhausversorgung umschrieben wird.

#### **Zu § 4 (Krankenhousaufsicht, Verordnungsermächtigung)**

##### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 regelt eine allgemeine Aufsicht über die Krankenhäuser einschließlich ihrer gemeinschaftlichen Einrichtungen und der mit ihnen notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten. Aufsichtsmaßstab sind die Regelungen dieses Gesetzes sowie die aufgrund dieses Gesetzes ergangenen Vorschriften. Bundesrecht unterliegt nur insofern der Krankenhousaufsicht der Landesbehörden, als es sich über Qualitätsvorschriften dieses Gesetzes oder über die Festlegung des Versorgungsauftrages oder in sonstigen Umsetzungsentscheidungen abbildet. Weiterhin wird Bundesrecht geprüft, soweit das Land nach Bundesrecht Genehmigungsbehörde ist, was insbesondere im Fall der Genehmigung nach § 14 des Krankenhausentgeltgesetzes der Fall ist. Insofern handelt es sich aber nicht um eine allgemeine Krankenhousaufsicht. Für die Überwachung der Einhaltung von Bundesrecht sind grundsätzlich die Pflegesatzparteien nach Bundesrecht, insbesondere die Krankenkassen, zuständig.

Die Aufsicht bezieht sich maßgeblich auf die im Krankenhaus aufgenommen Krankenhäuser, im Einzelfall können aber auch andere Krankenhäuser der Aufsicht unterliegen, z. B. im Bereich der Krankenhaushygiene.

Sofern Landkreise und kreisfreie Städte Krankenhäuser betreiben, bleibt die Rechtsaufsicht über diese kommunalen Träger unberührt.

#### **Zu Absatz 2**

Geregelt wird die Wahrnehmung der Krankenhausaufsicht durch das für Gesundheit zuständige Ministerium als Regelfall sowie die davon abweichende Aufsicht durch andere Behörden.

#### **Zu Absatz 3**

Absatz 3 regelt die zur Ausübung der Aufsicht notwendigen Informations- und Betretungsrechte. Angesichts potenziell bestehender Gefahren für Gesundheit und Leben kann es im Einzelfall gerechtfertigt sein, bei dringender Gefahr für die Krankenhaushygiene jederzeitigen Zutritt durchzusetzen.

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 3 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

#### **Zu Absatz 4**

Dieser Absatz regelt die Möglichkeit zu aufsichtsbehördlichen Maßnahmen. Im Rahmen der Verhältnismäßigkeit hat zunächst eine Beratung als die geringste belastende Maßnahme gegenüber dem Krankenhaus stattzufinden, insbesondere muss hierbei die Rechtsverletzung aufgezeigt werden und auf deren Behebung hingewirkt werden. Hierbei sollen die Parteien sich um eine bestmögliche Lösung des Problems bemühen. Die Aufsichtsbehörde soll ihre Rechtsauffassung darlegen, dass durch das Handeln oder Unterlassen des Krankenhauses ein Recht verletzt worden sei und inwieweit diese Rechtsverletzung behoben werden kann bzw. präventiv weitere Verletzungen vermieden werden können. Gleichzeitig kann das Krankenhaus sein Vorgehen erneut prüfen und ggf. eine andere Sichtweise darlegen. Sollte dieses Vorgehen nicht zur Behebung der Rechtsverletzung führen, kann die Aufsichtsbehörde nach der von ihr festgelegten Frist geeignete und verhältnismäßige Anordnungen zur Behebung der Rechtsverletzung erlassen. Diese können auch nach dem Verwaltungsvollstreckungsrecht sofort vollzogen werden, wenn die sofortige Vollziehung angeordnet ist.

**Zu Absatz 5**

Absatz 5 regelt eine weitergehende Aufsicht des für Gesundheit zuständigen Ministeriums, der die §§ 40 bis 44 und die Vorschriften erfasst, die aufgrund dieser Regelungen erlassen wurden. Die konkreten Aufsichtsmittel des für Gesundheit zuständigen Ministeriums sind jeweils in den §§ 40 bis 44 geregelt. Abweichend zur Krankenhausaufsicht erstreckt sich diese Aufsicht auch auf die Universitätsmedizin Greifswald und Universitätsmedizin Rostock. Aufgrund der fachlichen Betroffenheit des für Inneres zuständigen Ministeriums, insbesondere im Hinblick auf den Katastrophenschutz, ist diese Aufsicht im Benehmen bzw. Einvernehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium wahrzunehmen, wobei die Konkretisierung im Abschnitt 5 jeweils individuell erfolgt. Diesbezüglich können im Einvernehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium einzelne Aufgaben durch Rechtsverordnung konkretisiert werden. Eine Abstimmung mit dem für Inneres zuständigen Ministerium ist insbesondere erforderlich, um die Regelungen der Rechtsverordnung mit Belangen des Landeskatastrophenschutzgesetzes und den dort geregelten Verpflichtungen und Aufsichtsrechten zu verknüpfen.

**Absatz 6**

Der Absatz regelt die Aufsichtsmittel für die um die in Absatz 6 geregelte erweiterte Krankenhausaufsicht für die Notfallversorgung und besondere Gefahrenlagen. Bei besonderen Gefahrenlagen oder auch schon bei der Vorbereitung darauf sind Durchgriffsmöglichkeiten und Wege der Durchsetzung durch das Ministerium notwendig. Insofern können die unter Absatz 3 und 4 genannten Aufsichtsmittel in diesen Fällen auch zur Überprüfung und Sicherstellung der Zweckmäßigkeit angewandt werden. Im artverwandten Bereich des Rettungsdienstes übt das Ministerium ebenfalls Fachaufsicht aus. Auch das Rettungswesen ist ein wesentliches Element bei der Bewältigung von Gefahrenlagen und ähnliche Befugnisse für eine Handlungsfähigkeit sind notwendig, um als Ministerium entsprechende Anordnungen treffen zu können. Es werden außerdem erweiterte Aufsichtsmittel eingeräumt. Durch das Recht zur direkten Beauftragung von Mitarbeitenden der Krankenhäuser sowie das Selbsteintrittsrecht kann die Aufsichtsbehörde als ultima ratio die Einhaltung von Anordnungen durch eigenes Handeln durchsetzen. Die Aufsichtsmittel sind hierbei analog zu den Fachaufsichtsmitteln gemäß dem Landesorganisationsgesetz gestaltet.

**Zu Abschnitt 2****Zu § 5 (Krankenhausplan)****Zu Absatz 1**

Absatz 1 regelt das Aufstellen eines Krankenhausplans und dessen Fortschreibung. Dabei ist zwischen der Fortschreibung in genereller Form (Planfortschreibung) und der Einzelfortschreibung durch Erlass entsprechender Feststellungsbescheide auf der Grundlage von § 7 zu unterscheiden. Auch die Rechtsverordnung gemäß § 6 Absatz 1 wird insbesondere durch Festlegungen der Planungssystematik Bestandteil des Krankenhausplans.

**Zu Absatz 2**

Eine Krankenhauszielplanung ist nach gefestigter Rechtsprechung essenziell gestaltender Bestandteil des Krankenhausplans. Die Zielplanung dient nicht nur der Verwirklichung der in § 1 KHG genannten Ziele einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen, qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung. Vielmehr gehören dazu auch die sich für das Land Mecklenburg-Vorpommern spezifisch ergebenden Versorgungsziele, die in § 1 festgehalten sind, insbesondere das Versorgungsziel einer in angemessener Zeit erreichbaren und in bedarfsgerechten Abstufungen zu erfolgenden Krankenhausversorgung. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die flächendeckende Notfall- und Grundversorgung in dem deutschlandweit am dünnsten besiedelten Bundesland Mecklenburg-Vorpommern.

Die gegebenenfalls erfolgende Festlegung von Versorgungsstufen folgt dem Ziel der möglichst gut erreichbaren Grundversorgung (z. B. allgemeine innere und allgemeine Chirurgie) an dem einen Ende der Skala und einer Konzentration der spezialisierten Versorgung an wenigen Standorten mit der Notwendigkeit der Überwindung größerer Distanzen an dem anderen Ende der Skala. Zwischenstufen sind möglich. Bei der Festlegung der Ziele im Krankenhausplan sind die besonderen Belange von Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Außerdem sind bei der Krankenhauszielplanung aktuelle Entwicklungen wie die zunehmende Ambulantisierung und Digitalisierung sowie Optionen der sektorenübergreifenden und telemedizinischen Versorgung zu berücksichtigen. Diese können eigene (Teil-)Ziele der Krankenhauszielplanung sein, sofern sie zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

**Zu Absatz 3**

Neben der Krankenhauszielplanung sind wesentlicher Bestandteil des Krankenhausplans die Versorgungsanalyse und die Bedarfsprognose. Sie stellen die tatsächliche Grundlage für die krankenhauserplanerischen Entscheidungen dar, da nach der Rechtsprechung als Bedarf nicht der planerische Bedarf, sondern der tatsächliche Bedarf nach Krankenhausleistungen anzusehen ist. In der Versorgungsanalyse wird der Status quo der Krankenhausversorgung beschrieben. Dies umfasst eine Darstellung der aktuellen Versorgungsstrukturen sowie deren Inanspruchnahme einschließlich eines Rückblicks zur diesbezüglichen Entwicklung. Die Bedarfsprognose berechnet auf der Grundlage von aktuellen Versorgungsdaten die zukünftige Entwicklung der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. Als wissenschaftliche Methodik ist hierbei die Erstellung eines Prognosemodells zu verstehen, indem Faktoren festgelegt werden, die die zukünftige Inanspruchnahme beeinflussen. Das Prognosemodell muss nachvollziehbar und reproduzierbar sein. Wichtigster Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen ist die demografische Entwicklung. Weitere Einflussfaktoren können hinzugezogen werden, wenn sie mit hoher Wahrscheinlichkeit einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme haben und messbar bzw. geeignet für die Einbeziehung in das Prognosemodell sind.

Für die Erstellung der Krankenhausanalyse und der Bedarfsprognose können Sachverständige hinzugezogen oder beauftragt werden. Deren Gutachten ersetzen nicht die planerischen Entscheidungen für den Krankenhausplan. Sie sind aber wesentliches Erkenntnismittel nicht nur für die Analyse der aktuellen Versorgung, sondern insbesondere auch der Prognose für die Zukunft. Eine solche Prognoseentscheidung muss der Krankenhausplan schon deshalb treffen, weil sich der Bedarf an Krankenhausleistungen aufgrund der medizinischen Entwicklung und sonstigen Veränderungen des Leistungsangebots der Krankenhäuser ständig ändert und dem die Krankenhausplanung Rechnung tragen muss.

Erkenntnisse über die in ambulanten Versorgungsstrukturen tatsächlich oder potenziell in der Zukunft stattfindende Versorgung sind einzubeziehen, da dies unmittelbar Auswirkungen auf die Versorgung mit Krankenhausleistungen haben kann. Aus der Bedarfs- und Krankenhausanalyse kann sich die Notwendigkeit gesonderter medizinischer Fachplanungen z. B. zur Schlaganfallversorgung ergeben, die die allgemeine Krankenhausplanung ergänzen.

#### **Zu Absatz 4**

Als vierter Bestandteil eines Krankenhausplans sind die Versorgungsentscheidungen anzusehen, die das einzelne Krankenhaus betreffen und auch für die Frage einer eventuellen Herausnahme aus dem Krankenhausplan von wesentlicher Bedeutung sind. Auf der Grundlage der Bedarfsprognose trifft der Krankenhausplan die für die Versorgung gemäß den Zielen des § 1 Absatz 1 erforderlichen Versorgungsentscheidungen.

#### **Zu Absatz 5**

Mit der im Krankenhausplan getroffenen Versorgungsentscheidung wird der Inhalt des Versorgungsauftrages des Krankenhauses festgelegt und über den Feststellungsbescheid nach Maßgabe von § 7 umgesetzt. Die Planungsentscheidung hat andere Inhalte, je nachdem, ob ihr eine betten- und damit kapazitätsbezogene Fachplanung vorausgeht oder der Krankenhausplan einer davon abweichenden Planungssystematik folgt. Soweit weiterhin der Versorgungsentscheidung eine Betten- und damit kapazitätsbezogene (Fach-)Planung vorausgeht, erfolgen die Festlegungen mit Bettenbezug. Andernfalls erfolgt eine Planung auf Grundlage von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen. Die Einzelfestlegungen umfassen für jedes Krankenhaus darüber hinaus Schwerpunkte und Zentren, die Zuweisung besonderer Aufgaben, die dem Krankenhaus zugewiesen wurden, und die Festlegung der Zusammenarbeit des Krankenhauses mit anderen Krankenhäusern oder anderen Leistungsträgern der gesundheitlichen Versorgung. Fachplanungen sind insbesondere (aber nicht nur) in der bisherigen Planungssystematik von Bedeutung. Sie können die allgemeine Krankenhausplanung ergänzen, indem sie vom Fachgebiet abweichende überschneidende Fachgebiete oder solche medizinischen Disziplinen berücksichtigen, die sich in keinem bestimmten Fachgebiet (im Sinne der bisher an der Weiterbildungsordnung ausgerichteten Fachgebieten) zuordnen lassen (Beispiel: Neurologische Frührehabilitation Phase B oder geriatrische Komplexversorgung). Fachplanungen können sich auch aus besonderen Versorgungsnotwendigkeiten in der Fläche ergeben, z. B. für die Schlaganfallversorgung. Außerdem können zur Sicherung der Inhalte bzw. Ziele des Krankenhausplans oder aus Gründen der Qualitätssicherung einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen innerhalb der Fachgebiete oder Leistungsbereiche vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses ausgenommen werden, falls eine spezifischere Planung notwendig ist. Krankenhäuser dürfen Krankenhausleistungen nur im Rahmen des im Bescheid festgestellten Versorgungsauftrages erbringen und unterliegen in dieser Hinsicht der Krankenhäusaufsicht.

Damit sichergestellt wird, dass die Belange von Forschung und Lehre in der Krankenhausplanung berücksichtigt werden, wird für Maßnahmen, die die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock betreffen, Einvernehmen zwischen dem für Gesundheit zuständigen Ministerium und dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium hergestellt.

**Zu Absatz 6**

Bei einem Krankenhausplan handelt es sich nicht um eine (untergesetzliche) Rechtsnorm, sondern um ein Verwaltungsinternum, der Rechtsverbindlichkeit über den Erlass von Feststellungsbescheiden nach § 7 erlangt. Mit dem Krankenhausplan wird das für Gesundheit zuständige Ministerium angewiesen, den rechtlichen Versorgungsstatus für das Plankrankenhaus entsprechend seinen Festlegungen durch Erlass des jeweiligen Feststellungsbescheides zu bestimmen. Das setzt aus rechtsstaatlichen Gründen die Bekanntmachung des Krankenhausplans in einem „amtlichen Organ“ voraus. Das ist für das Land Mecklenburg-Vorpommern die Internetseite des für Gesundheit zuständigen Ministeriums.

**Zu § 6 (Planungssystematik des Krankenhausplans, Verordnungsermächtigung)****Absatz 1**

Die Bestimmung enthält die erforderliche Rechtsgrundlage für den Erlass einer Rechtsverordnung, die das für Gesundheit zuständige Ministerium zur Festlegung einer Planungssystematik, wie sie in den weiteren Absätzen des Paragraphen geregelt sind. Dies wird aus Gründen der Rechtssicherheit für erforderlich gehalten, um auch bundesrechtliche Vorgaben zur Krankenhausplanung – beispielsweise durch Festlegung von Leistungsgruppen und entsprechenden Anforderungen – separat landesrechtlich zu verankern.

Die Rechtsverordnung wird auch Vorgaben zum Verfahren regeln, das einer Planfortschreibung oder einer Einzelfortschreibung im Sinne eines Erlasses des Feststellungsbescheides vorausgeht. Hierzu gehören auch Regelungen zu Voraussetzungen, die ein Antragserfordernis der Krankenhausträger bedingen oder ein Handeln des für Gesundheit zuständigen Ministeriums von Amts wegen ermöglichen. Darüber hinaus sind in der Rechtsverordnung Übergangsregelungen vorzusehen, die für die Anwendung einer neuen Planungssystematik zu beachten sind.

**Zu Absatz 2**

Für die Planungssystematik können zwei Modelle angewandt werden. Erstens die bisher angewandte Systematik der kapazitätsbezogenen Bettenplanung, bei der auf der Grundlage der Weiterbildungsordnung der Ärztinnen und Ärzte Fachabteilungen festgelegt werden, für die eine Bettenplanung erfolgt. Zweitens eine qualitätsausgerichtete Leistungsplanung, bei der alle Krankenhausleistungen in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen nach planerischen Erwägungsgründen eingeteilt werden und mit Anforderungen an die Leistungserbringung geknüpft werden. Die Planung erfolgt hierbei durch die Zuweisung von Leistungsgruppen. Für Spezialkliniken, wie z. B. Helios Klinik Leezen, können gegebenenfalls spezielle Leistungsbereiche und -gruppen gebildet werden.

Im Krankenhausplan kann eine Planungssystematik entweder für die gesamte Krankenhausversorgung angewandt werden oder beide Planungssystematiken können parallel auf abgegrenzte Bereiche der Krankenhausversorgung angewandt werden. Das kann dazu führen, dass z. B. für die psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsangebote eine Bettenplanung vorgenommen wird und für die anderen somatischen Versorgungsangebote die Leistungsplanung erfolgt.

Eine dritte Variante der Anwendung der Planungssystematiken kann darin bestehen, beide für die gleichen Bereiche der Krankenhausversorgung in Kombination anzuwenden. Beispielsweise könnte eine Leistungsplanung kombiniert werden mit einer nachrichtlichen Ausweisung von Bettenkapazitäten.

### **Zu Absatz 3**

Soll für die gesamte Krankenhausversorgung oder einen Teil die Bettenplanung erfolgen, sind in der Rechtsverordnung hierzu die Fachgebiete festzulegen, für die diese Planung erfolgt. Die Fachgebiete können sich hierbei überschneiden oder Teilmengen bilden, dies ist jedoch so festzulegen, dass eine eindeutige Planung möglich ist. In der Regel ist die Weiterbildungsordnung der Ärztinnen und Ärzte für die Festlegung der Fachgebiete maßgeblich.

### **Zu Absatz 4**

Soll für die gesamte Krankenhausversorgung oder einen Teil die Leistungsplanung erfolgen, sind in der Rechtsverordnung hierzu die Leistungsbereiche und Leistungsgruppen festzulegen, für die diese Planung erfolgt. Leistungsgruppen bilden konkrete Krankenhausleistungen ab und werden nach fachlichen Gesichtspunkten zu Leistungsbereichen zusammengefasst. Das bietet zugleich die Grundlage für einen neu definierten Versorgungsauftrag des Krankenhauses, der durch geeignete quantitative Messgrößen wie Behandlungs- und Leistungskapazitäten sowie Mindestfallzahlen als Sollvorgabe zur Sicherung einer hochwertigen Qualität der Krankenhausversorgung näher bestimmt werden kann. Die Bestimmung trägt dem Umstand Rechnung, dass mit dem zurzeit im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG) bundeseinheitlich definierte Leistungsgruppen mit Qualitäts- und Strukturvorgaben als Basis der geplanten Vorhaltevergütung eingeführt werden sollen. Danach ist die Zuweisung von Leistungsgruppen vorgesehen, die durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde – also das für Gesundheit zuständige Ministerium – erfolgen soll. Für sie gelten gemäß dem Entwurf nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch n. F. bundeseinheitliche Qualitätskriterien, deren Erfüllung Voraussetzung für die Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe ist. Auf der Grundlage der zugewiesenen Leistungsgruppen wird die Vorhaltevergütung des jeweiligen Krankenhauses ermittelt. Für jede zugewiesene Leistungsgruppe erhält das Krankenhaus ein Vorhaltebudget. Die Leistungsgruppenzuweisung ist daneben auch für die Vergütung der Krankenhausleistungen nach den DRG-Fallpauschalen relevant. Das alles erfordert eine Umstellung der bisherigen Systematik von der kapazitätsbezogenen Bettenplanung auf die Planung nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen.

### **Zu Absatz 5**

Die jeweilige Planungssystematik kann konkretisierende Elemente enthalten, die ggf. auch nur nachrichtlich ausgewiesen werden können. Bei der Bettenplanung kann dies beispielsweise die Unterscheidung zwischen tatsächlich aufgestellten Betten oder Planbetten, die Unterteilung in Bettenarten wie Normalbetten und Intensivbetten oder die Festlegung von einer Mindestanzahl von Betten pro Fachabteilung oder von Aufwuchskapazitäten sein. Bei der Leistungsplanung können dies beispielsweise die Festlegung von Mindestfallzahlen oder Sollfallzahlen pro Leistungsgruppe sein.

Aus Gründen der Rechtssicherheit wird eine Übernahme der Regelungen zur Qualitätssicherung im und auf der Grundlage des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in einer eigenen planerischen Entscheidung für notwendig gehalten.

### **Zu § 7 (Aufnahme in den Krankenhausplan und Ausscheiden aus dem Krankenhausplan)**

#### **Zu Absatz 1**

Die Vorschrift enthält Regelungen zu dem Bescheid, durch den nach § 8 Absatz 1 KHG die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan festgestellt wird (sogenannter Feststellungsbescheid). Erst durch den Feststellungsbescheid werden die in den Krankenhausplan eingeflossenen Entscheidungen gegenüber dem Krankenhausträger rechtlich verbindlich. Zuständig für den Erlass des Feststellungsbescheides ist das für Gesundheit zuständige Ministerium, das auch den Krankenhausplan aufgestellt hat.

Absatz 1 regelt zusätzlich die Mindestbestimmungen, die ein Feststellungsbescheid gegenüber den bisherigen Bescheiden enthalten muss.

#### **Zu Absatz 2**

Entsprechend § 8 Absatz 2 KHG stellt Absatz 2 klar, dass kein Anspruch auf die Aufnahme in den Krankenhausplan besteht. Vielmehr entscheidet bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger das für Gesundheit zuständige Ministerium nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Grundsätzen nach § 1 Absatz 1 KHG und den Zielen der Krankenhausplanung des Landes Mecklenburg-Vorpommern am besten gerecht wird. Insoweit werden in Satz 4 die Kriterien näher ausgeführt, die in die Auswahlentscheidung auf der Grundlage von § 8 Absatz 2 Satz 2 KHG einfließen können. Die zusätzlich aufgenommenen Kriterien ergänzen § 8 Absatz 2 Satz 2 KHG und dienen der Entscheidungsfindung nach pflichtgemäßem Ermessen, wobei eine Gesamtbetrachtung erfolgt. Das Fehlen einzelner Kriterien führt nicht zwangsläufig zur Nichtaufnahme, sondern wird im Rahmen der Gesamtabwägung entsprechend berücksichtigt. Entscheidender ist jedoch, welcher Krankenhausstandort insgesamt den Grundsätzen nach § 1 und den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Unter das Kriterium Fachgebietsspektrum fallen Konstellationen, bei denen aufgrund des Fachgebietsspektrums des Krankenhauses Verlegungen in andere Krankenhäuser vermieden werden können und die ein breites Leistungsspektrum ermöglichen. Nach Satz 5 ist die Vielfalt der Krankenhausträger nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist. Der Grundsatz der Trägervielfalt kann demnach nicht dazu führen, dass ein privates oder freigemeinnütziges Krankenhaus mit einer geringeren Versorgungsqualität im Rahmen der Krankenhausplanung gegenüber einem öffentlichen Krankenhaus nur aufgrund der Trägerzugehörigkeit bevorzugt wird. Das entspricht der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts. Die besonderen Belange von Forschung und Lehre der Universitätsmedizin Greifswald und Universitätsmedizin Rostock sind bei der Auswahlentscheidung im Einzelfall sachgerecht im Rahmen des Ermessens zu berücksichtigen.

**Zu Absatz 3**

Bei dem Feststellungsbescheid handelt es sich um einen – für den Status des Plankrankenhauses – konstitutiven Verwaltungsakt, der an den jeweiligen Krankenhausträger gerichtet wird. Der Bescheid wird auch den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen, dem Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung als Kostenträger zur Kenntnis gegeben, da diese die Krankenhausleistungen vergüten. Der Bescheid kann mit Nebenstimmungen versehen werden, allerdings nur, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans geboten ist. Dazu gehören Auflagen, die – auch nachträglich – in einen Feststellungsbescheid aufgenommen, geändert oder ergänzt werden können. Zusätzlich wird die befristete Aufnahme eines Krankenhauses oder einzelner Bestandteile seines Versorgungsauftrages ermöglicht. Für die Befristung muss ein sachlicher Grund bestehen, dessen Voraussetzungen voller verwaltungsgerichtlicher Kontrolle unterliegt.

Die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts hält ohne eine gesetzliche Regelung eine befristete Aufnahme von Krankenhäusern aufgrund eines dadurch schwerwiegenden Eingriffs in die Berufsfreiheit jedenfalls privater und freigemeinnütziger Krankenhausträger für unzulässig.

**Zu Absatz 4**

Die Bestimmung regelt den Trägerwechsel und die Rechtsfolgen für den Krankenhausplan und dessen Umsetzung über einen Feststellungsbescheid. Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass ein Feststellungsbescheid keinen dinglichen Charakter hat, sodass ein Trägerwechsel nicht „automatisch“ die mit dem Feststellungsbescheid verbundenen Rechte und Pflichten auf den neuen Träger übergehen lässt. Vielmehr ist entscheidend, ob ein „echter“ Trägerwechsel vorliegt, d. h., dass eine neue natürliche oder juristische Person das Krankenhaus im eigenen Namen und auf eigene Rechnung betreibt. Für diesen Fall muss das für Gesundheit zuständige Ministerium prüfen, ob auch der neue Krankenhausträger mit dem in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhaus die für die Aufnahme des Krankenhauses erforderlichen Voraussetzungen erfüllt. Das macht eine Überprüfung der im Krankenhausplan getroffenen Versorgungsentscheidung notwendig. Sollte sich an der Erfüllung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses nichts ändern, wird der neue Krankenhausträger einen Rechtsanspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan haben. Anderenfalls ist dem durch einen geänderten Feststellungsbescheid, der bis zur Ablehnung der Aufnahme in den Krankenhausplan erfolgen kann, Rechnung zu tragen. Bei einem reinen Formwechsel bleiben die wirtschaftliche und rechtliche Identität des umgewandelten Rechtsträgers unberührt. Es ändert sich lediglich seine äußere Form und es ist auch nur ein Rechtsträger bei einem Formwechsel beteiligt. Insofern wird bei einem Formwechsel der neue Träger in den Krankenhausplan aufgenommen und eine Herausnahme ist nicht notwendig wie bei einem Trägerwechsel.

**Zu Absatz 5**

Die Vorschrift regelt die vollständige oder teilweise Rücknahme des Feststellungsbescheides über die Aufnahme in den Krankenhausplan, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist. Es handelt sich um eine Ermessensentscheidung, die an der Bestimmung des § 48 des Landesverwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG M-V) ausgerichtet ist.

**Zu Absatz 6**

Die Vorschrift regelt den vollständigen oder teilweisen Widerruf des Feststellungsbescheides über die Aufnahme in den Krankenhausplan, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist. Damit wird eine spezialgesetzliche Ermächtigungsgrundlage zur Herausnahme aus dem Krankenhausplan geschaffen, sodass es eines Bezuges auf § 8 Absatz 1 Satz 3 KHG oder auf die allgemeine verwaltungsrechtliche Regelung über den Widerruf rechtmäßig begünstigender Verwaltungsakte (§ 49 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 VwVfG M-V) nicht bedarf. Der teilweise Widerruf kann nach Satz 2 auch darin bestehen, dass einzelne Leistungen innerhalb einer Fachrichtung vom Versorgungsauftrag und damit von der Aufnahme in den Krankenhausplan ausgenommen werden.

**Zu Absatz 7**

Absatz 7 konkretisiert in zeitlicher Hinsicht die Verpflichtung, den zugewiesenen Versorgungsauftrag auch (dauerhaft) zu erfüllen und die Folgen, falls dieses nicht erfolgt. Die konkrete Frist zur Umsetzung ergibt sich aus dem Feststellungsbescheid zur Aufnahme in den Krankenhausplan. Für den Widerruf eines Bescheides bezüglich festgelegter Zeiträume bei Nichterfüllung von Voraussetzungen sind die bundesrechtlichen Regelungen maßgeblich.

**Zu Absatz 8**

Die Vorschrift regelt die Anhörung des Krankenhausträgers vor der Aufnahme bzw. vor der Rücknahme oder dem Widerruf der Aufnahme. Sie erfasst damit die Fallgestaltung, dass der Krankenhausträger keinen Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan stellt, sondern dies von Amts wegen erfolgt. Entsprechendes gilt, wenn die Aufnahme abweichend vom Antrag beschieden wird.

**Zu Absatz 9**

Nach § 8 Absatz 1 Satz 4 KHG ist gegen den Bescheid der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Dies ergibt sich auch aus § 40 Absatz 1 Satz 1 VwGO. Satz 2 normiert, dass Rechtsbehelfe des Krankenhausträgers und von Dritten gegen den Feststellungsbescheid keine aufschiebende Wirkung haben. Es wird insofern von der landesspezifischen Regelungsmöglichkeit nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 VwGO Gebrauch gemacht. Dies dient der Beschleunigung des Wirksamwerdens von krankenhauplanerisch ausgewiesenen Versorgungsaufträgen und damit der Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Der Weg des einstweiligen Rechtsschutzes bleibt dem betroffenen Krankenhausträger und den Konkurrenten unbenommen.

**Zu § 8 (Beteiligte)****Zu Absatz 1**

Absatz 1 regelt die unmittelbaren Planungsbeteiligten. Gemäß § 7 Absatz 1 KHG arbeiten bei der Durchführung des KHG die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Land Beteiligten eng zusammen. Gemäß § 7 Absatz 2 KHG wird das Nähere durch Landesrecht bestimmt. Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen, der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung, die Krankenhaugesellschaft des Landes und die kommunalen Landesverbände stellen die unmittelbaren Planungsbeteiligten. Die Nummern 1 bis 3 entsprechen der bisherigen Regelung und deren Aufnahme ist das Interesse gegebenfalls einer Kostendämpfung und der Tatsache, dass die Kostenträger einen Großteil der Krankenhauskosten aufbringen.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 regelt die weiteren Beteiligten bei der Krankenhausplanung. Infolge der zunehmenden Bedeutung des Medizinischen Dienstes soll er ebenfalls bei der Krankenhausplanung als weiterer Beteiligter aufgenommen werden. Gleichzeitig sollen auch die weiteren Beteiligten ihre Expertise für die Krankenhausplanung einbringen dürfen. Damit wird sichergestellt, dass die Planungsbehörde Kenntnis von den unterschiedlichen Belangen der Akteure erhält.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 regelt, dass die Mitwirkung der Beteiligten bei der Erstellung, Änderung und Fortschreibung des Krankenhausplans durch das Gremium der Planungsbeteiligtenrunde erfolgt, die vom für Gesundheit zuständigen Ministerium einberufen und unter dessen Vorsitz geführt wird.

**Zu Absatz 4**

Der Absatz regelt die Zusammensetzung der Planungsbeteiligtenrunde. Damit die Vertraulichkeit der Sitzungen und die Arbeitsfähigkeit des Gremiums gewahrt werden kann, wird eine Obergrenze für die Mitglieder als Vertretungen der unmittelbaren und weiteren Planungsbeteiligten eingeführt. Die unterschiedliche Obergrenze zwischen unmittelbaren und weiteren Planungsbeteiligten ergibt sich daraus, dass ausschließlich die unmittelbaren Planungsbeteiligten ein Stimmrecht haben und die weiteren Planungsbeteiligten beratend tätig sind. Die Einschränkung der Voraussetzungen zur Benennung von Mitgliedern der unmittelbar Beteiligten stellt sicher, dass bei diesen keine Interessenkonflikte vorliegen. Um die fachliche Qualität der Entscheidungen in der Planungsbeteiligtenrunde zu gewährleisten, können anlassbezogen Sachverständige hinzugezogen werden.

**Zu Absatz 5**

Die Regelung konkretisiert § 7 KHG, wonach mit den unmittelbar Beteiligten Einvernehmen bei Entscheidungen zum Krankenhausplan anzustreben ist. Damit eine Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit für das für Gesundheit zuständige Ministerium als Krankenhausplanungsbehörde auch bei nicht hergestelltem Einvernehmen gewährt ist, liegt in diesen Fällen das Letztentscheidungsrecht beim für Gesundheit zuständigen Ministerium. Die weiteren Beteiligten werden ins Benehmen gesetzt, damit deren Expertise berücksichtigt werden kann.

**Zu Absatz 6**

Absatz 6 regelt das Erfordernis einer Geschäftsordnung für die Planungsbeteiligtenrunde. Um die Arbeitsfähigkeit des Gremiums zu gewährleisten, wird eine Frist von drei Monaten ab Inkrafttreten dieses Gesetzes zur Verabschiedung der Geschäftsordnung geregelt.

**Zu § 9 (Auskunftspflichten, Sicherung der Krankenhausplanung, Verordnungsermächtigung)****Zu Absatz 1**

Die Vorschrift regelt die Verpflichtung der Krankenhausträger zur Auskunftserteilung zur Sicherung der Krankenhausplanung. Die Umsetzung der Krankenhausplanung setzt entsprechende Auskunftsverpflichtungen des Krankenhausträgers voraus, damit auch insoweit der Plan durchgesetzt werden kann.

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 1 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu Absatz 2**

Die Bestimmung enthält eine Verordnungsermächtigung für das für Gesundheit zuständige Ministerium, Einzelheiten für die Erhebung statistischer Daten durch eine Rechtsverordnung zu regeln. Die statistische Auswertung obliegt dem für Gesundheit zuständigen Ministerium und kann nicht durch die Verordnung übertragen werden. Die Befugnis zur Ausnahme von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung bei der Verarbeitung personenbezogener Daten ergibt sich aus Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe i der Datenschutz-Grundverordnung.

**Zu Abschnitt 3 (Landeskrankenhausförderung)**

Im Abschnitt 3 ist die Landeskrankenhausförderung geregelt. Dieser Abschnitt ist inhaltlich in vier Themengebiete untergliedert. Zunächst enthalten die §§ 10 bis 13 die Grundlagen der Förderung und das Aufbringen der Mittel sowie das Investitionsprogramm. Diese Vorschriften gelten grundsätzlich von ihrem Anwendungsbereich ab Inkrafttreten des Gesetzes, soweit in den jeweiligen Absätzen nichts Abweichendes geregelt wurde.

Der zweite Themenblock (§§ 14 bis 21) enthält die Förderung bis zum 31. Dezember 2027. Dieser hat in großen Teilen die bisherige Regelung zur Krankenhausförderung übernommen. Bis zum 31. Dezember 2027 wird die Krankenhausfinanzierung weiterhin in Pauschalförderung und Einzelförderung unterteilt.

Im dritten Themenblock erfolgt die Umstellung der Landeskrankenhausförderung. Grundsätzlich werden nunmehr die Pauschal- und Einzelförderung zusammengefasst zur sogenannten Investitionspauschale (§ 22) und eine Einzelförderung findet nur noch ausnahmsweise statt. Diese Einzelförderung ist auch ausschließlich in § 10 Absatz 4 Satz 4 enthalten. Hierbei erfolgte eine Orientierung an den Regelungen anderer Länder. Die Investitionspauschale wird der Regelfall und pro Krankenhausstandort ausgezahlt. Mit dieser können die Krankenhäuser dann eigenverantwortlich wirtschaften.

Danach erfolgen Regelungen über die Ausgestaltung des Verwendungsnachweises und den Widerruf der Bescheide, die ab Inkrafttreten des Gesetzes gelten sollen.

### **Zu § 10 (Grundlagen der Förderung)**

#### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 regelt, unter welchen grundlegenden Voraussetzungen ein Krankenhaus nach diesem Gesetz gefördert werden kann. Voraussetzung nach § 8 Absatz 1 KHG ist dafür, dass die Krankenhäuser im Krankenhausplan aufgenommen sind. Die Tätigkeit des Krankenhauses erfolgt ausschließlich im Rahmen des konkret zugewiesenen Versorgungsauftrages, hierauf zielt die Investitionsförderung. Dies wurde mit Satz 1 umgesetzt.

#### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 regelt, dass ein Antrag für die Förderung notwendig ist und das für Gesundheit zuständige Ministerium diesen durch schriftlichen Bescheid bewilligt. Gleichzeitig wird geregelt, dass für die Pauschalförderung sowie die Investitionspauschale eine erneute Antragstellung für die Folgejahre nicht notwendig ist.

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 2 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

#### **Zu Absatz 3**

Mit dieser Regelung wird ungeachtet der Förderungsart die Vorgabe verbunden, dass die Finanzmittel ausschließlich für Zwecke zu verwenden sind, die mit dem im Krankenhausplan bestimmten Versorgungsauftrag im Einklang stehen. Der zudem aufgenommene Hinweis auf die Verpflichtung zur Einhaltung der durch Fördermittelbescheid vorgegebenen Zweckbindung bezieht sich insbesondere auf Maßnahmen der Einzelförderung, denen konkrete Investitionen zugrunde liegen. Das Gebot der sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel entspricht den haushaltsrechtlichen Grundsätzen.

**Zu Absatz 4**

Absatz 4 regelt die neue Krankenhausinvestitionsförderung. Ab 1. Januar 2028 soll die Investitionspauschale der Regelfall der Förderung sein.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG, Urt. v. 30. August 2012 – 3 C 17/1) werden die Länder durch den Regelungsauftrag des § 11 KHG zu einer Ausführungsgesetzgebung verpflichtet, welche die Grundsätze der Investitionsförderung (§§ 8 ff. KHG) präzisiert. So benennt § 9 KHG zwar die Fördertatbestände, dies erfolgt aber zugleich, ohne eine bestimmte Art ihrer Verwirklichung vorzugeben. Das Fehlen einer solchen Eingrenzung soll den Ländern die Freiheit zur Wahl der Fördermethode belassen. Insbesondere auch in der Entwicklung des § 10 Absatz 1 Satz 1 KHG kommt zum Ausdruck, dass die Pauschalförderung als generelle Fördermethode zulässig ist. Danach soll für bestimmte Krankenhäuser „eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen [...] ermöglicht werden.“ § 10 Absatz 1 Satz 5 KHG stellt klar, dass das Recht der Länder, eigenständig zwischen den Fördermethoden zu entscheiden, unberührt bleibt.

Bei einer Umstellung auf eine pauschale Fördermethode muss dies nicht zwingend auf Basis der nach § 10 Absatz 1 Satz 1 KHG entwickelten Methode erfolgen. Der Landesgesetzgeber ist frei, eine eigene Methode der Pauschalförderung zu entwickeln (BVerwG, Urt. v. 30. August 2012 – 3 C 17/1).

Nunmehr soll die bisherige Fördermethode entsprechend § 10 Absatz 1 Satz 5 und § 11 Satz 1 KHG angepasst werden. Die Krankenhäuser erhalten einen Pauschalbetrag, den sie für alle Fördertatbestände des § 9 mit Ausnahme des § 9 Absatz 2 Nummer 5 KHG einsetzen können. Die Förderung nach § 9 Absatz 2 Nummer 5 KHG wird in einer separaten Norm umgesetzt. Mit dieser Umstellung wird dem Krankenhaus ermöglicht, die bereitgestellten Fördermittel entsprechend den klinikspezifischen Bedarfslagen für investive und/oder reinvestive Erfordernisse flexibel einzusetzen. Die generell eingeräumte Möglichkeit des flexiblen Einsatzes von Fördermitteln erhöht die Handlungsfreiheit des Krankenhausträgers beträchtlich und trägt zu einer höheren Sicherheit in der Planung der anstehenden Investitions- und Reinvestitionsvorhaben bei. Es besteht für den Krankenhausträger die Option, die Investitionspauschale zur gleichzeitigen Bedienung unterschiedlicher Bedarfe heranzuziehen und deren Regulierung sowohl aus Fördermitteln als auch aus Eigenmitteln zu betreiben.

Die Mittel der Investitionspauschale werden dem Krankenhausträger im Wege der Festbetragsfinanzierung gewährt.

Gleichzeitig soll ausnahmsweise eine Einzelförderung gewährt werden, wenn dies für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit und die Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären Versorgung unabweisbar ist. Diese Vorschrift wird aus rechtssystematischen Gründen aufgenommen. Dem grundsätzlich bestehenden Anspruch des Krankenhausträgers auf Förderung der investiven Bedarfe wird nur dann ausreichend Rechnung getragen, wenn aufgrund außergewöhnlicher und unvorhersehbarer Umstände, die zu einer Gefährdung der Versorgung führen, auch eine Einzelförderung möglich ist. Dies können z. B. die Auswirkungen einer Naturkatastrophe sein, die nicht versichert werden konnten und deren Lasten der Krankenhausträger nicht tragen kann. Der Wegfall einer Leistungsgruppe oder das Bestreben, eine weitere Leistungsgruppe zu etablieren, ist hiervon nicht umfasst.

**Zu § 11 (Ausnahmeregelung für die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock)****Zu Absatz 1**

Absatz 1 stellt klar, dass die Regelungen dieses Abschnittes grundsätzlich nicht anwendbar sind. Eine Ausnahme bilden die Regelungen dieses Paragraphen. Grundsätzlich sollen die Regelungen der Pauschalförderung ab 2028 nicht für die Universitätsmedizin Greifswald und Universitätsmedizin Rostock gelten. Nach dem bisherigen Recht erhalten die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock die Einzelförderung nach dem Landeshochschulgesetz und die Bewilligungsbehörde ist das für Wissenschaft zuständige Ministerium.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 regelt, inwieweit die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock eine Pauschalförderung gemäß § 17 erhalten und an der investiven Förderung nach dem LKHG M-V zu beteiligen sind.

Die Pauschalförderung für kurzfristige Anlagegüter und kleine bauliche Maßnahmen wird weiterhin bis zum 31. Dezember 2027 durch das für Gesundheit zuständige Ministerium gewährt entsprechend der bisherigen Regelung des § 15 Absatz 4 Satz 3 LKHG M-V. Für den Zeitraum danach soll diese Förderung durch das für Wissenschaft zuständige Ministerium ausgereicht werden.

**Zu Absatz 3**

In Absatz 3 werden weitere Ausnahmen geregelt.

Nach Nummer 1 sollen die Universitätsmedizin Greifswald und Universitätsmedizin Rostock weiterhin dauerhaft einen Zuschlag für die Ausbildungsplätze erhalten. Die landesrechtlich geregelte Kranken- und Altenpflegehelferausbildung wird 2027 durch die bundesrechtlich geregelte Pflegefachassistentenausbildung abgelöst. Im Rahmen der Investitionspauschale erhalten die anderen Krankenhäuser einen Festbetrag, der sich aus der Berücksichtigung verschiedener Grundsätze ermittelt. U. a. ist in § 22 Absatz 2 Nummer 3 auch ein Zuschlag für Ausbildungsplätze vorgesehen. Dieser ist auch den Universitätsmedizinen auszuzahlen, da die Aus- und Weiterbildung in allen Krankenhäusern gefördert werden soll.

Nummer 2 regelt die Auswirkungen auf die Finanzierung nach diesem Gesetz bei der Übernahme eines Krankenhausstandortes durch eine Universitätsmedizin. Danach ist vorgesehen, dass der Krankenhausstandort weiterhin eine Investitionspauschale und gegebenenfalls eine Einzelförderung erhalten kann. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass das für Gesundheit zuständige Ministerium der Übernahme zugestimmt hat und es sich um ein Krankenhaus der Grundversorgung handelt. Die Grundversorgung erfasst insbesondere Krankenhausleistungen der allgemeinen Inneren Medizin, der allgemeinen Chirurgie, der Geburtshilfe und Gynäkologie, der Pädiatrie sowie der intensiv- und notfallmedizinischen Basisversorgung. Durch diese Regelung soll weiterhin eine flächendeckende Versorgung mit Krankenhäusern der Grundversorgung sichergestellt werden, ohne dass die Übernahme einer Universitätsmedizin dafür sorgt, dass keine Fördermöglichkeiten bestehen.

Im Ergebnis bleibt die investive Förderung der Universitätsmedizin Greifswald und Universitätsmedizin Rostock der Höhe nach identisch. Neu eingeführt wird die investive Förderung von Krankenhausstandorten der Grundversorgung, die durch die Universitätsmedizin Greifswald oder Universitätsmedizin Rostock übernommen wurden.

### **Zu § 12 (Aufbringung der Mittel)**

#### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 Satz 1 entspricht der bisherigen Regelung des § 24 Absatz 1 Satz 1 LKHG M-V. Hierdurch werden die Kosten der Krankenhausförderung nach diesem Gesetz unter dem Land und den Landkreisen und kreisfreien Städten verteilt. Unter die Kosten der Krankenhausförderung sind die Förderungen nach diesem Abschnitt gemeint (insbesondere die Pauschal- und Einzelförderung und ab 2028 die Investitionspauschale und die Einzelförderung). Abweichend von der bisherigen Regelung wurde der bisherige Satz 2 des § 24 Absatz 1 nicht übernommen. Dieser ist bereits überholt und muss daher nicht in das neue Gesetz aufgenommen werden. Die bisherige Regelung nach § 24 Absatz 4 zur Berücksichtigung der von den Landkreisen und kreisfreien Städten aufgebrachtten Finanzmittel wurde nicht übernommen, da diese Regelung gegen die bundesrechtlich gebotene Trägerneutralität nach § 1 Absatz 2 KHG verstößt. Insbesondere bei mehreren Krankenhäusern in einer Gebietskörperschaft kann ein sich in kommunaler Trägerschaft befindliches Krankenhaus nicht bevorteilt werden zulasten aller Krankenhäuser in anderer Trägerschaft. Zudem ist hier zwischen der Rolle der Landkreise und kreisfreien Städte als Träger eines Krankenhauses und der allgemeinen Verpflichtung zur anteiligen Finanzierung im Rahmen der Daseinsvorsorge zu unterscheiden.

#### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 Satz 1 entspricht der bisherigen Regelung des § 24 Absatz 2 Satz 1 LKHG M-V. Danach bemisst sich der Beitrag der Landkreise und kreisfreien Städte zur Krankenhausförderung nach Absatz 1 nach den Einwohnerzahlen in dem jeweiligen Landkreis und der kreisfreien Stadt. Mit der Einführung des Satzes 2 kann das Ministerium nur mit Zustimmung der kommunalen Landesverbände eine abweichende Beitragsberechnung für die Landkreise und kreisfreien Städte bestimmen. Liegt diese Zustimmung nicht vor, kann das für Gesundheit zuständige Ministerium keine abweichende Beitragsberechnung vornehmen. Dies erscheint auch sachgerecht vor dem Hintergrund, dass die stationäre Versorgung eine Aufgabe der Kommunen im eigenen Wirkungskreis darstellt. Hierzu könnte beispielsweise eine Anpassung dahingehend erfolgen, dass auch die Fläche des Landkreises bei der Berechnung berücksichtigt werden soll. Insofern benötigt die Regelung des Absatzes 2 vor dem Hintergrund der möglichen Veränderung des Landes eine Möglichkeit einer Abweichung von der starren Regelung zur Beitragsberechnung.

**Zu § 13 (Investitionsprogramm)****Zu Absatz 1**

Mit Absatz 1 wird der grundsätzlichen Aufstellungspflicht der Länder zu einem Investitionsprogramm nach § 6 Absatz 1 KHG Rechnung getragen. Absatz 1 Satz 1 entspricht der bisherigen Regelung des § 12 Absatz 1 Satz 1 LKHG M-V. Hiernach wird geregelt, auf welcher Grundlage das Investitionsprogramm aufgestellt wird und welche Kriterien berücksichtigt werden müssen. Aufgabe des Investitionsprogramms ist es, die vorgesehene Verwendung der zur Verfügung stehenden Fördermittel für Investitionen darzustellen. So ist auch für Vorhaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 KHG geregelt, dass das Krankenhaus nur einen Anspruch auf Förderung hat, wenn es im Investitionsprogramm aufgenommen worden ist. Damit soll sichergestellt werden, dass die Maßnahmen erst vorgenommen werden können, wenn die entsprechenden Haushaltsmittel für die Förderung des konkreten Vorhabens in dem Landeshaushalt zur Verfügung gestellt worden sind. Es hat insofern eine haushaltspolitische Funktion sowie eine Verteilungs- und Steuerungsfunktion für den Fall, dass das Investitionsvolumen nicht ausreicht, um sämtliche Bedarfe zu befriedigen (SächsOVG 20. November 2018 – 4 L 75/16, BeckRS 2018, 35228 Rn. 53). Insofern muss der Investitionsplan auch den Haushalt des Landes entsprechend berücksichtigen. Gleichzeitig muss auch die Aufgabenstellung des jeweiligen Krankenhauses entsprechend berücksichtigt werden. Des Weiteren soll ein Einvernehmen mit den unmittelbaren Planungsbeteiligten angestrebt werden. Dies entspricht § 8 Absatz 1 Satz 2, 2. Halbsatz KHG.

**Zu Absatz 2**

Der Absatz stellt fest, dass kein Anspruch auf Aufnahme in das Investitionsprogramm besteht (vgl. § 8 Absatz 2 Satz 1 KHG).

**Zu Absatz 3**

Bis zum 31. Dezember 2027 enthält das Investitionsprogramm erstens die Vorhaben, über deren Förderung noch zu entscheiden sind. Hierbei handelt es sich in Verbindung mit Absatz 1 um Vorhaben nach § 9 Absatz 1 KHG. Zweitens enthält das Investitionsprogramm in der Übergangsphase der Jahre 2026 und 2027 zur Investitionspauschale bereits Investitionspauschalen entsprechend der Übergangsregelung nach § 16 Absatz 5.

**Zu Absatz 4**

Mit der Umstellung auf die Investitionspauschale ab dem Jahr 2028 wird der Inhalt des Investitionsprogramms abweichend von Absatz 1 auf die Vorhaben der Investitionspauschale und die Einzelfördermaßnahmen erweitert und damit faktisch auf Vorhaben nach § 9 Absatz 1 bis 3 mit Ausnahme des § 9 Absatz 2 Nummer 5 KHG erweitert. Gleichzeitig soll die Finanzplanung ab Inkrafttreten des Gesetzes jährlich fortgeschrieben werden, da sich auch der Haushaltsansatz ändern kann.

**Zu § 14 (Einzelförderung von Investitionen bis 31. Dezember 2027)****Zu Absatz 1**

Absatz 1 ist inhaltsgleich zu der bisherigen Regelung des § 13 Absatz 1 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll. Insofern ist in dieser Norm aufgeführt, für welche Zwecke die Einzelförderung eingesetzt werden kann. Die Aufzählung ist nicht abschließend. Gleichzeitig wird mit Satz 2 ausgeschlossen, dass Investitionskosten, die pauschal gemäß § 17 gefördert werden, ebenfalls durch eine Einzelförderung gefördert werden können.

Die in § 14 Absatz 1 und 3 sowie in § 15 Absatz 4 geregelte Antrags- und Nachweispflicht ist eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells. Durch diese Pflicht entstehen den Unternehmen Bürokratiekosten in Höhe von 14 529,16 Euro pro Jahr (ca. 14,8 Fälle pro Jahr). Regelungsalternativen, die eine geringere Belastung der Unternehmen zur Folge hätten, wurden geprüft. Es konnte keine geeignete Alternative identifiziert werden, da sonst die Erreichung des eigentlichen Regelungsziels gefährdet wäre. Ab dem 1. Januar 2028 entfallen die aufgeführten Informationspflichten und die dazugehörigen Bürokratiekosten.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 13 Absatz 2 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 13 Absatz 3 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

Die in § 14 Absatz 1 und 3 sowie in § 15 Absatz 4 geregelte Antrags- und Nachweispflicht ist eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells. Durch diese Pflicht entstehen den Unternehmen Bürokratiekosten in Höhe von 14 529,16 Euro pro Jahr (ca. 14,8 Fälle pro Jahr). Regelungsalternativen, die eine geringere Belastung der Unternehmen zur Folge hätten, wurden geprüft. Es konnte keine geeignete Alternative identifiziert werden, da sonst die Erreichung des eigentlichen Regelungsziels gefährdet wäre. Ab dem 1. Januar 2028 entfallen die aufgeführten Informationspflichten und die dazugehörigen Bürokratiekosten.

**Zu Absatz 4**

Absatz 4 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 13 Absatz 4 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu Absatz 5**

Absatz 5 entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung des § 13 Absatz 5 LKHG M-V. Lediglich Satz 2 enthält eine kleinere Änderung. Danach legt die Bewilligung die voraussichtliche Förderung auf der Grundlage der veranschlagten und geprüften Kosten fest. Danach werden die Kosten nicht mehr überprüft, was einer redaktionellen Klarstellung entspricht.

**Zu Absatz 6**

Absatz 6 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 13 Absatz 6 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu Absatz 7**

Absatz 7 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 13 Absatz 7 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu § 15 (Umfang der Einzelförderung bis 31. Dezember 2027)****Zu Absatz 1**

Absatz 1 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 14 Absatz 1 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 14 Absatz 2 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 14 Absatz 3 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu Absatz 4**

Absatz 4 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 14 Absatz 4 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

Die in § 14 Absatz 1 und 3 sowie in § 15 Absatz 4 geregelte Antrags- und Nachweispflicht ist eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells. Durch diese Pflicht entstehen den Unternehmen Bürokratiekosten in Höhe von 14 529,16 Euro pro Jahr (ca. 14,8 Fälle pro Jahr). Regelungsalternativen, die eine geringere Belastung der Unternehmen zur Folge hätten, wurden geprüft. Es konnte keine geeignete Alternative identifiziert werden, da sonst die Erreichung des eigentlichen Regelungsziels gefährdet wäre. Ab dem 1. Januar 2028 entfallen die aufgeführten Informationspflichten und die dazugehörigen Bürokratiekosten.

**Zu § 16 (Auszahlung der Einzelfördermittel bis 31. Dezember 2027)****Zu Absatz 1**

§ 16 regelt die Auszahlungsmodalitäten für die Einzelfördermittel. Werden ab Inkrafttreten dieses Gesetzes Einzelfördermittelbescheide erlassen, so werden die Mittel im Jahr ausgezahlt, welches im Bescheid ausgewiesen wird, und zur Verfügung stehen. Sind aus den bereits bestandskräftigen Bescheiden noch Beträge offen, sind diese bis zum 15. Dezember 2027 auszuführen. Damit soll sichergestellt werden, dass keine gebundenen Mittel in den neuen Haushaltstitel der Investitionspauschale übertragen werden müssen. Gleichzeitig sollen nicht verwendete Einzelfördermittel der Investitionspauschale des jeweiligen Krankenhausstandortes zugeführt werden. Es ist insofern nicht notwendig, dass bereits ausgezahlte Mittel innerhalb kurzer Zeit für die Baumaßnahmen eingesetzt werden müssen.

**Zu Absatz 2**

Für die Krankenhausträger soll weiterhin die Pflicht bestehen, die ausgezahlten Mittel bis zur vollständigen Verwendung zinsgünstig anzulegen. Dies entspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Haushaltsrechts.

**Zu Absatz 3**

Der Krankenhausträger soll die Möglichkeit haben, die erzielten Zinsen für die Finanzierung der Investition ergänzend zu nutzen. Überschreitet die Höhe der Fördermittel einschließlich der Zinsen jedoch den Gesamtbedarf, sind diese den pauschalen Fördermitteln oder ab 1. Januar 2028 der Investitionspauschale zuzuführen und entsprechend zu verwenden.

**Zu Absatz 4**

Absatz 4 stellt sicher, dass bei einer nicht umgesetzten Maßnahme die Fördermittel an das für Gesundheit zuständige Ministerium zurückzuführen sind.

**Zu Absatz 5**

Sind für die Jahre 2026 und 2027 Haushaltsmittel nicht bis zum 31. Dezember 2025 durch Förderbescheide gebunden, werden diese Fördermittel bereits vor vollumfänglicher Umstellung auf die Investitionspauschale als solche ausgezahlt. Hierbei sind die Regelungen zur Investitionspauschale entsprechend anzuwenden. Insbesondere werden die Mittel für die betroffenen Standorte anhand des Bemessungsinstruments festgelegt. Dabei ist zu beachten, dass Standorte, die in diesen Jahren bereits Einzelfördermittel erhalten, grundsätzlich nicht zusätzliche Investitionspauschalen erhalten. Die Voraussetzung nach § 22 Absatz 3 Satz 2 zu den Erklärungen im Rahmen der Jahresabschlussprüfung finden für diese beiden Jahre keine Anwendung, da eine Beauftragung der entsprechenden Erklärungen erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes durch die Krankenhäuser initiiert werden kann und insofern diese Voraussetzungen für diese Jahre nicht erfüllt werden könnten.

**Zu § 17 (Pauschalförderung bis 31. Dezember 2027)****Zu Absatz 1**

Absatz 1 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 15 Absatz 1 LKHG M-V. In Nummer 2 ist lediglich eine Änderung notwendig im Hinblick auf die Höhe der Kostengrenze. Bisher betrug die Kostengrenze 100 000 Euro. Diese ist nun auf 500 000 Euro angehoben, da es zu signifikanten Kostensteigerungen gekommen ist, insbesondere bei kleinen Baumaßnahmen. Hiervon betroffen sind u. a. die Steigerung der Material- sowie die Herstellungskosten. Gleichzeitig führt die Regelung zu einer Bürokratieentlastung bei den Krankenhäusern und bei dem für Gesundheit zuständigen Ministerium. Es ist davon auszugehen, dass mit der Anhebung der Kostengrenze weniger Anträge auf Überschreitung des Betrags gestellt werden müssen. Gleichzeitig wird dadurch auch das Verfahren beschleunigt.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 ist ebenfalls inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 15 Absatz 2 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung des § 15 Absatz 3 LKHG M-V. Die Pauschalförderung soll nunmehr einmal jährlich ausgezahlt werden und nicht zwei Mal im Jahr. Dies führt zu einer Bürokratieentlastung beim zuständigen Ministerium und die Krankenhäuser erhalten die Summe als Ganzes. Weitere Änderungen sind nicht notwendig.

Bei der Antragspflicht nach Absatz 3 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu Absatz 4**

Absatz 4 entspricht weitestgehend der bisherigen Regelung des § 15 Absatz 4 LKHG M-V. Es wurde nur der Satz verschoben, nach dem die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock einen prozentualen Anteil vom Haushaltsansatz erhalten. Dieser wurde in § 11 aufgenommen.

**Zu Absatz 5**

Absatz 5 entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung des § 15 Absatz 5 LKHG M-V. Eine Änderung ergibt sich im Hinblick auf die Umstellung der Investitionskostenfinanzierung dahingehend, dass die nicht verbrauchten Mittel der Pauschalförderung ab dem 1. Januar 2028 der Investitionspauschale zugeführt werden sollen.

**Zu Absatz 6**

Absatz 6 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 15 Absatz 6 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Pauschalförderung im Wesentlichen bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu § 18 (Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten sowie von Grundstückskosten bis 31. Dezember 2027)****Zu Absatz 1**

§ 18 konkretisiert § 9 Absatz 2 Nummer 2 KHG.

Absatz 1 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 16 Absatz 1 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

Bei der Antragspflicht nach Absatz 1 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 16 Absatz 2 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu § 19 (Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen bis 31. Dezember 2027)****Zu Absatz 1**

§ 19 konkretisiert § 9 Absatz 2 Nummer 3 KHG.

Absatz 1 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 17 Absatz 1 LKHG M-V. Die Regelung schließt eine Schlechterstellung von Krankenhäusern aus, die schon vor Aufnahme in den Krankenhausplan Investitionen getätigt und über Darlehen finanziert haben. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

Bei der Antragspflicht nach Absatz 1 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 17 Absatz 2 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 17 Absatz 3 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu § 20 (Ausgleich für Eigenmittel bis 31. Dezember 2027)****Zu Absatz 1**

§ 20 konkretisiert § 9 Absatz 2 Nummer 4 KHG.

Absatz 1 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 18 Absatz 1 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

Bei der Antragspflicht nach Absatz 1 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 18 Absatz 2 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 18 Absatz 3 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu Absatz 4**

Absatz 4 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 18 Absatz 4 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu § 21 (Förderung der Nutzung von Anlagegütern bis 31. Dezember 2027)****Zu Absatz 1**

§ 21 konkretisiert § 9 Absatz 2 Nummer 1 KHG.

Absatz 1 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 20 Absatz 1 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

Bei der Antragspflicht nach Absatz 1 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 20 Absatz 2 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 20 Absatz 3 LKHG M-V. Es wurden hierbei keine Änderungen eingeführt, da die bisherige Investitionskostenfinanzierung bis 31. Dezember 2027 beibehalten werden soll.

**Zu § 22 (Investitionspauschale ab 1. Januar 2028, Verordnungsermächtigung)****Zu Absatz 1**

§ 22 regelt die Investitionspauschale, die ab 1. Januar 2028 eingeführt wird. Der Absatz regelt, dass sie den Regelfall der Krankenhausförderung darstellt. Künftig soll das Erfordernis einer staatlichen baufachlichen Prüfung nicht bestehen. Hiermit soll Bürokratie abgebaut werden. Satz 3 regelt, wann bei der erstmaligen Aufnahme in den Krankenhausplan ein Anspruch auf die Pauschale entsteht. Damit sollen die Krankenhausträger eine Planungssicherheit haben. Gleichzeitig kann das für Gesundheit zuständige Ministerium entsprechend mit den zur Verfügung stehenden Mitteln agieren.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 regelt zunächst, dass die Investitionspauschale durch einen Festbetrag ausgezahlt wird und die Summe jährlich ermittelt wird. Hierbei werden die Haushaltsmittel unter Berücksichtigung bestimmter, nicht abschließend aufgeführten Kriterien verteilt.

Nummer 1 regelt hierbei, dass sich der Festbetrag maßgeblich im Verhältnis zu den im Vorjahr erbrachten Krankenhausleistungen (vollstationären, stationsäquivalenten, teilstationären sowie vor- und nachstationären Leistungen) des Krankenhausstandortes bemisst. Das Leistungsvolumen kann sich hierbei aus den Daten des § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes ergeben. Diese liegen dem für Gesundheit zuständigen Ministerium zum 1. Juli gemäß § 21 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für das vorvorletzte Jahr vor, weswegen diese auch grundsätzlich heranzuziehen sind.

Nummer 2 regelt, dass ein Mindestbetrag je Krankenhausstandort festgelegt werden soll, der vollstationäre Leistungen erbringt, damit auch kleinere Standorte über eine Basisinvestitionsfinanzierung verfügen.

Nummer 3 soll Krankenhausstandorten grundsätzlich einen Zuschlag für Ausbildungsplätze nach § 2 Nummer 1a KHG gewähren. Hiervon wären auch die Universitätsmedizin Greifswald und Universitätsmedizin Rostock betroffen, die ebenfalls ausschließlich für die Ausbildungskapazitäten einen Zuschlag erhalten sollen gemäß § 11. Hiervon ausgenommen ist jedoch die Ausbildung zur Pflegefachkraft und zur Pflegefachassistenz, da diese Ausbildung bereits durch den Pflegeausbildungsfonds Ausbildungskosten ersetzt bekommt. Insofern wird eine Doppelförderung vermieden.

Nummer 4 regelt, dass die ab dem Jahr 2009 ausschließlich mit Mitteln des Landeshaushaltes im Wege der Einzelförderung geförderten Investitionen, zeitlich gestuft im Sinne einer Reduzierung des Festbetrages, berücksichtigt werden. Je länger eine Investition zurückliegt, desto weniger wird sie in Ansatz gebracht. Dies dient der Abfederung des Überganges von der Einzelförderung zur Pauschalförderung. Krankenhäuser, die in den letzten 20 Jahre unterproportional gefördert wurden, sollen nicht benachteiligt werden. Da die Finanzierungsumstellung 2028 beginnen soll, sollen Einzelförderungen ab dem Jahr 2009 bis maximal 2047, also 20 Jahre rückwirkend berücksichtigt werden. Dieser Zeitraum ergibt sich aus der Zweckbindung der Zuwendungsbescheide. Diese Regelung soll längstens bis zum Jahr 2047 gelten, da dann die letzten Förderungen aus dem Jahr 2027 nach dem alten System 20 Jahre berücksichtigt wurden.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 regelt die konkreten Zahlungsmodalitäten der Investitionspauschale. Einzige Voraussetzung für die Auszahlung der Investitionspauschale an den jeweiligen Krankenhausträger ist die Erklärung seiner Wirtschaftsprüferin oder seines Wirtschaftsprüfers gemäß § 25 Absatz 1 Nummer 1 und 2.

**Zu Absatz 4**

Sind einem Krankenhausträger mehrere Krankenhausstandorte zugeordnet, soll er die Möglichkeit haben, die nach Krankenhausstandorten zugewiesenen Investitionspauschalen unter den Standorten flexibel einsetzen zu können. Dies ist sinnvoll, wenn durch die vorübergehende Bündelung der Finanzmittel aus der Investitionspauschale aller oder mehrerer Krankenhausstandorte eine bedarfsnotwendige Investition und/oder Reinvestition wirtschaftlicher zu realisieren ist. Entsprechendes gilt für die Abtretung zwischen Krankenhausträgern. Durch die definierten Voraussetzungen wird sichergestellt, dass Aspekte der bedarfsgerechten Versorgung stets im Vordergrund stehen.

**Zu Absatz 5**

Absatz 5 enthält Regelungen zur insolvenzfesten Sicherung der Ansprüche des Landes im Hinblick auf die von ihm ausgereichten Fördermittel. Hierzu wird kraft Gesetzes ein Treuhandverhältnis begründet und der Krankenhausträger verpflichtet, die an ihn ausgereichten oder abgetretenen staatlichen Fördermittel bis zum zweckentsprechenden Einsatz auf einem gesonderten Konto, einem Treuhandkonto, eines Geldinstitutes anzulegen und Zinserträge den Fördermitteln gutzuschreiben. Auf dieses Treuhandkonto sind auch die Erträge aus der Veräußerung geförderter Anlagegüter sowie Versicherungsleistungen für geförderte Anlagegüter abzuführen.

Satz 1 normiert, dass die Fördermittel, also die Festbeträge, getrennt vom Vermögen des Krankenhausträgers oder Dritter anzulegen sind. Damit wird der Forderung der Rechtsprechung Genüge getan, wonach die Treuhandenschaft eine „quasi-dingliche“ Komponente aufweisen muss.

Satz 3 enthält die schuldrechtliche Komponente der Treuhand; dem Krankenhausträger ist es nur gestattet, innerhalb der von § 10 Absatz 4 gezogenen Grenzen Gebrauch vom Treugut zu machen.

Das geschaffene Treuhandverhältnis berechtigt das Land, im Falle der Insolvenz des Krankenhausträgers im Hinblick auf die Fördermittel ein Aussonderungsrecht gemäß § 47 der Insolvenzordnung geltend zu machen.

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 5 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu Absatz 6**

Investitionen nach § 9 Absatz 1 KHG sind voraussichtlich sehr hoch. Mit Absatz 6 wird sichergestellt, dass das Land durch eine grundbuchliche Sicherung seine Forderungen bei Investitionssummen über 500 000 Euro abgesichert hat. Eine Absicherung ausschließlich der Maßnahmen des § 9 Absatz 1 KHG ist sachgerecht, da für die dort genannten Fördertatbestände die Wahrscheinlichkeit einer hohen Summe erwartbar ist.

**Zu Absatz 7**

Die Option der Krankenhäuser, neben der stationären und teilstationären Versorgung an der vertragsärztlichen Versorgung oder analogen Formen der ambulanten Behandlung teilnehmen zu können, bringt es mit sich, dass der Finanzierung der Investitionskosten unterschiedliche Systeme zugrunde liegen. So gilt für den stationären und teilstationären Bereich die duale Finanzierung mit der Trennung der Kosten in Investitionskosten und pflegesatzfähige Kosten. Hingegen enthält die Vergütung im ambulanten Bereich eigene Investitionsanteile, die durch die Leistungsträger übernommen werden. Mithin ist eine zweckentsprechende Verwendung der aus der Investitionspauschale beschafften Anlagegüter nur für den stationären und teilstationären Bereich gesichert. Andererseits entspricht es den Gegebenheiten, dass die aus pauschalen Fördermitteln beschafften Anlagegüter für ambulante Behandlungen genutzt werden. Um eine der Zweckbindung entsprechende Nutzung der geförderten Anlagegüter durchgängig sicherzustellen, sind hierzu entsprechende Regelungen aufzunehmen. Infolgedessen muss bei einer nicht unerheblichen ambulanten Mitbenutzung geförderter Anlagegüter der in der Vergütung der ambulanten Leistung enthaltene Investitionskostenanteil dem Fördermittelkonto zugeführt werden.

**Zu Absatz 8**

Der Umfang, insbesondere aber die Kleinteiligkeit von Regelungen lassen es sinnvoll erscheinen, die Bemessungsgrundlagen für die Verteilung der Investitionspauschale, den Bemessungszeitraum, die Zahlungsmodalitäten sowie die Verfahrensregelungen zur Nachweisführung über die Verwendung der Investitionspauschale nicht auf Gesetzesebene festzulegen. Vielmehr wird das für Gesundheit zuständige Ministerium ermächtigt, diese Regelungen im Verordnungswege schon ab Inkrafttreten des Gesetzes für den 1. Januar 2028 zu treffen.

**Zu § 23 (Förderung bei Schließung oder Umstellung)****Zu Absatz 1**

Die Förderung von Schließung oder Umstellung eines Krankenhauses wird separat geregelt, da dies einen Sonderfall darstellt.

Scheiden demnach Krankenhäuser aus dem Krankenhausplan aus, erhalten sie auf Antrag eine Ausgleichszahlung, soweit diese für die Einstellung des Krankenhausbetriebes oder der Erleichterung seiner Umstellung auf andere Aufgaben erforderlich ist. Dies entspricht der bisherigen Regelung des § 19 Absatz 1 und setzt § 9 Absatz 2 Nummer 5 und 6 KHG. Gegebenenfalls kann die Ausgleichszahlung aus den Mitteln finanziert werden, die dem Krankenhaus aus den Zahlungen der Investitionspauschale auf dem gesonderten Treuhandkonto zur Verfügung stehen. Für diese Möglichkeit gilt allerdings ebenfalls die im Absatz geregelte Antragsforderung für die Bewilligung von Ausgleichszahlungen.

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 1 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusetzen sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

#### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 ist inhaltsgleich zur Regelung des § 19 Absatz 2 LKHG M-V. Er regelt den Zweck der Ausgleichszahlung und bestimmt, nicht abschließend, wofür die Zahlungen zu bewilligen sind. Die in Nummer 4 genannten unvermeidlichen Betriebsverluste sind entstandene Verluste aus entgangenen Einnahmen bei Schließung.

#### **Zu Absatz 3**

Absatz 3 ist inhaltsgleich zur Regelung des § 19 Absatz 3 LKHG M-V. Er regelt den Zweck für die Förderung der Umstellung auf andere Aufgaben des Krankenhauses. Gleichzeitig sind weitergehende Investitionen für Neubauten und Erweiterungen grundsätzlich ausgeschlossen, da es sich um eine nicht zielgerichtete Zahlung von Fördermitteln in einem nicht als Krankenhaus genutzten Betrieb handeln würde. Ausnahmen hiervon können Umbaumaßnahmen bei Umstellung darstellen, wenn z. B. eine Umstellung auf eine Pflegeeinrichtung erfolgt. Solche Ausnahmen sind restriktiv zu handhaben.

#### **Zu Absatz 4**

Absatz 4 ist inhaltsgleich zur Regelung des § 19 Absatz 4 LKHG M-V. Mit Absatz 4 wird eine Verpflichtung zur Beteiligung des Krankenhauses entsprechend der jeweiligen Vermögenssituation geregelt.

#### **Zu Absatz 5**

Absatz 5 ist inhaltsgleich zur Regelung des § 19 Absatz 5 LKHG M-V. Danach können zur Vereinfachung des Verwaltungshandelns Ausgleichszahlungen pauschal geleistet werden.

**Zu § 24 (Nebenbestimmungen und Rückforderung)****Zu Absatz 1**

Absatz 1 entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung des § 21 Absatz 1 LKHG M-V. Danach hat das für Gesundheit zuständige Ministerium die Möglichkeit, die Bewilligung von Fördermitteln mit Nebenbestimmungen zu verbinden, die zur Verwirklichung des Gesetzes- und Förderzwecks geboten sind. Von einer gesetzlichen Verpflichtung zur Aufnahme besonderer Nebenbestimmung ist abzusehen, da je nach Krankenhausstandort und nach Versorgungsauftrag unterschiedliche Nebenbestimmungen notwendig sein können. Insbesondere soll durch die Nebenbestimmungen abgesichert werden, dass das Krankenhaus auch wirtschaftlich in der Lage ist, die Fördermittel entsprechend dem Förderzweck zu verwenden. Außerdem sollte die Barrierefreiheit, aber auch die Kompatibilität der technischen Infrastruktur nach außen sowie unter den Krankenhäusern eine wichtige Nebenbestimmung sein.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 ist inhaltsgleich zu der bisherigen Regelung des § 21 Absatz 2 LKHG M-V. Mit dieser Regelung soll das Antragsverfahren beschleunigt werden, um Planungssicherheit für die Krankenhausträger einerseits und finanzplanerische Klarheit für das für Gesundheit zuständige Ministerium andererseits herzustellen. Dies betrifft insbesondere die Einzelförderung bis 31. Dezember 2027 und danach die für Ausnahmefälle gedachte Einzelförderung sowie die Förderung bei Schließung oder Umstellung des Krankenhauses. Dies gilt grundsätzlich auch für die Pauschalförderung sowie die Investitionspauschale. Hierbei ist aber davon auszugehen, dass die notwendigen Angaben geringer sind als bei den vorher genannten Förderungen. Notwendige Angaben können z. B. der Trägerwechsel sein.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 entspricht im Wesentlichen der Regelung des bisherigen § 21 Absatz 3 LKHG M-V.

Die Versicherungspflicht von Anlagevermögen dient der Sicherung von Fördermitteln. Diese Risikominimierung bringt Sicherheit für öffentliche Haushaltsgelder. Die bisherige Regelung wurde auf die Investitionspauschale erweitert. Die Notwendigkeit der Änderung ergibt sich aus der Umstellung der Finanzierung zum 1. Januar 2028.

**Zu Absatz 4**

Absatz 4 entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung des § 21 Absatz 4 LKHG M-V und dient der Sicherung eines eventuellen Rückforderungsanspruchs des Landes. Mit der Streichung des Satzes 2 der bisherigen Regelung soll verdeutlicht werden, dass die mit der Absicherung notwendigen Kosten von dem Krankenhausträger zu zahlen sind und nicht Teil der Förderung sind. Da dies in der Vergangenheit zu Verständnisschwierigkeiten geführt hat, ist der Satz zu streichen.

**Zu Absatz 5**

Absatz 5 ist inhaltsgleich mit der bisherigen Regelung des § 21 Absatz 5 LKHG M-V und enthält den Anspruch auf Rückforderung, wenn ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Hierbei ist es nicht sachgerecht, dass das Krankenhaus die Fördermittel weiterhin behält, obwohl der Versorgungsauftrag mit dem Ausscheiden aus dem Krankenhausplan und damit mit dem Widerruf des Feststellungsbescheides erloschen ist. Gleichzeitig muss der Anspruch auf Rückerstattung der Höhe nach auf die jeweilige Nutzung angepasst werden. Gleichzeitig kann der Anspruch auch nur bis zum Liquidationswert des Anlagegutes gelten.

**Zu Absatz 6**

Absatz 6 ist im Wesentlichen inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 21 Absatz 6 LKHG M-V.

Er regelt das ausnahmsweise Absehen der Rückforderung beim Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan. Hierfür ist die Voraussetzung jedoch, dass das Ausscheiden aus dem Krankenhausplan im Einvernehmen mit dem für Gesundheit zuständigen Ministerium erfolgt ist. Wenn das Ausscheiden im krankenhausesplanerischen Interesse ist, ist von einer Rückforderung unter bestimmten alternativen Voraussetzungen abzusehen. Hierbei handelt es sich um eine gebundene Entscheidung.

Lediglich Erträge aus einer Verwertung der geförderten Anlagegüter sowie nicht zweckentsprechend verwendete Pauschalfördermittel bzw. die Investitionspauschalen sind zu erstatten. Die Ergänzung der Investitionspauschale ist vor dem Hintergrund der Umstellung der Finanzierung notwendig.

**Zu Absatz 7**

Absatz 7 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 21 Absatz 7 LKHG M-V.

Danach kann auch ein teilweises Ausscheiden eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan zu einem Anspruch auf Rückerstattung führen. Voraussetzung hierfür ist, dass (örtliche) Bereiche des Krankenhauses nicht mehr für Krankenhauszwecke genutzt werden.

**Zu Absatz 8**

Absatz 8 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 21 Absatz 8 LKHG M-V.

Dieser regelt die Mitteilungspflicht des Krankenhausträgers, wenn die geförderten Anlagegüter vor Ablauf ihrer Nutzungsdauer nicht mehr für Krankenhauszwecke genutzt werden. Gleichzeitig kann das für Gesundheit zuständige Ministerium mit dieser Information Erträge zurückfordern, die aus einer Verwertung der Anlagegüter erzielt worden sind oder zumutbar hätten erzielt werden können.

**Zu Absatz 9**

Absatz 9 ist im Wesentlichen inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 21 Absatz 9 LKHG M-V.

Absatz 9 regelt die Möglichkeit des Absehens der Rückforderung bei Krankenhäusern, die aus dem Krankenhausplan ausscheiden. Hierzu werden drei Varianten festgelegt, bei denen von einer Rückforderung abgesehen werden kann.

Durch die Krankenhausreform sowie die Krankenhausplanung kann sich die Struktur der Krankenhäuser gegebenenfalls noch ändern. Insofern wird nunmehr in Nummer 1 nicht mehr auf bettenführende Abteilungen abgestellt, sondern auf den Krankenhausbetrieb.

Nummer 3 musste infolge der Änderung der Finanzierung zum Jahr 2028 auf die Investitionspauschale erweitert werden.

**Zu Absatz 10**

Absatz 10 entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung des § 21 Absatz 10 LKHG M-V.

Absatz 10 regelt die Rückforderung der Fördermittel. Hierbei ist unerheblich, ob das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan ausgeschieden ist oder nicht. Die bisherige Regelung ist um eine Nummer ergänzt worden. Diese sieht vor, dass Fördermittel zurückgefordert werden können, wenn eine Baumaßnahme abgebrochen und nicht fortgeführt wird. Der Zweck der Förderung kann bei einem Abbruch der Baumaßnahme nicht mehr vollständig erreicht werden, insofern ist eine entsprechende Regelung zur Rückforderung aufzunehmen.

**Zu Absatz 11**

Absatz 11 ist im Wesentlichen inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 21 Absatz 11 LKHG M-V. Es bedurfte einer Anpassung, dass auch bei der Investitionspauschale der Mehrbetrag nicht zu erstatten ist. Das würde dem Sinn und Zweck der Investitionspauschale entgegenstehen, die gerade dazu dient, dass die Krankenhäuser für bestimmte Investitionen ansparen können.

**Zu Absatz 12**

Absatz 12 ist im Wesentlichen inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 21 Absatz 12 LKHG M-V. Danach entfällt der Ausgleichsanspruch, wenn der Ausgleichsanspruch für Eigenmittel nach § 11g Absatz 3 um den Restnutzungswert geförderter Anlagegüter vermindert wird. Vor dem Hintergrund der Umstellung der Finanzierung ist ein Satz 2 zu ergänzen. Danach gilt Satz 1 entsprechend für Mittel der Investitionspauschale. Hat ein Krankenhausträger Mittel der Investitionspauschale für einen etwaigen Ausgleichsanspruch für Eigenmittel ausgegeben, erlischt der Erstattungsanspruch des für Gesundheit zuständigen Ministeriums, wenn der Krankenhausträger den Restnutzungswert der Anlagegüter von seinen aufgebrauchten Mitteln abgezogen hat.

**Zu § 25 (Erklärungen im Rahmen der Jahresabschlussprüfung)****Zu Absatz 1**

Aufgrund der Umstellung auf eine pauschale Förderung von Investitionen, die jährlich ausgezahlt wird, und um zu vermeiden, dass Mittel an einen beispielsweise insolvenzgefährdeten Krankenhausträger ausgezahlt werden, benötigt das für Gesundheit zuständige Ministerium Daten zur wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses. Da die Krankenhausträger in aller Regel aufgrund gesetzlicher Vorschriften und nach den hierzu konkretisierend erlassenen Regelungen wie IDW-Standards zur Jahresabschlussprüfung verpflichtet sind, ist es sinnvoll, hieran anzuknüpfen. Der Krankenhausträger beauftragt die Wirtschaftsprüferin oder den Wirtschaftsprüfer auf Basis seiner ohnehin erfolgenden Prüfungen zur Abgabe einer in den Nummern 1 bis 4 definierten Erklärung. Die Erklärungen gemäß den Nummern 1 und 2 sind dabei Voraussetzung für die jährliche Auszahlung der Investitionspauschale (vgl. § 22). Die Erklärungen gemäß den Nummern 3 und 4 dienen dem Nachweis von Anforderungen aus § 22 Absatz 6 (grundbuchliche Sicherung) und § 26 Absatz 5 (Verwendungsnachweis).

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 1 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der Geringfügigkeit der Kosten (Kostenklasse B im Standardkostenmodell) im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu Absatz 2**

Sofern ein Krankenhausträger nicht gesetzlich zur Durchführung einer Jahresabschlussprüfung verpflichtet ist, hat er nach Maßgabe dieses Paragraphen eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer zur Abgabe dieser Erklärung gesondert zu beauftragen. Die Erklärung ist Voraussetzung für die Teilnahme des Krankenhausträgers an der regelmäßigen Förderung durch Investitionspauschalen gemäß § 22.

**Zu Absatz 3**

Der Zeitpunkt, zu dem die Erklärungen vorzulegen sind, korrespondiert mit dem Zeitpunkt, zu dem auch die Ergebnisse der Jahresabschlussprüfungen in der Regel vorliegen.

**Zu § 26 (Verwendungsnachweis)****Zu Absatz 1**

Absatz 1 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 22 Absatz 1 LKHG M-V. Danach sollen die Krankenhausträger für die Pauschalfördermittel weiterhin verpflichtet werden, jährlich einen Verwendungsnachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Pauschalfördermittel zu erbringen.

Die in Absatz 1 geregelte Verwendungsnachweispflicht ist eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells. Durch diese Pflicht entstehen den Unternehmen Bürokratiekosten in Höhe von 6 959,33 Euro pro Jahr (37 Fälle pro Jahr). Regelungsalternativen, die eine geringere Belastung der Unternehmen zur Folge hätten, wurden geprüft. Es konnte keine geeignete Alternative identifiziert werden, da sonst die Erreichung des eigentlichen Regelungsziels gefährdet wäre.

#### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung des § 22 Absatz 2 LKHG M-V. Danach sollen bestimmte Förderungen, insbesondere diejenigen, die baulichen Änderungen umfassen, die Verwendung der Fördermittel nach Kosten und Leistungen für jede Investitionsmaßnahme spätestens sechs Monate nach Inbetriebnahme oder Beendigung der Baumaßnahme nachweisen. Für die ausgezahlten Mittel der Einzelförderung nach § 16 Absatz 1 Satz 3 kann das für Gesundheit zuständige Ministerium einen späteren Zeitpunkt zum Nachweis vorsehen. Gleichzeitig sollen die Krankenhausträger zumindest einen Zwischenbericht dem Ministerium geben, wenn die Maßnahme über mehrere Jahre dauert.

#### **Zu Absatz 3**

Je nach Förderung bedarf es eines bestimmten Nachweises der Verwendung. Die Einzelheiten sind dem Bescheid zu entnehmen. Insbesondere für die Einzelförderung sind ein verwaltungsseitiger Nachweis, ein baufachlicher Nachweis, ein Sachbericht und ein Prüfbericht einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers vorzulegen. Hierbei enthält der verwaltungsseitige Nachweis den rechnerischen Nachweis der Höhe der Ausgaben und einen etwaigen Übertrag. Dieser ist auch bei der Pauschalförderung vorzulegen. Hierbei ist der entsprechende Übertrag aus den Vorjahren anzugeben. Gleichzeitig ist ein Sachbericht durch den Krankenhausträger anzufertigen.

#### **Zu Absatz 4**

Absatz 4 entspricht der bisherigen Regelung des § 22 Absatz 4 LKHG M-V. Er regelt die Prüfstelle der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel sowie die Beachtung der mit der Bewilligung verbundenen Nebenbestimmungen. Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann auch eine andere Stelle mit der Prüfung beauftragen. Gleichzeitig ist dem Fördermittelempfänger das Ergebnis der Prüfung mitzuteilen.

#### **Zu Absatz 5**

Absatz 5 regelt, dass für die Investitionspauschale und Einzelförderungen ab 1. Januar 2028 eine Wirtschaftsprüferin oder ein Wirtschaftsprüfer eine Abschlussprüfung vornimmt, in dem sie oder er die zweckentsprechende Verwendung bestätigen muss. Das für Gesundheit zuständige Ministerium führt danach lediglich eine Plausibilitätsprüfung durch und kann hierfür auch die erforderlichen Unterlagen vom Krankenhausträger abfordern. Mit dieser Regelung soll der Verwaltungsaufwand verringert und das Verfahren beschleunigt werden.

**Zu Absatz 6**

Absatz 6 entspricht der bisherigen Regelung des § 22 Absatz 5 LKHG M-V. Hierdurch wird sichergestellt, dass der Prüfungsberechtigte sämtliche Auskünfte und Unterlagen erhält, die er für seine Beurteilung der Verwendung der Fördermittel benötigt. Falls es für die Überprüfung notwendig ist, kann er sich z. B. die Räumlichkeiten und Einrichtungen des Krankenhauses zeigen lassen. Hiermit kann er sich auch davon überzeugen, dass die Fördermittel tatsächlich zweckentsprechend und unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit eingesetzt wurden.

**Zu § 27 (Widerruf von Bescheiden, Verzinsung des Erstattungsanspruchs)**

Die Regelung entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung des § 23 LKHG M-V. Der Zusatz, dass die Landeshaushaltsordnung Mecklenburg-Vorpommern (LHO) gilt, wurde gestrichen. Bei den Förderungen nach diesem Gesetz handelt es sich nicht um Zuwendungen. Nach Nummer 1.2.2 LHO sind keine Zuwendungen Leistungen, auf die der Empfänger einen dem Grund und der Höhe nach unmittelbar durch Rechtsvorschriften begründeten Anspruch hat. Dies ist durch die Regelungen in diesem Gesetz bzw. der noch folgenden Rechtsverordnungen der Fall. Insofern müssen nicht alle engen Voraussetzungen der LHO Anwendung finden. Eine grundsätzliche Orientierung an der LHO wird trotzdem stattfinden. Allerdings soll dies nun nicht mehr gesetzlich normiert werden.

**Zu § 28 (Wechsel des Trägers oder des Eigentümers)**

Das bisherige Landeskrankenhausgesetz wies keine Regelung auf, wie mit Fördermittelbescheiden umzugehen ist, wenn ein Trägerwechsel stattgefunden hat. Es wurde bisher lediglich das Verwaltungsverfahrensgesetz angewendet.

Hierzu bedarf es jedoch auch einer Konkretisierung, dass grundsätzlich auch bei einem Trägerwechsel der Widerruf unter bestimmten Möglichkeiten zulässig ist. Der Vertrauensschutz ist jedoch weiterhin zu wahren. Sofern die Fördermittel auf den neuen Träger übertragen worden sind, dieser die damit verbundenen Verpflichtungen, Bedingungen und Auflagen anerkennt sowie die Sicherstellung etwaiger Rückforderungsansprüche abgesichert sind, kann das Land die Fördermittel nicht zurückfordern. Es besteht kein Ermessen.

Bei der Nachweispflicht nach § 28 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu Abschnitt 4 (Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus, Qualität und Sicherheit der Versorgung)****Zu § 29 (Aufnahme und Versorgung)****Zu Absatz 1**

Mit dieser Regelung werden die Krankenhäuser in ihrer Verpflichtung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten adressiert, wohingegen sich der Versorgungsanspruch der Patientinnen und Patienten aus den Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt. § 39 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt dabei als Maßstab für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung.

Um allen Patientinnen und Patienten mit einem Behandlungsanspruch eine gleichwertige Versorgung zu ermöglichen, ist diese diskriminierungs- und barrierefrei vonseiten der Krankenhäuser zu gewährleisten, und zwar bezüglich aller Gründe, auf die das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz abstellt. Zur Menschenwürde gehört auch das Recht auf geschlechtliche Selbstbestimmung. Durch die Krankenhäuser verantwortete Forschung muss geschlechtersensibel und diskriminierungsfrei erfolgen. Gleiches gilt für Forschungsansätze, die in die Versorgung implementiert werden sollen, sowie zugehörige und allgemeine Aus-, Fort- und Weiterbildungen.

Im Rahmen des Möglichen sind die Betriebsabläufe des Krankenhauses auf die Patientinnen und Patienten auszurichten. Von besonderer Bedeutung ist hierbei, dass während des Krankenhausaufenthaltes Patientinnen und Patienten ihr Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen können, hierfür eignen sich beispielsweise Konzepte des „shared decision making“, um Patientinnen und Patienten insbesondere bei schwerwiegenden Eingriffen eine bestmögliche Entscheidung zu ermöglichen. Auch die Wahrung der Würde von Patientinnen und Patienten sowie die Ausrichtung auf Schonung, Ruhe und aktivierende Genesung sind essenziell für den Behandlungserfolg. Zur Menschenwürde gehört auch das Recht auf geschlechtliche Selbstbestimmung. Auch durch die Krankenhäuser verantwortete Forschung muss geschlechtersensibel und diskriminierungsfrei erfolgen. Gleiches gilt für Forschungsansätze, die in die Versorgung implementiert werden sollen, sowie zugehörige und allgemeine Aus-, Fort- und Weiterbildungen.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 regelt die grundsätzliche Pflicht zur Aufnahme und Versorgung von anspruchsberechtigten Patientinnen und Patienten des Krankenhausträgers.

Die Krankenhäuser haben ihrer Aufgabenstellung entsprechende Dienst- und Aufnahmebereitschaft sicherzustellen. Hierbei ist insbesondere die rechtzeitige Hilfeleistung zu gewährleisten. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass die Patienten in Krankenhäusern zu jeder Zeit durch das entsprechende Fachpersonal versorgt werden können. Die besonderen Pflichten im Rahmen der Notfallversorgung nach § 40 bleiben unberührt.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 entspricht der bisherigen Regelung zu Wahlleistungen. Diese werden von den allgemeinen Krankenhausleistungen abgegrenzt. Es werden dadurch faktische Gegebenheiten gesetzlich festgehalten. Schwerpunkt der Regelung ist, dass in jedem Fall die allgemeine Krankenhausleistung nicht beeinträchtigt werden darf.

**Zu Absatz 4**

Absatz 4 regelt das Besuchsrecht im Krankenhaus. Eine öffentlich zugängliche Besuchsregelung ermöglicht es einerseits den Patientinnen und Patienten, von ihrem Besuchsrecht Gebrauch zu machen, und gibt dem Krankenhaus andererseits die Möglichkeit, die Abläufe der Versorgung und die Besuchszeiten aufeinander abzustimmen. Da es für bestimmte Patientengruppen besondere Bedürfnisse bezüglich der Besuche geben kann, die sich auch auf den Behandlungserfolg auswirken können, sind diese in den Besuchsregelungen besonders zu berücksichtigen. Der übergeordnete Zweck der Besuchsregelungen ist die Vermeidung der sozialen Isolation von Patientinnen und Patienten. Daher dürfen diese Regelungen nur auf der Grundlage vorher festgelegter und begründeter Konzepte erfolgen und auch nicht zu einer vollständigen Isolation führen. Beispielsweise kann bei Quarantänemaßnahmen die soziale Interaktion mit den Angehörigen auch digital oder telefonisch ermöglicht werden.

**Zu Absatz 5**

Absatz 5 regelt die Verpflichtung zur Zusammenarbeit. Der Krankenhausaufenthalt von Patientinnen und Patienten ist nur ein Teil ihrer medizinischen Versorgung, weshalb die Zusammenarbeit des jeweiligen Krankenhauses mit allen anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren für eine effektive und effiziente Versorgung von besonderer Bedeutung ist. Auch eine Kooperation der Krankenhäuser untereinander – insbesondere auf regionaler Ebene – ist für die Organisation eines optimalen Versorgungsangebotes für die Bevölkerung essenziell.

Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens einschließlich der Pflegestützpunkte dient der Sicherung einer durchgehenden Versorgung der Patientinnen und Patienten. Durch Einbezug der Pflegestützpunkte im Rahmen des Entlassmanagements bei Menschen mit fortdauerndem Pflegebedarf gewährleistet der Krankenhausträger einen reibungs- und friktionslosen Übergang bei den Zuständigkeiten hinsichtlich der Betreuung und Versorgung der Patientinnen und Patienten.

**Zu Absatz 6**

Absatz 6 ist eine Parallelvorschrift zu dem Verbot der Zuweisungen gegen Entgelt in § 31 Absatz 1 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern (BO). Im Gegensatz zu § 31 BO richtet sich die Vorschrift nicht an die Ärzte als Berufsträger, sondern an die Krankenhäuser und ihre Träger.

Sie untersagt den Krankenhäusern und ihren Trägern, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen, sich gewähren oder versprechen zu lassen. Damit soll sichergestellt werden, dass eine Patientenvermittlung gegen Entgelt oder sonstige Vorteile, die ihren Grund nicht in der Behandlung selbst hat, unzulässig ist. Problematisch sind Konstellationen, in denen die Ärztin oder der Arzt in einen Konflikt zwischen dem, was aus ärztlicher Sicht geraten werden müsste, und dem eigenen Vorteil geraten. Beruht eine Kooperation auf in der Behandlung selbst liegenden Gründen, ist es jedoch grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn die Kooperationspartner aus einer solchen Kooperation auch finanzielle oder sonstige Vorteile ziehen.

Die Regelung verbietet nicht nur das Gewähren bzw. Versprechen von Entgelten, sondern auch anderer Vorteile. Hierunter fallen z. B. wirtschaftliche Vorteile, wie sie durch die unentgeltliche oder vergünstigte Überlassung von Räumlichkeiten, Geräten, Materialien oder auch Personal gewährt werden können.

### **Zu § 30 (Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen)**

#### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 regelt besondere Maßnahmen zur Versorgung von Frauen vor, während und nach der Geburt. Hierdurch soll die Umsetzung diesbezüglich existierender strategischer Ziele auf Bundes- und Landesebene forciert werden. Geeignete Maßnahmen können beispielsweise die Implementierung eines frauenzentrierten Konzeptes der Begleitung und Betreuung, die Einführung zertifizierter hebammengeleiteter Kreißsäle und die 1:1-Betreuung bei der Geburt sein. Gebärende sind außerdem auf Unterstützungs- und Beratungsangebote hinzuweisen. Die Krankenhausträger sollen vorhandene Unterstützungsangebote von Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern durch Zusammenarbeit gewähren oder können – sofern die Möglichkeit besteht – eigenes Personal entsprechend qualifizieren. Im Übrigen gilt § 8 des Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag und zur Änderung weiterer Vorschriften (BGBl. 2024 Nr. 206).

#### **Zu Absatz 2**

An dieser Stelle wird zur Gewährleistung der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes im Krankenhaus die entsprechende bundesrechtliche Regelung ergänzt und konkretisiert. Im Krankenhaus können Schwangere, Gebärende und Familien über Hilfs- und Unterstützungsangebote informiert und an diese weitervermittelt werden. Wenn unterhalb der Schwelle einer Kindeswohlgefährdung ein Unterstützungsbedarf erkennbar ist, wird den Krankenhäusern die Befugnis zur Zusammenarbeit mit geeigneten externen Frühe-Hilfen-Kooperationspartnern erteilt. Zur Feststellung eines konkreten Unterstützungsbedarfes ist ein geregelter Verfahren zu entwickeln, um eine willkürliche Anwendung der Befugnis zu vermeiden. Die Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen (z. B. Babylotsen, Lotsendienste) sind im Interesse der Zielsetzung eng zwischen den Abteilungen für Geburtshilfe und Kinderheilkunde sowie dem Frühe-Hilfen-Kooperationspartner abzustimmen. Durch die vorgeschlagene Regelung wird die Zusammenarbeit konkretisiert und ermöglicht den Kooperationspartner auch als Offenbarungsbefugnis im Sinne des § 203 StGB, gezielt auf die unterstützungsbedürftigen Familien zuzugehen. Das Erreichen dieser Zielgruppe kann damit direkter gewährleistet werden. Der Eingriff in das Informationsselbstbestimmungsrecht ist gerechtfertigt, weil nur eingeschränkte Daten übermittelt werden und das weitere Verfahren auf freiwilliger Inanspruchnahme beruht.

Die Patientin hat jederzeit die Möglichkeit, die Kontakte von sich aus abubrechen. Da es sich bei einem festgestellten Unterstützungsbedarf nicht um eine Kindeswohlgefährdung handelt, besteht hier ein Widerspruchsrecht seitens der Patientin, welches vom Krankenhaus zur eigenen Absicherung dokumentiert werden muss.

Satz 6 verweist auf die bundeseinheitliche Regelung zum Anspruch auf Beratung und zur Übermittlung von Informationen durch bestimmte Berufsgeheimnisträger bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen an das Jugendamt gemäß § 4 KKG. Als eine vergleichbare gesetzliche Verschwiegenheitspflicht wird auch die normale Amtsverschwiegenheit betrachtet. Die kinder- und jugendnahen Berufsgeheimnisträger sind hier zunächst aufgefordert, eine eigene Gefährdungseinschätzung vorzunehmen, die Situation mit den Eltern, Kindern und/oder Jugendlichen zu erörtern und, soweit erforderlich, auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken (soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht infrage gestellt ist). Nur wenn eine Abwendung der Gefährdung ausscheidet oder das eigene Vorgehen erfolglos bleibt, sind die in § 4 Absatz 1 KKG genannten Berufsgeheimnisträger verpflichtet, unverzüglich das Jugendamt zu informieren, wenn nach ihrer Einschätzung eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen das Tätigwerden des Jugendamtes erfordert.

Bei der in Absatz 2 Satz 5 und 6 geregelten Aufklärungs- und Dokumentationspflicht handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

### **Zu Absatz 3**

Absatz 3 entspricht der bisherigen Regelung. Die Belange von Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus sind zu berücksichtigen. Kindern, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, steht es grundsätzlich zu, eine Begleitperson mitzunehmen. Da zugleich den Belangen jugendlicher Rechnung zu tragen ist, kann es in begründeten Ausnahmefällen (langer Krankenhausaufenthalt, schwere Erkrankung, Verfassung der Jugendlichen) geboten sein, auch eine Begleitperson ins Krankenhaus aufzunehmen. Die weitreichenden Möglichkeiten von Begleitpersonen sind zweifelsfrei finanziell zu unterlegen. Die Kostenträger auf Bundesebene haben mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Vereinbarung über einen einheitlichen Zuschlag für medizinisch notwendige Begleitpersonen in Höhe von zurzeit 45 Euro je Behandlungstag abgeschlossen gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 7 KHG in Verbindung mit § 2 Absatz 2 KHEntgG und § 2 Absatz 2 BPflV. Bei medizinischer Notwendigkeit ist die Finanzierung somit sichergestellt. In den übrigen Fällen trägt die Begleitperson selbst die Kosten. Diese Kostenlast ist in ihrem Ausmaß angemessen zu gestalten. Krankenhausträger sollen eine patientengerechte, einzelfallbezogene Versorgung nicht durch überschießende Kostenlast aushebeln.

Die Krankenhausträger sollen mit den Schulen im Hinblick auf den Krankenhausunterricht zusammenarbeiten. Die oberste Schulbehörde regelt durch Rechtsverordnung die Durchführung von Krankenhausbesuchen gemäß § 34 Absatz 9 SchulG M-V.

**Zu Absatz 4**

Menschen mit Behinderungen haben einen Anspruch auf Mitaufnahme einer Begleitperson, insofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinie über den Personenkreis von Menschen mit Behinderung, die eine Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen benötigen. Krankenhäuser werden grundsätzlich verpflichtet, bei Vorliegen der Voraussetzungen in diesen Fällen eine Mitaufnahme durchzuführen. Die Letztentscheidung über die Mitaufnahme von Begleitpersonen trifft die jeweilige Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt, wobei der Ermessensspielraum eng gefasst ist. Beispielsweise könnte die Mitaufnahme einer Begleitperson trotzdem abgelehnt werden, wenn hierdurch die notwendige Versorgung einer anderen Patientin oder eines anderen Patienten nicht erfolgen kann und die medizinische Versorgung des betroffenen Menschen mit Behinderung nicht beeinträchtigt wird. Bezüglich der Kostentragungspflicht wird auf die medizinische Notwendigkeit abgestellt. Insoweit besteht eine Regelungsgleichheit zu Absatz 3.

**Zu Absatz 5**

Absatz 5 entspricht der bisherigen Regelung zu geriatrischen Personen und wurde um Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen (z. B. Demenz, Depressionen) ergänzt. Es ist ihnen ermöglicht, eine Begleitperson mitzunehmen. Diese Begleitperson muss medizinisch notwendig sein, um von der Kostenlast befreit zu sein. Im Übrigen muss die Begleitperson die Kosten selbst tragen. Die Kostenlast soll sich vergleichbar zur vereinbarten Höhe gestalten, um eine Planungssicherheit für die Begleitperson einerseits und eine Finanzierungssicherheit für das Krankenhaus andererseits zu gewährleisten.

Aufgrund der demografischen Entwicklung werden Demenzerkrankungen zunehmen, wobei für dieses Erkrankungsbild besondere Maßnahmen zur erfolgreichen Versorgung notwendig sind. Geeignete Maßnahmen für Menschen mit Demenz können beispielsweise sein die Umsetzung des Konzeptes „Demenzsensibles Krankenhaus“, die Benennung von Demenzbeauftragten im Krankenhaus mit besonderer Schulung, die Benennung von Demenzkoordinatoren auf Station, eine demenzsensible Gestaltung des Krankenhauses bei Um- und Neubau – beispielsweise durch farbliche Orientierungshilfen im Gebäude, die spezielle Umstellung der Abläufe der Aufnahme und Entlassung, die Abstimmung mit den Angehörigen und ein Wissensaufbau bei Personal im Krankenhaus zum Thema Demenz.

**Zu Absatz 6**

Zu einer angemessenen Versorgung von sterbenden Patientinnen und Patienten gehören neben einer entsprechenden Behandlung insbesondere auch soziale Aspekte. Es wurde für sterbende Menschen die Möglichkeit der Mitnahme einer möglichen Begleitperson geregelt. Diese Einbeziehung insbesondere von Angehörigen ist finanziell unterlegt durch die palliativmedizinische Komplexbehandlungspauschale. Zur Wahrung der Würde der sterbenden Patientinnen und Patienten ist eine angemessene Verabschiedung der nahestehenden Personen zu gewährleisten. Hierfür zu treffende Maßnahmen schließen auch Konzepte zur Ermöglichung einer Verabschiedung in besonderen Lagen ein, beispielsweise Quarantäne. Das Krankenhaus unterstützt die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten, indem das Krankenhaus bei Bedarf zu geeigneten ambulanten Diensten vermittelt.

**Zu Absatz 7**

Schwangere müssen die Möglichkeit haben, sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden zu können und diesen vornehmen zu lassen. Gemäß § 13 Absatz 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes stellen die Länder ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicher. Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass Krankenhäuser verpflichtet werden, auf Angebote zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen hinzuwirken, soweit es möglich ist. Hat ein Krankenhaus die notwendigen Voraussetzungen, z. B. das Vorhalten der notwendigen Leistungsgruppe, soll es darauf hinwirken, dass ein entsprechendes Angebot besteht. Eine Verpflichtung, ein entsprechendes Angebot vorzuhalten, kann nicht geregelt werden, da dies der Gewissensfreiheit unterliegt und niemand verpflichtet werden kann, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, siehe § 12 Absatz 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes. Soweit Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden, gilt das Qualitätsgebot des § 34 Absatz 1.

**Zu § 31 (Soziale Betreuung)****Zu Absatz 1**

Absatz 1 entspricht der bisherigen Regelung. Danach hat der Krankenhausträger die soziale Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten durch geeignete Fachkräfte des Sozialdienstes sicherzustellen. Der Sozialdienst soll die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Fokus stellen. Insbesondere längere Aufenthalte der Patientinnen und Patienten führen sie zu einer schwierigen Lage, weswegen sie eine soziale Betreuung und Beratung benötigen.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung zu den Pflichten des Sozialdienstes. Mit dieser Regelung werden die Patientenautonomie und die Patientenrechte gewahrt. Auf deren Wunsch soll der Sozialdienst im Krankenhaus sie in sozialen Fragen beraten und seine Hilfe anbieten. Neu hinzugekommen ist die Verpflichtung, dass sich die Mitarbeitenden des Sozialdienstes fortzubilden haben, insbesondere im Hinblick auf die patientenorientierte Inklusion.

Gleichzeitig ist die Patientenautonomie zu wahren. Der Sozialdienst kann daher nur bei offenkundiger Hilflosigkeit oder mangelnder Einsichtsfähigkeit der Patientin oder des Patienten vorsorglich beratend tätig werden. Eine mangelnde Einsichtsfähigkeit nach diesem Gesetz ist anzunehmen, wenn die Patientin oder der Patient die Folgen einer Entscheidung nicht einschätzen kann und mit seiner Situation überfordert erscheint. Dies gilt auch bei Patientinnen und Patienten, die sich ersichtlich nicht mit den Folgen einer Entscheidung befassen möchten, aber offensichtlich Hilfe benötigen.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 entspricht der bisherigen Regelung. Der Krankenhausträger unterstützt die Selbsthilfe im Gesundheitswesen sowie ehrenamtliche Patientendienste und arbeitet mit diesen zusammen im Interesse der Patientinnen und Patienten. Beispielsweise kann der Krankenhausträger den Patientinnen und Patienten beim Abschluss der Krankenhausbehandlung Kontakte zu den Selbsthilfen vermitteln.

**Zu Absatz 4**

Absatz 4 entspricht der bisherigen Regelung zur Seelsorge. Insofern wird mit dieser Regelung unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft das Recht auf religiöse/nicht religiöse Seelsorge im Krankenhaus gewährleistet. Zu einer entsprechenden Betreuung zählen auch Gottesdienste und religiöse Veranstaltungen, für die der Krankenhausträger angemessene Räumlichkeiten zur Verfügung stellen muss. Dabei können auch Räume mit mehreren Nutzungszwecken für entsprechende Angebote bereitgestellt werden.

**Zu § 32 (Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher)****Zu Absatz 1**

Absatz 1 regelt die freiwillige Möglichkeit zur Bestellung von Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern sowie deren Vertretungen. Zuständig für die Bestellung in ein Ehrenamt sind gemäß § 19 Absatz 3 und 102 Absatz 1 Satz 2 KV M-V die Gemeindevertretungen – also der Kreistag, die Stadtvertretung oder die Bürgerschaft – als oberste Willensbildungs- und Beschlussorgane der Landkreise und kreisfreien Städte. Um die Eignung der Person für die Aufgabe sicherstellen zu können, erfolgt die Bestellung auf Vorschlag des SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e. V. im Einvernehmen mit dem jeweiligen Krankenhaus.

**Zu Absatz 2**

Dieser Absatz regelt die Voraussetzungen, um als Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher gewählt werden zu können. Als Eignungskriterien sind die Zuverlässigkeit sowie entsprechende Fachkunde festgelegt. Um Interessenkonflikte zu vermeiden, ist ausgeschlossen, dass Beschäftigte des Krankenhausträgers oder seiner Organe das Ehrenamt bekleiden. Darüber hinaus werden Regelungen getroffen, um eine Vakanz dieser Position zu vermeiden. In besonderen Fällen kann ein Wechsel auch vor Amtsantritt oder unabhängig von einem solchen stattfinden.

**Zu Absatz 3**

In diesem Absatz ist geregelt, dass das Amt des Patientenfürsprechers ein Ehrenamt ist. Hierdurch wird die Unabhängigkeit dieser Person gewährleistet. Die kreisfreie Stadt oder der Landkreis kann auf der Grundlage einer eigenen Entscheidung eine angemessene Aufwandsentschädigung für die Ausübung des Ehrenamtes gewähren, um die verantwortungsvolle und anspruchsvolle Tätigkeit entsprechend zu honorieren.

**Zu Absatz 4**

In diesem Absatz werden die Aufgabe und die Rolle des Patientenfürsprechers festgelegt. Patientenfürsprecher sind eine wichtige Kommunikationsschnittstelle zwischen Patientinnen und Patienten sowie dem Krankenhaus. Sie sollen Anregungen, Bitten und Beschwerden der Patientinnen und Patienten prüfen. Hierbei bietet der Patientenfürsprecher jedoch keine rechtliche oder medizinische Beratung an. Um die Aufgaben entsprechend wahrzunehmen, ist es des Weiteren notwendig, dass dem Patientenfürsprecher die Akteure in der Gesundheitsversorgung kennt und mit diesen eng zusammenarbeitet.

**Zu Absatz 5**

Durch den zu erstellenden Bericht soll den unterschiedlichen Akteuren die Möglichkeit gegeben werden, Hinweise auf grundsätzliche Handlungsbedarfe aus Perspektive der Patientinnen und Patienten zu erkennen und in das eigene Handeln einfließen zu lassen.

**Zu Absatz 6**

Mit diesem Absatz wird sichergestellt, dass die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher für seine Arbeit entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt bekommt und auch vom Krankenhausträger unterstützt wird. Um die anfallenden Situationen zu bewältigen, ist es sinnvoll, dass der Krankenhausträger eine angemessene Fort- und Weiterbildung ermöglicht, z. B. zu den Themen Informationen über Patientenrechte oder dem Umgang mit schwierigen Situationen. Der Krankenhausträger hat außerdem dafür Sorge zu tragen, dass Patientinnen und Patienten in ausreichendem Maße Kenntnis über und Zugang zu der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher erhalten.

**Zu Absatz 7**

In Absatz 7 werden die datenschutzrechtlichen Belange der Patientenfürsprecherin bzw. des Patientenfürsprechers geregelt. Dies ist notwendig, da die Tätigkeit mit der Verarbeitung von personenbezogenen Gesundheitsdaten einhergeht. Die Regelung schafft dabei für alle Beteiligten Rechtssicherheit im Umgang mit diesen Daten.

**Zu § 33 (Ausbildung und Berufsrecht)****Zu Absatz 1**

In Absatz 1 werden Pflichten bezüglich der Aus-, Fort- und Weiterbildung in Krankenhäusern geregelt. Es ist wichtig, dass die Krankenhausträger für die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen mit anderen Einrichtungen gut zusammenarbeiten, sodass eine hohe Qualität und ausreichende Quantität des Fachpersonals erreicht werden kann. Hierzu bedarf es einer Mitwirkung der Krankenhausträger. Ist es zur Erreichung des Aus- und Weiterbildungsziels notwendig, dass die Ausbildung in anderen Krankenhäusern oder ambulant stattfindet, sollen die Krankenhausträger Verbünde schließen unter Einbeziehung der ambulanten Leistungserbringer. Hierzu ist es auch zulässig, mit Krankenhäusern in anderen Bundesländern zu kooperieren.

Die Krankenhäuser der Versorgungstufen „Level 3 U“ bzw. „Level 3“ als Maximalversorger erhalten die am breitesten gefächerten Versorgungsaufträge. Dies bedingt eine besondere Verantwortung bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowohl im Hinblick auf die Koordinierung als auch bei der Breite und Quantität der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

#### **Zu Absatz 2**

Das Krankenhaus hat eine Verantwortung gegenüber den Patientinnen und Patienten für das Verhalten seiner Beschäftigten. Soweit diese dort einen Gesundheitsberuf ausüben, unterliegen sie der Überwachung durch die Gesundheitsämter und Heilberufskammern. Für bestimmte berufsrechtliche Maßnahmen ist das Landesprüfungsamt für Heilberufe im Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) ergänzend zuständig.

Durch die Regelung in Absatz 2 wird sichergestellt, dass bei Tatsachen, die den Verdacht der Verletzung von Berufspflichten im Krankenhaus rechtfertigen, die zuständigen Stellen unterrichtet werden. In diesen Fällen besteht für die zuständigen Stellen zur Beurteilung auch die Notwendigkeit der Prüfung diesbezüglicher Unterlagen.

Zuständige Stellen für die Überwachung der Einhaltung der berufsrechtlichen Pflichten sind für die Arzt-, Zahnarzt-, Apotheker- und psychotherapeutischen Berufe die jeweiligen Heilberufskammern. Nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 HeilBerG M-V ist es Aufgabe der Kammern, die Erfüllung der Berufspflichten ihrer Mitglieder zu überwachen. Für die psychotherapeutischen Berufe geschieht dies durch die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, ansonsten sind die Heilberufskammern landesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts. Nach § 27 Absatz 7 ÖGDG M-V überwachen die Berufsausübung der übrigen Angehörigen von Gesundheitsberufen, die in § 1 der Gesundheitsberufe-Verordnung Mecklenburg-Vorpommern genannt werden, die Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte. Soweit darüber hinaus berufsrechtliche Maßnahmen wie der Entzug oder das Ruhen einer Approbation, der Widerruf oder die Einschränkung einer Berufserlaubnis oder der Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung in Betracht kommen, ist das Landesprüfungsamt für Heilberufe im LAGuS zuständig.

Die Sätze 2 bis 7 regeln die datenschutzkonforme Übermittlung der Informationen an die zuständigen Stellen. Diese Stellen benötigen die Informationen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben.

#### **Zu § 34 (Qualitätssicherung)**

##### **Zu Absatz 1**

Um eine sachgerechte und sichere Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu gewährleisten, ist die Einhaltung der Regelungen zur Qualitätssicherung notwendig. Maßgebliche Regelungen hierzu wurden im Fünften Buch Sozialgesetzbuch sowie auf dessen Grundlage getroffen, insbesondere durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

**Zu Absatz 2**

Krankenhäuser sollten das Qualitätsmanagement durch organisatorische Maßnahmen in die Organisation und die Betriebsabläufe integrieren, um die Erfüllung der Vorgaben zur Qualitätssicherung gewährleisten zu können. Als Mindestvorgabe werden die Krankenhäuser zur Bestellung von mindestens einer oder einem Qualitätsbeauftragten verpflichtet, wobei sich die Anzahl der Qualitätsbeauftragten an der Anzahl der Krankenhausstandorte, am Leistungsspektrum sowie der damit verbundenen Quantität und Komplexität der Vorgaben zur Qualitätssicherung orientieren soll.

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu Absatz 3**

Zuständige Behörde auf Landesebene ist das für Gesundheit zuständige Ministerium. Das Krankenhaus wird verpflichtet, dieses bei auffällig gebliebenen Indikatoren der Bundes- und Landesverfahren zu informieren.

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 3 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der Geringfügigkeit der Kosten (Kostenklasse B im Standardkostenmodell) im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu Absatz 4**

Der Verein Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualitätssicherung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LQMV) stützt sich bei seiner Tätigkeit auf § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 136 Absatz 1 Nummer 1 SGB V sowie die auf diesen Paragraphen basierenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Qualitätssicherung und diese zukünftig ersetzenden oder ergänzenden Regelungen. Durch die Regelung soll die Zusammenarbeit mit der LQMV zum Ausdruck gebracht und die Option eröffnet werden, dass die LQMV zu Fragestellungen der Qualitätssicherung durch das für Gesundheit zuständige Ministerium hinzugezogen werden kann. Ein Patientenbezug ist dabei ausgeschlossen. Die Auswertung erfolgt aggregiert und standortbezogen.

**Zu § 35 (Organspenderegister)**

Die Verpflichtung der Krankenhäuser, technische Voraussetzungen für die Einsichtnahme in das Organspenderegister des Bundes zu schaffen, ergibt sich aus § 2a Absatz 4 des Transplantationsgesetzes. Diese Regelung stellt sicher, dass Krankenhäuser in der Lage sind, die im Organspenderegister hinterlegten Willenserklärungen der Patientinnen und Patienten schnell und zuverlässig abzurufen. Um die Umsetzung dieser Verpflichtung zu erleichtern, kann sie auch durch eine entsprechende Kooperationsvereinbarung mit anderen Institutionen oder Dienstleistern erfüllt werden.

Diese Maßnahme ist notwendig, um die rechtlichen Vorgaben des Transplantationsgesetzes effektiv umzusetzen und die Entscheidungsprozesse im Rahmen der Organspende zu optimieren. Satz 2 stellt sicher, dass die Regelungen zur Stellung des Transplantationsbeauftragten gemäß § 4 des Transplantationsausführungsgesetzes hervorgehoben werden, um die zentrale Rolle bei der Überwachung und Koordination aller Transplantationsaktivitäten innerhalb des Krankenhauses sicherzustellen.

### **Zu § 36 (Krankenhaushygiene und Umwelt)**

#### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung. Danach sind die Krankenhäuser verpflichtet, die nach dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen. Die Maßstäbe sind hierfür die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut. Diese werden in der Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen vom 22. Februar 2012 entsprechend umgesetzt.

#### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 ist im Wesentlichen inhaltsgleich zur bisherigen Regelung. Hierdurch wird geregelt, dass bei dem Bau von Krankenhäusern der aktuelle hygienische Standard einzuhalten ist. Da nach Umstellung auf die Investitionspauschale keine baufachliche Prüfung mehr erfolgt, wurde der Satz 3 dahingehend angepasst, dass er nur noch die Einzelfördermaßnahmen erfasst, die nach § 14 gewährt werden.

#### **Zu Absatz 3**

Das Thema Klimaschutz ist in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus gerückt. Auch der Krankenhausbereich kann hierzu einen Beitrag leisten und muss Maßnahmen zum Schutz der Patientinnen und Patienten ergreifen. Insofern wurde dieser Absatz neu aufgenommen. Danach müssen die Krankenhäuser einerseits notwendige Klimaanpassungsmaßnahmen zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten umsetzen. Hierzu gehören insbesondere Hitzeschutzpläne und deren Umsetzung. Andererseits müssen Krankenhäuser bei ihrem Betrieb unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit die Belange des Umweltschutzes beachten, z. B. durch eine effiziente Nutzung von Ressourcen sowie die Nutzung regenerativer Energien. Hier liegt insbesondere ein Schwerpunkt bei der Beschaffung und Entsorgung von Materialien. Gibt es umweltfreundlichere Alternativen und sind die Ausgaben vergleichbar zu den anderen nicht umweltfreundlichen Materialien, so ist die umweltfreundliche Alternative zu wählen. Bei Einbeziehung der Folgekosten wird häufig eine klimaschützende Variante zu bevorzugen sein. Gleichzeitig soll auch das Land, welches Fördermittel im Rahmen der Krankenhausfinanzierung gewährt, diese neue gesetzliche Regelung beachten und umweltfreundliche Alternativen z. B. bei Narkosegasen fördern, beispielsweise durch entsprechende Nebenbestimmungen in Fördermittelbescheiden.

**Zu § 37 (Leitung und innere Organisation eines Krankenhauses)****Zu Absatz 1**

Dieser Absatz gibt die Bildung einer kollegialen Betriebsleitung unter Mindestbeteiligung der Funktionsbereiche ärztlicher Dienst, Pflegedienst sowie Wirtschafts- und Verwaltungsdienst verpflichtend vor. Zweck der Regelung ist sowohl eine institutionalisierte Kompetenzbündelung als auch die Vermeidung einseitiger, insbesondere einseitig ökonomischer, Entscheidungen. Es sollen Erwägungen aus allen Funktionsbereichen in die Entscheidungen einfließen. Für Träger mehrerer Krankenhäuser eröffnet Satz 2 die Option, eine gemeinsame Betriebsleitung zu bilden. Die Existenz einer gemeinsamen Betriebsleitung steht somit dem Gebot des § 3 Absatz 1 nicht entgegen, wonach Krankenhäuser organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Betriebe sein müssen. Nach der gesetzlichen Grundkonstellation besteht die Kollektivbetriebsleitung aus einer leitenden Ärztin oder einem leitenden Arzt, einer leitenden Pflegefachperson und der Leitung des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes. Die Beteiligung der unterschiedlichen Berufsgruppen muss grundsätzlich gleichrangig sein. Eine abweichende Gestaltung ist nach Satz 4 zulässig, wenn die repräsentierten drei Funktionsbereiche angemessen vertreten sind. Möglich ist daher beispielsweise die zusätzliche Beteiligung einer Krankenhausdirektorin respektive -direktors oder von Vertretungen weiterer Funktionsbereiche, z. B. des technischen Dienstes oder des Sozialdienstes.

Die Vorgaben des Absatzes 1 beziehen sich allein auf die Krankenhausleitung im Innenverhältnis. Für die Vertretung des Krankenhauses nach außen ist eine kollegiale Struktur nicht vorgegeben. Eine Alleinvertretung durch die Geschäftsführung des Krankenhausträgers ist üblich und zulässig. Dem Gesetz lässt sich ebenfalls nicht entnehmen, auf welche Weise die Mitglieder der kollegialen Betriebsleitung zu beteiligen und wie insbesondere bei Meinungsverschiedenheiten zu verfahren ist. Hier steht dem Krankenhausträger ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Üblich und sachgerecht ist, dass jedes Mitglied der Betriebsleitung für Angelegenheiten, die ausschließlich seine Funktionsbereiche berühren, allein zuständig ist und lediglich bereichsübergreifende Angelegenheiten einer kollegialen Befassung bedürfen. Bei Meinungsverschiedenheiten verlangt das Gesetz keine Entscheidungsfindung nach dem Mehrheitsprinzip. Es begegnet keinen rechtlichen Bedenken, wenn bei Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Betriebsleitung der Geschäftsführung oder Krankenhausdirektor ein Stichentscheid zugewilligt wird.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 stellt Vorgaben zur Abteilungsgliederung des Krankenhauses auf. Ausgangspunkt ist der Feststellungsbescheid zur Umsetzung des Krankenhausplans. Die tatsächliche Abteilungsgliederung des Krankenhauses hat sich nach den ausgewiesenen Abteilungen zu richten. Grundsätzlich muss jede ausgewiesene Abteilung als organisatorische Einheit geführt werden. Das schließt indes nicht aus, dass mehrere Abteilungen personell, räumlich und organisatorisch eng miteinander verzahnt sein dürfen und oftmals auch sein sollten, insbesondere bei interdisziplinären Leistungsangeboten (z. B. organbezogenen Zentren). Wichtig ist hier der Verbleib klarer Verantwortlichkeiten und Zuordnungen.

Eine Gliederung des Krankenhauses nach planausgewiesenen Abteilungen reicht unter Umständen bei großen Abteilungen nicht aus. Eine weitere Untergliederung ist nach Absatz 2 geboten, wenn dies zur Gewährleistung ärztlich überschaubarer Verantwortungsbereiche notwendig ist. Zugleich betont die Vorschrift das Primat der Medizin. Die Abteilungsgliederung hat sich vorrangig nach medizinischen und nicht nach wirtschaftlichen oder sonstigen Aspekten zu richten.

### **Zu Absatz 3**

Für jede Krankenhausabteilung ist mindestens eine leitende Abteilungsärztin oder ein leitender Abteilungsarzt zu bestellen. Da das Gesetz „mindestens“ eine Person vorgibt, ermöglicht es auch eine Bestellung mehrerer Abteilungsärztinnen und Abteilungsärzte. So kann beispielsweise eine Chefarztstelle durch mehrere in Teilzeit beschäftigte Ärztinnen und Ärzte besetzt werden. Möglich ist auch eine mehrköpfige Abteilungsleitung mit getrennten Zuständigkeiten für medizinische Bereiche. Die betriebsinterne Aufteilung einer großen Fachabteilung ist nicht nur zulässig, sondern mitunter sogar nach Absatz 3 zur Gewährleistung ärztlich überschaubarer Verantwortungsbereiche geboten. Denn je breiter und spezialisierter das Leistungsangebot einer Fachabteilung ist, desto größer ist die Gefahr, dass eine umfassend zuständige Chefarztin oder Chefarzt ihrer oder seiner Untersuchungs- und Behandlungsverantwortung nicht uneingeschränkt fachkompetent nachkommen kann. Zwar muss eine leitende Abteilungsärztin oder Abteilungsarzt nicht jedes Leistungsangebot ihrer oder seiner Abteilung in eigener Person beherrschen. Es begründet keinen Pflichtverstoß, wenn z. B. eine Chefarztin oder ein Chefarzt für Innere Medizin mangels ständiger Übung keine Herzkatheteruntersuchungen mehr vornimmt, sondern diese Leistungen auf eine spezialisierte Oberärztin oder einen Oberarzt überträgt. Ihre oder seiner Untersuchungs- und Behandlungsverantwortung wird die Chefarztin oder der Chefarzt in einem solchen Falle dadurch gerecht, dass sie oder er die Tätigkeit der Oberärztin oder des Oberarztes hinreichend beaufsichtigt. Die hinreichende Beaufsichtigung berechtigt allerdings grundsätzlich nicht zu einer wahlärztlichen Abrechnung der von anderen Ärztinnen oder Ärzten erbrachten Leistungen. Dies ist nur unter den eingeschränkten Voraussetzungen einer Abwesenheitsvertretung oder einer gewillkürten Stellvertretung möglich (BGH, Urt. vom 20. Dezember 2007 – III ZR 144/07 –, MedR 2008 S. 155, 157).

Die Verantwortung der leitenden Abteilungsärztin oder des leitenden Abteilungsarztes erstreckt sich auf die Untersuchung und Behandlung, also auf die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten ihrer oder seiner Abteilung. Zu dem jeweiligen Verantwortungsbereich gehören u. a. die Beachtung der allgemein anerkannten medizinischen Standards, die Erfüllung der Aufklärungspflichten nach § 630e BGB und die Einhaltung der Hygienevorschriften. Die leitende Abteilungsärztin oder der leitende Abteilungsarzt ist nicht dafür verantwortlich, wenn der Krankenhausträger zu wenig oder schlecht qualifiziertes Personal einstellt. Sie oder er wird jedoch in einem solchen Fall möglicherweise das Leistungsangebot ihrer oder seiner Abteilung einschränken müssen. Kann die fachgerechte Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nicht gewährleistet werden, weil das Personal einer Abteilung qualitativ oder quantitativ überfordert ist, liegt es in der Verantwortung der leitenden Abteilungsärztin oder des leitenden Abteilungsarztes, dass die Behandlung entweder bis zu einer Verbesserung der Verhältnisse aufgeschoben oder die Patienten oder der Patient einem anderen Krankenhaus zugeführt wird.

Die gesetzliche Zuweisung der Untersuchungs- und Behandlungsverantwortung ist nicht gleichbedeutend mit einer haftungs- oder strafrechtlichen Verantwortung der leitenden Abteilungsärztin oder des leitenden Abteilungsarztes. Schuldhafte Behandlungsfehler nachgeordneter Ärztinnen oder Ärzte können eine haftungs- oder strafrechtliche Verantwortung der leitenden Abteilungsärztin oder des leitenden Abteilungsarztes nur dann zur Folge haben, wenn dieser oder diesem ein eigenes Verschulden, insbesondere bei der Organisation und Überwachung ihrer oder seiner Abteilung, anzulasten ist.

Als Korrelat zur Untersuchungs- und Behandlungsverantwortung ordnet Satz 1 eine Weisungsungebundenheit der leitenden Abteilungsärztin oder des leitenden Abteilungsarztes an. Inhaltlich ist die Weisungsungebundenheit ebenso wie die Verantwortung nach Satz 2 auf die Untersuchung und Behandlung in der Abteilung beschränkt. In Angelegenheiten, die nicht die medizinische Patientenversorgung betreffen, sind auch leitende Abteilungsärztinnen und Abteilungsärzte an die Weisungen des Krankenhausträgers gebunden.

Die Weisungsungebundenheit der leitenden Abteilungsärztin oder des leitenden Abteilungsarztes wird flankiert durch das Verbot anderweitiger vertraglicher Anreize des Krankenhauses nach § 29 Absatz 6, die die leitende Abteilungsärztin oder den leitenden Abteilungsarzt in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinträchtigen. Abweichende Regelungen sind nicht richtig. Durch die Weisungsungebundenheit und die Freiheit ihrer oder seiner medizinischen Entscheidungen von finanziellen Aspekten soll gewährleistet werden, dass die Behandlung der Patienten oder des Patienten allein an medizinischen Aspekten ausgerichtet wird.

Die Rechtsstellung der psychologischen Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Jugendlichenpsychotherapeuten ist durch das Psychotherapeutengesetz der Rechtsstellung der Ärztinnen oder Ärzte angenähert worden. Satz 4 beinhaltet eine Konkretisierung dieser gesetzgeberischen Grundentscheidung. Die Option des Krankenhausträgers, psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Jugendlichenpsychotherapeuten in die Abteilungsleitung einzubeziehen, gilt für alle Abteilungen, die Patientinnen und Patienten behandeln, bei denen eine Psychotherapie angezeigt ist. Das trifft insbesondere auf Abteilungen für Psychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und Psychosomatik zu. Die Möglichkeit erstreckt sich aber auch auf rein somatische Abteilungen, wenn dort eine Psychotherapie begleitend z. B. bei onkologischen Erkrankungen angeboten wird. Ein psychiatrischer Psychotherapeut oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur zusätzlich zu einem Arzt mit der Abteilungsleitung beauftragt werden. Die ärztliche Mitverantwortung für die Untersuchung und Behandlung der Patienten kann auch nicht abgedungen werden, wenn das Leistungsspektrum einer Abteilung auf psychotherapeutische Angebote beschränkt ist. Wird eine psychologische Psychotherapeutin oder Psychotherapeut oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder -therapeut in die Abteilungsleitung einbezogen, ist er bei der Untersuchung und Behandlung der Patientinnen und Patienten „eigenverantwortlich und selbstständig“ tätig. Was mit diesen Begriffen gemeint ist, erschließt sich aus dem Gegenstand der Regelung, nämlich der Abteilungsleitung. Wie den Regelungen aus Satz 1 und 2 entnommen werden kann, stellen die Untersuchungs- und Behandlungsverantwortung der leitenden Abteilungsärztin oder des leitenden Abteilungsarztes sowie deren kongruente Weisungsungebundenheit Kernbestandteile der Abteilungsleitung dar. Nichts anderes gilt für psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten, wenn sie in die Leitung einer Abteilung einbezogen werden.

Selbstständig im Sinne des Satzes 4 bedeutet demnach weisungsungebunden. Der gewählte Begriff der Eigenverantwortlichkeit umfasst nicht nur die – selbstverständliche – Verantwortung für die eigene Tätigkeit der leitenden psychologischen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder der leitenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten, sondern umfasst die Gesamtheit der psychotherapeutischen Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen der Abteilung.

### **Zu § 38 (Arzneimittelkommission)**

#### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 ist inhaltsgleich mit der bisherigen Regelung des § 31 Absatz 1 LKHG M-V.

#### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 regelt die Mitglieder der Arzneimittelkommission und deren Leitung. Es wird sichergestellt, dass jede Fachrichtung vertreten wird. Pro Fachrichtung soll eine leitende Ärztin oder ein leitender Arzt vertreten sein, wobei neben Chefärztinnen und Chefarzten auch Oberärztinnen und Oberärzte Mitglieder sein können. Nur so kann sichergestellt werden, dass sämtliche Problemlagen erörtert werden. Gleichzeitig ist es notwendig, dass die Arzneimittelkommission zweimal im Jahr tagt und sich eine Geschäftsordnung gibt, damit ein entsprechender Austausch gewährleistet wird.

#### **Zu Absatz 3**

Absatz 3 ist inhaltsgleich mit der bisherigen Regelung des § 31 Absatz 2 LKHG M-V.

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 3 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

#### **Zu Absatz 4**

Die Expertise der Arzneimittelkommission soll auch durch die Nutzung ihrer Arzneimittelliste von den Ärztinnen und Ärzten berücksichtigt werden. Gleichzeitig soll eine Verabreichung von anderen Mitteln möglich sein, aber die Arzneimittelkommission ist hierüber zu unterrichten. Hierbei ist es sinnvoll, wenn die Gründe der Abweichungen mitgeteilt werden. Nebenwirkungen von Arzneimitteln sind der Kommission mitzuteilen. Dies dient der Evaluierung ihrer bisherigen Einschätzungen.

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 4 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der Geringfügigkeit der Kosten (Kostenklasse B im Standardkostenmodell) im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu § 39 (Stationsapothekerin oder Stationsapotheker)****Zu Absatz 1**

Durch diese Regelung wird den Krankenhausträgern die Pflicht auferlegt sicherzustellen, dass in jedem Krankenhaus in ausreichender Zahl Apothekerinnen oder Apotheker als Beratungspersonen für die Stationen eingesetzt werden. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus mit Arzneimitteln stellt einen kritischen Prozess dar. Insbesondere bei multimedikamentösen Behandlungen multiplizieren sich die Wechselwirkungen. Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker leisten dabei einen wesentlichen Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) stationär behandelter Patientinnen und Patienten. Die interaktive Plausibilitätsprüfung durch eine Apothekerin oder einen Apotheker als Arzneimittelfachperson erhöht die Wirksamkeit und Sicherheit der Arzneimittelgabe und stärkt gleichzeitig die Therapietreue der Patientinnen und Patienten. Medikationsfehler und unerwünschte Arzneimittelereignisse können mit ihrer Unterstützung deutlich reduziert werden.

Stationsapothekerinnen und -apotheker erhöhen zusätzlich die Kostenkontrolle, indem sie die individuelle Therapie dahingehend optimieren, Wechselwirkungen zu vermeiden und Arzneimittel effizienter einzusetzen. Der Umfang des Einsatzes wird vom Krankenhausträger selbst bestimmt, allerdings muss er dabei Fachrichtungen berücksichtigen, die z. B. mehrere Medikamente nebeneinander einsetzen.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 regelt die konkreten Aufgaben der Stationsapothekerin oder des Stationsapothekers. Hierbei unterstützt er die anderen Berufsgruppen, damit zu einer besseren Versorgung und einer effizienten Betriebsführung beigetragen wird.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 regelt die Möglichkeit einer Kooperation, wenn das Krankenhaus über keine Krankenhausapotheke verfügt.

**Zu Abschnitt 5 (Notfallversorgung und besondere Gefahrenlagen)****Zu § 40 (Notfallversorgung, Verordnungsermächtigung)**

Die Regelung dient der ausreichenden, zweckmäßigen und transparenten Bereitstellung von Notfallkapazitäten im Land Mecklenburg-Vorpommern und wird neu in das LKHG M-V aufgenommen, um die bisher in § 9 Absatz 7 Satz 2 LKHG M-V rudimentär geregelte Notfallversorgung zu konkretisieren. Aus systematischen Gründen ist § 40 in den Abschnitt „Notfallversorgung und besondere Gefahrenlagen“ integriert.

**Zu Absatz 1**

Satz 1 verpflichtet die Krankenhäuser zur Aufnahme und Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten entsprechend dem Feststellungsbescheid. Satz 2 legt den Vorrang von Notfallbehandlungen vor medizinisch nicht dringlichen Behandlungen fest: In akuten und lebensbedrohlichen Situationen sollen die begrenzten medizinischen Ressourcen effizient genutzt werden. Satz 3 regelt die Mindestanforderungen für Krankenhäuser, die laut Feststellungsbescheid an der Notfallversorgung teilnehmen. Danach müssen die Krankenhäuser organisatorisch und medizinisch in der Lage sein, Notfallpatientinnen und -patienten qualifiziert stationär erstzuversorgen; insbesondere sind Abmeldungen durch organisatorische Maßnahmen zu vermeiden. Die für die Notfallversorgung erforderlichen Vorkehrungen können mittels Rechtsverordnung näher definiert werden. Satz 3 Nummer 1 fordert den Betrieb insbesondere einer zentralen Anlaufstelle und organisatorischen Einheit für die eintreffenden Notfälle. Gemeint ist damit nicht der Ausschluss weiterer geeigneter Patientenübergabepunkte für den Rettungsdienst oder die ggf. sinnvolle Organisation besonderer Patientengruppen wie Kinder in eigenen Notaufnahmen. Sie ist unabdingbar für die effiziente Koordinierung und Priorisierung sowie die zügige und sichere Zuweisung der Patientinnen und Patienten. Satz 3 Nummer 2 erfordert u. a. ein System, nach dem die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Symptome, Vitalwerte und Schmerzgrade in Kategorien eingestuft werden, um dem medizinischen Personal zügig und effektiv bei der Entscheidung zu helfen, welche Patientinnen und Patienten sofortige Aufmerksamkeit und Versorgung benötigen.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 verpflichtet sämtliche Krankenhäuser im Land Mecklenburg-Vorpommern, unabhängig von den Festlegungen des Feststellungsbescheides Notfallpatientinnen und -patienten bei Gefahr für Leib und Leben ärztlich erstzuversorgen, um zumindest die Transportfähigkeit in ein aufnahmegeeignetes Krankenhaus sicherzustellen. Vergütungsfragen zu diesen Leistungen sind nicht Gegenstand dieses Gesetzes.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 knüpft an die Pflicht der Krankenhäuser gemäß der Verordnung zu Einführung und Betrieb eines elektronischen Behandlungskapazitätenachweis- und Zuweisungssystems für die Notfallversorgung in Mecklenburg-Vorpommern, Notfallzuweisungsverordnung vom 19. März 2024 (GVObI. M-V S.103) an. Hintergrund des Systems ist der Beschluss der Landesregierung, im Rahmen der Digitalen Agenda (2018) und nach Vorbild anderer Bundesländer das eHealth-System IVENA zur Koordination von Notfallpatientinnen und -patienten einzuführen. Die Notfallzuweisungsverordnung regelt die Einführung und den Betrieb des Systems, das elektronisch und in Echtzeit die verfügbaren Ressourcen und Behandlungskapazitäten in den Krankenhäusern anzeigen soll; mit dem Ziel, eine effiziente Zuweisung und Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten sicherzustellen. Die in Satz 1 enthaltene Verpflichtung zur Meldung der Kapazitäten ersetzt die bislang in § 29 Absatz 1 LKHG M-V verankerte Pflicht zur Organisation eines zentralen Bettennachweises. Insbesondere ist das System auch für den Massenansturm von Verletzten (MANV) gemäß § 31 Absatz 3 der Notfallzuweisungsverordnung zu nutzen.

Satz 2 stellt sicher, dass die Krankenhäuser ihre Kapazitäten stets aktuell im System hinterlegen und die erforderlichen Meldungen für die Erfüllung der Pflichten aus § 10 Absatz 7 RDG M-V im Rahmen der Kooperation mit dem Rettungsdienst einhalten. Satz 3 stellt sicher, dass die Krankenhäuser ihren Pflichten nach der Notfallzuweisungsverordnung nachkommen, indem sie festlegen, wer intern für den Betrieb des Systems und dessen technische Voraussetzungen verantwortlich ist. Satz 4 verdeutlicht, dass bereits das Sichtbarwerden einer Zuweisung die Krankenhäuser verpflichtet, der Zuweisung zu entsprechen, ohne dass eine Quittierung notwendig ist. Dies soll die bisherige Unsicherheit der Krankenhäuser in der Nutzung des Systems beseitigen. Weitergehende Absprachen zum Notfall bleiben möglich.

#### **Zu Absatz 4**

Absatz 4 spiegelt die Pflicht aus § 31 Absatz 4 der Notfallzuweisungsverordnung im LKHG M-V: Bei einem Ausfall des elektronischen Behandlungskapazitätensystems ist auf alternative Kommunikationswege zwischen Rettungsleitstellen, Rettungsdiensten und Krankenhäusern zurückzugreifen. Dies stellt die kontinuierliche Zusammenarbeit und Versorgung sicher, bis die Störung behoben ist.

#### **Zu § 41 (Krankenhausalarm- und -einsatzplan, Leiterin oder Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung, Einsatzleitung, Verordnungsermächtigungen)**

§ 41 enthält neue Regelungen, die die Krankenhäuser für jeden Standort auf eine sorgfältige Vorsorge für besondere Gefahrenlagen verpflichten und eine Grundorganisation für die Bewältigung besonderer Gefahrenlagen vorgeben.

#### **Zu Absatz 1**

Satz 1 verpflichtet Krankenhäuser, sich auf Gefahrenlagen vorzubereiten, und definiert den Begriff der „Gefahrenlage“: Der Begriff ist vorzugswürdig gegenüber den bevölkerungsschutzrechtlichen Begriffen der „Großschadenslage“ oder „Katastrophe“. Denn die Frage, ob eine „Katastrophe“ im Rechtssinne vorliegt und die untere Katastrophenschutzbehörde für eine Gefahrenlage den „Katastrophenfall“ feststellt, ist für die Binnenperspektive des Krankenhauses nicht entscheidend. Entscheidend ist vielmehr eine „Gefahrenlage“, wie sie durch Absatz 1 Satz 1 2. Halbsatz definiert wird: die Behandlungskapazität des Krankenhauses wird wesentlich strapaziert oder die Funktionalität des Krankenhauses ist wesentlich eingeschränkt bzw. es besteht die Gefahr, dass die Behandlungskapazität des Krankenhauses wesentlich strapaziert wird oder die Funktionalität des Krankenhauses wesentlich eingeschränkt wird. Hiermit sind – nach dem „konsequenzbasierten Modell“ – die zwei Herausforderungen benannt, vor die ein Krankenhaus angesichts einer besonderen Gefahrenlage gestellt sein kann; unabhängig auch von der für die Bewältigung zweitrangigen Frage, ob die Herausforderung extern oder intern bedingt ist. Satz 1 stellt zudem klar, dass die konkrete Vorbereitung sich an dem Versorgungsauftrag des jeweiligen Standortes orientiert: Zwar gilt die Pflicht zur Erstellung eines Krankenhausalarm- und -einsatzplans und zur Bestellung einer Leiterin oder eines Leiters Krankenhausalarm- und -einsatzplanung gleichermaßen für alle Krankenhäuser (siehe sogleich); und die Pflicht- und Mindestinhalte für alle Krankenhausalarm- und -einsatzpläne ergeben sich aus Absatz 2.

Im Konkreten jedoch sind die Pläne an dem jeweiligen Versorgungsauftrag und individuellen Zuschnitt des Krankenhauses zu orientieren, d. h., jedes Krankenhaus setzt sich mit den genannten Szenarien auseinander. Jedoch werden an den Plan eines kleinen Krankenhauses mit dem Spektrum der Grundversorgung andere Anforderungen gestellt als an denjenigen eines Maximalversorgers. Satz 2 regelt, dass die Kosten der in Abschnitt 5 genannten Maßnahmen von den Krankenhäusern selbst zu tragen sind, soweit nicht an anderer Stelle andere Regelungen getroffen werden, wie in § 44 Absatz 5. Satz 3 verpflichtet jeden Standort zu einem Krankenhausalarm- und -einsatzplan sowie zur Bestellung einer Leiterin oder eines Leiters Krankenhausalarm- und -einsatzplanung mit Stellvertretung. Der Begriff des „Krankenhausalarm- und -einsatzplans“ entspricht dem Handbuch Krankenhausalarm- und -einsatzplanung des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) von November 2020 und verdeutlicht, dass der von Krankenhäusern zu erstellende Alarm- und Einsatzplan den fachlichen Standards konkret der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung folgen soll. Die Erstellung des Krankenhausalarm- und -einsatzplans stellt sicher, dass jedes Krankenhaus über ein strukturiertes und umfassendes Verfahren zur Bewältigung besonderer Gefahrenlagen verfügt. Satz 2 verpflichtet zudem jeden Standort, eine Leiterin oder einen Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung zu bestellen: Die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung sollte in jedem Krankenhaus einer federführenden Person obliegen, um eine einheitliche, stimmige Planung sicherzustellen und der Planung den erforderlichen Stellenwert einzuräumen. Für die Leitung der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung ist darum eine konkrete Person als „Leiterin“ oder „Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung“ zu bestellen. Der Leiterin oder dem Leiter sind die für die Planung erforderlichen (Zeit-)Ressourcen einzuräumen. Der Begriff der Leiterin/des Leiters Krankenhausalarm- und -einsatzplanung folgt dem entsprechenden Vorschlag des Handbuchs Krankenhausalarm- und -einsatzplanung des BBK von November 2020 und stellt klar, dass der Leiterin oder dem Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung die Planung konkret zur Vorsorge obliegt; der Leiterin oder dem Leiter kommen also nicht zwangsläufig auch Aufgaben bei der Bewältigung von Gefahrenlagen (Einsatzleitung o. Ä.) zu.

#### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 stellt sicher, dass Krankenhäuser auf Grundlage einer Risikoanalyse spezifische Gefahrenlagen berücksichtigen müssen, um den Betrieb und die Patientensicherheit in Notlagen sicherzustellen. Dabei wird ausdrücklich auf die Bedeutung der IT-Sicherheit und den Schutz sensibler Patientendaten verwiesen, wie sie in § 391 SGB V geregelt sind. Besonders der Ausfall technischer Basisinfrastrukturen, wie Strom, Wärme, Trinkwasser oder medizinischer Gase, stellt eine erhebliche Gefahr dar. Notfallpläne müssen daher zumindest Maßnahmen wie redundante Systeme und alternative Versorgungsstrategien umfassen, um die medizinische Versorgung auch in Krisensituationen aufrechtzuerhalten.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 regelt weitere Mindestinhalte des Krankenhausalarm- und -einsatzplans und orientiert sich maßgeblich am Handbuch Krankenhausalarm- und einsatzplanung des BBK von November 2020, auf das an dieser Stelle verwiesen wird. Nummer 1 führt die Lagen auf, die die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung mindestens je als gesondertes Szenario zu adressieren hat. Mit der jeweils erforderlichen Vorsorge (Redundanzen, Bevorratung, Mittel der Gefahrenabwehr usw.) und den Abläufen im Schadensfall (Handlungsanweisungen, Rollenzuweisungen usw.). Beispiel: Für die bioterroristische Gefahrenlage und insoweit den Massenanfall kontaminierter und erkrankter Personen ist für eine Kohortenisolierung und den Umgang mit der etwaigen Kontamination der Krankenhäuser durch selbsteinweisende Personen zu planen. Satz 2 ermöglicht es, durch die Rechtsverordnung detaillierte Vorgaben festzulegen. Die konkrete Umsetzung dieser Vorgaben orientiert sich an dem Versorgungsauftrag des jeweiligen Standortes. Gestufte Anforderungen können so bedarfsgerecht ausgestaltet werden, um den unterschiedlichen Leistungsfähigkeiten gerecht zu werden.

**Zu Absatz 4**

Der Krankenhausalarm- und -einsatzplan ist regelmäßig fortzuschreiben. Er ist an neue Gegebenheiten, den jeweiligen Stand der Technik und die Erkenntnisse aus Schadensereignissen und Übungen („lessons learned“) anzupassen und zu optimieren. Die Krankenhäuser können die Beauftragung eines unabhängigen Sachverständigen gemeinsam veranlassen, um eine neutrale, fachlich fundierte und branchenspezifische Bewertung sicherzustellen. Die oder der Sachverständige sollte über fundierte Kenntnisse im Bereich der Krankenhausinfrastruktur sowie der relevanten gesetzlichen Vorschriften verfügen, etwa Vorschriften der Technischen Regeln für Arbeitsstätten, des Brandschutzes und des Katastrophenschutzes. Die oder der Sachverständige sollte außerdem über Erfahrung in der Umsetzung und Prüfung von Notfallplänen und die spezifischen Anforderungen an Krankenhäuser verfügen. Als Nachweis für die erforderliche Qualifizierung kann beispielsweise eine Zertifizierung nach Deutschen Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus und Einsatzplanung (DAKAEP) dienen. Die Pflicht zur zweijährlichen Vorlage des Krankenhausalarm- und -einsatzplans sowie der Dokumentation der Erkenntnisse aus Übungen in Satz 2 sichern die Kernbereiche der Vorsorge: Planung und Übung. Satz 2 erster Halbsatz knüpft an die Pflicht zur Dokumentation der in eigener Verantwortung durchgeführten Übungen nach § 42 Absatz 2 Satz 2 an. Satz 2 zweiter Halbsatz berücksichtigt die Tatsache, dass die Teilnahme an von anderer Stelle initiierten Übungen nicht zwingend zu dokumentieren ist, aber dennoch Erkenntnisquelle und Anlass für die Fortschreibung (Verbesserung) der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung ist. Satz 3 dient der anlassbezogenen Kontrolle des Krankenhausalarm- und -einsatzplans durch das für Gesundheit zuständige Ministerium. Anlass kann etwa die unzureichende Bewältigung von Gefahrenlagen oder Übungen durch das Krankenhaus sein. Satz 4 ordnet die erstmalige Vorlage des Krankenhausalarm- und -einsatzplans ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes an. Dies lässt den Krankenhäusern ausreichend Zeit für eine sorgfältige Planung, soweit die vorhandene Krankenhausalarm- und -einsatzplanung den Anforderungen des Absatzes 3 nicht bereits entspricht.

**Zu Absatz 5**

Die Vorsorge für besondere Gefahrenlagen sowie deren Abwehr durch das Krankenhaus bettet sich in die entsprechenden Aktivitäten vieler anderer Akteure ein. Dies erfordert zum einen die gegenseitige Kenntnis der jeweiligen Vorkehrungen und Strukturen und zum anderen die Möglichkeit, die Zusammenarbeit zu optimieren, indem die Akteure ihre Vorkehrungen an den Schnittstellen aufeinander abstimmen und Gelegenheit haben, auf ihre Bedürfnisse und Inkompatibilitäten hinzuweisen. Absatz 5 fordert insoweit die Kenntnis und Abstimmung der wichtigsten Akteure, darunter insbesondere die untere Katastrophenschutzbehörde. Was das Krankenhaus nicht daran hindert, die Planung mit weiteren Akteuren abzustimmen; so etwa mit der Polizei zur Vorsorge betreffend polizeiliche Lagen. Mit Absatz 5 wird zudem die fachliche Prüfung des Krankenhausalarm- und -einsatzplans sichergestellt.

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 3 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu Absatz 6**

Für jede Gefahrenlage ist unabhängig von deren Ausmaß eine Einsatzleitung zur Bewältigung der Lage einzurichten und eine Verbindungsperson als Ansprechpartner für die Behörden zu nennen. Konkreter Umfang und Besetzung der Einsatzleitung sind lageabhängig; so etwa die Frage, ob die Einsatzleitung in Stabsstrukturen aufwächst oder es bei der initialen operativen Einsatzleitung verbleibt.

**Zu § 42 (Schulungen und Übungen, Verordnungsermächtigung)**

Die Regelung adressiert die Vorbereitung des Krankenhauspersonals auf Gefahrenlagen durch Schulungen und Übungen. Gefahrenlagen bedingen besondere Aufgaben und Abläufe, die erheblich von den Aufgaben und Abläufen im beruflichen Alltag abweichen können. Hierauf ist das Personal vorzubereiten.

**Zu Absatz 1**

Die Pflicht zur mindestens jährlichen Unterweisung/Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur aktuellen Fassung des Krankenhausalarm- und -einsatzplans orientiert sich an der Empfehlung des Handbuchs Krankenhausalarm- und -einsatzplanung des BBK von November 2020. Ohnehin sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach § 6 Absatz 4 Satz 2 der Arbeitsstättenverordnung mindestens jährlich zu „Maßnahmen im Gefahrenfall“ zu unterweisen.

**Zu Absatz 2**

Von der Unterweisung/Schulung nach Absatz 1 zu unterscheiden sind Übungen zur Erprobung des Krankenhausalarm- und -einsatzplans, die ihrerseits zu unterscheiden sind nach: Alarmierungsübungen und Übungen zur Einsatzbereitschaft. Mindestens jährliche (besser zweimal jährliche) Alarmierungsübungen entsprechen der Empfehlung des Handbuchs Krankenhausalarm- und -einsatzplanung des BBK von November 2020, das auf die erfahrungsgemäß schnell veraltenden Kontaktdaten hinweist. Übungen zur Einsatzbereitschaft können wechselnde Übungen einzelner Funktionsbereiche, Planspiele, Stabsübungen und Vollübungen sowie auch Übungen zu kommunikationstechnischen Ausfallszenarien sein und sollen in der Regel ebenfalls zumindest jährlich durchgeführt werden. Die Übungen sind nach Satz 2 zu dokumentieren. Die so festgehaltenen Erkenntnisse dienen der Fortschreibung (Verbesserung) des Krankenhausalarm- und -einsatzplans („lessons learned“); zudem dient die Dokumentation dem Nachweis der Übungen. Die Dokumentation der Übungen ist dem für Gesundheit zuständigen Ministerium vorzulegen. Die Vorsorge für besondere Lagen gehört neben dem Normalbetrieb zu den Kernaufgaben der kritischen Infrastruktur Krankenhaus und ist von den Krankenhäusern in eigener Verantwortung zu leisten. Die Krankenhäuser tragen daher die Kosten der Übungen selbst.

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 4 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu Absatz 3**

Neben die Pflicht zu eigenen Übungen tritt die Pflicht, an extern organisierten Katastrophenschutz- und Rettungsdienstübungen teilzunehmen, soweit die betreffenden Übungen die Teilnahme der Krankenhäuser vorsehen. Die Pflicht betrifft insbesondere Übungen nach § 14 des Landeskatastrophenschutzgesetzes. Insbesondere größere Gefahrenlagen werden regelmäßig nicht allein durch das Krankenhaus zu bewältigen sein. In der Vorsorge ist darum insbesondere die Abstimmung und gemeinsame Übung mit den Akteuren des Bevölkerungsschutzes von besonderer Bedeutung.

**Zu Absatz 4**

Soweit eine größere Übung in einem Ausmaß Personal und Ressourcen bindet, das die übliche Versorgung einschränkt, sind die hiervon betroffenen Stellen rechtzeitig über die Einschränkungen zu informieren, um ihnen Gelegenheit zu geben, sich angemessen darauf einzustellen.

Bei der Nachweispflicht nach Absatz 4 handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

**Zu § 43 (Bevorratung und Notversorgung, Verordnungsermächtigung)**

§ 43 enthält eine Neuregelung zur Bevorratung von Sanitätsmaterial und zur Sicherstellung der Notversorgung mit externen Medien.

**Zu Absatz 1**

Nach Satz 1 ist § 30 der Apothekenbetriebsordnung zwingend einzuhalten. Satz 2 stellt klar: Die von § 30 der Apothekenbetriebsordnung geforderte Bevorratung für den durchschnittlichen Bedarf von zwei Wochen umfasst neben Arzneimitteln auch Medizinprodukte einschließlich medizinischer Gase. Die Notwendigkeit, insbesondere auch medizinische Gase zu bevorraten, betont etwa das Handbuch Krankenhausalarm- und -einsatzplanung des BBK von November 2020.

**Zu Absatz 2**

Die Vorräte nach § 30 der Apothekenbetriebsordnung werden nicht für jede Gefahrenlage ausreichen. Zugleich ist eine für jedes Krankenhaus verpflichtende Bevorratung über § 30 der Apothekenbetriebsordnung hinaus betriebswirtschaftlich schwer vertretbar. Auch ist der Nutzen entsprechender Vorräte begrenzt, wenn etwa die notfallmedizinischen/chirurgischen Kapazitäten eines Krankenhauses nicht hinreichend sind, um die Vorräte im Schadensfall zum Einsatz zu bringen. Sachgerechter ist darum eine über § 30 der Apothekenbetriebsordnung hinausgehende Bevorratung von Sanitätsmaterial in ausgewählten, regional verteilten Krankenhäusern mit dem Ziel, das Material jeweils zügig an betroffene Krankenhäuser ausreichen zu können. Satz 1 ermächtigt das für Gesundheit zuständige Ministerium, ausgewählte Krankenhäuser mit der entsprechenden Bevorratung zu beauftragen, deren Größe/Zuschnitt es insbesondere erlaubt, das Material in den alltäglichen Versorgungskreislauf aufzunehmen („Wälzungsmanagement“). Satz 2 ermächtigt das für Gesundheit zuständige Ministerium, die Einzelheiten des Systems der Bevorratung, Verwaltung und Ausreichung des Sanitätsmaterials zu regeln. In Abhängigkeit der entwickelten Vorgehensweise gemäß der Rechtsverordnung sind gegebenenfalls Regelungen für die Kostenerstattung zu berücksichtigen. Sowohl die Beauftragung nach Satz 1 als auch die Verordnung nach Satz 2 erfolgen im Einvernehmen mit dem für Katastrophenschutz zuständigen Ministerium. Denn die Bevorratung von Sanitätsmaterial ist zugleich Gegenstand des Bevölkerungsschutzes, genauer: des Katastrophenschutzes auf Landesebene und des Zivilschutzes auf Bundesebene. So sieht § 8 Absatz 2 Satz 3 des Gesetzes über den Katastrophenschutz in Mecklenburg-Vorpommern (Landeskatastrophenschutzgesetz – LKatSG M-V) in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Juli 2016 vor: „Die unteren Katastrophenschutzbehörden haben eine ausreichende Versorgung mit Sanitätsmaterial für Katastrophen im Rahmen der Finanzierung von Schwerpunktaufgaben (§ 29) sicherzustellen.“ Und § 23 des Gesetzes über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz – ZSKG) vom 25. März 1997 sieht vor: „Der Bund stellt den Ländern für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung im Verteidigungsfall ergänzend Sanitätsmaterial zur Verfügung. Dieses steht den Ländern für ihre Aufgaben im Bereich des Katastrophenschutzes zusätzlich zur Verfügung. Die Länder können das Sanitätsmaterial in ihre Katastrophenschutzvorsorge einplanen.“ Vorstehende bevölkerungsschutzrechtliche Vorgaben überschneiden sich mit der Bevorratung nach Absatz 2, soweit die Vorsorge auch für Gefahrenlagen infrage steht, die das Ausmaß einer Katastrophe erreichen.

### Zu Absatz 3

Absatz 3 verpflichtet die Krankenhäuser, angemessen für den Ausfall von (Wärme-)Energie und Trinkwasserversorgung sowie Abwasserentsorgung vorzusorgen. Nummer 1 verpflichtet die Krankenhäuser auf eine Notstromversorgung mit einer Versorgungsgarantie von 72 Stunden. Die Dauer entspricht den neueren Empfehlungen für Kritische Infrastrukturen im Allgemeinen und für Krankenhäuser im Besonderen, siehe etwa das Handbuch Krankenhausalarm- und -einsatzplanung des BBK von November 2020 sowie die „Empfehlungen für die Praxis: Krisenvorsorge im Krankenhaus: Gesundheitsversorgung trotz Gasmangel und Stromausfall“ des BBK von März 2023. Die Notstromversorgung soll sich im Übrigen an der DIN VDE 0100-710:2012-10 (Errichten von Niederspannungsanlagen Teil 7-710: Anforderungen für Betriebsstätten, Räume und Anlagen besonderer Art – Medizinisch genutzte Bereiche) orientieren. Nummer 2 verpflichtet die Krankenhäuser, angemessen für den Ausfall der Wärmeversorgung (Heizung, Warmwasser) vorzusorgen, wozu etwa zählen: vorherige Abstimmung mit dem etwaigen Fernwärmeversorger, Anschluss der Heizungsanlage an die Notstromversorgung zwecks (Mit-)Nutzung der entsprechenden Brennstoffvorräte, Bevorratung von Rettungsdecken, Einwegbettwäsche und Woldecken, Bevorratung von Geräten zur Patientenerwärmung u. a. m., siehe Handbuch Krankenhausalarm- und -einsatzplanung des BBK von November 2020 sowie die „Empfehlungen für die Praxis: Krisenvorsorge im Krankenhaus: Gesundheitsversorgung trotz Gasmangel und Stromausfall“ des BBK von März 2023. Nummer 3 verpflichtet die Krankenhäuser, angemessen für den Ausfall der Trinkwasserversorgung vorzusorgen. Eine autarke Trinkwasserversorgung wird angesichts der benötigten Mengen und Qualitätsanforderungen meist ausgeschlossen sein. Hierauf hat sich das Krankenhaus einzustellen und entsprechende Vorkehrungen zu treffen, wozu zählen: vorherige Planungen/Absprachen mit den Wasserversorgern, Analyse des internen Wassernetzes, Ermittlung der Wasserbedarfe, Abhängigkeiten von Wasser identifizieren und reduzieren; soweit möglich: Schaffung einer unabhängigen/redundanten Wasserversorgung, Versorgung von Wasserpumpen und Hebeanlagen mit Notstrom, Anbindung wichtiger Druckerhöhungsanlagen und Aufbereitungsanlagen an die Notstromversorgung, Wasserreduktionsplan zur Minimierung des Wasserbedarfes im Ereignisfall, ausreichend Flaschenwasser als Nahrungsmittel für Patienten und Personal bereithalten u. a. m., siehe Handbuch Krankenhausalarm- und -einsatzplanung des BBK von November 2020, die „Empfehlungen für die Praxis: Krisenvorsorge im Krankenhaus: Gesundheitsversorgung trotz Gasmangel und Stromausfall“ des BBK von März 2023 sowie die Handlungsempfehlungen „Sicherheit der Trinkwasserversorgung, Teil 2: Notfallvorsorgeplanung“ des BBK von September 2019. Nummer 4 betont die Vorsorge zur Sicherstellung der Versorgung mit medizinischen Gasen. Während es bei der Eigenerzeugung (Druckluft, Vakuum) darauf ankommt, eine Stromversorgung sicherzustellen und diese Technik an die Sicherheitsstromversorgung anzubinden, sind alle anderen Liefergegenstände (z. B. CO<sub>2</sub>-Flaschen) nicht durch eigene Maßnahmen kompensierbar. Eine entsprechende Bevorratung ist deshalb die Voraussetzung der Sicherstellung des Betriebes in der Krisensituation (siehe Handbuch Krankenhausalarm- und -einsatzplanung des BBK von November 2020). Da bestimmte Maßnahmen zur geforderten Absicherung der technischen Basisversorgung größeren Aufwand verursachen, z. B. in zeitlicher Hinsicht für eine erforderliche Genehmigung, Fristen der Beschaffung, Planungserfordernisse, wird hierfür eine Frist zur Umsetzung von zwei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes eingeräumt.

**Zu § 44 (Übergeordnete Steuerung bei besonderen Gefahrenlagen, Verordnungsermächtigung)**

§ 44 enthält eine Neuregelung zur Steuerung besonderer Gefahrenlagen mit überörtlichen Auswirkungen: Besondere Gefahrenlagen, die die Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser außerordentlich einschränken oder zu überlasten drohen, können eine übergeordnete Steuerung der Patientenströme und Ressourcen erfordern. § 43 schafft eine Rechtsgrundlage, die die Steuerung ohne Rückgriff auf katastrophenschutzrechtliche Regelungen – insbesondere die Feststellung des Katastrophenfalles – ermöglicht. Die in § 44 vorgesehenen Anordnungen werden regelmäßig in Form von Allgemeinverfügungen ergehen. § 6b KHG wird, wo nötig, in geeigneter Weise Berücksichtigung finden. § 6b KHG betrifft ausschließlich Universitätskliniken und Maximalversorger. Das Land sieht die Notwendigkeit, auch Regelungen für andere Krankenhäuser zu treffen und andere Sachverhalte zu regeln. Die Ausgestaltung der Aufgaben nach § 6b KHG steht zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Gesetzes noch nicht fest. Auf die Regelungen wird gegebenenfalls im Rahmen der Rechtsverordnung reagiert.

**Zu Absatz 1**

Absatz 1 stellt klar, dass Anordnungen nach § 44 nur bei besonderen Gefahrenlagen mit erheblich über das reguläre Patientenaufkommen hinausgehenden Patientenzahlen bzw. erheblichen Einschränkungen der Behandlungskapazitäten in Betracht kommen. Zudem sind Anordnungen nach § 44 nur zulässig, soweit sie zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich sind. Sie sind zudem zu befristen, wobei eine Verlängerung möglich ist. Die Erforderlichkeit solcher Anordnungen setzt voraus, dass keine mildereren und ebenso wirksamen Mittel zur Sicherstellung der Versorgung verfügbar sind. Eine Anordnung ist daher nur gerechtfertigt, wenn nach sorgfältiger Abwägung aller Umstände, insbesondere der äußeren Bedingungen und der aktuellen Versorgungslage, die übergeordnete Steuerung als letztes Mittel (ultima ratio) notwendig ist, um einen Zusammenbruch der Versorgung zu verhindern. Dabei muss die Maßnahme verhältnismäßig sein und gezielt zur Bewältigung der Gefahrenlage beitragen. Anordnungen nach § 45 werden darum regelmäßig zu befristen und fortwährend auf ihre Erforderlichkeit zu überprüfen sein. Das Anwenden der hier genannten Steuerungsmöglichkeiten kommt beim Vorliegen einer überregionalen Gefahrenlage in Betracht, die z. B. das ganze Bundesland betreffen. Gleichzeitig kann auch eine fachliche Lage eintreten, die diese Steuerungsmöglichkeiten erforderlich machen. Die fachliche Lage betrifft im Schwerpunkt Krankenhäuser oder das Gesundheitswesen.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 benennt nicht abschließend die möglichen Inhalte von Anordnungen zur übergeordneten Steuerung. Vorgaben können sich auf die Steuerung und Aufnahme von Patienten beziehen. Gemeint ist z. B. die Koordinierung zwischen Krankenhäusern zur Verteilung von Patienten bei Überlastung einzelner Krankenhäuser. Ebenso ist gemeint die verpflichtende Aufnahme von Patienten bestimmter Krankheitsbilder auf Zuweisung durch das Ministerium oder des nach Absatz 3 benannten ärztlichen Beauftragten. Aufbauend aus den gesammelten Erfahrungen aus der Corona-Pandemie mit den Clustermanagern, die in einem kooperierenden Ansatz Steuerung von Aufnahmekapazitäten und Verlegungsgeschehen in Abstimmung mit den Leitstellen organisiert haben, wird diese Funktion mit dem Absatz 2 Nummer 1 im Gesetz verankert.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 ist gesetzliche Grundlage für die vorübergehende Beleihung ausgewählter Krankenhäuser bzw. von geeigneten ärztlichen Beauftragten mit den Befugnissen nach Absatz 2 Nummer 1 bis 4. Beispielhaft zu nennen sind im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes. Die Beleihung gewährleistet regional kurze Entscheidungswege und die erforderliche schnelle Umsetzung durch mit der örtlichen Lage vertraute Praktikerinnen und Praktiker. Voraussetzung für die Beleihung ärztlicher Beauftragter wird in der Regel sein: die klinische Tätigkeit in der Akutmedizin, fachliche Expertise für die Bewältigung besonderer Gefahrenlagen sowie mindestens die Funktion als Oberärztin oder Oberarzt.

**Zu Absatz 4**

Absatz 4 erlaubt die Inanspruchnahme der Rehabilitationskliniken im vollständigen Umfang des § 44, wobei gerade insoweit besonderes Augenmerk auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu legen sein wird. Erweist sich die Inanspruchnahme jedoch als erforderlich, können die Behandlungskapazitäten und Personalressourcen mit Anordnungen nach den Absätzen 1 bis 3 gesteuert und in Anspruch genommen werden. Für den zeitlichen und sachlichen Umfang der Inanspruchnahme gelten die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als Plankrankenhäuser mit der Folge eines entsprechenden Erlösbudgets.

**Zu Absatz 5**

Die Absätze 1 bis 4 ermöglichen es, einzelne Krankenhäuser in außergewöhnlichen Krisensituationen gezielt in Anspruch zu nehmen. Dazu gehören Anordnungen zur Freihaltung von Behandlungskapazitäten, die Zurückstellung elektiver Behandlungen, die Abordnung von Personal sowie die Heranziehung von Krankenhäusern oder ärztlichen Beauftragten für übergeordnete Vorbereitungs-, Koordinierungs- und Abwehrmaßnahmen. Diese Maßnahmen sind nicht nur betriebswirtschaftlich besonders belastend, sondern stellen auch erhebliche Eingriffe dar, die einzelne Krankenhäuser überproportional beanspruchen können. Die betroffenen Krankenhäuser leisten in diesen Extremsituationen einen Beitrag, der über ihre reguläre Versorgungspflicht hinausgeht. Die Notwendigkeit dieser Anordnungen ist nicht planbar und situativ und ist auch nur Krisen vorbehalten, wie der COVID-19-Pandemie oder Flutkatastrophe im Ahrtal. In derartigen Notlagen sind Maßnahmen nach § 44 unabdingbar, um im Interesse der Allgemeinheit eine effektive Krisenbewältigung sicherzustellen. Da es sich bei Krankenhäusern in der Regel nicht um staatliche Einrichtungen handelt, sind Eingriffe dieser Art an den Grundrechten, insbesondere an Artikel 12 und Artikel 3 GG, zu messen. Um die Verfassungsmäßigkeit sicherzustellen, ist eine Entschädigungsregelung erforderlich. Dies entspricht auch der Systematik des Landeskatastrophenschutzgesetzes (§ 20 LKatSG M-V). Die Entschädigungspflicht folgt dem Grundsatz des Sonderopfers: Sie kommt nur in Betracht, wenn die mit einer Anordnung nach den Absätzen 1 bis 4 verbundene Belastung über das hinausgeht, was das Krankenhaus ohnehin aufgrund seines Versorgungsauftrages und der Notfallversorgung zu leisten hätte. Zudem richtet sich die Höhe der Entschädigung nach den Grundsätzen des bürgerlichen Rechts; insbesondere unter Berücksichtigung des Vorteilsausgleichs und der Schadensminderungsobliegenheit. Dadurch wird gewährleistet, dass die möglichen Kosten verhältnismäßig bleiben.

**Zu Abschnitt 6 (Verarbeitung personenbezogener Daten im Krankenhaus)****Zu § 45 (Anwendungsbereich)****Zu Absatz 1**

Die Regelung des Paragraphen ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung.

**Zu Absatz 2**

Das Krankenhaus wird als Verantwortlicher für die Einhaltung des Datenschutzes festgelegt. Nach der Krankenhausdefinition dieses Gesetzes handelt es sich bei einem Krankenhaus um wirtschaftlich eigenständige Betriebe. Demnach ist davon auszugehen, dass das Krankenhaus selbst auch die Zwecke und Mittel der Verarbeitung (mit-)bestimmen und somit selbst datenschutzrechtlich verantwortlich sein kann. Zudem wird durch diese Regelung sichergestellt, dass der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern (LfDI M-V) für Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern zuständig bleibt, auch wenn der Krankenhausträger seinen Sitz außerhalb des Bundeslandes hat.

**Zu Absatz 3**

Dieser Absatz regelt, dass eine Information der Angehörigen oder sonstiger Dritter nach Artikel 14 Absatz 5 lit. d DS-GVO bis zur ersten Kontaktaufnahme mit den Angehörigen oder sonstigen Dritten unterbleiben kann.

**Zu § 46 (§ Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, Verordnungsermächtigung)****Zu Absatz 1**

Die Regelung ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung, wobei sie erweitert wurde auf alle Vertragsanbahnungshandlungen.

**Zu Absatz 2**

Die Regelung ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung.

**Zu Absatz 3**

Der neu eingeführte Absatz enthält eine Regelung, welche einen entscheidenden Schritt zur Verbesserung der Notfallversorgung enthält. Aus Sicht der Krankenhäuser ist der Abgleich der in der Notaufnahme gestellten Diagnose mit der Diagnose des Rettungsdienstes unerlässlich, um die Qualität der präklinischen Versorgung zu sichern und Schwachstellen in der Rettungskette frühzeitig zu erkennen.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Übermittlung könnte beispielsweise auf der Einführung eines Zufriedenheitsscores zur Bewertung der rettungsdienstlichen Maßnahmen durch die Notaufnahmen basieren, um eine kontinuierliche Optimierung der Patientenversorgung zu gewährleisten. Eine manuelle Bearbeitung von Diagnosen und Rettungsdienstprotokollen, wie sie bei einer reinen Übermittlung von Arztbriefen erforderlich wäre, wäre ineffizient und würde den administrativen Aufwand in den Krankenhäusern erheblich erhöhen. Um dies zu vermeiden, sollten die Daten mittels einer automatisierten Verarbeitung eine genaue und schnelle Datenanalyse gewährleisten.

Bei der Nachweispflicht nach diesem Absatz handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells, deren Kostenbelastungen allerdings insbesondere wegen der geringen Fallzahlen im Bagatellbereich anzusiedeln sind und daher bei der Berechnung der Gesamtbürokratiekosten nicht berücksichtigt werden.

#### **Zu Absatz 4**

Die Regelung ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung.

#### **Zu § 47 (Weitere Verarbeitung von Daten)**

##### **Zu Absatz 1**

Dieser Absatz regelt weitere zulässige Zwecke zur Verarbeitung personenbezogener Daten, die erforderlich sind, um die mit der Behandlung von Patientinnen und Patienten in Verbindung stehenden Aufgaben erfüllen zu können und gegen die keine überwiegenden Bedenken bestehen.

##### **Zu Absatz 2**

Dieser Absatz wurde neu gefasst und berücksichtigt, dass ausweislich der Beratungsanfragen an den LfDI der letzten Jahre die bisherigen Einschränkungen zu streng waren, um alle notwendigen Datenverarbeitungen zu ermöglichen.

#### **Zu § 48 (Einschränkung des Rechts auf Auskunft der betroffenen Person)**

Der Paragraph regelt, in welchen Fällen eine Einschränkung des Rechts auf Auskunft der betroffenen Person möglich ist. Die Einschränkung des Rechts auf Auskunft der betroffenen Person beruht auf Artikel 23 Absatz 1 Buchstabe i der Datenschutz-Grundverordnung. Dass bei der Einschränkung insbesondere über das Beschwerderecht zu informieren ist, ergibt sich aus Artikel 12 Absatz 4 der Datenschutz-Grundverordnung. Konstellationen, in denen der Auskunft Rechte Dritter entgegenstehen, ergeben sich insbesondere dann, wenn die Patientenakte Informationen über Dritte enthält, denen durch die Offenbarung rechtswidriges Übel droht. Die Verfolgung rechtlich legitimer Interessen der Patientinnen und Patienten, beispielsweise in Arzthaftungsfällen, können hingegen keine Auskunftsverweigerung begründen.

**Zu § 49 (Löschung und Sperrung von Daten)**

Die Regelung des Paragraphen ist grundsätzlich inhaltsgleich zur bisherigen Regelung mit Ausnahme von Absatz 2. In diesem Absatz wird geregelt, wie mit gesperrten Daten zu verfahren ist und unter welchen Voraussetzungen die Sperrung von Daten aufgehoben werden darf. Der Absatz wurde so formuliert, dass er sowohl auf digitale als auch analoge Daten anwendbar ist.

**Zu § 50 (Speicherung und Bereitstellung von personenbezogenen Daten zu Forschungszwecken im eigenen Krankenhaus, Widerspruchsrecht)**

Die Regelung des Paragraphen ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 37. Es wird auf die Begründung der Drucksache 8/3461 verwiesen.

**Zu § 51 (Datenübermittlung zu Forschungszwecken an Stellen außerhalb des Krankenhauses und gemeinsame Forschung)**

Die Regelung des Paragraphen ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 37a. Es wird auf die Begründung der Drucksache 8/3461 verwiesen.

**Zu § 52 (Treuhandstelle)**

Die Regelung des Paragraphen ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 37b. Es wird auf die Begründung der Drucksache 8/3461 verwiesen.

**Zu § 53 (Veröffentlichung von personenbezogenen Daten)**

Die Regelung des Paragraphen ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 37c. Es wird auf die Begründung der Drucksache 8/3461 verwiesen.

**Zu § 54 [Verarbeitung von personenbezogenen Daten bei Verfahren des maschinellen Lernens (künstliche Intelligenz)]**

Die Regelung des Paragraphen ist inhaltsgleich zur bisherigen Regelung des § 37d. Es wird auf die Begründung der Drucksache 8/3461 verwiesen.

**Zu § 55 (Datenverarbeitung im Auftrag)**

Der Paragraph regelt die Möglichkeiten zur Auftragsdatenverarbeitung. Hierbei werden die Möglichkeiten so geregelt, dass sie das hohe Schutzniveau von Patientendaten berücksichtigen. Dieses ergibt sich einerseits aus Artikel 9 Absatz 3 DS-GVO, der in Bezug auf dieses Gesetz, das auf der Spezifizierungsklausel nach Artikel 9 Absatz 2 lit. h DS-GVO beruht, maßgeblich ist und eine Datenverarbeitung durch Berufsheimnisträger oder unter deren Aufsicht verlangt. Innerhalb Deutschlands geht über § 203 Absatz 4 StGB das Berufsheimnis nach § 203 Absatz 1 StGB auf die Mitwirkenden über, wozu auch die Auftragsverarbeiter zählen.

Außerhalb des Geltungsbereichs des StGB ist eine Auftragsverarbeitung also ohnehin nur dann möglich, wenn der Auftragsverarbeiter nach den Regelungen in seinem Land einer vergleichbaren Verschwiegenheitspflicht unterliegt.

Zum anderen regelt Artikel 44 ff. DS-GVO abschließend die Zulässigkeit des Drittstaaten-transfers, wonach eine Verarbeitung nicht pseudonymisierter Gesundheitsdaten in Drittstaaten nicht möglich ist. Weitergehende Bestimmungen kann der Landesgesetzgeber nicht erlassen.

Bei der Formulierung wurden außerdem weitere Regelungen berücksichtigt, aus denen sich der hohe Schutzstatus von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten ergibt, nämlich neben dem Berufsgeheimnis nach § 203 StGB auch die Zeugnisverweigerungsrechte nach §§ 53, 53a StGB und dem Beschlagnahmeverbot aus § 97 Absatz 1 Nummer 3 StGB. Diese würden nach und nach leerlaufen, wenn bei der Auswahl eines Auftragsverarbeiters nicht darauf geachtet werden müsste, dass mit dessen Beauftragung die Daten die Sphäre bzw. den Gewahrsam des Berufsgeheimnisträgers nicht verlassen. Praktisch ist mit dieser Regelung eine Datenverarbeitung im Auftrag in Deutschland bei entsprechender Gestaltung des Vertrages problemlos möglich. Auftragsverarbeiter aus anderen Ländern könnten jedoch nur dann beauftragt werden, wenn ein Zugriff auf die Patientendaten durch Behörden rechtlich oder technisch wirksam und durchsetzbar ausgeschlossen werden kann.

#### **Zu § 56 (Ordnungswidrigkeiten)**

Die Absätze 1, 3 und 4 entsprechen weitestgehend der bisherigen Regelung. Die Regelung des § 56 Absatz 1 Nummer 3 schließt eine Lücke für die Sanktionierung der Depseudonymisierung, also der Wiederherstellung des Personenbezugs aus zuvor pseudonymisierten Daten.

#### **Zu Absatz 2**

Durch diese Regelung wird eine Lücke bei der Sanktionierbarkeit von rechtswidrigen Datenabfragen geschlossen. Auch die Weitergabe eines Passwortes, durch das eine rechtswidrige Datenabfrage durch Dritte ermöglicht wird, kann nun als Ordnungswidrigkeit sanktioniert werden.

#### **Zu Abschnitt 7 (Gebühren und Auslagen, Inkrafttreten, Außerkrafttreten)**

##### **Zu § 57 (Gebühren und Auslagen)**

Dieser Paragraph entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung des § 1 Absatz 4 LKHG M-V. Gemäß § 1 der Kostenverordnung für Amtshandlungen der Gesundheitsverwaltung (Gesundheitswesenkostenverordnung – GesKostVO M-V) werden Verwaltungsgebühren für Amtshandlungen im Bereich des Gesundheitswesens nach dem in der GesKostVO M-V beigefügten Gebührenverzeichnis erhoben. Unabhängig davon, dass für diese Amtshandlungen keine Tatbestände in der Anlage der Gebührenverordnung vorgesehen sind, sind die Bescheide von besonderem Interesse für das Land, da hierdurch die Krankenhausträger einen wesentlichen Beitrag für ihre Finanzierung erhalten. Insofern besteht für die Bescheidung ein öffentliches Interesse, weswegen hierfür keine Gebühren erhoben werden.

**Zu § 58 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)**

In Absatz 1 wird das Inkrafttreten des Landeskrankenhausgesetzes geregelt. In Absatz 2 wird das Außerkrafttreten des bisherigen Landeskrankenhausgesetzes geregelt. Mit Inkrafttreten des neuen Gesetzes soll das alte Landeskrankenhausgesetz außer Kraft treten.