

Gesetzentwurf

Hannover, den 18.01.2022

Fraktion der SPD
Fraktion der CDU

Der Landtag wolle das folgende Gesetz beschließen:

**Gesetz
zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes**

Artikel 1

Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG)

Erster Teil

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Errichtung und Unterhaltung von Krankenhäusern, Anwendungsbereich

(1) ¹Die Landkreise und kreisfreien Städte haben die Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises nach Maßgabe des § 2 dieses Gesetzes und des Krankenhausplans sicherzustellen. ²Sie haben eigene Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten, soweit die Krankenhausversorgung nicht durch andere Träger gewährleistet wird. ³Bei der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen handelt es sich um eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse.

(2) Dieses Gesetz gilt für alle Krankenhäuser im Sinne des § 3 Nr. 1.

§ 2

Ziele

(1) ¹Ziel des Gesetzes ist es, die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten Krankenhausversorgung der Patientinnen und Patienten mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich und wirtschaftlich handelnden Krankenhäusern zu gewährleisten, die insbesondere auch die Bedürfnisse von demenziell Erkrankten berücksichtigt. ²Die Qualität der Patientenbehandlung sowie die Patientensicherheit werden durch die Zulassung von Krankenhäusern im Rahmen der bedarfsorientierten und an Versorgungsstufen orientierten prospektiven Krankenhausplanung, die finanzielle Förderung von Krankenhäusern, die Vorgabe von Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die Gewährleistung der Rechte der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung sichergestellt. ³Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten, sofern die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist.

(2) Zur eigenständigen sektorübergreifenden Versorgung soll an geeigneten Standorten, insbesondere dort, wo Krankenhäuser für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht oder nicht mehr erforderlich sind und ambulante Angebote fehlen, die Einführung von regionalen Gesundheitszentren gefördert und modellhaft erprobt werden.

(3) ¹Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander, mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens insbesondere mit den nachsorgenden Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie den regionalen Gesundheitszentren und die Herstellung eines nahtlosen

Übergangs zwischen den Versorgungsbereichen sollen gefördert werden. ²Die Kooperation von Krankenhäusern zur krankenhausesübergreifenden Versorgung soll erleichtert werden.

(4) Ziel des Gesetzes ist ferner die Gewährleistung der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Heilberufen und den Gesundheitsfachberufen in enger Zusammenarbeit mit den daran Beteiligten.

§ 3

Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Gesetzes ist

1. Krankenhaus:

Ein Krankenhaus im Sinne des § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), mit Ausnahme der in § 3 Satz 1 KHG genannten Einrichtungen, der Einrichtungen in Krankenhäusern für Personen, die im Maßregelvollzug aufgrund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind, sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 107 Abs. 2 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V).

2. Plankrankenhaus:

Ein Krankenhaus im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V.

3. Allgemeinkrankenhaus:

Ein Krankenhaus, das über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügt und nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten mit speziellen Krankheiten, Verletzungen, Leiden oder bestimmter Altersstufen behandelt.

4. Fachkrankenhaus:

Ein Krankenhaus, das ausschließlich Patientinnen und Patienten mit speziellen Krankheiten, Verletzungen oder Leiden behandelt oder ausschließlich Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin, der Altersmedizin oder der Palliativmedizin erbringt (Spezialversorger).

5. Krankenhausträger:

Natürliche Person, juristische Person, Personengesellschaft, rechtsfähiger Verein oder rechtsfähige Stiftung, die oder der ein Krankenhaus im eigenen Namen und auf eigene Rechnung betreibt.

6. Trägerwechsel:

Jeder Wechsel der Betreiberin oder des Betreibers im Sinne der Nummer 5; ein Trägerwechsel liegt auch im Fall einer Umwandlung im Sinne des § 1 Abs. 1 des Umwandlungsgesetzes vor.

7. Fachabteilung:

Eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit innerhalb des Krankenhauses, die von einer nicht weisungsgebundenen Ärztin oder einem nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Facharztbezeichnung geleitet wird.

8. Pflegebereich:

Raum oder Gruppe von Räumen, in dem oder in denen Patientinnen und Patienten untergebracht, gepflegt und verpflegt werden.

9. Bettzimmer:

Raum innerhalb eines Pflegebereichs, der überwiegend für die Unterbringung von Patientinnen und Patienten bestimmt ist.

10. Versorgungsstufe:

Grad der Intensität der möglichen medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten.

11. Versorgungsregion:

Ein Bezirk, der die Gebiete von mehreren Landkreisen oder Landkreisen und kreisfreien Städten umfasst.

12. Regionales Gesundheitszentrum:

Eine zentrale regionale Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten als alternative Versorgungsform zur Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung, in der verschiedene Leistungserbringende ihrer Tätigkeit interdisziplinär und interprofessionell nachgehen können. Mindestvoraussetzung für ein regionales Gesundheitszentrum sind eine tägliche Erreichbarkeit von 24 Stunden, Angebote zur ambulanten fachärztlichen Versorgung sowie die Verfügbarkeit einer bettenführenden Pflegeeinheit, wobei sich bereits vorhandene Leistungserbringer einschließlich niedergelassener Ärztinnen und Ärzte aus der Region im Rahmen eines Gesamtkonzeptes einbringen können. Die Ausgestaltung des Angebotes orientiert sich an den jeweiligen regionalen Bedürfnissen und Möglichkeiten.

§ 4

Mitwirkung der Beteiligten

(1) ¹Bei dem für Gesundheit zuständigen Ministerium wird ein Planungsausschuss gebildet, dem

1. die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens,
2. die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft,
3. die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen,
4. die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung - Landesverband Nordwest - und
5. der Landesausschuss des Verbands der privaten Krankenversicherung

als unmittelbar Beteiligte (§ 7 Abs. 1 Satz 2 KHG) angehören. ²Die Ärztekammer Niedersachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die oder der Landespatientenschutzbeauftragte, das für die Landesplanung und Raumordnung zuständige Ministerium, das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium, das für Hochschulen zuständige Ministerium, das Niedersächsische Landesamt für Bau und Liegenschaften und der Niedersächsische Pflegerat können an den Sitzungen des Planungsausschusses mit je einer Vertreterin oder einem Vertreter mit beratender Stimme teilnehmen. ³Der Planungsausschuss berät das für Gesundheit zuständige Ministerium in Fragen der Krankenhausplanung und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms. ⁴Den Vorsitz führt das für Gesundheit zuständige Ministerium. ⁵Der Planungsausschuss tagt nicht öffentlich; Entscheidungen können außerhalb von Sitzungen auch mittels Umlaufbeschluss erfolgen. ⁶Die Vertreterinnen und Vertreter sind zur Verschwiegenheit über die ihnen erteilten Auskünfte verpflichtet; dies gilt nicht im Verhältnis zur entsendenden Stelle. ⁷Der Planungsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung, die mindestens Regelungen zu Form und Frist der Einladung, zum näheren Verfahren bei Entscheidungen mittels Umlaufbeschluss zur Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der unmittelbar Beteiligten sowie zu Form und Frist der Niederschrift enthält. ⁸Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann bestimmen, dass alle oder einzelne Vertreterinnen oder Vertreter per Videokonferenztechnik an der Sitzung des Planungsausschusses teilnehmen können, soweit dies technisch möglich ist.

(2) Die an der Krankenhausversorgung Beteiligten (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 KHG) sind neben den unmittelbar Beteiligten (Absatz 1 Satz 1) die in Absatz 1 Satz 2 genannten Körperschaften sowie

1. der Christliche Gewerkschaftsbund Deutschlands, Landesverband Niedersachsen,
2. der DBB Beamtenbund und Tarifunion, Landesbund Niedersachsen,
3. der Deutsche Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Niedersachsen - Bremen - Sachsen-Anhalt,
4. die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen,
5. die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen,

6. die Unternehmervverbände Niedersachsen,
7. der Marburger Bund - Landesverband Niedersachsen.

(3) ¹Mit den unmittelbar Beteiligten (Absatz 1 Satz 1) sind bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms einvernehmliche Regelungen anzustreben. ²Erzielt der Planungsausschuss in seinen Beratungen kein Einvernehmen, ist auf einer weiteren Sitzung erneut zu beraten mit dem Ziel, einvernehmliche Regelungen herbeizuführen. ³Danach entscheidet das für Gesundheit zuständige Ministerium letztverantwortlich.

Zweiter Teil

Krankenhausplanung

§ 5

Krankenhausplan

(1) ¹Zur Verwirklichung der in § 2 genannten Ziele stellt das für Gesundheit zuständige Ministerium einen Krankenhausplan auf. ²Der Krankenhausplan wird von der Landesregierung beschlossen. ³Vor dem Beschluss ist dem Landtag Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁴Der Krankenhausplan sowie die Fortschreibung des Krankenhausplans sind im Niedersächsischen Ministerialblatt und auf der Internetseite des für Gesundheit zuständigen Ministeriums zu veröffentlichen.

(2) ¹Im Krankenhausplan sind dessen Grundsätze und Ziele sowie die voraussichtliche Entwicklung der Krankenhausversorgung darzustellen. ²Der Krankenhausplan muss die Ziele der Raumordnung beachten, die Grundsätze und die sonstigen Erfordernisse der Raumordnung berücksichtigen und eine ortsnahe Notfallversorgung gewährleisten. ³Als weitere Planungskriterien sollen die Entwicklung der Fallzahlen und Inzidenzen, der Verweildauer sowie der ambulanten medizinischen Versorgung und sektoren-übergreifende Versorgungsangebote berücksichtigt werden. ⁴Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136 c Abs. 1 SGB V sind Bestandteil des Krankenhausplans.

(3) ¹Der Krankenhausplan führt die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser auf, gegliedert nach Versorgungsregionen, den Standorten, der Zahl der Planbetten und teilstationären Plätze und den Fachrichtungen, sowie die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG. ²Die räumliche Gliederung erfolgt in acht Versorgungsregionen. ³Jedes Allgemeinkrankenhaus wird einer der folgenden drei Versorgungsstufen zugeordnet:

1. Versorgungsstufe I: Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sowie Fachkrankenhäuser,
2. Versorgungsstufe II: Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung sowie
3. Versorgungsstufe III: Krankenhäuser der Maximalversorgung.

(4) In den Krankenhausplan sind auch die Hochschulkliniken einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen.

(5) Der Krankenhausplan kann, insbesondere für einzelne Fachrichtungen sowie für die Ausweisung von Einrichtungen mit besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten im Sinne des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes, durch Krankenhausfachpläne ergänzt werden; diese sind Teil des Krankenhausplans.

(6) Der Krankenhausplan ist, insbesondere zur Anpassung an den tatsächlichen Bedarf, von dem für Gesundheit zuständigen Ministerium fortzuschreiben.

(7) Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann zur Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans Sachverständige hinzuziehen.

(8) Bei der Versorgungsentscheidung werden Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, vorrangig berücksichtigt.

§ 6

Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) ¹Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan erfolgt auf Antrag des Krankenhausträgers durch schriftlichen oder elektronischen Bescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG des für Gesundheit zuständigen Ministeriums. ²Ein Krankenhaus kann in den Krankenhausplan aufgenommen werden, wenn es bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig im Sinne des § 1 Abs. 1 KHG ist. ³Das Krankenhaus muss den Anforderungen entsprechen, die nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind; es muss insbesondere

1. jederzeit eine ausreichende Zahl an zur Leitung und zur ärztlichen Fachbetreuung geeigneten Ärztinnen und Ärzten verfügbar halten und
2. die erforderliche weitere personelle sowie räumliche und medizinisch-technische Ausstattung besitzen,

und es muss die Gewähr für die Dauerhaftigkeit der zu erbringenden ärztlichen und pflegerischen Leistungen bieten.

(2) ¹Der Bescheid enthält mindestens

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses und seiner Betriebsstellen,
2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers,
3. die vorzuhaltenden Fachabteilungen,
4. die Anzahl der Planbetten je Fachabteilung,
5. die zugewiesene Versorgungsstufe.

²Für Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG gilt Satz 1 sinngemäß.

(3) ¹Der Bescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG kann mit Nebenbestimmungen nur versehen werden, soweit dies

1. im Rahmen der Verwirklichung der in § 2 genannten Ziele oder
2. zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans

erforderlich ist. ²Unter den Voraussetzungen des Satzes 1 können Auflagen auch nachträglich aufgenommen, geändert oder ergänzt werden. ³Vor der nachträglichen Aufnahme von Auflagen ist das Benehmen mit den unmittelbar Beteiligten im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 1 herzustellen.

(4) Die unmittelbar Beteiligten im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 1 erhalten jeweils eine Kopie der Bescheide.

(5) Die Anfechtungsklage einer oder eines Dritten gegen einen Bescheid nach Absatz 1 Satz 1 hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 7

Ausscheiden aus dem Krankenhausplan

(1) Ein Krankenhaus ist ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen, wenn festgestellt wird, dass es

1. die Voraussetzungen nach § 6 Abs. 1 Sätze 2 und 3 für eine Aufnahme in den Krankenhausplan nicht mehr erfüllt,
2. den ihm zugewiesenen Versorgungsauftrag nicht nur vorübergehend nicht oder nicht in ausreichendem Maße erfüllt oder
3. den Betrieb länger als drei Monate eingestellt hat.

(2) Wechselt die Trägerschaft eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses, so ist es aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.

(3) Die Herausnahme aus dem Krankenhausplan wird durch schriftlichen oder elektronischen Bescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG des für Gesundheit zuständigen Ministeriums festgestellt.

Dritter Teil

Förderung

§ 8

Aufbringung der Finanzierungsmittel

(1) ¹Die Finanzierungsmittel für die Förderung von Investitionskosten nach § 9 Abs. 1 KHG sind zu 60 vom Hundert vom Land und zu 40 vom Hundert von den in § 1 Satz 1 genannten Kommunen aufzubringen. ²Die Finanzierungsmittel für die Förderung nach § 9 Abs. 2 und 3 KHG sind zu 66 $\frac{2}{3}$ vom Hundert vom Land und zu 33 $\frac{1}{3}$ vom Hundert von den in § 1 Satz 1 genannten Kommunen aufzubringen. ³Abweichend von Satz 2 sind die in den Grenzen des § 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG zu bewilligenden Fördermittel für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken zu 60 vom Hundert vom Land und zu 40 vom Hundert von den Kommunen aufzubringen.

(2) ¹Die Höhe der Finanzierungsmittel richtet sich nach dem jeweiligen Haushaltsplan des Landes. ²Unverzüglich nach Aufstellung des Entwurfs des Haushaltsplans gibt das für Gesundheit zuständige Ministerium der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens Gelegenheit, zu der beabsichtigten Gesamtfördersumme des Investitionsprogramms für das folgende Jahr und zu der Höhe der Pauschalmittel nach § 11 Abs. 3 Stellung zu nehmen. ³Das für Gesundheit zuständige Ministerium soll bis zum 1. Oktober eines jeden Jahres den Gesamtbetrag bekannt geben, den die in § 1 Satz 1 genannten Kommunen für das folgende Jahr voraussichtlich aufzubringen haben. ⁴Bis zum 1. Mai des folgenden Jahres soll das Land den in § 1 Satz 1 genannten Kommunen den jeweils auf sie entfallenden Betrag bekannt geben. ⁵Finanzierungsmittel, die über den nach Satz 3 bekannt gegebenen Betrag hinausgehen, haben die Kommunen erst im übernächsten Jahr aufzubringen.

(3) ¹Die von den Kommunen (§ 1 Abs. 1 Satz 1) aufzubringenden Finanzierungsmittel werden durch eine Umlage je zur Hälfte nach der Einwohnerzahl und der Umlagekraftmesszahl erhoben. ²Umlagekraftmesszahl ist

1. bei den Landkreisen jeweils die Summe der Umlagegrundlagen für die Kreisumlage,
2. bei den kreisfreien Städten jeweils die Summe aus der Steuerkraftmesszahl und 90 vom Hundert der Schlüsselzuweisungen.

(4) ¹Die Umlage ist jährlich aufgrund der Daten festzusetzen, die der Berechnung der Finanzausgleichsleistungen für das laufende Haushaltsjahr zugrunde liegen. ²Abweichungen vom Krankenhausplan (§ 5) und vom Investitionsprogramm (§ 9) sind bei der Festsetzung der Umlage für das nächste Haushaltsjahr zu berücksichtigen. ³§ 21 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 des Niedersächsischen Gesetzes über den Finanzausgleich gilt entsprechend.

§ 9

Investitionsprogramm

¹Das Investitionsprogramm wird jeweils für ein Haushaltsjahr von dem für Gesundheit zuständigen Ministerium aufgestellt und von der Landesregierung beschlossen. ²Vor dem Beschluss ist dem Landtag Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ³Das Investitionsprogramm ist im Niedersächsischen Ministerialblatt zu veröffentlichen.

§ 10

Einzelförderung

(1) ¹Den Krankenhausträgern werden zur Finanzierung von Maßnahmen im Sinne des § 9 Abs. 1 und 2 KHG Fördermittel bewilligt. ²Die Förderung nach § 9 Abs. 1 KHG kann auch in der Weise erfolgen, dass die Bewilligungsbehörde gegenüber dem Krankenhausträger der Verwendung eines Darlehens oder von Eigenmitteln zur Finanzierung einer förderungsfähigen Investition zustimmt und Fördermittel in Höhe der Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten für das Darlehen oder in Höhe der Kapitalkosten bewilligt.

(2) ¹Investitionen nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG werden auf Antrag des Krankenhausträgers durch einen Festbetrag bis zur Höhe der festgestellten förderungsfähigen Kosten gefördert. ²Liegen die tatsächlich angefallenen förderungsfähigen Kosten unterhalb des Festbetrages, so ist der Unterschiedsbetrag dem Krankenhausträger zu belassen, wenn er die Verwendung dieser Mittel für weitere als förderungsfähig anerkannte Investitionsmaßnahmen nachweist.

(3) ¹Die Errichtung von Pflegebereichen wird nach § 9 Abs. 1 KHG nur gefördert, wenn in den zugehörigen Bettenzimmern jeweils nicht mehr als zwei Betten aufgestellt werden. ²Bei Umbaumaßnahmen bestehender Pflegebereiche soll eine Förderung nur erfolgen, wenn in den zugehörigen Bettenzimmern nicht mehr als zwei Betten aufgestellt werden. ³Bei Neu- und Umbaumaßnahmen sollen insbesondere Isolationsmöglichkeiten für infektiöse Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden.

(4) Als Investitionskosten gelten nicht die Kosten des Erwerbs oder der Anmietung bereits betriebener und im Krankenhausplan aufgenommener Krankenhäuser.

§ 11

Pauschale Förderung

(1) Pauschalbeträge nach § 9 Abs. 3 KHG (Pauschalmittel) werden bewilligt

1. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 und bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter) sowie
2. für kleine bauliche Maßnahmen, bei denen die vorkalkulierten förderungsfähigen Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben die in der Verordnung aufgrund des § 32 Nr. 1 festzulegende Wertgrenze nicht übersteigen.

(2) Die Pauschalmittel setzen sich zusammen aus

1. einer Grundpauschale nach der Zahl der Planbetten sowie einer Grundpauschale nach der Zahl der teilstationären Plätze, wobei der Ausgangsbetrag der Grundpauschale für Fachrichtungen mit besonders hohen Vorhaltekosten um einen in der Verordnung aufgrund des § 32 Nr. 2 festzulegenden Betrag erhöht oder mit einem darin festzulegenden Faktor vervielfältigt werden kann; werden einem Krankenhaus Fördermittel für eine Maßnahme im Sinne des § 9 Abs. 1 KHG bewilligt, kann der Ausgangsbetrag der Grundpauschale für die Dauer eines in der Verordnung aufgrund des § 32 Nr. 2 festzulegenden Zeitraums um einen darin festzulegenden Betrag abgesenkt werden,
2. einer Leistungspauschale, die insbesondere die Zahl der stationär behandelten Personen und den Werteverzehr des Anlagevermögens berücksichtigt, und
3. einem Zuschlag zur Förderung der für Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG notwendigen Investitionen.

(3) Die in der Verordnung aufgrund des § 32 Nrn. 2 und 3 bestimmten Beträge sind in Abständen von zwei Jahren an die durchschnittliche Kostenentwicklung der Investitionen nach Absatz 1 anzupassen.

(4) ¹Wenn es zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgaben nach dem Krankenhausplan erforderlich ist, kann das für Gesundheit zuständige Ministerium auf Antrag des Krankenhausträgers nach Anhörung des Planungsausschusses die Grundpauschale

nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 abweichend von den durch Verordnung nach § 32 Nr. 2 bestimmten Beträgen bewilligen. ²Der Krankenhausträger hat durch Unterlagen zu belegen, dass die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen.

(5) ¹Die Pauschalmittel sind vom Krankenhausträger bis zur zweckentsprechenden Verwendung Zins bringend anzulegen. ²Zinserträge, Erträge aus der Veräußerung von durch Pauschalmittel geförderten kurzfristigen Anlagegütern sowie Ersatzleistungen wegen des Untergangs oder der Beschädigung von durch Pauschalmittel geförderten kurzfristigen Anlagegütern sind den Fördermitteln entsprechend dem Förderanteil zuzuführen. ³Werden die Pauschalmittel entgegen Satz 1 nicht Zins bringend angelegt, so hat der Krankenhausträger einen Betrag in Höhe der Zinsen, die bei einem Zinssatz von einem Prozentpunkt über dem jeweiligen Basiszinssatz (§ 247 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) angefallen wären, den Fördermitteln zuzuführen. ⁴Das Land kann eine Vereinfachung der Berechnung der Zinsen zulassen.

§ 12

Förderung bei Schließung oder Umwandlung eines Krankenhauses

(1) Um die Schließung von Krankenhäusern, die ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan ausscheiden, weil sie für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht mehr erforderlich sind, zu erleichtern, sind auf Antrag des Krankenhausträgers Ausgleichszahlungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um unzumutbare Härten bei der Schließung des Krankenhauses oder seiner Umstellung auf andere Aufgaben zu vermeiden.

(2) ¹Berücksichtigt werden insbesondere

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,
2. Kosten eines Sozialplans, zu dessen Aufstellung der Krankenhausträger verpflichtet ist,
3. angemessene Aufwendungen zur Milderung besonderer wirtschaftlicher Härten, die einzelnen im Krankenhaus Beschäftigten entstehen, wenn ein Sozialplan nicht aufzustellen ist,
4. Investitionen zur Umwandlung in eine Einrichtung für andere medizinische oder soziale Aufgaben, insbesondere der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung, in ein Regionales Gesundheitszentrum, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in eine Einrichtung der stationären Rehabilitation, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.

²Bei Umwandlung des Krankenhauses in eine Einrichtung für andere medizinische oder soziale Aufgaben können nur Investitionen berücksichtigt werden, die erforderlich sind, um die vorhandenen Gebäude für die neue Zweckbestimmung nutzbar zu machen.

(3) Eine Förderung erfolgt nur nach Maßgabe der hierfür bereitstehenden Haushaltsmittel.

(4) Die Ausgleichszahlungen werden als Pauschale geleistet; hierfür wird die Zahl, um die sich die Planbetten durch die Schließung vermindern, mit dem in der Verordnung aufgrund des § 32 Nr. 5 festzulegenden Betrag vervielfältigt.

§ 13

Ausgleich für Eigenmittel

(1) ¹Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder diesem Gesetz mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschaffte, der Abnutzung unterliegende Anlagegüter vorhanden, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so ist dem Krankenhausträger bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan auf Antrag ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung zu bewilligen. ²Dies gilt auch für förderungsfähige Investitionsmaßnahmen, die mit Zustimmung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums aus Eigenmitteln des Krankenhausträgers finanziert worden sind. ³Eigenmittel im Sinne der Sätze 1 und 2 sind nur Mittel aus dem frei verfüg-

baren Vermögen des Krankenhausträgers. ⁴Bei Anwendung der Sätze 1 und 2 bleiben Abschreibungen unberücksichtigt, die auf Investitionen entfallen, die mit öffentlichen Mitteln außerhalb des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dieses Gesetzes finanziert worden sind.

(2) Ein Ausgleichsanspruch entfällt, soweit nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und diesem Gesetz eine Ersatzinvestition gefördert wurde und die Mittel oder ihr Gegenwert noch im Vermögen des Krankenhausträgers vorhanden sind.

(3) ¹Der Krankenhausträger ist verpflichtet, die für die Beurteilung eines Ausgleichsanspruchs notwendigen Angaben zu machen und nachzuweisen. ²Lässt sich der Ausgleichsbetrag nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand feststellen, so kann dieser pauschaliert werden.

§ 14

Zweckbindung der Förderung, Nebenbestimmungen

(1) Der Krankenhausträger hat die Fördermittel dem Zweck der Förderung entsprechend sowie sparsam und wirtschaftlich zu verwenden.

(2) ¹Der Krankenhausträger hat die Notwendigkeit der Investitionen, die Erforderlichkeit ihres Umfangs sowie deren Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit darzulegen und zu belegen. ²Er hat auf Verlangen die Folgekosten darzulegen und Wirtschaftlichkeitsberechnungen vorzulegen.

(3) Soweit das Land Einzelförderung nach § 10 für Anlagegüter geleistet hat, sind die Erträge aus deren Veräußerung oder die Ersatzleistungen wegen deren Untergangs oder Beschädigung anteilig an das Land abzuführen.

(4) Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit diese zur Sicherstellung einer zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel oder zur Erreichung der Ziele des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, dieses Gesetzes oder des Krankenhausplans erforderlich sind.

(5) ¹Soweit Anlagegüter nicht nur für die stationäre Krankenhausversorgung verwendet werden, ist die bewilligte Förderung zu kürzen. ²Der Anteil der anderweitigen Verwendung kann geschätzt werden. ³Auf die Kürzung kann in besonderen Fällen, insbesondere unter Berücksichtigung krankenhauplanerischer Zielsetzungen, ganz oder teilweise verzichtet werden.

(6) ¹Die Bewilligungsbehörde kann vor der Auszahlung der Fördermittel verlangen, dass Sicherheit für einen möglichen Erstattungsanspruch geleistet wird, insbesondere durch die Bestellung von Grundpfandrechten. ²Dies gilt nicht bei pauschaler Förderung nach § 11 und bei Auszahlungen an eine der Kommunalaufsicht unterliegende Körperschaft oder Anstalt des öffentlichen Rechts.

§ 15

Überwachung der Verwendung der Fördermittel

(1) ¹Die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel ist von der zuständigen Behörde zu überwachen. ²Der Krankenhausträger hat der zuständigen Behörde insoweit unentgeltlich die erforderlichen mündlichen oder schriftlichen Auskünfte zu erteilen. ³Ist ein Krankenhaus durch Angehörige der wirtschaftsprüfenden oder steuerberatenden Berufe oder einer Wirtschaftsprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft geprüft worden und wird in dem Abschlussbericht die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel bestätigt, so ist dieser Abschlussbericht bis zum 1. September des nächsten Jahres bei der zuständigen Behörde vorzulegen. ⁴Dem Abschlussbericht steht bei freigemeinnützigen Krankenhäusern ein entsprechender Bericht der Bischöflichen Finanzkammer oder der Betriebswirtschaftlichen Beratungsstelle des Diakonischen Werks gleich; Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Die von der zuständigen Behörde mit der Überwachung beauftragten Personen sind befugt,

1. die für den Betrieb eines nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderten Krankenhauses oder Krankenhausteils genutzten Grundstücke und Räume, soweit diese nicht dem Hausrecht der Bewohnerinnen und Bewohner unterliegen, während der üblichen Geschäftszeit zu betreten,

2. dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, in die geschäftlichen Unterlagen Einsicht zu nehmen sowie die Ärztinnen und Ärzte und das Krankenhauspflege- und -verwaltungspersonal zu befragen.

(3) Eine für den nach Absatz 1 auskunftspflichtigen Krankenhausträger handelnde Person kann die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung sie selbst oder eine der in § 383 Abs. 1 Nrn. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung bezeichneten Personen (Angehörige) der Gefahr strafrechtlicher Verfolgung oder eines Verfahrens nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten aussetzen würde.

(4) Der Landesrechnungshof ist berechtigt, die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel an Ort und Stelle zu prüfen, die Unterlagen einzusehen und Auskünfte einzuholen.

(5) ¹Der Krankenhausträger hat Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 4 zu dulden. ²Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

§ 16

Widerruf von Förderbescheiden

¹Ein Förderbescheid ist mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan ausscheidet. ²Der Förderbescheid kann auch mit Wirkung für die Vergangenheit widerrufen werden, soweit im Zeitpunkt des Ausscheidens

1. der bewilligte Betrag noch nicht zweckentsprechend verwendet wurde oder
2. die regelmäßige Nutzungsdauer der geförderten Anlagegüter noch nicht abgelaufen ist.

³Von dem Widerruf kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem für Gesundheit zuständigen Ministerium aus dem Krankenhausplan ausscheidet. ⁴Im Übrigen bleibt § 49 des Verwaltungsverfahrensgesetzes unberührt.

§ 17

Folgen des Trägerwechsels

¹Wird ein Krankenhaus auf Antrag nach § 6 Abs. 1 Satz 1 des neuen Trägers in den Krankenhausplan aufgenommen, so gehen die Rechte und Pflichten des bisherigen Trägers nach diesem Gesetz und aus den auf seiner Grundlage erlassenen Bescheiden auf den neuen Träger über. ²Der bisherige Krankenhausträger ist verpflichtet, noch nicht verwendete Fördermittel dem neuen Krankenhausträger zu überlassen.

Vierter Teil

Notfallversorgung

§ 18

Notfallversorgung

(1) Krankenhäuser nehmen an der Notfallversorgung teil, wenn sie dies sozialversicherungsrechtlich vereinbart haben.

(2) Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, haben sicherzustellen, dass sie zur Notfallversorgung von lebensbedrohlich Verletzten und Erkrankten in der Lage sind.

(3) ¹Die Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten hat Vorrang vor nicht dringend medizinisch notwendigen Behandlungen und Eingriffen. ²Die Zuweisung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten durch den Rettungsdienst erfolgt nach einem vom für Gesundheit zuständigen Ministerium festgelegten digitalisierten Verfahren im Rahmen der jeweiligen Versorgungsaufträge. ³Die Krankenhäuser sind befugt, vorübergehende Versorgungsengpässe im Rahmen dieses Verfahrens anzuzeigen. ⁴Sie sind jedoch verpflichtet, Notfallpatientinnen und Notfallpatienten bei Gefahr für Leib und Leben im Sinne einer klinischen Erstversorgung zu behandeln.

§ 19

Alarm- und Einsatzplan, Notfallplan

¹Jedes Allgemeinkrankenhaus, das an der Notfallversorgung teilnimmt, hat für die Bewältigung eines Notfalls mit einer Vielzahl von Verletzten und Erkrankten einen Alarm- und Einsatzplan aufzustellen und bis zum 31. März eines jeden Jahres fortzuschreiben. ²Der Plan muss Maßnahmen zur Ausweitung der Aufnahme- und Behandlungskapazitäten vorsehen. ³Die für den Einzugsbereich des Krankenhauses zuständigen Katastrophenschutzbehörden, die kommunalen Träger des Rettungsdienstes und die benachbarten Krankenhäuser sind über die Alarm- und Einsatzpläne zu unterrichten. ⁴Außerdem muss jedes Krankenhaus einen Notfallplan für Schadensereignisse innerhalb des Krankenhauses haben. ⁵Die Krankenhäuser sollen regelmäßig interne Übungen durchführen und an Übungen der Katastrophenschutzbehörde sowie an Übungen des Rettungsdienstes zur Bewältigung von Großschadensereignissen teilnehmen.

Fünfter Teil

Patientenschutz und Patientensicherheit

§ 20

Fehlermeldesystem

(1) ¹In jedem Krankenhaus ist ein Fehlermeldesystem einzuführen. ²Das Fehlermeldesystem muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einfach zugänglich sein. ³Das Fehlermeldesystem muss gewährleisten, dass die Meldungen anonym erfolgen können. ⁴Den Personen, die eine Meldung abgeben, dürfen daraus keine Nachteile entstehen. ⁵Der Krankenhausträger hat alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in geeigneter Form über die Erreichbarkeit des Fehlermeldesystems zu informieren.

(2) ¹Das Krankenhaus hat die Meldungen mit dem Ziel einer fortlaufenden Verbesserung der Patientenversorgung auszuwerten. ²Meldungen, die auf eine besondere Gefährdung der Patientensicherheit schließen lassen, hat das Krankenhaus dem für Gesundheit zuständigen Ministerium unverzüglich mitzuteilen. ³Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann verlangen, dass eine Erörterung der Meldung stattfindet; dies gilt auch für Meldungen, von denen es auf andere Weise Kenntnis erlangt.

(3) Soweit ein Krankenhaus nach bundesrechtlichen Vorschriften (§ 135 a Abs. 2 Nr. 2 und § 136 a Abs. 3 Satz 1 SGB V) ein Fehlermeldesystem durchzuführen hat, ergänzen die Regelungen in den Absätzen 1 und 2 die betreffenden Bestimmungen.

(4) Das für Gesundheit zuständige Ministerium gibt Handlungsempfehlungen für die Einrichtung und Durchführung von Fehlermeldesystemen heraus.

§ 21

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

(1) ¹Für jedes Krankenhaus hat der Krankenhausträger mindestens eine Patientenfürsprecherin oder einen Patientenfürsprecher und eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter zu berufen; sie müssen natürliche Personen sein und über die für die Aufgabenerfüllung erforderliche Zuverlässigkeit und Fachkunde, insbesondere ausreichende Erfahrungen im Sozial- oder Gesundheitswesen, verfügen. ²Berufen werden kann nicht, wer in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis zum Krankenhausträger steht oder diesem in anderer Weise, insbesondere als Organ oder Mitglied eines Organs, angehört. ³Die berufenen Personen werden ehrenamtlich tätig und sind bei der Ausübung ihres Amtes keinen Weisungen unterworfen. ⁴Die Berufung erfolgt grundsätzlich für drei Jahre. ⁵Eine Abberufung ist nur aus wichtigem Grund zulässig.

(2) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher hat insbesondere die Aufgabe,

1. das Vertrauensverhältnis zwischen den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen einerseits und dem Krankenhausträger sowie dem im Krankenhaus beschäftigten Personal andererseits zu fördern,

2. Beschwerden und Anliegen von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen entgegenzunehmen, an die zuständige Stelle des Krankenhauses weiterzuleiten sowie das von dort Veranlasste (Absatz 3 Nr. 3) der Person, von der die Beschwerde oder das Anliegen kam, mitzuteilen,
3. die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen über andere zuständige Stellen zu unterrichten,
4. die zuständige Stelle des Krankenhauses und das für Gesundheit zuständige Ministerium unverzüglich über Hinweise auf erhebliche Mängel der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen zu unterrichten,
5. dem Krankenhaus regelmäßig und bei besonderem Anlass auch im Einzelfall über ihre oder seine Tätigkeit zu berichten und jährlich einen Erfahrungsbericht vorzulegen,
6. regelmäßige Sprechstunden im Krankenhaus einzurichten und auch sonst sicherzustellen, dass Mitteilungen ihr oder ihm zugehen.

(3) Der Krankenhausträger hat die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher zu unterstützen, insbesondere indem er

1. die von ihr oder ihm vorgebrachten Beschwerden und Anliegen zügig und nachvollziehbar bearbeitet und sie oder ihn unverzüglich über das Veranlasste unterrichtet,
2. die Patientinnen und Patienten in geeigneter Form über Namen und Erreichbarkeiten der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers unterrichtet,
3. ihr oder ihm die zur Erfüllung der Aufgaben erforderlichen Auskünfte erteilt,
4. ihr oder ihm geeignete Räume im Krankenhaus für die Sprechstunde und eine geeignete technische Ausstattung zur Verfügung stellt,
5. ihr oder ihm eine angemessene Aufwandsentschädigung für ihre oder seine Tätigkeit leistet,
6. ihr oder ihm in angemessenem Umfang Fortbildungen anbietet und die hierfür anfallenden Kosten übernimmt,
7. sie oder ihn auf ihre oder seine Pflichten hinweist.

(4) ¹Personenbezogene Daten der Betroffenen dürfen nur mit deren Einwilligung vom Krankenhausträger an die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher oder von dieser oder diesem an Dritte übermittelt werden. ²Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher darf die ihr oder ihm bei ihrer oder seiner Tätigkeit bekannt gewordenen Geheimnisse auch nach Beendigung ihrer oder seiner Tätigkeit nicht unbefugt offenbaren.

(5) ¹Die oder der Landespatientenschutzbeauftragte gibt Handlungsempfehlungen für die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher heraus. ²Die Handlungsempfehlungen sollen unter Beteiligung der betroffenen Interessenverbände erstellt werden und Erfahrungen aus der Praxis berücksichtigen.

(6) ¹Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher legt der oder dem Landespatientenschutzbeauftragten bis zum 1. März eines jeden Jahres einen schriftlichen Erfahrungsbericht vor. ²Die oder der Landespatientenschutzbeauftragte wertet die Erfahrungsberichte aus und berichtet darüber dem Landtag schriftlich bis zum 30. September eines jeden Jahres. ³Die oder der Landespatientenschutzbeauftragte berät die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher.

(7) Soweit ein Krankenhaus wegen § 135 a Abs. 2 Nr. 2 SGB V ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement durchzuführen hat, ergänzen die Regelungen in den Absätzen 1 bis 4 die betreffenden Bestimmungen.

§ 22

Demenzbeauftragte oder Demenzbeauftragter

(1) ¹Für jedes Allgemeinkrankenhaus hat der Krankenhausträger mindestens eine Demenzbeauftragte oder einen Demenzbeauftragten zu berufen; diese müssen über die für die Aufgabenerfüllung erforderliche Zuverlässigkeit und Fachkunde, insbesondere ausreichende Erfahrungen im Sozial- oder Gesundheitswesen, verfügen. ²Zur oder zum Demenzbeauftragten kann eine ehrenamtlich tätige oder beim Krankenhausträger beschäftigte Person berufen werden. ³Die berufene Person ist bei der Ausübung ihres Amtes keinen Weisungen unterworfen. ⁴Die Berufung erfolgt bei ehrenamtlich tätigen Demenzbeauftragten grundsätzlich für drei Jahre. ⁵Eine Abberufung ist nur aus wichtigem Grund zulässig.

(2) Die oder der Demenzbeauftragte hat insbesondere die Aufgabe,

1. das Vertrauensverhältnis zwischen den demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen einerseits und dem Krankenhausträger sowie dem im Krankenhaus beschäftigten Personal andererseits zu fördern,
2. an einer ganzheitlich ausgerichteten Versorgung mitzuwirken, die sich an den besonderen Bedürfnissen von demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten orientiert,
3. Projekte, Arbeitskreise oder Qualitätszirkel im Krankenhaus einzuführen und zu begleiten,
4. Angehörige, Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte zu beraten,
5. das mit der Patientenversorgung beschäftigte Personal und ehrenamtlich Tätige zu schulen und
6. regelmäßige Sprechstunden im Krankenhaus einzurichten und auch sonst sicherzustellen, dass Mitteilungen den demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen unverzüglich zugehen.

(3) Der Krankenhausträger hat die Demenzbeauftragte oder den Demenzbeauftragten zu unterstützen, insbesondere indem er

1. die von ihr oder ihm vorgebrachten Anliegen zügig und nachvollziehbar bearbeitet und sie oder ihn unverzüglich über das Veranlasste unterrichtet,
2. die Patientinnen und Patienten in geeigneter Form über Namen und Erreichbarkeiten der oder des Demenzbeauftragten unterrichtet,
3. ihr oder ihm die zur Erfüllung der Aufgaben erforderlichen Auskünfte erteilt,
4. ihr oder ihm eine angemessene Aufwandsentschädigung für ihre oder seine Tätigkeit leistet, wenn die Person ehrenamtlich tätig ist,
5. ihr oder ihm geeignete Räume im Krankenhaus für die Sprechstunde und eine geeignete technische Ausstattung zur Verfügung stellt,
6. ihr oder ihm in angemessenem Umfang Fortbildungen anbietet und die hierfür anfallenden Kosten übernimmt und
7. sie oder ihn auf ihre oder seine Pflichten hinweist.

(4) ¹Personenbezogene Daten der Betroffenen dürfen vom Krankenhausträger nur mit deren Einwilligung an die Demenzbeauftragte oder den Demenzbeauftragten oder von dieser oder diesem an Dritte übermittelt werden. ²Die oder der Demenzbeauftragte darf die ihr oder ihm bei ihrer oder seiner Tätigkeit bekannt gewordenen Geheimnisse auch nach Beendigung ihrer oder seiner Tätigkeit nicht unbefugt offenbaren.

(5) ¹Die oder der Landespatientenschutzbeauftragte gibt Handlungsempfehlungen für die Demenzbeauftragten heraus. ²Die Handlungsempfehlungen sollen unter Beteiligung der betroffenen Interessenverbände erstellt werden und Erfahrungen aus der Praxis berücksichtigen.

§ 23

Konferenzen

(1) ¹In jedem Krankenhaus sind regelmäßig Konferenzen durchzuführen, um Entwicklungen in der Patientenversorgung zu beobachten und Risiken frühzeitig zu erkennen (Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen). ²Die Konferenzen sollen mindestens einmal im Monat stattfinden.

(2) Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Konferenz nach Absatz 1 sind insbesondere für jede Fachrichtung des Krankenhauses jeweils die leitende Ärztin oder der leitende Arzt und die leitende Pflegefachkraft.

(3) ¹Gegenstand der Konferenzen sind

1. die Erörterung von Todesfällen und besonderen Krankheitsverläufen sowie
2. die Bewertung der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken des Krankenhauses

mit dem Ziel einer fortlaufenden Verbesserung der Patientenversorgung. ²An der Erörterung nach Satz 1 Nr. 1 sind die Angehörigen der beteiligten Berufsgruppen und Fachrichtungen zu beteiligen.

(4) Jedes Krankenhaus bestimmt in einem Leitfaden insbesondere die Organisation und den Ablauf der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie die weitere Behandlung der Ergebnisse.

(5) Auf Verlangen sind die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken des Krankenhauses dem für Gesundheit zuständigen Ministerium vorzulegen.

§ 24

Arzneimittelkommission

(1) ¹In jedem Krankenhaus ist eine Arzneimittelkommission zu bilden. ²Krankenhäuser können in geeigneten Fällen eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden.

(2) ¹Mitglieder der Arzneimittelkommission sind die Leiterin oder der Leiter der Krankenhausapotheke oder der krankenhauseversorgenden Apotheke sowie je Fachrichtung des Krankenhauses die leitende Ärztin oder der leitende Arzt und je Fachrichtung die leitende Pflegefachkraft. ²Die Leitung obliegt

1. der Leiterin oder dem Leiter der Krankenhausapotheke oder der krankenhauseversorgenden Apotheke oder
2. einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt, die oder der in Arzneimittelfragen besonders erfahren ist.

³Die Arzneimittelkommission tagt mindestens zweimal im Jahr. ⁴Sie gibt sich eine Geschäftsordnung.

(3) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere die Aufgabe,

1. eine Arzneimittelliste, in der die für den laufenden Verbrauch im Krankenhaus bestimmten Arzneimittel aufgeführt sind, nach medizinischen, pharmazeutischen und wirtschaftlichen Aspekten unter Berücksichtigung von Gesichtspunkten der Arzneimittelsicherheit zu erstellen und fortzuschreiben und
2. das ärztliche und pflegerische Personal in Fragen der Arzneimittelversorgung und der Arzneimitteltherapiesicherheit zu beraten und zu unterstützen.

(4) ¹Das Krankenhaus stellt sicher, dass die Arzneimittelkommission über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Arzneimittelliste nach Absatz 3 Nr. 1 enthalten sind, unter Angabe der Gründe für die Anwendung unterrichtet wird. ²Dies gilt auch für die Durchführung von klinischen Studien mit Arzneimitteln.

§ 25

Stationsapothekerin oder Stationsapotheker

(1) ¹In jedem Krankenhaus ist sicherzustellen, dass in ausreichender Zahl Apothekerinnen oder Apotheker als Beratungspersonen für die Stationen eingesetzt werden (Stationsapothekerinnen oder Stationsapotheker). ²Das Krankenhaus nach Satz 1 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,
3. mehrere Medikamente nebeneinander eingesetzt werden oder
4. neuartige Behandlungen stattfinden.

(2) ¹Die 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. ²Zur 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 deren 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.

³Im 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) Zur Stationsapothekerin oder zum Stationsapotheker sollen nur Personen bestimmt werden, welche die Weiterbildung im Fachgebiet Klinische Pharmazie abgeschlossen oder bereits begonnen haben.

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

§ 26

Unterstützung bei berufsbezogenen Belastungen

(1) Jedes Krankenhaus hat einen Plan zur Unterstützung des mit der Patientenversorgung beschäftigten Personals bei der Bewältigung der damit verbundenen berufsbezogenen Belastungen zu erstellen.

(2) Der Plan soll einzelfallbezogene und allgemeine Maßnahmen zur Unterstützung des Personals vorsehen.

(3) Die in dem Plan vorgesehenen Maßnahmen sind unverzüglich nach der Aufstellung einzuführen.

§ 27

Aufnahme von Patientinnen und Patienten

(1) Der Krankenhausträger ist verpflichtet, bei Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten zu prüfen, ob

1. eine Patientenverfügung vorliegt,
2. eine Betreuerin oder ein Betreuer bestellt wurde,
3. eine Vorsorgevollmacht erteilt wurde oder
4. die Patientin oder der Patient aufgrund einer Behinderung Unterstützungsleistungen, insbesondere technischer oder persönlicher Hilfen, bedarf.

(2) ¹Liegen bei Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten Anhaltspunkte für eine demenzielle Erkrankung vor, ist der Krankenhausträger verpflichtet zu veranlassen, dass der Befund erhoben wird. ²Die oder der Demenzbeauftragte ist über das Ergebnis zu unterrichten.

(3) ¹Liegen bei Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten Anhaltspunkte für das Erfordernis von Unterstützungsleistungen vor, ist der Krankenhausträger verpflichtet, diese Leistungen zu koordinieren und deren Kosten zu tragen, soweit die Leistungen zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes zählen und die Kosten nicht nach anderen Vorschriften getragen werden. ²Den besonderen Belangen und Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen ist bei der medizinischen Behandlung sowie im Rahmen der sonstigen Betreuung im Klinikalltag in angemessener Weise Rechnung zu tragen.

Sechster Teil

Aufsicht

§ 28

Aufsicht

(1) ¹Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen mit Ausnahme der Hochschulkliniken unterliegen der Aufsicht durch das für Gesundheit zuständige Ministerium (Aufsichtsbehörde). ²Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Verordnung seine Zuständigkeit für die Aufgaben als Aufsichtsbehörde ganz oder teilweise auf eine andere Stelle zu übertragen. ³Für den Fall der Weiterübertragung kann in der Verordnung auch bestimmt werden, dass bestimmte Anzeige- und Berichtspflichten nach § 29 nur oder auch gegenüber der Stelle erfolgen, auf die die Aufsicht übertragen wurde.

(2) ¹Die Aufsichtsbehörde überwacht, dass die Krankenhäuser ihre Tätigkeit im Rahmen ihres Aufgabenbereiches im Einklang mit den Vorschriften dieses Gesetzes sowie den aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Vorschriften ausüben.

(3) ¹Die in Absatz 1 genannten Einrichtungen sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und auf Verlangen einzelne Unterlagen vorzulegen. ²Der Aufsichtsbehörde ist zu den üblichen Geschäftszeiten Zutritt zu den Grundstücken und Betriebsräumen und Einsicht in die den Krankenhausbetrieb betreffenden Schriftstücke und Datenträger zu gewähren. ³Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt zu jeder Zeit zu gestatten. ⁴Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt. ⁵Die in Absatz 1 genannten Einrichtungen haben sicherzustellen, dass sie für die Aufsichtsbehörde jederzeit über eine Funktions-E-Mail-Adresse erreichbar sind.

(4) ¹Die Aufsichtsbehörde kann Anordnungen treffen und nach den allgemeinen vollstreckungsrechtlichen Vorschriften durchsetzen. ²Die Anfechtungsklage gegen eine Anordnung hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 29

Anzeige- und Berichtspflichten

(1) Der Krankenhausträger oder eine von ihm beauftragte Person zeigt der Aufsichtsbehörde schriftlich oder elektronisch mindestens drei Monate vorher

1. die Einstellung des Krankenhausbetriebes,
 2. die Schließung einer Fachabteilung oder
 3. den Wechsel des Krankenhausträgers
- an.

(2) Der Krankenhausträger oder eine von ihm beauftragte Person zeigt der Aufsichtsbehörde unverzüglich schriftlich oder elektronisch an, wenn

1. die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher oder die stellvertretende Patientenfürsprecherin oder der stellvertretende Patientenfürsprecher,
2. die oder der Demenzbeauftragte,
3. die Leiterin oder der Leiter der Arzneimittelkommission,
4. eine Stationsapothekerin oder ein Stationsapotheker

berufen oder abberufen werden, spätestens jedoch am Tage nach der Berufung oder Abberufung.

(3) Der Krankenhausträger oder eine von ihm beauftragte Person legt der Aufsichtsbehörde für jedes Krankenhaus spätestens bis zum 31. März eines jeden Jahres einen Bericht für das vorausgegangene Kalenderjahr vor, der Angaben enthält

1. zur Anzahl und zum Ergebnis der Auswertung der Fehlermeldungen nach § 20 Abs. 2 Satz 1,
2. zur Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Erreichbarkeit des Fehlermeldesystems nach § 20 Abs. 1 Satz 5,
3. zur Anzahl der durchgeführten Konferenzen nach § 23 Abs. 1 Satz 1,
4. zur Anzahl der Sitzungen der Arzneimittelkommission nach § 24 Abs. 2 Satz 3 und
5. zur Anzahl der eingesetzten Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker im Jahresmittel.

Siebenter Teil

Datenverarbeitung

§ 30

Datenübermittlung durch das Landesamt für Statistik

Das Landesamt für Statistik Niedersachsen übermittelt dem für Gesundheit zuständigen Ministerium für Zwecke der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung jährlich die zu statistischen Zwecken nach § 28 Abs. 2 Satz 4 KHG sowie §§ 3 und 7 der Krankenhausstatistik-Verordnung erhobenen und verarbeiteten Daten.

§ 31

Datenübermittlung zwischen Behörden

Die Übermittlung personenbezogener Daten des Krankenhausträgers, der von ihm Beauftragten, des Krankenhauspersonals, der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers, der oder des Demenzbeauftragten und der Patientinnen und Patienten zwischen dem für Gesundheit zuständigen Ministerium und den Verwaltungs-, Polizei- und Strafverfolgungsbehörden und die weitere Verarbeitung dieser Daten sind zulässig, soweit dies

1. zur Erfüllung der Aufgaben der übermittelnden Stelle,

2. zur Abwehr einer Gefahr durch den Empfänger oder
 3. zur Abwehr erheblicher Nachteile für das Gemeinwohl oder zur Abwehr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Rechte einer Person
- erforderlich ist.

Achter Teil

Verordnungsermächtigung und Ordnungswidrigkeiten

§ 32

Verordnungsermächtigung

(1) Das für Gesundheit zuständige Ministerium bestimmt durch Verordnung

1. die Wertgrenze nach § 11 Abs. 1 Nr. 2,
2. die für die Grundpauschalen nach § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 maßgebenden Beträge und Bestimmungsgrößen sowie den Betrag und die Dauer des Zeitraums der Absenkung der Grundpauschale bei Krankenhäusern, denen eine Förderung nach § 9 Abs. 1 KHG bewilligt wurde,
3. die für die Leistungspauschale nach § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 maßgebenden Beträge und Bestimmungsgrößen,
4. den Zuschlag für Ausbildungsstätten nach § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3,
5. die Höhe der Ausgleichszahlungen für die Verminderung der Anzahl von Planbetten durch Schließung oder Umwandlung eines Krankenhauses nach § 12 Abs. 4.

(2) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Verordnung zu bestimmen

1. das Nähere zu den Versorgungsstufen, zur Möglichkeit des Wechsels in eine andere Versorgungsstufe auf Antrag sowie zu Anzahl, Bezirk und Bezeichnung der Versorgungsregionen. Hierbei ist bei Betroffenheit der Hochschulkliniken das Einvernehmen mit dem für die Hochschulkliniken zuständigen Ministerium herzustellen,
2. das Nähere zu den regionalen Gesundheitszentren, insbesondere zu deren Ausgestaltung, Mindestanforderungen, Versorgungsangeboten, Förderung und modellhaften Erprobung,
3. das Nähere zum Verfahren nach § 6, insbesondere, welche Daten und Unterlagen für die Entscheidung über den Antrag nach § 6 Abs. 1 Satz 2 erforderlich sind.

§ 33

Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 19 Abs. 1 Satz 1 einen Alarm- und Einsatzplan nicht oder nicht rechtzeitig aufstellt oder fortschreibt,
2. entgegen § 21 Abs. 1 Satz 1 eine Patientenfürsprecherin oder einen Patientenfürsprecher oder eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter nicht beruft,
3. entgegen § 22 Abs. 1 Satz 1 eine Demenzbeauftragte oder einen Demenzbeauftragten nicht beruft,
4. entgegen § 24 Abs. 1 Satz 1 eine Arzneimittelkommission nicht bildet,
5. entgegen § 25 Abs. 1 Satz 1 Stationsapothekerinnen oder Stationsapotheker nicht oder in nicht ausreichender Zahl einsetzt.

(2) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig einer vollziehbaren Anordnung nach § 28 Abs. 4 Satz 1 zuwiderhandelt.

(3) Die Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 können mit einer Geldbuße bis zu 25 000 Euro, die Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 2 mit einer Geldbuße bis zu 50 000 Euro geahndet werden.

Neunter Teil

Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 34

Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 22 Abs. 1 Satz 1 gilt ab 1. Juli 2023.

Artikel 2

Inkrafttreten

(1) ¹Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2023 in Kraft. ²Abweichend von Satz 1 tritt Artikel 1 § 32 am Tag nach der Verkündung dieses Gesetzes in Kraft.

(2) Das Niedersächsische Krankenhausgesetz vom 19. Januar 2012 (Nds. GVBl. S. 2), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. April 2021 (Nds. GVBl. S. 244), tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2022 außer Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Anlass, Ziele und Schwerpunkte des Entwurfs

Das geltende Niedersächsische Krankenhausgesetz (NKHG) wurde durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Oktober 2018 im Hinblick auf die Stärkung des Patientenschutzes und der Patientensicherheit novelliert. Das Niedersächsische Krankenhausgesetz und der aufgrund des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes erlassene Krankenhausplan enthalten bislang aber weiterhin keine Bestimmungen zu Qualitätsanforderungen.

Ziel des Gesetzes ist die Schaffung eines Rechtsrahmens für eine zeitgemäße qualitätsorientierte sektorenübergreifende Gesamtversorgungsplanung. Die Gesamtversorgungsplanung findet ihre Grenzen in den bundesgesetzlichen Regelungen zur Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung. Soweit hier auf Landesebene gleichwohl sektorenübergreifende Ansätze gefunden werden sollen, kann dies derzeit nur im Rahmen einer freiwilligen Beteiligung der Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) erfolgen. Der Gesetzesentwurf dient auch der Umsetzung der Entschließung des Landtages „Qualitativ hochwertige und wohnortnahe Krankenhausversorgung auch in Zukunft sicherstellen - niedersächsische Krankenhauslandschaft weiterentwickeln“ (Drs. 18/9405), welche im Wesentlichen auf den im Abschlussbericht der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (EKmedV) dargestellten Handlungsempfehlungen für die flächendeckende Sicherung und weitere Optimierung der Versorgungsqualität (Drs. 18/8650) basiert. Mit dem Gesetz werden zudem die Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Versorgung umgesetzt, soweit dies im Krankenhausrecht des Landes Niedersachsen möglich ist.

Die neu in das Gesetz aufgenommenen Regelungen zur Krankenhausplanung dienen insbesondere der Umsetzung der Rechtsprechung des Niedersächsischen Oberverwaltungsgerichts zur Krankenhauszielplanung (OVG Lüneburg, Urteil vom 18. Juni 2019 - 13 LC 41/17 -, E-CLI:DE:OVGNI:2019:0618.13LC41.17.00, [nicht rechtskräftig, das BVerwG hat mit Beschluss vom 9. März 2021 - 3 B 33/19 -, ECLI:DE:BVerwG:2021:090321B3B33.19.0 die Revision zugelassen]); gleichzeitig findet die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu Versorgungsstufen (BSG, Urteil vom 9. April 2019 -

B 1 KR 2/18 R -, ECLI:DE:BSG:2019:090419UB1KR218R0) Eingang. Mit dem Gesetz wird auch die Entschließung des Landtages vom 19. November 2019 (Drs. 18/3928) umgesetzt und die Versorgung von demenzkranken Patientinnen und Patienten verbessert. Etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten in Allgemeinkrankenhäusern ist älter als 60 Jahre, etwa 12 Prozent sind von einer Demenzerkrankung betroffen. Ihr Anteil wird in Zukunft voraussichtlich erheblich steigen. Demenzerkrankungen werden vielfach erst während eines Krankenhausaufenthalts bemerkt. Wenn Demenzerkrankte wegen eines anderen Leidens in ein Krankenhaus aufgenommen werden, ist die demenzielle Erkrankung meist nur eine Nebendiagnose. Teilweise werden die Demenzerkrankungen während einer stationären Behandlung gar nicht diagnostiziert oder sind gar nicht bekannt. Für jedes Allgemeinkrankenhaus ist daher zukünftig mindestens eine Demenzbeauftragte oder ein Demenzbeauftragter zu berufen, die oder der sich für die besonderen Belange der demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen einsetzt. Zudem werden Krankenhausträger verpflichtet, bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten, bei denen Anhaltspunkte für eine demenzielle Erkrankung vorliegen, einen Befund erheben zu lassen.

Die Aufsicht des Landes über die Krankenhäuser wird gestärkt. Bislang war es im Rahmen der Krankenhausaufsicht Aufgabe des für Gesundheit zuständigen Ministeriums, lediglich die Einhaltung einzelner Rechtspflichten nach dem Niedersächsischen Krankenhausgesetz durchzusetzen. Nunmehr erfolgt die Weiterentwicklung hin zu einer Aufsicht, deren Ziel es ist, dass die Krankenhäuser ihre Tätigkeit im Rahmen ihres Aufgabenbereiches im Einklang mit den gesetzlichen Vorschriften ausüben. Das Niedersächsische Krankenhausgesetz sah bislang keinerlei Sanktionsmöglichkeiten vor. Zukünftig können Zuwiderhandlungen als Ordnungswidrigkeiten geahndet werden.

II. Wesentliche Ergebnisse der Gesetzesfolgenabschätzung

Mit den vorgesehenen Regelungen können die verfolgten Ziele erreicht werden. Wirksamere Alternativen sind nicht erkennbar.

III. Auswirkungen

Für Menschen mit Behinderungen sind durch die Regelungen in § 27 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 3 Erleichterungen bei einem Krankenhausaufenthalt zu erwarten. Auswirkungen auf die Umwelt, die Landesentwicklung, auf Familien sowie auf die Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern sind nicht zu erwarten.

IV. Kosten und haushaltsmäßige Auswirkungen

Durch die Wahrnehmung der erweiterten Aufgaben der Rechtsaufsicht nach § 28, die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach § 33 sowie die Entgegennahme und Prüfung der Anzeigen und Berichte nach § 29 wird beim Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) ein zusätzlicher Stellenbedarf von 1,0 Stellen nach Besoldungsgruppe A 14 und von 1,0 Stellen nach Besoldungsgruppe A 12 der Niedersächsischen Besoldungsordnung entstehen. Nach den standardisierten Personalkostensätzen und Sachkostenpauschalen ergeben sich daraus für das Land jährliche Kosten in Höhe von rund 224 299 Euro. Sowohl der zusätzliche Stellenbedarf als auch die Mehrkosten werden innerhalb des Einzelplans 05 erwirtschaftet. Durch die Einnahme von Verwaltungsgebühren, Zwangsgeldern, Geldbußen und Verwargeldern stehen diesen Kosten lediglich Einnahmen in verhältnismäßig geringer Höhe gegenüber, welche sich nicht valide beziffern lassen. Beim Ministerium für Wissenschaft und Kultur entsteht durch die Entgegennahme, Sichtung und Bewertung der Anzeigen und Berichte der Hochschulklinken ein Aufwand in gegenwärtig nicht quantifizierbarer Höhe.

Den Kommunen als Träger kommunaler Krankenhäuser bzw. als Gesellschafter von Trägergesellschaften entstehen durch die Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes Kosten in gegenwärtig nicht quantifizierbarer Höhe. Kosten entstehen insbesondere im Zusammenhang mit der Erhebung von Verwaltungsgebühren für gebührenpflichtige Amtshandlungen im Rahmen der Krankenhausaufsicht und mit der Berufung von Demenzbeauftragten. Die Kosten für Demenzbeauftragte entstehen in vergleichbarer Höhe wie Kosten für Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher.

Für den nach § 18 Abs. 3 Satz 2 aufgrund eines übergeordneten Landesinteresses vorgesehenen verpflichtenden Betrieb eines webbasierten Notfallmanagementsystems fallen bei den Krankenhäusern Lizenzgebühren, Wartungs- und Schulungskosten sowie Gebühren für das Hosting an. Diese Kosten werden sich im Jahr 2023 voraussichtlich auf insgesamt ca. 722 000 Euro belaufen. Durch weitere Anschlüsse, hinzukommende Applikationen wie ein MANV-Verfahren und Geo-Routing sowie durch Preissteigerungen werden sich diese Kosten in den folgenden Jahren sukzessive erhöhen. Für das Jahr 2024 werden ca. 800 000 Euro und für das Jahr 2025 ca. 900 000 Euro kalkuliert. Den Trägern von Krankenhäusern entstehen darüber hinaus Kosten im Zusammenhang mit gebührenpflichtigen Amtshandlungen im Rahmen der Krankenhausaufsicht und durch die Erfüllung der Anzeige- und Berichtspflichten. Weitere Kosten entstehen durch die Berufung von Demenzbeauftragten sowie Stellvertreterinnen und Stellvertretern. Die Kosten für ehrenamtlich tätige Demenzbeauftragte sind in der Höhe vergleichbar mit den laufenden Kosten für ehrenamtlich tätige Patientenförsprecherinnen und Patientenförsprecher, die bereits mit Gesetz vom 14. Juli 2015 eingeführt wurden. Durch die Berufung von ehrenamtlichen Patientenförsprecherinnen und Patientenförsprechern sowie von stellvertretenden Patientenförsprecherinnen und stellvertretenden Patientenförsprechern werden die Krankenhäuser mit jährlichen Kosten in Höhe von 5 000 bis 10 000 Euro belastet. Gegenwärtig ist davon auszugehen, dass in Niedersachsen an 116 Allgemeinkrankenhäusern Demenzbeauftragte und Stellvertreterinnen oder Stellvertreter zu berufen sind. Je Krankenhaus ist in Anlehnung an die Kosten für Patientenförsprecherinnen und Patientenförsprecher sowie deren Stellvertreterinnen und Stellvertreter von Kosten in Höhe von bis zu 10 000 Euro jährlich auszugehen. Die Berufung von ehrenamtlichen Demenzbeauftragten und ihren Stellvertreterinnen und Stellvertretern ist somit für die Träger der 116 Allgemeinkrankenhäuser mit einem finanziellen Aufwand in Höhe von insgesamt 1 160 000 Euro verbunden.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes):

Zu § 1 (Errichtung und Unterhaltung von Krankenhäusern, Anwendungsbereich):

Absatz 1 Sätze 1 und 2 des Gesetzentwurfs entspricht § 1 Abs. 1 Sätze 1 und 2 NKHG (alt). Mit Satz 3 wird klargestellt, dass es sich bei der stationären medizinischen Versorgung um Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse handelt. Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse unterliegen den europäischen Binnenmarkt- und Wettbewerbsvorschriften. Abweichungen von diesen Vorschriften sind jedoch möglich, wenn es zum Schutz des Zugangs der Patientinnen und Patienten zu grundlegenden Dienstleistungen erforderlich ist. Das ist bei Leistungen der stationären medizinischen Versorgung der Fall (vgl. Bundesgerichtshof, Urteil vom 24. März 2016 - I ZR 263/14 -, ECLI:DE:BGH:2016:240316UIZR263.14.0, Rdnr. 39 ff.).

Absatz 2 regelt den Anwendungsbereich des Gesetzes und entspricht inhaltlich § 1 Abs. 2 NKHG (alt).

Zu § 2 (Ziele):

Mit der Regelung werden die Ziele des Gesetzes definiert.

Absatz 1 ist inhaltlich an § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes angelehnt und beschreibt die krankenhauspolitische Zielsetzung. Die Regelung macht zugleich deutlich, dass die Qualität der medizinischen Versorgung sowie der Patientenschutz und die Patientensicherheit in den Mittelpunkt gestellt werden. In Satz 3 wird der Grundsatz der Trägervielfalt hervorgehoben. Mit der Aufnahme der Berücksichtigung der Bedürfnisse von demenziell Erkrankten greift der Gesetzesentwurf die zunehmenden Folgen des demografischen Wandels auf. Dieser wird in Zukunft eine erhöhte Zahl von betagten Patientinnen und Patienten verursachen. Auf deren besondere Einschränkungen soll im Klinikalltag reagiert werden.

In Absatz 2 wird die modellhafte Erprobung der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) geregelt, die Versorgungslücken insbesondere im ländlichen Raum schließen, die beispielsweise durch die Schließung von Krankenhausstandorten entstehen können. Eine Arbeitsgruppe der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ hatte den Auftrag, ein

Modell für Regionale Gesundheitszentren in Niedersachsen inhaltlich zu definieren. Im Abschlussbericht der EKMedV wird das Konzept „Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsen“ dargestellt (Drs. 18/8650). Mit dem Regionalen Gesundheitszentrum Niedersachsen wird eine alternative Versorgungsform bereitgestellt, die als zentrale Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten insbesondere dort zur Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung beiträgt, wo ambulante Angebote und/oder Krankenhausstandorte fehlen.

In Absatz 3 wird bestimmt, dass die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander, mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie den Regionalen Gesundheitszentren als ein wesentliches Qualitätskriterium der Gesamtversorgung gefördert werden soll. Durch eine verstärkte Zusammenarbeit aller Akteure wird eine sektorenübergreifende reibungslose Behandlung der Patientinnen und Patienten einschließlich des gegebenenfalls erforderlichen Übergangs in nachsorgende Einrichtungen (Rehabilitation, Pflege) sichergestellt, wie sie ein funktionierendes Behandlungs- und Entlassungsmanagement voraussetzt.

In Absatz 4 wird das Ziel bestimmt, dass auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten im Gesundheitswesen gewährleistet werden muss. Als Folge der hochentwickelten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und der medizintechnischen Möglichkeiten erbringen die Krankenhäuser komplexe Versorgungsleistungen. Dies erfordert die ständige Aus-, Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals. Das Fortbildungsangebot soll auch die besonderen Belange und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen bei Krankenhausaufenthalten berücksichtigen.

Zu § 3 (Begriffsbestimmungen):

§ 3 enthält Begriffsbestimmungen, um eine einheitliche Auslegung der Begriffe zu gewährleisten und zur Vermeidung von Wiederholungen im Gesetzestext. Des Weiteren dient diese Vorschrift zur Erläuterung von Rechtsbegriffen, die für das Verständnis der nachfolgenden Vorschriften und zur Anwendung dieses Gesetzes erforderlich sind.

Zu Nummer 1:

Die Definition des Krankenhauses entspricht im Wesentlichen dem Krankenhausbegriff des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Nicht zu den Krankenhäusern im Sinne des Gesetzes zählen diejenigen Einrichtungen, auf die das Krankenhausfinanzierungsgesetz nach dessen § 3 keine Anwendung findet. Es wird darüber hinaus ausdrücklich klargestellt, dass Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen in Krankenhäusern für Personen, die im Maßregelvollzug aufgrund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind, keine Krankenhäuser im Sinne des Gesetzes sind. Die Ausnahme der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vom Anwendungsbereich des Gesetzes entspricht der Regelung nach § 1 Abs. 2 NKHG (alt). Die weitere Ausnahme der Einrichtungen des Maßregelvollzugs bildet eine redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 2:

Der Begriff des Plankrankenhauses entspricht der Definition gemäß § 108 Nr. 2 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V).

Zu den Nummern 3 und 4:

Die eindeutige Abgrenzung des Allgemeinkrankenhauses vom Fachkrankenhaus ist für die weiteren Regelungen dieses Gesetzes von Bedeutung. Das Allgemeinkrankenhaus verfügt über Betten in verschiedenen Fachabteilungen und nimmt nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten mit bestimmten Krankheiten, Verletzungen, Leiden oder Patientinnen und Patienten bestimmter Altersgruppen (z. B. Geriatrie, Pädiatrie) stationär auf. Das Fachkrankenhaus nimmt als Spezialversorger im Gegensatz zum Allgemeinkrankenhaus nur bestimmte Patientinnen und Patienten auf.

Zu Nummer 5:

In der Vergangenheit gab es unterschiedliche Auffassungen über die Frage, wer Krankenhausträger sein kann. Es wird klargestellt, dass natürliche Personen, juristische Personen, Personengesellschaften, rechtsfähige Vereine und rechtsfähige Stiftungen ein Krankenhaus betreiben können. Der Zusatz

„im eigenen Namen und auf eigene Rechnung“ grenzt die Krankenhausträgereigenschaft von im Krankenhausbereich üblichen Betriebsführungsmodellen ab.

Zu Nummer 6:

Es wird klargestellt, dass ein Trägerwechsel immer dann vorliegt, wenn die Betreiberin oder der Betreiber des Krankenhauses gemäß Nummer 3 wechselt, und zwar auch dann, wenn eine Umwandlung im Sinne des § 1 Abs. 1 des Umwandlungsgesetzes erfolgt.

Zu Nummer 7:

Die Definition der Fachabteilung erfolgt in Anlehnung an den Fachabteilungsbegriff der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136 c Abs. 4 SGB V in der Fassung vom 19. April 2018, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, und auch an den Fachabteilungsbegriff der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), dort Anlage 3 „Leistungs- und Kalkulationsaufstellung“, unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zur Erfüllung des Versorgungsauftrags durch Einsatz von Ärztinnen und Ärzten eines anderen Krankenhauses (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 26. Februar 2020 - BVerwG 3 C 14.18 -, ECLI:DE:BVerwG:2020:260220U3C14.18.0). Die Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung richtet sich nach den Bestimmungen der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern.

Zu den Nummern 8 und 9:

Die Definitionen des Pflegebereichs und des Bettenzimmers dienen der Abgrenzbarkeit von Bereichen innerhalb eines Krankenhauses und sind insbesondere für die Regelungen zur Förderung von Investitionskosten nach dem Dritten Teil von Bedeutung.

Zu Nummer 10:

Der Begriff der Versorgungsstufe wird definiert. Jedes Krankenhaus wird nach § 5 Abs. 3 Satz 3 einer Versorgungsstufe zugeordnet. Das Nähere zu den Versorgungsstufen wird in der Verordnung aufgrund von § 32 Nr. 1 bestimmt.

Zu Nummer 11:

Als Versorgungsregionen werden die Gebiete definiert, die die administrativen Bezirke der Landkreise und kreisfreien Städte umfassen, die die Krankenhausversorgung als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises sicherzustellen haben. Entsprechend der Handlungsempfehlung der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (Drs. 18/8650, Beschluss 3 Nr. 6, S. 251) werden kleinräumige, sinnvolle Versorgungsregionen geschaffen. Das Nähere wird in der Verordnung aufgrund des § 32 Nr. 9 bestimmt.

Zu Nummer 12:

Der Begriff des regionalen Gesundheitszentrums und wesentliche Mindestanforderungen für diese werden definiert. Definition und Mindestanforderungen erfolgen in Anlehnung an das von der Arbeitsgruppe „Regionales Gesundheitszentrum“ der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ erarbeitete und im Abschlussbericht dargestellte Konzept „Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsen“ (Drs. 18/8650, S. 152).

Zu § 4 (Mitwirkung der Beteiligten):

Die bisherige Mitwirkungsregelung des § 3 NKHG (alt) wird im Wesentlichen übernommen.

In Satz 2 wird die Regelung um das für die Landesplanung und Raumordnung zuständige Ministerium, das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium, das für die baufachliche Prüfung im Rahmen der Krankenhausinvestitionsförderung zuständige Niedersächsische Landesamt für Bau und Liegenschaften (NLBL), die Landespatientenschutzbeauftragte oder den Landespatientenschutzbeauftragten sowie den Niedersächsischen Pflegerat als Mitglieder des Planungsausschusses mit beratender Stimme ergänzt. Damit wird sichergestellt, dass der Patientenschutz und die Patientensicherheit sowie die Belange der Raumordnung und des Rettungsdienstes im Rahmen der Beratungen

des Planungsausschusses berücksichtigt werden. Durch die Aufnahme des NLBL mit beratender Stimme ist sichergestellt, dass in den Sitzungen des Planungsausschusses auch fachliche Detailfragen beraten werden können. Um die Beteiligung der Pflegenden sicherzustellen, wird der Niedersächsische Pflegeerrat (NPR) neu aufgenommen. Der NPR ist als Landesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufsorganisationen Ansprechpartner für alle Belange des Pflegewesens in Niedersachsen. Ferner wird die Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der Mitglieder mit beratender Stimme auf je eins festgelegt. In Satz 5 wird klargestellt, dass der Planungsausschuss nicht öffentlich tagt sowie, dass Entscheidungen außerhalb von Sitzungen auch mittels Umlaufbeschluss erfolgen können, was bisher bereits in der Geschäftsordnung des Planungsausschusses als Möglichkeit in Einzelfällen bestimmt war. Satz 6 enthält Regelungen zur Verschwiegenheitspflicht der Vertreterinnen und Vertreter über die ihnen im Rahmen der Beratungen und der Sitzungsvorbereitung bekannt gewordenen Geheimnisse. Damit wird sichergestellt, dass die berechtigten Belange der Krankenträger auf Geheimhaltung ihrer betrieblichen Daten geschützt werden. In Satz 7 erfolgt eine Ergänzung zur Geschäftsordnung des Planungsausschusses und deren Mindestinhalten. Nach Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen wurde diese mit Gesetz zur Umsetzung der Auflösung der Pflegekammer vom 28. April 2021 in § 3 Abs. 2 Nr. 8 NKHG (alt) gestrichen. In Satz 8 wird geregelt, dass die Sitzungen des Planungsausschusses für einzelne oder alle Vertreterinnen und Vertreter mit Videokonferenztechnik durchgeführt werden können. Seit Beginn der Corona-Pandemie wurden sämtliche Sitzungen vollständig digital durchgeführt. Diese Praxis hat sich bewährt. Die Möglichkeit der Teilnahme mit Videokonferenztechnik wird nunmehr gesetzlich geregelt.

In Absatz 2 sind im Vergleich zu § 3 Abs. 2 NKHG (alt) Änderungen erforderlich. Nach Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen mit dem Gesetz zur Umsetzung der Auflösung der Pflegekammer vom 28. April 2021 wird die bisherige Nummer 8 gestrichen. Die Beteiligung der Pflegenden wird durch Aufnahme des NPR als Mitglied des Planungsausschusses mit beratender Stimme sichergestellt.

In Absatz 3 wurden die Sätze 2 und 3 hinzugefügt. Der Bundesgesetzgeber hat den Ländern mit § 7 Abs. 2 KHG die Möglichkeit eröffnet, das Nähere zur Mitwirkung der unmittelbar Beteiligten durch Landesrecht zu bestimmen. Sätze 2 und 3 regeln deshalb das Nähere zur Herbeiführung des Einvernehmens. Der Bundesgesetzgeber hat den Ländern mit § 7 Abs. 2 KHG die Möglichkeit eröffnet, das Nähere zur Mitwirkung der unmittelbar Beteiligten durch Landesrecht zu bestimmen. Das Anstreben einvernehmlicher Regelungen setzt eine eingehende Erörterung mit allen unmittelbar Beteiligten voraus. Die Regelung dient außerdem der Klarstellung, dass und wann das für Gesundheit zuständige Ministerium letztverantwortlich über die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans und die Aufstellung des Investitionsprogramms entscheidet.

Zu § 5 (Krankenhausplan):

Der Krankenhausplan des Landes Niedersachsen ist das wichtigste Steuerungsinstrument zur Erreichung der in § 2 dieses Gesetzes genannten Ziele. Er schafft die Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Versorgung der niedersächsischen Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern. Entsprechend den bundesgesetzlichen Vorgaben stellt das für Gesundheit zuständige Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung als Planungsbehörde den Krankenhausplan auf.

Krankenhausplanung ist ein dynamischer Prozess und kein statischer Zustand. Die Überprüfung des Krankenhausplans auf der Grundlage der Entwicklung der Bedarfsdeterminanten und die Fortschreibung des Krankenhausplans sind somit wesentliche Bestandteile der Krankenhausplanung. In Satz 4 wird klargestellt, dass nicht nur der Krankenhausplan, sondern auch die Fortschreibung des Krankenhausplans im Niedersächsischen Ministerialblatt und daneben auf der Internetseite des für Gesundheit zuständigen Ministeriums zu veröffentlichen sind. Im Übrigen entspricht Absatz 1 dem bisherigen § 4 Abs. 1.

In Absatz 2 wird die Regelung des § 6 Abs. 1 a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes übernommen und damit ausdrücklich klargestellt, dass die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Bestandteil des Krankenhausplanes des Landes Niedersachsen sind. Zur Umsetzung der Entschließung des Landtages „Qualitativ hochwertige und wohnortnahe Krankenhausversorgung auch in Zukunft sicherstellen - niedersächsische Krankenhauslandschaft weiterentwickeln“ (Drs. 18/9405, Nr. 1 a) werden in Satz 3 zusätzlich zu berücksichtigende prospektive Planungskriterien eingefügt. Zu diesen Kriterien gehören neben den

Fallzahlentwicklungen und Inzidenzen sowie der Entwicklung der Verweildauer auch die Potenziale des ambulanten Sektors und die zukünftig weiter an Bedeutung gewinnenden sektorenübergreifenden Versorgungsangebote wie die Regionalen Gesundheitszentren. Im Übrigen entspricht Absatz 2 dem bisherigen § 4 Abs. 2.

Absatz 3 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 4 Abs. 3. In Satz 2 wird zusätzlich die Anzahl der Versorgungsregionen auf acht bestimmt. Diese Bestimmung dient der Umsetzung der Entschließung des Landtages „Qualitativ hochwertige und wohnortnahe Krankenhausversorgung auch in Zukunft sicherstellen - niedersächsische Krankenhauslandschaft weiterentwickeln“ (Drs. 18/9405, Nr. 1 b). Neu aufgenommen wird außerdem Satz 3. Danach wird jedes Allgemeinkrankenhaus einer Versorgungsstufe zugeordnet. Mit der Regelung erfolgt eine Umsetzung der Empfehlung der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (Drs. 18/8650, Beschluss 3. Nr. 7, S. 253) und der Entschließung des Landtages „Qualitativ hochwertige und wohnortnahe Krankenhausversorgung auch in Zukunft sicherstellen - niedersächsische Krankenhauslandschaft weiterentwickeln“ (Drs. 18/9405, Nr. 1 c). Unterschieden werden drei konkrete Versorgungsstufen (Grund- und Regelversorgung sowie Fachkrankenhäuser, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung). Das Nähere zu den Versorgungsregionen und den Versorgungsstufen wird in der Verordnung aufgrund des § 32 Abs. 2 Nr. 1 bestimmt.

Absätze 4 und 5 entsprechen § 4 Abs. 4 und 5 NKHG (alt).

Absatz 6 Satz 1 entspricht im Wesentlichen § 4 Abs. 6 NKHG (alt.) Dort wurde lediglich das Wort jährlich gestrichen. Damit wird der Krankenhausplanungsbehörde die nötige Flexibilität gegeben, abweichend von einer regelmäßigen jährlichen Fortschreibung notwendige Anpassungen vorzunehmen.

In Absatz 7 wird geregelt, dass die Planungsbehörde zur Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans Sachverständige hinzuziehen kann. Damit ist sichergestellt, dass sich das Land auch externen Sachverständigen bedienen kann, soweit dies für bestimmte Fragestellungen für erforderlich gehalten wird. Die Regelung dient der Umsetzung der Handlungsempfehlung der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (Drs. 18/8650, Beschluss 3 g, S. 249).

In Absatz 8 wird geregelt, dass Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, im Rahmen von Auswahlverfahren vorrangig zu berücksichtigen sind. Das trägt dem grundsätzlichen Ziel der Krankenhausplanung des Landes Niedersachsen Rechnung, wonach eine flächendeckende wohnortnahe Notfallversorgung sichergestellt werden soll.

Zu § 6 (Aufnahme in den Krankenhausplan):

In § 6 werden Verfahren und Form der Aufnahme in den Krankenhausplan durch Feststellungsbescheid geregelt.

In Absatz 1 Satz 1 wird klargestellt, dass die Aufnahme in den Krankenhausplan nur auf Antrag des Krankenhausträgers durch schriftlichen oder elektronischen Bescheid erfolgt. Mit den Sätzen 2 und 3 wird geregelt, welche Anforderungen ein Krankenhaus erfüllen muss, um in den Krankenhausplan aufgenommen zu werden. Diese Anforderungen berücksichtigen die gefestigte Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, des Bundesverwaltungsgerichts und des Niedersächsischen Oberverwaltungsgerichts zur Krankenhausplanung (BVerfG: Beschluss vom 12. Juni 1990 - 1 BvR 355/88 -, BVerfGE 82, 209; Beschluss vom 4. März 2004 - 1 BvR 88/00 -, KRS 04.004; BVerwG: Urteil vom 16. Januar 1986 - 3 C 37.83 -, NJW 1986, 1561; Urteil vom 18. Dezember 1986 - 3 C 67.85 -, NJW 1987, 2318; Urteil vom 25. März 1993 - 3 C 69.90 -, NJW 1993, 3008; zuletzt Urteil vom 26. Februar 2020 - BVerwG 3 C 14.18 -, a.a.O.; OVG Lüneburg: Urteil vom 3. Februar 2011 - 13 LC 125/08 -, ECLI:DE:OVGNI:2011:0302.13LC125.08.0A). Demnach muss ein Krankenhaus bedarfsgerecht und leistungsfähig sein und kostengünstig/wirtschaftlich arbeiten. Bedarfsgerecht ist ein Krankenhaus, wenn es nach seinen objektiven Gegebenheiten in der Lage ist, einem vorhandenen Bedarf gerecht zu werden. Das ist nicht nur dann der Fall, wenn die von dem Krankenhaus angebotenen Betten zusätzlich notwendig sind, um den in seinem Einzugsbereich aktuell vorhandenen Bettenbedarf zu

decken, sondern auch dann, wenn ein Krankenhaus neben oder anstelle eines anderen Krankenhauses, das bereits in den Krankenhausplan aufgenommen ist, geeignet wäre, den fiktiv vorhandenen Bedarf zu decken. Leistungsfähig ist ein Krankenhaus, wenn sein Angebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind. Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses hängt danach von der Zahl, der Bedeutung und dem Umfang der Fachabteilungen verschiedener Fachrichtungen, der Zahl der hauptberuflich angestellten und weiteren angestellten oder zugelassenen Fachärztinnen und Fachärzte in den einzelnen Fachabteilungen und dem Verhältnis dieser Zahl zur Bettenzahl sowie dem Vorhandensein der erforderlichen räumlichen und medizinisch-technischen Einrichtungen ab. Dazu muss der die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan begehrende Krankenhausträger nachweisen, dass das Krankenhaus die Gewähr für die Dauerhaftigkeit der zu erbringenden angebotenen ärztlichen und pflegerischen Leistungen bietet. Die Kostengünstigkeit/Wirtschaftlichkeit schließlich bildet ein reines Vergleichsmerkmal; unter den Bedingungen des diagnose-orientierten Vergütungssystems, in dem für die gleichen Leistungen die gleichen Entgelte anfallen, begreift es sich im Sinne einer relativen Kostengünstigkeit.

Absatz 2 Satz 1 regelt die Mindestinhalte des Bescheides nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG, mit dem die Aufnahme in den Krankenhausplan festgestellt wird. Satz 2 regelt die Mindestinhalte in Bezug auf Ausbildungsstätten.

Absatz 3 regelt, dass und unter welchen Voraussetzungen der Bescheid mit Nebenbestimmungen im Sinne des § 1 Abs. 1 des Niedersächsischen Verwaltungsverfahrensgesetzes i. V. m. § 36 des Verwaltungsverfahrensgesetzes, insbesondere mit Auflagen, versehen werden kann. Diese Regelung entspricht materiell-rechtlich § 4 Abs. 7 NKHG (alt), der mit Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Juli 2020 (Nds. GVBl. S. 244) eingefügt worden ist.

Absatz 4 entspricht materiell-rechtlich § 4 Abs. 7 Satz 3 NKHG (alt).

In Absatz 5 ist geregelt, dass die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage eines Dritten gegen einen Feststellungsbescheid keine aufschiebende Wirkung entfaltet. Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. Urteil vom 25. September 2008 - BVerwG 3 C 35.07 -, BVerwGE 132, 64, Rdnr. 22) ist dann, wenn mehrere Krankenhausträger um die Aufnahme ihrer Krankenhäuser in den Krankenhausplan konkurrieren, für den unterlegenen Bewerber gegen den zugunsten des Mitbewerbers ergehenden Feststellungsbescheid über die Planaufnahme die Anfechtungsklage nach § 42 Alt. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) eröffnet. Die (Dritt-)Anfechtungsklage hat nach § 80 Abs. 1 VwGO aufschiebende Wirkung; diese entfällt nur u. a. in durch Bundesgesetz oder für Landesrecht durch Landesgesetz vorgeschriebenen Fällen (Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 der Vorschrift). Dieser Ausnahmetatbestand greift Platz. Zwar ist die Krankenhausplanung im bundesrechtlichen Krankenhausfinanzierungsgesetz und gemäß dessen § 6 Abs. 4, wonach das Nähere zur Krankenhausplanung durch Landesrecht bestimmt wird, im Niedersächsischen Krankenhausgesetz geregelt; der Feststellungsbescheid, bei dem der Sofortvollzug angeordnet wird, gründet auf Landesrecht. Die Anordnung des Sofortvollzugs durch Gesetz sorgt dafür, dass im dringenden Interesse des Landes liegende, notwendige krankenhauserplanerische Maßnahmen zeitnah umgesetzt werden können. Gleichzeitig wird für den Krankenhausträger Rechtssicherheit geschaffen, dessen Krankenhaus mit Feststellungsbescheid in den Krankenhausplan aufgenommen wurde. Bislang konnte die Planaufnahme bis zum Vorliegen einer bestandskräftigen Verwaltungsentscheidung nur dann vollzogen werden, wenn die sofortige Vollziehung nach § 80 a Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 80 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 VwGO angeordnet wurde. Die Rechtsschutzmöglichkeit der oder des Dritten bleibt gewahrt, weil sie oder er nach § 80 a Abs. 3 VwGO i. V. m. § 80 Abs. 3 Satz 2 VwGO bei dem Gericht der Hauptsache einen Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung stellen kann.

Zu § 7 (Ausscheiden aus dem Krankenhausplan):

In § 7 werden die Voraussetzungen für das Ausscheiden eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan geregelt und die Handlungsempfehlung der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (Drs. 18/8650, Beschluss 3 Nr. 2, S. 248) umgesetzt.

Absatz 1 bestimmt, dass die Herausnahme aus dem Krankenhausplan festzustellen ist, wenn die Voraussetzungen für die Planaufnahme nach § 6 Abs. 1 Satz 2 nachträglich entfallen sind, das Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag nicht nur vorübergehend nicht erfüllt oder der Betrieb seit mehr als drei Monaten eingestellt wurde.

In Absatz 2 wird aus rechtssystematischen Gründen, nämlich wegen des Sachzusammenhangs, die Regelung zur Rechtsfolge des Trägerwechsels nach § 12 Satz 1 NKHG (alt) übernommen.

In Absatz 3 wird klargestellt, dass das Ausscheiden aus dem Krankenhausplan durch Bescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG festgestellt wird, und zwar auch im Falle des Ausscheidens wegen Trägerwechsels nach Absatz 2. Angesichts eines Meinungsstreits in Rechtsprechung und Literatur zur maßgeblichen Rechtsgrundlage ist die Klarstellung geboten.

Zu § 8 (Aufbringung der Fördermittel):

Die bisherigen Regelungen zur Aufbringung der Finanzierungsmittel nach § 2 NKHG (alt) werden übernommen.

Zu § 9 (Investitionsprogramm):

Die bisherigen Regelungen zum Investitionsprogramm nach § 5 NKHG (alt) werden übernommen.

Zu § 10 (Einzelförderung):

In Absatz 3 wird geregelt, dass eine Förderung der Errichtung von Pflegebereichen nur erfolgt, wenn in den Bettenzimmern dieses Pflegebereichs nicht mehr als zwei Betten pro Zimmer aufgestellt werden. Damit erfolgt eine Anpassung des Rechts an die ohnehin bereits etablierte bauliche Praxis. Bettenzimmer mit mehr als zwei Betten sind nicht mehr zeitgemäß. Grundsätzlich soll eine Förderung von Umbaumaßnahmen von Pflegebereichen im Bestand auch nur unter der Voraussetzung erfolgen, dass in Bettenzimmern nicht mehr als zwei Betten aufgestellt werden. Allerdings ist nicht in allen bestehenden Gebäuden eine Umsetzung möglich. Daher sollen bei Umbaumaßnahmen ausnahmsweise auch Bettenzimmer mit mehr als zwei Betten gefördert werden können, wenn aus baulichen Gründen nicht ausschließlich Bettenzimmer mit maximal zwei Betten errichtet werden können oder bei Bestandsbauten durch Umbau auf Zweibettzimmer unwirtschaftliche Pflegebereiche entstehen. Satz 3 dient der Umsetzung der Handlungsempfehlungen der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (Drs. 18/8650, Beschluss 3 Nr. 4, S. 251). Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass nicht in allen Krankenhäusern in ausreichendem Maße Isolationsmöglichkeiten für infektiöse Patientinnen und Patienten vorhanden sind. Bei Neu- und Umbaumaßnahmen sollen Möglichkeiten zur Trennung der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden.

Im Übrigen entspricht § 10 im Wesentlichen § 6 NKHG (alt).

Zu § 11 (Pauschale Förderung):

Die Regelungen zur pauschalen Förderung des § 7 NKHG (alt) werden im Wesentlichen übernommen.

Absatz 2 Nr. 1 wird um eine Regelung ergänzt, wonach im Fall der Bewilligung von Fördermitteln für eine Maßnahme nach § 9 Abs. 1 KHG der Ausgangsbetrag der Grundpauschale für die Dauer eines begrenzten Zeitraums um einen bestimmten Betrag abgesenkt werden kann. Diese Absenkung rechtfertigt sich daraus, dass erfahrungsgemäß bei nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG geförderten, neu errichteten Gebäuden über mehrere Jahre hinweg kleine bauliche Maßnahmen im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 nicht erforderlich werden; außerdem fällt, weil eine solche Förderung auch die Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern umfasst, der Werteverzehr bei den kurzfristigen Anlagegütern im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 mehrjährig geringer aus. Im Übrigen verringert sich der Anteil regelmäßig wieder zu beschaffender Anlagegüter durch die in der Förderung enthaltenen Anlagegüter.

Die Verordnungsermächtigung des § 7 Abs. 3 NKHG (alt) wird aus rechtssystematischen Gründen in § 32 (neu) übernommen.

Zu § 12 (Förderung bei Schließung oder Umwandlung eines Krankenhauses):

Die Regelungen der Schließungsförderung des § 8 NKHG (alt) werden im Wesentlichen übernommen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass neben der Schließungsförderung auch die Umwandlung eines Krankenhauses in eine andere Einrichtung gefördert werden kann. Damit erfolgt zudem eine Umsetzung der Handlungsempfehlung der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (Drs. 18/8650, Beschluss 3, Nr. 1 d, S. 247).

In Absatz 1 wird ausdrücklich klargestellt, dass auch die teilweise Schließung eines Krankenhauses, beispielsweise einzelner Abteilungen, gefördert werden kann. Ferner wird klargestellt, dass die Förderung nur auf Antrag des Krankenhausträgers erfolgt.

Absatz 1 Satz 2 (alt) wird aus rechtssystematischen Gründen in Absatz 2 übernommen. Die Aufzählung derjenigen Kosten, die typischerweise bei der Schließung eines Krankenhauses anfallen, wird in Absatz 2 neu geordnet. Zusätzlich zur bisherigen Regelung werden die Kosten für einen Sozialplan ausdrücklich aufgenommen. In Nummer 4 wird die Förderung zur Umwandlung in eine Einrichtung auch auf medizinische Aufgaben ausgeweitet. Bisher war nur die Umwandlung in eine Einrichtung für andere soziale Aufgaben möglich. Andere medizinische und soziale Aufgaben werden durch eine nicht abschließende Aufzählung konkretisiert. Ausdrücklich aufgenommen werden auch Investitionen zur Umwandlung des Krankenhauses in ein regionales Gesundheitszentrum. Diese dienen insbesondere zur Schließung von Versorgungslücken, die durch die Schließung eines Krankenhauses entstehen können.

In Absatz 3 wird klargestellt, dass eine Förderung nur erfolgen kann, soweit hierfür die erforderlichen Haushaltsmittel zur Verfügung stehen.

In Absatz 4 wird ausdrücklich bestimmt, dass die Förderung pauschaliert erfolgt und sich am Umfang der Planbettenreduzierung orientiert. Der Betrag je Planbett bemisst sich nach den durchschnittlichen Kosten, wie sie erfahrungsgemäß bei einer Schließung anfallen; er wird in der Verordnung aufgrund des § 32 Nr. 9 festgelegt.

Zu § 13 (Ausgleich für Eigenmittel):

Die Regelungen zum Eigenmittelausgleich nach § 8 Abs. 2 NKHG (alt) werden im Wesentlichen übernommen.

Der Eigenmittelausgleich dient dazu, Nachteile auszugleichen, welche ein Krankenhausträger dadurch erleidet, dass er vor Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beziehungsweise dann, wenn die Aufnahme seines Krankenhauses in den Krankenhausplan zeitlich nach dem 1. Januar 1972 lag, vor der Planaufnahme grundsätzlich förderungsfähige Investitionen mit eigenen Mitteln getätigt hat, und er diese während der Zeit, die das Krankenhaus in den Plan aufgenommen ist, nicht über die Pflegesätze generieren kann. Entsprechendes gilt bei Investitionen, die ein Krankenhausträger nach der Planaufnahme seines Krankenhauses mit Zustimmung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums aus eigenen Mitteln getätigt hat. Absatz 1 Satz 3 enthält eine Definition der Eigenmittel, für die ein Ausgleichsanspruch in Betracht kommt, dass nämlich als Eigenmittel nur solche finanziellen Mittel anzusehen sind, über die der Krankenhausträger ohne Einschränkung nach Belieben frei verfügen kann (vgl. OVG Lüneburg, Urteil vom 14. November 2018 - 13 LC 189/15 -, ECLI:DE:OVGNI:2018:1114.13LC189.15.00, Rdnr. 83). Um in den Fällen, in denen zur Finanzierung einer Investition bereits einmal öffentliche Mittel eingesetzt wurden, eine Doppelfinanzierung aus öffentlichen Mitteln stets auszuschließen, wird die bisherige Ermessensvorschrift des § 8 Abs. 2 Satz 3 NKHG (alt) durch Satz 4 ersetzt.

Die darüber hinaus in Absatz 2 aufgenommene Regelung, nach der ein Anspruch auf Eigenmittelausgleich entfällt, wenn dem Krankenhausträger eine Ersatzinvestition nach § 9 KHG bewilligt wurde, soll ebenfalls eine Doppelfinanzierung ausschließen.

Mit Absatz 3 Satz 1 wird der Krankenhausträger verpflichtet, die für die Beurteilung des Ausgleichsanspruchs erforderlichen Nachweise vorzulegen. Nach Satz 2 ist eine Pauschalierung zulässig, wenn eine Ermittlung des Ausgleichsbetrages mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden wäre.

Zu § 14 (Zweckbindung der Förderung, Nebenbestimmungen):

Die bisherigen Regelungen zur Zweckbindung der Förderung und zu den Nebenbestimmungen nach § 9 NKHG (alt) werden übernommen.

Zu § 15 (Überwachung der Verwendung der Fördermittel):

Die bisherigen Regelungen zur Überwachung der Fördermittel nach § 10 NKHG (alt) werden übernommen.

Zu § 16 (Widerruf von Förderbescheiden):

§ 16 entspricht § 11 NKHG (alt).

Zu § 17 (Folgen des Trägerwechsels):

§ 17 entspricht im Wesentlichen § 12 NKHG (alt). § 12 Abs. 1 Satz 1 NKHG (alt) wird aus rechtssystematischen Gründen in § 7 Abs. 2 (neu) übernommen. Die Regelung will, wie bereits § 12 NKHG (alt), eine Kontinuität in der Fördermittelbewilligung gewährleisten.

Zu § 18 (Notfallversorgung):

In den Absätzen 1 und 2 werden materiell-rechtlich die Regelungen zur Notfallversorgung nach § 13 NKHG (alt) übernommen.

In Absatz 3 Satz 1 wird geregelt, dass die Behandlung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten vorrangig vor nicht dringend medizinisch notwendigen Behandlungen und Eingriffen zu erfolgen hat. Diese Festsetzung erfolgt mit dem Ziel, dass die Aufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten nicht mit dem Hinweis auf fehlende Kapazitäten wegen vorhandener oder geplanter bzw. zugesagter nicht dringend notwendiger medizinischer Behandlungen erfolgt. In der Konsequenz verfolgt die Regelung eine gerechte Verteilung von Notfallpatientinnen und -patienten nach der Dringlichkeit der notwendigen Behandlung und dient der Vermeidung eines Notfallpatiententourismus, der mit verlängerten Fahrzeiten der Rettungswagen die Gesundheit der transportierten Notfallpatientinnen und -patienten gefährdet. Satz 2 regelt die Zuweisung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten durch den Rettungsdienst an das Krankenhaus über ein einheitliches digitalisiertes Verfahren. Damit wird sichergestellt, dass Notfallpatientinnen und Notfallpatienten jederzeit schnellstmöglich die bestmögliche Behandlung erhalten können. Das für Gesundheit zuständige Ministerium legt das zu verwendende Verfahren verbindlich fest, das Behandlungs- und Bettenkapazitäten der Notfallkrankenhäuser anzeigt. Satz 3 regelt die Möglichkeit für Notfallkrankenhäuser, in diesem Verfahren eine vorübergehende Abmeldung von der Notfallversorgung vorzunehmen, wenn aufgrund von Versorgungsengpässen eine Aufnahme weiterer Notfallpatientinnen und Notfallpatienten vorübergehend nicht möglich ist. Satz 4 regelt die Verpflichtung, Notfallpatientinnen und Notfallpatienten bei Gefahr für Leib und Leben zu behandeln. Die Entscheidung, ob eine Gefahr für Leib und Leben besteht, obliegt dem Rettungsdienst.

Zu § 19 (Alarm- und Einsatzplan, Notfallplan):

Im Wesentlichen werden die Regelungen zur Alarm- und Einsatzplanung des § 14 NKHG (alt) übernommen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Alarm- und Einsatzplanung nur für Allgemeinkrankenhäuser gilt, die an der Notfallversorgung teilnehmen. Fachkrankenhäuser beispielsweise für Psychiatrie oder Psychosomatik, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, sind auch nicht zur Alarm- und Einsatzplanung verpflichtet. Neu aufgenommen wird die Verpflichtung, den Alarm- und Einsatzplan regelmäßig jährlich bis zum 31. März fortzuschreiben. Bislang war eine Pflicht zur Aktualisierung gesetzlich nicht vorgeschrieben. Eine Fortschreibung ist erforderlich, um die Alarm- und Einsatzplanung an veränderte Verhältnisse beispielsweise bei der Anzahl an Betten oder der Ausstattung des Krankenhauses anzupassen. In Satz 3 werden zudem die kommunalen Träger des Rettungsdienstes nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes ergänzt. Damit wird sichergestellt, dass auch der örtlich zuständige Rettungsdienst über den aktuellen Stand der Alarm- und Einsatzplanung informiert ist. In Satz 5 wird zudem geregelt, dass Krankenhäuser auch an den Übungen des Rettungsdienstes zur Bewältigung von Großschadensereignissen teilnehmen sollen. Damit wird eine Vorbereitung auch auf Ereignisse mit einem Massenansturm von Verletzten gewährleistet.

Zu § 20 (Fehlermeldesystem):

§ 20 entspricht im Wesentlichen § 15 NKHG (alt).

Dem Absatz 1 wurde ein neuer Satz 5 angefügt. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass der Krankenhausträger alle im Krankenhaus tätigen Beschäftigten über die Erreichbarkeit des Fehlermeldesystems informiert. Durch ihre Komplexität sind Krankenhäuser in besonderem Maße gefordert, Fehlerquellen und kritische Situationen zu analysieren, zu beseitigen und zu deren Vermeidung entsprechende Präventionsmaßnahmen durchzuführen. Trotz der sehr hohen Behandlungsqualität in deutschen Krankenhäusern gibt es im Klinikalltag stetigen Optimierungsbedarf, der auf eine „gelebte“ Sicherheitskultur abzielt. Dazu gehört z. B. das Lernen aus kritischen Ereignissen, die beispielsweise im (verpflichtenden) einrichtungsinternen Fehlermeldesystem gemeldet werden. Dies muss in einer Organisation systematisch geplant und von der Führungsebene aktiv und sichtbar unterstützt werden. Die Nachhaltigkeit der Nutzung von Fehlermeldesystemen gelingt nur, wenn das Lernen in die übergreifende Qualitätsmanagementstrategie verbindlich eingebettet ist.

In Absatz 2 wurde dem Satz 3 ein Halbsatz angefügt, mit dem klargestellt wird, dass das für Gesundheit zuständige Ministerium auch eine Erörterung von Meldungen verlangen kann, die es von Dritten erhalten hat.

Zu § 21 (Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher):

Die Norm ist aus rechtssystematischen und -dogmatischen Erwägungen neu gefasst worden. So sind beispielsweise Regelungsgehalte, die sich aus höherrangigem Recht wie dem Rechtsdienstleistungsgesetz ergeben und damit rein deklaratorischer Natur waren, im Sinne der Normensparsamkeit gestrichen worden. Materiell-rechtliche Veränderungen sind bei der Neufassung der Regelung nicht erfolgt. Ferner dient die Neufassung der Klarstellung hinsichtlich der Aufgaben der oder des Landespatientenschutzbeauftragten. Die Landesregierung hat mit Beschluss vom 5. Januar 2016 infolge der Entschließung des Landtages vom 18. März 2015 (Drs. 17/3186) die Einrichtung der Stabsstelle der oder des Landespatientenschutzbeauftragten im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung beschlossen. Der Beschluss der Landesregierung nennt als Aufgaben der oder des Landespatientenschutzbeauftragten die Formulierung, Einführung und Umsetzung der Handlungsempfehlungen, die Ermittlung und Bewertung der Erfahrungen, die Berichterstattung gegenüber dem Landtag, die Beratung der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher sowie die Beratung der Leitung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

Absatz 1 regelt die Pflicht der Krankenhausträger, für jedes Krankenhaus das Amt einer Patientenfürsprecherin oder eines Patientenfürsprechers einzurichten. Berufen werden können nur geeignete natürliche Personen. Die Berufung einer juristischen Person wie beispielsweise eines in der Rechtsform des eingetragenen Vereins organisierten Freundeskreises ist unzulässig, weil damit nicht das für die Amtsausübung zwingend erforderliche Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Geeignet ist, wer über die für die Aufgabenerfüllung erforderliche Zuverlässigkeit und Fachkunde, insbesondere über ausreichende Erfahrungen im Sozial- oder Gesundheitswesen, verfügt. Berufen werden kann nicht, wer in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis zum Krankenhausträger steht oder diesem in anderer Weise, insbesondere als Organ oder Mitglied eines Organs, angehört. Soweit es angesichts der Verhältnisse des Krankenhauses zur sachgerechten Erfüllung der Aufgaben der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers zweckmäßig erscheint, können auch mehrere Personen als Patientenfürsprecherinnen, Patientenfürsprecher, Stellvertreterinnen oder Stellvertreter berufen werden.

In Absatz 2 werden die Aufgaben der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers konkret beschrieben.

Zu Nummer 1:

Die Förderung des Vertrauensverhältnisses ist umfassend zu verstehen und bezieht sich auf alle im konkreten Einzelfall dazu geeignet erscheinenden Maßnahmen. Eine geeignete Maßnahme wäre z. B., gegenüber dem Krankenhaus auf die in § 1901 b des Bürgerlichen Gesetzbuchs bundesgesetzlich normierte Pflicht der Berücksichtigung von Patientenverfügungen hinzuwirken. Die entsprechende Regelung findet sich bislang in § 16 Abs. 2 Satz 8 NKHG.

Zu Nummer 2:

Wesentliche Aufgabe der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers ist es, an sie herangetragene Beschwerden und Anregungen zu bearbeiten und so zu einer Qualitätsverbesserung beizutragen. Welche Stelle im Krankenhaus für die Entgegennahme der Meldungen jeweils zuständig ist, hängt vom konkreten Einzelfall ab.

Zu Nummer 3:

Durch die in dieser Nummer geregelte Lotsenfunktion wird zum einen dem Umstand Rechnung getragen, dass die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher selbst keine unmittelbare Beratung in rechtlichen oder medizinisch-fachlichen Fragen leisten können und sollen. Zum anderen kann es auch dann zweckmäßig sein, Betroffene über andere Stellen zu beraten, wenn das jeweilige Anliegen nicht in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses oder seines Trägers fällt.

Zu Nummer 4:

Die Norm beinhaltet eine wesentliche Aufgabe der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher, nämlich die Unterrichtung der zuständigen Stellen über mögliche Missstände. Die Beschränkung der Meldungen auf „erhebliche“ Mängel soll gewährleisten, dass nicht in jedem Bagatellfall eine Unterrichtungspflicht ausgelöst wird.

Zu Nummer 5:

Die Berichtspflicht der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher wird dahin gehend konkretisiert, dass sie nicht nur allgemein regelmäßig, sondern auch bei besonderer Veranlassung im Einzelfall besteht. Daraus ergibt sich kein Anspruch des Krankenhauses, bei der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher Informationen einzufordern.

Zu Nummer 6:

Erfahrungen aus der Praxis belegen, dass Sprechstunden nur begrenzt praktikabel und zweckdienlich sind. Daher besteht die Verpflichtung, auch im Übrigen eine Erreichbarkeit in geeigneter Form, beispielsweise über E-Mail oder einen Anrufbeantworter, sicherzustellen.

Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher können ihr übergeordnetes Ziel der Qualitätssicherung nur dann effektiv erreichen, wenn auch das Krankenhaus seinen klar umrissenen Pflichtenkreis kennt und ihm nachkommt. In Absatz 3 wird konkret geregelt, wie der Krankenhausträger die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher unterstützen muss.

In Absatz 3 werden die Aufgaben des Krankenhausträgers beschrieben.

Zu Nummer 1:

Die Pflicht ist angelehnt an § 5 Abs. 7 Sätze 1 und 2 der - am 16. November 2016 außer Kraft getretenen - Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser - QM-RL). Danach gehört zum patientenorientierten Beschwerdemanagement neben der „zügigen und transparenten Bearbeitung der Beschwerden“ auch die „zeitnahe Unterrichtung über das Ergebnis und gegebenenfalls gezogene Konsequenzen“.

Zu Nummer 2:

Die Pflicht, die Patientinnen und Patienten sowohl über das Amt als auch über die Erreichbarkeit der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers zu informieren, knüpft an § 5 Abs. 7 Satz 2 QM-RL an, wonach die Patientinnen und Patienten über Beschwerdemöglichkeiten vor Ort zu informieren sind.

Zu Nummer 3:

Der Krankenhausträger ist verpflichtet, der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher die für die Tätigkeit erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Zu Nummer 4:

Die Pflicht, geeignete Räume für die Sprechstunde zur Verfügung zu stellen, trägt dem Umstand Rechnung, dass zum einen die Gespräche in der Regel einer Vertraulichkeit bedürfen und zum anderen das Angebot für die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen unmittelbar vor Ort erreichbar sein muss.

Zu Nummer 5:

Die ehrenamtlich tätigen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher haben einen Anspruch auf Aufwandsentschädigung gegenüber dem Krankenhausträger. Die Höhe der Aufwandsentschädigung soll wie bisher der Entwicklung in der Praxis überlassen bleiben.

Zu Nummer 6:

Das Fortbildungsangebot soll auch die besonderen Belange und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen bei Krankenhausaufenthalten berücksichtigen. Die Kosten für erforderliche Fortbildungen hat der Krankenhausträger zu übernehmen.

Zu Nummer 7:

Die besondere Hinweispflicht des Krankenhausträgers dient der sicheren und umfassenden Aufgabenwahrnehmung durch die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher.

In Absatz 4 werden die Regelungen nach § 16 Abs. 3 NKHG (alt) zum Datenschutz übernommen. Der Geheimhaltungspflicht unterliegen insbesondere Geheimnisse aus dem persönlichen Lebensbereich der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen sowie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse des Krankenhauses und seines Trägers. Die Tätigkeit der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher umfasst naturgemäß auch den Umgang mit Sachverhalten, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Bei diesen Sachverhalten, aber auch bei anderen, die einer gesetzlichen Schweigepflicht oder vertraglichen Verschwiegenheitspflicht unterliegen, ist bei Übermittlung von Informationen an Dritte wie beispielsweise die Landespatientenschutzbeauftragte oder den Landespatientenschutzbeauftragten, die Landesbeauftragte oder den Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen oder die Aufsichtsbehörde nach § 28 Abs. 1 auf das Vorliegen einer Entbindung von der Schweigepflicht oder alternativ auf eine Anonymisierung der Daten zu achten.

Absatz 5 entspricht der bisherigen Regelung zur Handlungsempfehlung für Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher nach § 16 Abs. 7 Satz 1 NKHG (alt). Zur Unterstützung der Arbeit der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher gibt das Fachministerium Handlungsempfehlungen heraus. Diese Aufgabe wurde auf die Landespatientenschutzbeauftragte oder den Landespatientenschutzbeauftragten übertragen, weil die Zusammenarbeit und Begleitung der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher eine ihrer oder seiner originären Aufgaben darstellt. Die Handlungsempfehlungen sollen auch ein Leitbild enthalten.

Mit Absatz 6 wird die Pflicht der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher konstituiert, dem Fachministerium jährlich einen Erfahrungsbericht vorzulegen. Innerhalb des Fachministeriums wird die oder der Landespatientenschutzbeauftragte zur Entgegennahme der Berichte benannt. Zum Aufgabenbereich der oder des Landespatientenschutzbeauftragten gehört es, die Erfahrungen der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher zu bewerten, Rückschlüsse zu ziehen und Verbesserungspotenziale herauszufinden und dem Landtag hierüber schriftlich bis zum 30. September eines jeden Jahres zu berichten.

Absatz 7 entspricht § 16 Abs. 8 Satz 1 NKHG (alt). § 16 Abs. 8 Sätze 2 und 3 NKHG (alt) wurden im Sinne der Normensparsamkeit gestrichen.

Zu § 22 (Demenzbeauftragte oder Demenzbeauftragter):

Für Menschen mit Demenz oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen stellt ein Krankenhausaufenthalt eine große Herausforderung dar. Alle klinischen Abläufe sind auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet und funktionieren nur dann reibungslos, wenn es sich bei den Patientinnen und Patienten um kooperative Partnerinnen und Partner handelt. Das bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Menschen ihre gesundheitlichen Probleme artikulieren und kommunizieren können, sie zeitlich und räumlich orientiert sind, sich mit anderen Patientinnen und Patienten arrangieren können

und aufgrund dieser Kompetenzen das „System Krankenhaus“ ohne große Zwischenfälle durchlaufen.

Mit zunehmendem Alter und insbesondere unter den Auswirkungen einer demenziellen Erkrankung können Patientinnen und Patienten diese Erwartungen nicht mehr oder nur noch eingeschränkt erfüllen. Zugleich stellt gerade dieser Personenkreis die wachsende Gruppe an Patientinnen und Patienten dar, die sich einer akutstationären Behandlung unterziehen muss, während jüngere Menschen zunehmend ambulante Behandlungs- und Versorgungssettings in Anspruch nehmen. Dies stellt besondere Anforderungen an die betroffenen Personen, aber auch an das Klinikpersonal. Für einen möglichst reibungslosen Ablauf der Behandlungsprozesse von an Demenz erkrankten Personen sind auch in Krankenhäusern bestimmte Verfahrensweisen zu beachten, zu entwickeln und fortzuführen. Die oder der Demenzbeauftragte kann diese Prozesse durch die Wahrnehmung der im Gesetz beschriebenen Aufgaben nachhaltig unterstützen und somit den Klinikaufenthalt der betroffenen Personen günstig beeinflussen und gleichzeitig die Ablaufprozesse in der Behandlung im Sinne einer kostenoptimierten Behandlung beeinflussen.

Um in allen niedersächsischen Allgemeinkrankenhäusern ein gleich hohes Versorgungsniveau für Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung zu erreichen, wird die Berufung von Demenzbeauftragten verpflichtend geregelt. Die Regelungen sind angelehnt an die Regelungen für Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher. Die Beschreibung der Aufgaben erfolgt unter Berücksichtigung der Erfahrungen der Praxis sowie des von der vom Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. entwickelten Aufgabenprofils.

Absatz 1 Satz 1 bestimmt, dass in jedem Allgemeinkrankenhaus im Sinne des § 3 Nr. 3 mindestens eine Demenzbeauftragte oder ein Demenzbeauftragter zu berufen ist. Die Berufung erfolgt durch den Krankenhausträger. Demenzbeauftragte müssen ebenso wie Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher über die erforderliche Zuverlässigkeit sowie Erfahrungen im Sozial- oder Gesundheitswesen verfügen. Damit wird sichergestellt, dass nur geeignete fachkundige Personen zu Demenzbeauftragten berufen werden. Die für die Aufgabe erforderliche Zuverlässigkeit besitzt nicht, wer nicht die Gewähr dafür bietet, die Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Fehlverhalten auch außerhalb der Tätigkeit als Demenzbeauftragte oder als Demenzbeauftragter kann Zweifel hinsichtlich der Zuverlässigkeit begründen, wenn dieses so schwerwiegend ist, dass eine Gefährdung des Vertrauensverhältnisses zwischen der oder dem Demenzbeauftragten einerseits und den Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen oder den Beschäftigten des Krankenhauses andererseits zu besorgen ist. Satz 2 stellt klar, dass die Tätigkeit sowohl durch Ehrenamtliche als auch durch beim Krankenhaus Beschäftigte ausgeübt werden kann. Sowohl ehrenamtliche als auch beim Krankenhausträger beschäftigte Demenzbeauftragte sind nach Satz 3 in Ausübung ihrer Tätigkeit keinen Weisungen unterworfen. Satz 4 regelt die regelmäßige Berufszeit. Diese beträgt bei Ehrenamtlichen drei Jahre. Beim Krankenhausträger beschäftigte Personen können für einen von der Regelberufszeit abweichenden Zeitraum berufen werden. Nach Satz 5 ist die Abberufung der oder des Demenzbeauftragten unabhängig davon, ob die Person ehrenamtlich tätig oder beim Krankenhausträger beschäftigt ist, nur aus wichtigem Grund zulässig. Ein wichtiger Grund liegt in der Regel vor, wenn die oder der Demenzbeauftragte die für die Ausübung des Amtes erforderliche Zuverlässigkeit nicht mehr besitzt oder wiederholt die in Absatz 2 geregelten Aufgaben nicht oder unzureichend erfüllt.

In Absatz 2 werden die Aufgaben der oder des Demenzbeauftragten regelhaft genannt.

Zu Nummer 1:

Hauptaufgabe der oder des Demenzbeauftragten ist die Förderung des Vertrauensverhältnisses unter allen Betroffenen im Krankenhaus. Das sind neben den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen insbesondere die im Krankenhaus Beschäftigten.

Zu Nummer 2:

Die oder der Demenzbeauftragte soll an der ganzheitlichen Versorgung mitwirken, die die besonderen Bedürfnisse der demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen berücksichtigt.

Zu Nummer 3

Projekte, Arbeitskreise und Qualitätszirkel sollen eingeführt und dauerhaft begleitet werden, um die Sensibilität für die Demenzerkrankung zu steigern und die Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Zu Nummer 4:

Die oder der Demenzbeauftragte hat die Aufgabe, die Betroffenen zu beraten.

Zu Nummer 5:

Das Krankenhauspersonal und im Krankenhaus ehrenamtlich Tätige sollen geschult werden. Die oder der Demenzbeauftragte nimmt dadurch die Funktion einer Multiplikatorin oder eines Multiplikators ein, um Erkenntnisse über die Krankheit und die besonderen Bedürfnisse der Betroffenen möglichst breit zu streuen.

Zu Nummer 6:

Die oder der Demenzbeauftragte führt regelmäßig Sprechstunden im Krankenhaus durch und gewährleistet, dass alle Informationen die Betroffenen unverzüglich erreichen.

In Absatz 3 werden die Pflichten des Krankenhausträgers gegenüber der oder dem Demenzbeauftragten bestimmt.

Zu Nummer 1:

Der Krankenhausträger ist verpflichtet, die von der oder dem Demenzbeauftragten vorgebrachten Anliegen zügig und nachvollziehbar zu bearbeiten und sie oder ihn unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Zögern, über das Veranlasste zu unterrichten. Die Regelung soll sicherstellen, dass die oder der Demenzbeauftragte die ihr oder ihm obliegenden Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen kann.

Zu Nummer 2:

Der Krankenhausträger hat Namen und Erreichbarkeit der oder des Demenzbeauftragten in geeigneter Form bekannt zu machen, damit Betroffene die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme haben. Eine geeignete Form der Bekanntmachung können z. B. der Aushang im Krankenhaus, eine Information auf der Internetseite des Krankenhauses oder die Verteilung von Handzetteln sein.

Zu Nummer 3:

Der Krankenhausträger ist verpflichtet, der oder dem Demenzbeauftragten die zur Erfüllung ihrer oder seiner Aufgaben erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Offenbarung von Tatsachen, die der Schweigepflicht unterliegen, ist nur zulässig, wenn eine Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt.

Zu Nummer 4:

Der Krankenhausträger ist verpflichtet, der ehrenamtlichen Demenzbeauftragten oder dem ehrenamtlichen Demenzbeauftragten eine angemessene Aufwandsentschädigung zu gewähren. Die Höhe der Aufwandsentschädigung soll der Entwicklung in der Praxis überlassen bleiben.

Zu Nummer 5:

Der Krankenhausträger ist verpflichtet, der oder dem Demenzbeauftragten Räume zur Durchführung regelmäßiger Sprechstunden zur Verfügung zu stellen. Daher besteht die Verpflichtung, auch im Übrigen eine Erreichbarkeit in geeigneter Form, beispielsweise über E-Mail oder einen Anrufbeantworter, sicherzustellen.

Zu Nummer 6:

Es gehört zu den Aufgaben des Krankenhausträgers, der oder dem Demenzbeauftragten Fortbildungen anzubieten und die Kosten der Fortbildung zu übernehmen. Der Krankenhausträger kann dabei auch auf Fortbildungsangebote Dritter zurückgreifen.

Zu Nummer 7:

Der Krankenhausträger hat die Demenzbeauftragte oder den Demenzbeauftragten auf ihre oder seine Pflichten hinzuweisen.

In Absatz 4 ist geregelt, dass personenbezogene Daten nur mit Einwilligung der Betroffenen übermittelt werden dürfen. Die oder der Demenzbeauftragte darf Geheimnisse, die ihr oder ihm im Rahmen der Tätigkeit bekannt geworden sind, nicht unbefugt Dritten wie beispielsweise der oder dem Landespatientenschutzbeauftragten, der oder dem Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen oder der Aufsichtsbehörde nach § 28 Abs. 1 offenbaren, und zwar auch dann nicht, wenn die Tätigkeit als Demenzbeauftragte oder als Demenzbeauftragter beendet wurde. Eine unbefugte Offenbarung liegt nicht vor, wenn eine gesetzliche oder vertragliche Regelung die Weitergabe der Daten gestattet.

In Absatz 5 ist bestimmt, dass die oder der Landespatientenschutzbeauftragte Handlungsempfehlungen für die Tätigkeit der Demenzbeauftragten unter Beteiligung der betroffenen Interessenverbände und unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus der Praxis erarbeitet und diese herausgibt. Die Herausgabe erfolgt durch Veröffentlichung beispielsweise auf der Internetseite des Ministeriums oder durch Verteilung der Handlungsempfehlungen an die Krankenhausträger zur Weitergabe an die Demenzbeauftragte oder den Demenzbeauftragten.

Zu § 23 (Konferenzen):

§ 23 entspricht im Wesentlichen § 17 NKHG (alt).

Zu § 24 (Arzneimittelkommission):

§ 24 entspricht im Wesentlichen § 18 NKHG (alt).

Zu § 25 (Stationsapothekerin oder Stationsapotheker):

§ 25 entspricht im Wesentlichen § 19 NKHG (alt).

Zu § 26 (Unterstützung bei berufsbezogenen Belastungen):

§ 26 entspricht § 20 NKHG (alt).

Zu § 27 (Aufnahme von Patientinnen und Patienten):

Absatz 1 enthält Regelungen zum Aufnahmemanagement im Krankenhaus.

Zu Nummer 1:

Bei stationärer Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten ist grundsätzlich zu prüfen, ob eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901 a Abs. 1 Satz 1 BGB vorliegt. Bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten kann die Prüfung durch die Befragung von Angehörigen, einer Betreuerin oder eines Betreuers oder anderer Personen, von denen eine Auskunft über das Vorliegen einer Patientenverfügung erwartet werden kann, erfolgen. Zu diesen Personen können auch enge Bekannte der Patientin oder des Patienten gehören.

Zu Nummer 2:

Der Krankenhausträger wird verpflichtet zu prüfen, ob für die stationär aufgenommene Patientin oder den stationär aufgenommenen Patienten eine Betreuerin oder ein Betreuer bestellt wurde. Die Prüfung kann durch Befragung des zu Nummer 1 genannten Personenkreises erfolgen. Besteht bei diesen Personen keine Kenntnis über die Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers, soll eine Anfrage an das für den Wohnsitz der Patientin oder des Patienten zuständige Betreuungsgericht gestellt werden.

Zu Nummer 3:

Der Krankenhausträger hat bei stationärer Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten auch zu prüfen, ob eine Vorsorgevollmacht im Sinne des § 1901 c BGB vorliegt.

Zu Nummer 4:

Die besonderen Belange und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen müssen bei Krankenhausaufenthalten berücksichtigt werden. Es muss gewährleistet sein, dass sie Diskriminierungen nicht ausgesetzt werden und ihre Würde und ihre Autonomie geachtet wird (Artikel 25 UN-Behindertenrechtskonvention). Patientinnen und Patienten mit Behinderungen sollen selbstbestimmt und frei von Diskriminierungen die medizinische Behandlung sowie Betreuung in Anspruch nehmen können. Daher ist schon im Rahmen der Aufnahme der Patientinnen und Patienten zu prüfen, ob sie Unterstützungsleistungen bedürfen, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Es muss sichergestellt sein, dass die Unterstützungsleistungen, insbesondere für Menschen mit Assistenzbedarf, vom Krankenhausträger koordiniert werden.

Zu § 28 (Aufsicht):

In Absatz 1 wird geregelt, dass Krankenhäuser und ihre Einrichtungen mit Ausnahme der Hochschulkliniken der Aufsicht des für Gesundheit zuständigen Ministeriums unterliegen. Die Hochschulkliniken unterliegen der Aufsicht des für Wissenschaft zuständigen Ministeriums. Bislang war Gegenstand der Aufsicht nach § 21 NKHG (alt) lediglich die Durchsetzung der Pflichten gemäß § 15 Abs. 1 und 2, § 16 Abs. 1, 5 und 6 sowie der §§ 17 bis 20 NKHG (alt). Bisher unterlag die Einhaltung der Regelungen zur Notfallversorgung sowie zur Krankenhausalarm- und -einsatzplanung nicht der Aufsicht. Diese Regelungslücke wird nunmehr geschlossen und gleichzeitig die Aufsicht des Landes über die Krankenhäuser gestärkt. Das für Gesundheit zuständige Ministerium führt die Aufsicht über alle Krankenhäuser mit Ausnahme der Hochschulkliniken. Die Hochschulkliniken unterliegen der Aufsicht durch das für Wissenschaft zuständige Ministerium. In Satz 2 wird im Wesentlichen die in § 21 Satz 3 (alt) geregelte Befugnis zur Übertragung der Aufgaben der Aufsichtsbehörde auf eine andere Stelle übernommen. Die Ersetzung des Begriffs Landesbehörde durch den Begriff Stelle lässt eine Aufgabenübertragung auch auf die Kommunen zu. Die in § 29 geregelten Anzeige- und Berichtspflichten sind auch Mittel der Aufsicht. Aus ihnen können sich Anhaltspunkte für ein Tätigwerden ergeben, die Anzeige- und Berichtspflichten sind ihrerseits durchsetzbar. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung wird daher in Satz 3 geregelt, dass durch Verordnung auch bestimmt werden kann, Anzeigen und Berichte ausschließlich gegenüber der Aufsichtsbehörde oder auch gegenüber der Aufsichtsbehörde zu erfolgen haben.

Die Aufgaben der Aufsichtsbehörde im Rahmen der Aufsicht werden in Absatz 2 bestimmt. Danach überwacht die Aufsichtsbehörde die Einhaltung der krankenhausrrechtlichen Vorschriften im Krankenhaus. Die Aufsicht über Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleibt hiervon unberührt. Diese richtet sich nach den spezialrechtlichen Bestimmungen.

Absatz 3 bestimmt die Mitwirkungspflichten der Krankenhausträger sowie die Rechte der Aufsichtsbehörde im Rahmen der Aufsicht. Die Erteilung von Auskünften und die Vorlage von Unterlagen war bislang in § 21 Satz 2 NKHG alt geregelt. In Satz 2 wird geregelt, dass der Krankenhausträger das Betreten seiner Grundstücke und Betriebsräume während der üblichen Geschäftszeiten, die Vornahme von Besichtigungen und Prüfungen sowie die Einsichtnahme von Schriftstücken und Datenträgern durch die Aufsichtsbehörde im Rahmen der Überwachung zu dulden hat. Bei Gefahr im Verzug ist nach Satz 3 das Betreten der Grundstücke und Betriebsräume auch außerhalb der üblichen Geschäftszeiten zu dulden. Mit Satz 4 wird dem Zitiergebot nach Artikel 19 Abs. 1 Satz 2 des Grundgesetzes Rechnung getragen. Zur Gewährleistung einer zügigen und reibungslosen Kommunikation werden die Krankenhausträger verpflichtet, für jede der Überwachung unterliegende Einrichtung die jederzeitige Erreichbarkeit über eine Funktions-E-Mail-Adresse sicherzustellen. Damit ist gewährleistet, dass Informationen der Aufsichtsbehörde, die die Einrichtung zügig erreichen und dort umgesetzt werden müssen, auch kurzfristig eingehen und zur Kenntnis genommen werden. Der Krankenhausträger muss auch sicherstellen, dass die Zustellung von E-Mails mit Anlagen nicht durch IT-Sicherheitsvorkehrungen verhindert wird. Die Aufsichtsbehörde stellt zugleich sicher, dass an die Funktionspostfächer der Einrichtungen ausschließlich solche E-Mails versandt werden, die keine Gefährdung der IT-Sicherheit der Einrichtung besorgen lassen.

Absatz 4 Satz 1 entspricht § 21 Satz 2 2. Halbsatz NKHG (alt). In Satz 2 wird geregelt, dass eine Anfechtungsklage gegen eine Anordnung der Aufsichtsbehörde nach Satz 1 keine aufschiebende Wirkung entfaltet. Diese Regelung wird auf § 80 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 VwGO gestützt. Damit ist sichergestellt, dass Anordnungen mit Mitteln des Verwaltungszwanges durchgesetzt werden können (vgl.

§ 64 Abs. 1 des Niedersächsischen Polizei- und Ordnungsbehördengesetzes), ohne dass die Bestandskraft abgewartet oder die sofortige Vollziehung nach § 80 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 VwGO angeordnet werden muss.

Zu § 29 (Anzeige- und Berichtspflichten)

In Absatz 1 werden Anzeigepflichten des Krankenhausträgers geregelt, die für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind.

Zu Nummer 1:

Drei Monate vor der Einstellung des Krankenhausbetriebes hat der Krankenhausträger der Aufsichtsbehörde diese schriftlich anzuzeigen. Diese Information ist erforderlich, damit das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden kann.

Zu Nummer 2:

Der Krankenhausträger hat ebenso die Schließung einer Fachabteilung schriftlich anzuzeigen. Das Krankenhaus ist dann teilweise im Umfang der geschlossenen Fachabteilung aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.

Zu Nummer 3:

Auch der Trägerwechsel ist drei Monate vorher schriftlich anzuzeigen. Das für Gesundheit zuständige Ministerium benötigt diese Information, um die aus dem Trägerwechsel resultierenden Rechtsfolgen nach § 7 Abs. 2 und 3 sowie § 17 umzusetzen.

Absatz 2 regelt weitere Anzeigepflichten des Krankenhausträgers bezüglich des Patientenschutzes und der Patientensicherheit.

Zu Nummer 1:

Der Krankenhausträger hat der Aufsichtsbehörde unverzüglich anzuzeigen, wenn die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher oder die Stellvertreterin oder der Stellvertreter ausscheiden, und zwar unabhängig von dem Grund des Ausscheidens. Die schriftliche Meldung muss spätestens am Tage nach dem Ausscheiden vorliegen. Diese Anzeigepflicht stellt sicher, dass der Aufsichtsbehörde die für die Überwachung der Einhaltung der Pflichten nach § 21 erforderlichen Informationen vorliegen.

Zu Nummer 2:

Das Gleiche wie für die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher gilt auch für die Demenzbeauftragte oder den Demenzbeauftragten. Die Regelung dient dazu, dass der Aufsichtsbehörde die für die Überwachung der Einhaltung der Pflichten nach § 22 erforderlichen Informationen vorliegen.

Zu Nummer 3:

Der Krankenhausträger hat das Ausscheiden der Leiterin oder des Leiters der Arzneimittelkommission unverzüglich, spätestens jedoch am Tage nach dem Ausscheiden, der Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Die Regelung stellt sicher, dass die Einhaltung der Pflichten nach § 24 überwacht werden kann.

Zu Nummer 4:

Der Krankenhausträger hat der Aufsichtsbehörde ebenso anzuzeigen, wenn eine Stationsapothekerin oder ein Stationsapotheker aus dem Krankenhausbetrieb ausscheidet. Die Regelung gewährleistet, dass die Einhaltung der Pflichten nach § 25 überwacht werden kann.

Absatz 3 regelt regelmäßige Berichtspflichten. Die Berichte dienen der Qualitätssicherung und der Überwachung der Einhaltung von Rechtspflichten des Krankenhausträgers.

Zu Nummer 1:

Der Krankenhausträger ist nach § 20 Abs. 2 Satz 1 verpflichtet, die Fehlermeldungen auszuwerten. Die Regelung dient der Qualitätssicherung und erlaubt es der Aufsichtsbehörde, die Pflichten nach § 20 zu überwachen und auf eine Verbesserung der Patientenversorgung hinzuwirken.

Zu Nummer 2:

Der jährlich zum 31. März vorzulegende Bericht über die Anzahl der durchgeführten Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen gewährleistet, dass die Aufsichtsbehörde die Einhaltung der Pflichten nach § 23 überwachen kann.

Zu Nummer 3:

Die Regelung dient dazu, die Einhaltung der Pflicht nach § 24 Abs. 2 Satz 3 überwachen zu können.

Zu Nummer 4:

Die Regelung dient der Überwachung der Einhaltung der Pflicht zum Einsatz von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern in ausreichender Zahl nach § 25 Abs. 1.

Zu § 30 (Datenübermittlung durch das Landesamt für Statistik):

In § 30 erfolgt eine Ergänzung zur Übermittlung statistischer Daten zur bundesgesetzlichen Regelung in § 28 KHG und in § 7 der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV). Das Landesamt für Statistik Niedersachsen übermittelt jährlich die dort zu statistischen Zwecken erhobenen und verarbeiteten Krankenhausdaten an das für Gesundheit zuständige Ministerium zur Verwendung ausschließlich für Zwecke der Krankenhausplanung. Mit dieser Regelung ist sichergestellt, dass die für die Krankenhausplanung erforderlichen Daten dem zuständigen Ministerium vorliegen. Zudem wird der Aufwand für die Krankenhausträger und die Verwaltung reduziert, weil Mehrfacherhebungen vermieden werden.

Zu § 31 (Datenübermittlung zwischen Behörden):

In § 31 wird geregelt, in welchen Fällen eine Übermittlung von personenbezogenen Daten zulässig ist. Die Befugnis des für Gesundheit zuständigen Ministeriums bezieht sich auf personenbezogene Daten, die es im Rahmen der Krankenhausplanung nach dem Zweiten Teil, der Förderung nach dem Dritten Teil und der Aufsicht nach dem Sechsten Teil erlangt hat. Vor dem Hintergrund, dass die Datenerhebung und Datenverarbeitung im Rahmen der Krankenhausplanung, Förderung und Aufsicht nicht ausschließlich aus Gründen der Gefahrenabwehr erfolgen, ist die Regelung zur Ergänzung der Regelungen des § 41 des Niedersächsischen Polizei- und Ordnungsbehördengesetzes (NPOG) erforderlich.

Zu Nummer 1:

Die Übermittlung der Daten ist zulässig, wenn die Daten für die Erfüllung der Aufgaben der übermittelnden Stelle erforderlich sind.

Zu Nummer 2:

Die Übermittlung der Daten ist zulässig, wenn die empfangende Stelle der Kenntnis der Daten bedarf, um eine Gefahr abzuwehren.

Zu Nummer 3:

Die Übermittlung der Daten ist auch zulässig, wenn diese zur Abwehr erheblicher Nachteile für das Gemeinwohl oder zur Abwehr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Rechte einer Person erforderlich ist. Damit ist die Datenübermittlung zulässig, auch wenn noch keine konkrete Gefahr im Sinne des § 2 Nr. 1 NPOG vorliegt.

Zu § 32 (Verordnungsermächtigung):

Die bisher in § 7 Abs. 3 NKHG (alt) normierten Verordnungsermächtigungen werden aus rechtssystematischen Gründen zusammen mit weiteren Ermächtigungen zur Bestimmung von Einzelheiten durch Verordnung in § 32 zusammengeführt.

Absatz 1 enthält die Ermächtigung zur Bestimmung der für den Vollzug des Dritten Teils erforderlichen Regelungen durch Verordnung, zu deren Erlass das für Gesundheit zuständige Ministerium verpflichtet ist.

Zu Nummer 1:

Die bisher in § 7 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 NKHG (alt) geregelte Verordnungsermächtigung zur Bestimmung der Wertgrenze für die vorauskalkulierten förderungsfähigen Anschaffungs- oder Herstellungskosten im Rahmen der Pauschalförderung wird übernommen.

Zu Nummer 2:

Die bisher in § 7 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 NKHG (alt) geregelte Verordnungsermächtigung zur Bestimmung der für die Grundpauschale maßgebenden Beträge und Bestimmungsgrößen wird übernommen.

Zu Nummer 3:

Die bisher in § 7 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 NKHG (alt) geregelte Verordnungsermächtigung zur Bestimmung der für die Leistungspauschale maßgebenden Beträge und Bestimmungsgrößen wird übernommen. Zusätzlich wird das für Gesundheit zuständige Ministerium ermächtigt, die Höhe des Betrages zu bestimmen, um den bei Krankenhäusern, die bereits eine Investitionsförderung nach § 9 Abs. 1 KHG erhalten haben, die Grundpauschale abgesenkt wird, sowie die Dauer des Zeitraums dieser Absenkung.

Zu Nummer 4:

Die bisher in § 7 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 NKHG (alt) geregelte Verordnungsermächtigung zur Bestimmung des Zuschlags für Ausbildungsstätten wird übernommen.

Zu Nummer 5:

Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Verordnung die Höhe der Ausgleichszahlungen für die Verminderung der Anzahl von Planbetten durch Schließung oder Umwandlung eines Krankenhauses zu bestimmen.

Absatz 2 enthält die Ermächtigung für Regelungen für den Vollzug des Zweiten Teils durch Verordnung, deren Erlass in das Ermessen des für Gesundheit zuständigen Ministeriums gestellt ist.

Zu Nummer 1:

Anzahl, Bezirk und Bezeichnung der Versorgungsregionen werden zukünftig durch Verordnung geregelt. Ferner werden die Versorgungsstufen, ihre Merkmale sowie das Verfahren zum Wechsel in die nächsthöhere Versorgungsstufe inhaltlich bestimmt. Damit wird auch die Empfehlung der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung umgesetzt.

Zu Nummer 2:

Das Nähere zu den regionalen Gesundheitszentren soll durch Verordnung bestimmt werden. Die Regelung dient der Umsetzung des von der Arbeitsgruppe „Regionales Gesundheitszentrum“ der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ erarbeiteten und im Abschlussbericht dargestellten Konzepts „Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsen“ (Drs. 18/8650, S. 152).

Zu Nummer 3:

Das Nähere zur Aufnahme in den Krankenhausplan, insbesondere zum Umfang und Inhalt der Daten und Unterlagen, die für die Entscheidung über die Aufnahme in den Krankenhausplan erforderlich sind, wird durch Verordnung bestimmt.

Zu § 33 (Ordnungswidrigkeiten):

Mit § 33 wird eine Bußgeldbewehrung für Zuwiderhandlungen gegen die Regelungen dieses Gesetzes eingeführt. In der Vergangenheit war eine Sanktionierung von Zuwiderhandlungen gesetzlich

nicht vorgesehen. Seit dem 1. Januar 2019 obliegt dem für Gesundheit zuständigen Ministerium nach § 21 Satz 1 NKHG (alt) die Durchsetzung der Pflichten gemäß § 15 Abs. 1 und 2, § 16 Abs. 1, 5 und 6 sowie den §§ 17 bis 20 NKHG (alt). Die Verwaltungspraxis hat gezeigt, dass Krankenhausträger in vielen Fällen die der Stärkung des Patientenschutzes und der Patientensicherheit dienenden Pflichten nicht oder nicht hinreichend umsetzen. Eine Durchsetzung kann bislang nur mit Mitteln des Verwaltungszwanges erfolgen. Die Bußgeldandrohung lässt aufgrund ihres erzieherischen Charakters eine größere Rechtstreue erwarten.

In Absatz 1 werden die Bußgeldtatbestände geregelt. Bußgeldbewehrt ist neben der vorsätzlichen auch die fahrlässige Begehung einer Ordnungswidrigkeit. Bußgeldbewehrt sind Zuwiderhandlungen gegen Bestimmungen, die der Krankenhausalarm- und Einsatzplanung zur Vorbereitung auf Katastrophenfälle und Großschadensereignisse (Nummer 1), dem Patientenschutz und der Patientensicherheit (Nummern 2 bis 5) dienen.

In Absatz 2 wird geregelt, dass neben der vorsätzlichen auch die fahrlässige Zuwiderhandlung gegen eine vollziehbare Anordnung im Rahmen der Aufsicht nach § 28 Abs. 4 Satz 1 bußgeldbewehrt ist.

Absatz 3 enthält Regelungen zum Höchstmaß der Geldbuße. Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 können im Höchstmaß mit Geldbuße bis zu 25 000 Euro und die Zuwiderhandlung gegen eine vollziehbare schriftliche Anordnung nach § 28 Abs. 4 Satz 1 im Höchstmaß mit Geldbuße bis zu 50 000 Euro geahndet werden. Diese Abstufung ist aufgrund der Bedeutung der Ordnungswidrigkeit und des Vorwurfs, der die Täterin oder den Täter trifft, erforderlich.

Zu § 34 (Übergangs- und Schlussbestimmungen):

In § 34 wird bestimmt, dass Allgemeinkrankenhäuser erst ab 1. Juli 2023 eine Demenzbeauftragte oder einen Demenzbeauftragten berufen müssen. Diese Regelung ist erforderlich, damit die Krankenhausträger ausreichend Zeit haben, um eine geeignete Person für dieses Amt zu gewinnen.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten):

Das Niedersächsische Krankenhausgesetz in seiner neuen Fassung soll zügig, aber zeitgleich mit der noch zu erlassenden Krankenhausverordnung in Kraft treten. Insoweit wird ein Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2023 vorgesehen, während die Verordnungsermächtigung bereits am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft treten soll, um die Basis für den rechtzeitigen Erlass der untergesetzlichen Regelungen zu sein.

Für die Fraktion der SPD

Wiard Siebels
Parlamentarischer Geschäftsführer

Für die Fraktion der CDU

Jens Nacke
Parlamentarischer Geschäftsführer