

Schriftlicher Bericht

Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - Drs. 18/10578

Beschlussempfehlung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
- Drs. 18/11357

Berichterstattung: Abg. Volker Meyer (CDU)

Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung empfiehlt dem Landtag in der Drucksache 18/11357, den Gesetzentwurf mit den aus der Anlage zu jener Drucksache ersichtlichen Änderungen anzunehmen. Diese Beschlussempfehlung kam im federführenden Ausschuss mit den Stimmen der Ausschussmitglieder der Fraktionen der SPD und der CDU bei Stimmenthaltung der Ausschussmitglieder der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der Fraktion der FDP zustande. Seitens der Ausschussmitglieder der Oppositionsfraktionen wurde die Stimmenthaltung im federführenden Ausschuss vor allem damit begründet, dass die Meinungsbildung innerhalb ihrer jeweiligen Fraktion noch nicht abgeschlossen sei. Im Übrigen sind die Empfehlungen des Ausschusses im Wesentlichen einvernehmlich zustande gekommen. Die mitberatenden Ausschüsse für Haushalts und Finanzen und für Rechts- und Verfassungsfragen stimmten jeweils wie der federführende Ausschuss ab.

Den einzelnen Änderungsempfehlungen liegen folgende Erwägungen zugrunde:

Zu Artikel 1 (Niedersächsisches Krankenhausgesetzes - NKHG -):

Zum Ersten Teil (Allgemeine Vorschriften):

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

Zu Absatz 1:

Zu Satz 1:

Im Hinblick auf den gegenüber dem bisherigen Recht neuen Satz 3 empfiehlt der Ausschuss eine Klarstellung, dass es sich bei der Sicherstellung der Krankenhausversorgung der Bevölkerung nicht nur um eine „Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse“ im Sinne des Satzes 3, sondern vor allem auch um eine gesellschaftliche Aufgabe handelt, die die Kommunen „im Rahmen der Daseinsvorsorge“ erfüllen.

Zu Satz 2/1:

Der vom Ausschuss empfohlene neue Satz beruht auf einer Anregung des für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung zuständigen Ministeriums (MS), die wiederum auf einen im Rahmen der vom federführenden Ausschuss durchgeführten Anhörung von den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen unterbreiteten Vorschlag zur Regelung einer gebietsübergreifenden Zusammenarbeit der Kommunen zurückgeht.

Zu Satz 3:

Diese gegenüber der bisherigen Gesetzesfassung neue Regelung soll zum Ausdruck bringen, dass die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse (kurz: DAWI) im Sinne des Artikels 106 Abs. 2 Satz 1 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) ist, so wie es der Bundesgerichtshof (BGH) mit Urteil vom 24.03.2016 - I ZR 263/14 - (bei juris Rn. 44, m. w. N.) festgestellt hat. Damit soll hervor-

gehoben werden, dass die öffentliche Hand bei Krankenhäusern abweichend von den unionsrechtlichen Wettbewerbsregeln - insbesondere den Beihilfavorschriften (Artikel 107 ff. AEUV) - zu einem staatlichen Defizitausgleich berechtigt ist (Ausnahme vom unionsrechtlichen Beihilfeverbot). In seinem zitierten Urteil hat der BGH indes ausdrücklich nur festgestellt, dass die Ausnahme nach Artikel 106 Abs. 2 Satz 1 AEUV für Krankenhäuser gilt, die *die öffentliche Hand selbst* aufgrund ihres *gesetzlichen Sicherstellungsauftrages* - hier: nach § 1 Abs. 1 Satz 2 - betreiben muss (BGH, a. a. O.). Dies soll durch die empfohlene Formulierung „Sicherstellung [der Versorgung] ... durch die Landkreise und kreisfreien Städte“ klargestellt werden.

Außerdem empfiehlt der Ausschuss zur Vermeidung etwaiger Zweifelsfragen, das Wort „bedarfsgerecht“ an dieser Stelle zu streichen. Der BGH (a. a. O.) spricht nur von der „medizinischen Versorgung durch ein öffentliches Krankenhaus“. Zwar muss diese Versorgung bedarfsgerecht sein, wie sich insbesondere aus § 1 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie § 2 Abs. 1 Satz 1 und § 5 Abs. 3 Satz 1 des Entwurfs ergibt. Jedoch wäre fraglich, ob die Bedarfsgerechtigkeit tatsächlich Tatbestandsvoraussetzung für die Qualifikation als DAWI sein soll und wie sich ggf. feststellen lassen sollte, ob die betreffende Versorgungsleistung im Einzelfall wirklich - hinreichend - bedarfsgerecht ist.

Um den rechtlichen Bezug der Regelung insgesamt zu verdeutlichen, wird ferner empfohlen, am Ende des Satzes noch die Worte „im Sinne des Artikels 106 Abs. 2 Satz 1 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union“ anzufügen.

Zu Absatz 2:

Regionale Gesundheitszentren (im Folgenden: RGZ) sind nach der dem eingebrachten Entwurf zugrunde liegenden Konzeption zweifelsfrei keine „Krankenhäuser“ im Sinne des KHG (siehe dort § 2 Nr. 1), des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V, siehe dort § 107 Abs. 1) oder des vorliegenden Gesetzes (siehe § 3 Nr. 1 des Entwurfs), sondern nach § 3 Nr. 12 des Entwurfs in der eingebrachten Fassung ausdrücklich „alternative Versorgungsformen“. Zwar empfiehlt der Ausschuss, wie im Folgenden noch näher zu erläutern sein wird, auf Anregung des MS, die gesetzliche Konzeption der RGZ so zu ändern, dass RGZ als „kleine Krankenhäuser“ oder im Zusammenhang mit einem Krankenhaus betrieben werden können (siehe dazu die Empfehlungen und Erläuterungen zu § 2 Abs. 2, § 3 Nr. 12 und § 5 Abs. 3 Sätze 5 und 6 - neu -). Jedoch bleibt es bei der grundsätzlichen begrifflichen Verschiedenheit von Krankenhäusern einerseits und RGZ andererseits. Daher empfiehlt der Ausschuss an dieser Stelle die RGZ ausdrücklich gesondert neben den Krankenhäusern in den Anwendungsbereich des Gesetzes einzubeziehen.

Zu § 2 (Ziele):

Das rechtliche Grundproblem landesgesetzlicher Regelungen auf dem Gebiet des Krankenhausplanungs- und -organisationsrechts ist, dass es in einem Spannungsverhältnis insbesondere zum KHG und zum SGB V steht. Ziele des Landesgesetzes müssen danach, soweit sie sich auf die Krankenhausplanung beziehen, mit den diesbezüglichen Zielen des KHG und, soweit sie sich auf die Qualität der Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (im Folgenden kurz: GKV) beziehen, auch mit dem Leistungserbringungsrecht des SGB V vereinbar sein.

Unklar könnte insoweit sein, in welchem Verhältnis die hier aufgeführten Ziele hinsichtlich der Krankenhausplanung (vgl. § 5 Abs. 1 Satz 1: „Zur Verwirklichung der [= aller!] in § 2 genannten Ziele ...“) zueinander und zu den Zielen nach § 1 KHG stehen sollen. Insbesondere könnte fraglich sein, ob es sich um zusätzliche und gleichrangige Ziele oder („nur“) um „Ziele der Krankenhausplanung“ im Sinne des § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG handeln soll (ggf. mit der Folge, dass die hier geregelten Ziele im Rahmen der Krankenhausplanung erst zu berücksichtigen wären, falls eine notwendige Auswahl zwischen mehreren - jeweils dem Grunde nach geeigneten - Krankenhäusern durchzuführen ist). Es könnte sich aber auch nur um „Unterziele“ handeln, die jeweils unter eines der Qualitäts- und Auswahlkriterien nach § 1 Abs. 1 KHG gefasst werden können (vgl. *Burgi*, NVwZ 2010, 601 [606 ff.], dort allerdings lediglich zu den seinerzeit in § 1 Abs. 1 KHG nur normierten drei Zielen der Bedarfsgerechtigkeit, der Leistungsfähigkeit und der Kostengünstigkeit bzw. Wirtschaftlichkeit). Zum Problem der fehlenden Zielhierarchie im Rahmen des § 1 Abs. 1 KHG auch *Dettling/Würtenberger*, in: *Dettling/ Gerlach, Krankenhausrecht*, 2. Aufl. 2018, a. a. O., § 1 KHG Rn. 30 ff., m. w. N.

Außerdem ist geklärt, dass die Nichtaufnahme in den Krankenhausplan insbesondere wegen der damit verbundenen Vorenthaltung staatlicher Fördermittel (und der damit ebenfalls einhergehenden Nichtzulassung als krankenbehandlungsberechtigtes Krankenhaus im Rahmen der GKV) nach einhelliger Auffassung in Rechtsprechung und Lehre für einen privaten (und wohl auch einen freigemeinnützigen) Krankenhausträger einen Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit nach Artikel 12 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) darstellt, der verfassungsrechtlich nur dann gerechtfertigt ist, wenn er auf einer gesetzlichen Grundlage erfolgt, die selbst alle wesentlichen Entscheidungen enthält, hinreichend bestimmt gefasst und verhältnismäßig ist (Bundesverfassungsgericht [BVerfG], BVerfGE 82, 209, bei juris Rn. 58 ff.). Diesen Anforderungen genügen nach der Rechtsprechung jedenfalls die in § 1 Abs. 1 KHG genannten Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit, der Leistungsfähigkeit und der Kostengünstigkeit bzw. Wirtschaftlichkeit in ihrer jeweiligen Auslegung durch die Rechtsprechung (BVerfG, a. a. O., bei juris Rn. 68 ff., dort insbesondere unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts [BVerwG], BVerwGE 62, 86). Die hier im Entwurf im Folgenden aufgeführten Ziele müssten daher, soweit sie bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden sollen, ebenfalls „aussagekräftig genug (sein), um als unbestimmte Rechtsbegriffe gehandhabt und überprüft werden zu können“ (BVerfG, a. a. O., bei juris Rn. 68).

Das MS hat dazu erklärt, bei den nachfolgend aufgeführten Zielen solle es sich nach dortiger Auffassung im Wesentlichen um Konkretisierungen oder Unterziele handeln, die unter die bundesgesetzlichen Ziele subsumiert werden könnten, wobei die im Bundesrecht eingeräumten Spielräume zur landesgesetzlichen Ausgestaltung, z. B. bezüglich der Qualitätsvorgaben, genutzt werden sollten. Der Ausschuss schließt sich diesem Verständnis an, empfiehlt aber im Folgenden Änderungen, die diese Absicht noch näher zum Ausdruck bringen sollen.

Zu Absatz 1:

Zu Satz 1:

Die Formulierung „die Sicherstellung ... zu gewährleisten“ enthält eine unnötige Doppelung. Es wird empfohlen, die Worte „es,“ und „zu gewährleisten“ zu streichen.

Auch die Formulierung „Krankenhausversorgung ... mit ... Krankenhäusern“ ist redundant. Insoweit wird empfohlen, wie in § 1 Abs. 1 KHG zu formulieren („Versorgung ... mit ... Krankenhäusern“).

Durch Artikel 1 Nr. 1 des Krankenhausstrukturgesetzes vom 10.12.2015 (BGBl. I S. 2229) wurden in § 1 Abs. 1 KHG über die bisher dort verankerten Ziele der Bedarfsgerechtigkeit, der Leistungsfähigkeit und der Kostengünstigkeit bzw. Wirtschaftlichkeit hinaus die beiden Ziele einer *qualitativ hochwertigen* und einer *patientengerechten* Versorgung im Bundesrecht mit Bindungswirkung für die Krankenhausplanung der Länder implementiert (BT-Drs. 18/5372, S. 49 f.).

Das Ziel der *patientengerechten* Versorgung (zu dessen Inhalt siehe BT-Drs. 18/5372, S. 50) findet sich im Entwurf nicht (ausdrücklich) wieder („Krankenhausversorgung der Patientinnen und Patienten“ ist etwas anderes). Das mag zwar - streng genommen - entbehrlich sein, weil das Bundesrecht ohnehin für das Land unmittelbar verbindlich ist, soweit es die finanzielle Förderung der Krankenhäuser regelt. Um im Landesgesetz die bundesgesetzlich in § 1 Abs. 1 KHG aufgeführten Ziele möglichst vollständig aufzugreifen, empfiehlt der Ausschuss, auch das Ziel einer patientengerechten Versorgung ausdrücklich mit aufzuführen.

Das durch Artikel 1 Nr. 1 des Krankenhauszukunftsgesetzes vom 23.10.2020 (BGBl. I S. 2208) in § 1 Abs. 1 KHG eingefügte Ziel einer Versorgung mit *digital ausgestatteten* Krankenhäusern (vgl. dazu BT-Drs. 19/22126, S. 37) findet im Entwurf ebenfalls keinen Ausdruck. Auch dieses soll ausdrücklich ergänzt werden. Damit wird zudem einer Forderung aus der Anhörung Rechnung getragen.

Dass neben dem Ziel einer *qualitativ hochwertigen* Versorgung (vgl. dazu § 6 Abs. 1 a Satz 2 und § 8 Abs. 1 a bis 1 c KHG sowie § 136 b Abs. 2 Satz 2 SGB V) nicht auch noch ausdrücklich geregelt werden soll, dass die Krankenhäuser „qualitativ hochwertig ... wirtschaftend“ sein sollen, wie es in § 1 Abs. 1 KHG formuliert ist, ist hingegen nach Auffassung des Ausschusses unschädlich.

Allerdings weicht die im Entwurf gewählte Formulierung „*eigenverantwortlich und wirtschaftlich handelnden*“ von der § 1 Abs. 1 KHG verwendeten Formulierung „eigenverantwortlich wirtschaftenden“ inhaltlich ab. „Eigenverantwortliches Wirtschaften“ bedeutet in erster Linie, dass die Ergebnisse des

eigenen Wirtschaftens selbst zu verantworten sind, sodass Überschüsse dem Krankenhaus verbleiben, Verluste aber auch von ihm zu tragen sind (vgl. dazu *Dettling/Würtenberger*, a. a. O., § 1 KHG Rn. 208 ff., m. w. N.; ferner § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG). „Wirtschaftlichkeit“ ist demgegenüber gleichbedeutend mit dem vom BVerwG in seiner Rechtsprechung geprägten Begriff der „Kostengünstigkeit“ und leitet sich nicht aus der Formulierung „eigenverantwortlich wirtschaften“, sondern aus dem Ziel, „zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“, ab (grundlegend BVerwGE 62, 86, bei juris Rn. 59 ff.; dazu dann auch BVerfGE 82, 209, bei juris Rn. 65 ff. [74]; *Dettling/Würtenberger*, a. a. O., § 1 KHG Rn. 238; zur Identität der Begriffe vgl. auch *Burgi*, a. a. O. [605], m. w. N. [Fn. 43]). Insoweit ist allerdings keine Abweichung vom Bundesrecht beabsichtigt, sodass der Ausschuss empfiehlt, die Formulierung des Entwurfs an § 1 Abs. 1 KHG anzupassen.

Im Übrigen soll das in § 1 Abs. 1 KHG genannte Ziel, „zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“ - das sich, wie dargelegt, in der Rechtsprechung als Ziel der „Kostengünstigkeit“ wiederfindet - im Entwurf nicht ausdrücklich als Ziel des Gesetzes benannt werden, sondern spielt erst in § 6 Abs. 1 Satz 2 („kostengünstig“) eine Rolle. Das ist auch so beabsichtigt. Mit der Formulierung des Entwurfs soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die Kostengünstigkeit vor dem Hintergrund der Bundeszuständigkeit für die Betriebskostenfinanzierung kein übergeordnetes Ziel der Krankenhausplanung des Landes ist, sondern erst im Auswahlverfahren relevant wird. Dem entspricht es, dass die „Kostengünstigkeit“ nach der Rechtsprechung des BVerfG ein reines Vergleichskriterium ist, das erst bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren dem Grunde nach geeigneten Krankenhäusern zur Anwendung kommt (BVerfGE 82, 209, bei juris Rn. 74).

Das Wort „insbesondere“ hebt den Aspekt der Berücksichtigung der Bedürfnisse *demenziell Erkrankter* sehr stark hervor, auch im Verhältnis zu den Bedürfnissen anderer Gruppen von Patientinnen und Patienten, obwohl bereits ihre ausdrückliche Nennung an dieser Stelle diesen Aspekt deutlich betont. Der Ausschuss empfiehlt daher, das Wort „insbesondere“ zu streichen. Außerdem empfiehlt der Ausschuss auf Anregung der Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen, ausdrücklich auch „Menschen mit unterschiedlichsten Behinderungen“ aufzuführen und somit auch deren Bedürfnisse in den Blick zu nehmen, sowie statt von „demenziell Erkrankten“ von „Menschen mit Demenz“ zu sprechen. In diesem Zusammenhang empfiehlt der Ausschuss schließlich noch, vor dem Wort „Bedürfnisse“ das Wort „besonderen“ einzufügen. Dies entspricht § 22 Abs. 2 Nr. 2 des Entwurfs und etwa auch § 1 Abs. 1 Satz 2 des Niedersächsischen Behindertengleichstellungsgesetzes und soll hervorheben, dass es um die Berücksichtigung der Bedürfnisse geht, die sich in besonderer Weise gerade aus der Demenz bzw. den Behinderungen ergeben.

Zu Satz 2:

Der hier wie vielfach im Folgenden verwendete Begriff der „Behandlung“ soll im - weiten - Sinne des § 27 SGB V zu verstehen sein, also neben der „Behandlung“ im Sinne des allgemeinen Sprachgebrauchs (d. h. der Therapie) auch die Diagnostik umfassen.

Außerdem ist der Ausschuss der Auffassung, dass die „Patientensicherheit“ nicht notwendigerweise Bestandteil der Qualität der Patientenbehandlung ist, sodass sie bewusst gesondert neben der Qualität aufgeführt werden soll. Die Patientensicherheit hat infolge der Krankenhausmorde in Delmenhorst und Oldenburg durch den als „Todespfleger“ bekannt gewordenen Niels H. in Niedersachsen einen besonderen Stellenwert erlangt. So werden z. B. auch die Landespatientenschutzbeauftragte sowie die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher nach Verständnis des Ausschusses nicht zur Behandlungsqualität gezählt. Vielmehr sind diese Institutionen mit dem Ziel der Stärkung von Patientenschutz und Patientensicherheit eingerichtet worden.

Die Formulierung „Zulassung ... im Rahmen der ... Krankenhausplanung“ soll sich ausschließlich auf den Status eines zugelassenen (Plan-)Krankenhauses nach § 108 Nr. 2 SGB V beziehen (auch wenn insoweit streng genommen gar keine gesonderte „Zulassung“ erfolgt) und nicht auch Krankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V erfassen (bei denen die „Zulassung“ durch Versorgungsvertrag erfolgt; vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 09.04.2019 - B 1 KR 2/18 R -, bei juris Rn. 11, m. w. N.).

Dass die Krankenhausplanung „bedarfsorientiert“ und „an Versorgungsstufen orientiert prospektiv“ sein muss, ist eher eine Anforderung an den Krankenhausplan und muss aus rein rechtlicher Sicht noch nicht an dieser Stelle geregelt werden, zumal diese Vorgaben bei den Regelungen über den

Krankenhausplan, insbesondere in § 5 Abs. 3 des Entwurfs, noch einmal wiederholt werden. Der Ausschuss empfiehlt aber, diese Formulierungen hier beizubehalten, um die Zielrichtung des Gesetzes bereits an dieser Stelle hervorzuheben.

Der Begriff „Vorgabe von Qualitätssicherungsmaßnahmen“ soll gleichbedeutend mit dem Begriff „Qualitätsanforderungen“ im Sinne des § 6 Abs. 1 a Satz 2 KHG und des § 136 b Abs. 2 Satz 4 SGB V bzw. dem Begriff „Qualitätsvorgaben“ im Sinne des § 8 Abs. 1 a bis 1 c KHG sein. Der Ausschuss empfiehlt daher, zur Klarstellung und Vereinheitlichung hier den in § 8 Abs. 1 a bis 1 c KHG verwendeten Begriff „Qualitätsvorgaben“ zu wählen.

Zu Satz 3:

Halbsatz 1 entspricht § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG. Halbsatz 2 entspricht zwar § 8 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 KHG, steht aber wie dieser in einem unklaren Verhältnis zu dem uneingeschränkten § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG wie auch zu der Verpflichtung nach § 1 Abs. 2 Satz 2 KHG, „dabei“ (also bei der Beachtung des Grundsatzes der Trägervielfalt) - wengleich „nach Maßgabe des Landesrechts“ - „insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger zu gewährleisten“. Angesichts der Begründung des Gesetzentwurfs zu § 8 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 KHG (BT-Drs. 18/5372, S. 51) wäre evtl. denkbar, die Regelungen in § 1 Abs. 2 Sätze 1 und 2 KHG so zu verstehen, dass ein Krankenhaus in privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft (nur) bei einer Auswahlentscheidung nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG wegen des Grundsatzes der Trägervielfalt zwar u. U. einem Krankenhaus in öffentlicher Trägerschaft bevorzugt werden muss, obwohl es weniger bedarfsgerecht, weniger leistungsfähig und/oder weniger kostengünstig bzw. wirtschaftlich ist, eine solche Bevorzugung aber (nur) ausgeschlossen ist, wenn seine Leistungen qualitativ weniger gut sind, also Qualitätsmängel - anders als Mängel bei anderen Kriterien - nicht durch den Grundsatz der Trägervielfalt „überspielt“ werden können. Aber auch, wenn die Regelung so zu verstehen sein sollte, wäre unklar, wie sich die zu vergleichende Qualität an dieser Stelle bemessen sollte, was der maßgebliche Qualitätsstandard wäre und welche Abweichungen davon noch tolerabel wären, um den Grundsatz der Trägervielfalt doch noch beachten zu müssen. Vor diesem Hintergrund ist die Regelung in der Anhörung u. a. von der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft (NKG) massiv kritisiert worden. Der Ausschuss hatte deswegen zunächst erwogen, lediglich den zweiten Halbsatz zu streichen, um die Regelung an § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG anzugleichen. Letztlich empfiehlt der Ausschuss aber, den gesamten Satz zu streichen und es bei den ohnehin verbindlichen bundesgesetzlichen Regelungen im KHG zu belassen, zumal es sich bei der Gewährleistung der Trägervielfalt ohnehin nicht im engeren Sinne um ein „Ziel“ des Gesetzes handelt. Dadurch sollen auch rechtliche Risiken und Zweifelsfragen vermieden werden.

Zu Absatz 2:

Dazu, dass RGZ nach der im eingebrachten Gesetzentwurf angelegten Konzeption gerade keine Krankenhäuser wären und deshalb im vorliegenden Gesetz gewissermaßen einen „Fremdkörper“ bilden würden, siehe bereits die Erläuterung zu § 1 Abs. 2. Das rechtliche Grundproblem besteht hinsichtlich der RGZ darin, dass das Land diese zwar als Organisationsform regeln kann, die Konstruktion dabei jedoch zweckmäßigerweise so gewählt werden sollte, dass sie es sowohl ermöglicht, dass die von oder in einem RGZ erbrachten Leistungen mit dem Leistungserbringungsrecht des SGB V kompatibel sind, als auch, dass ein RGZ in den Krankenhausplan aufgenommen werden kann, um es im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsrechts fördern zu können. Gerade Letzteres wäre bei der Konzeption des eingebrachten Gesetzentwurfs nur schwerlich möglich, sodass auch die Formulierung des § 5 Abs. 1 Satz 1 des Entwurfs, die Aufstellung des Krankenhausplans erfolge „zur Verwirklichung der (= aller!) in § 2 genannten Ziele“, bezüglich des hier genannten „Ziels“ rechtlich problematisch wäre. Wie bereits angedeutet, empfiehlt der Ausschuss auf Anregung des MS nunmehr, die Möglichkeit zu eröffnen, ein RGZ auch als „kleines Krankenhaus“ oder im Zusammenhang mit einem Krankenhaus zu betreiben und insofern über den Krankenhausplan zu fördern (siehe dazu noch im Empfehlungen und Erläuterungen zu § 3 Nr. 12 und § 5 Abs. 3 Sätze 5 und 6 - neu -).

Die auf Grundlage einer Anregung des MS vom Ausschuss empfohlene Formulierung soll dem Rechnung tragen sowie einige begriffliche Unklarheiten der im Entwurf vorgesehenen Formulierung vermeiden (zum Begriff „sektorenübergreifend“ - statt „sektorübergreifend“ - vgl. § 5 Abs. 2 Satz 3 des Entwurfs sowie den Sprachgebrauch im SGB V, dort z. B. § 39 Abs. 1 a Satz 1).

Durch die in einem zweiten Halbsatz nachgestellte Formulierung eines Regelbeispiels für einen „geeigneten“ Standort soll zudem der Eindruck vermieden werden, dass das Nicht(mehr)bestehen eines Krankenhauses an einem Ort einen Anspruch auf Förderung eines RGZ durch das Land begründen könnte.

Die genauere Ausgestaltung soll im Übrigen einer Regelung durch Verordnung nach § 32 Abs. 2 Nr. 2 des Entwurfs überlassen bleiben. Damit soll auch sichergestellt werden, dass zu erwartende bundesgesetzliche Änderungen hinsichtlich der sektorenübergreifenden Versorgung künftig sachgerecht und zeitnah berücksichtigt werden können.

Zu Absatz 3:

Zu Satz 1:

Durch die empfohlene Einfügung von Kommata nach den Worten „Sozialwesens“ und „Gesundheitszentren“ soll klargestellt werden, dass es sich sowohl bei den nachsorgenden Pflege- und Betreuungseinrichtungen als auch bei den RGZ um Regelbeispiele für sonstige Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens handeln soll.

Außerdem empfiehlt der Ausschuss auf Anregung des MS, der ein Vorschlag der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) aus der Anhörung zugrunde liegt, nach dem Wort „Versorgungsbereichen“ die Worte „sowie ein Entlassmanagement und regionale Versorgungs- und Weiterbehandlungsnetzwerke“ einzufügen.

Zu Absatz 4:

Der Ausschuss empfiehlt, wie vom MS angeregt, Vorschläge der ÄKN und des Marburger Bundes aus der Anhörung aufzugreifen und zu diesem Zweck nach dem Wort „die“ das Wort „flächendeckende“, vor dem Wort „Heilberufen“, die Worte „ärztlichen und anderen“ und nach dem Wort „Gesundheitsfachberufen“ die Worte „in den Krankenhäusern“ einzufügen.

Zu § 3 (Begriffsbestimmungen):

Die nachfolgende Aufzählung soll aus rechtsförmlichen Gründen redaktionell umgestaltet werden (so wie hier empfohlen z. B. auch § 2 des Niedersächsischen Polizei- und Ordnungsbehördengesetzes - NPOG -).

Zu Nummer 1 (Krankenhaus):

Das Komma nach dem Klammerzusatz „(KHG)“ entspricht zwar dem bisherigen Recht, ist aber hier wie dort überflüssig und soll aus sprachlichen Gründen gestrichen werden.

In § 3 Satz 1 KHG werden ausnahmslos bestimmte Krankenhäuser genannt. Das im Entwurf in Bezug darauf gewählte Wort „Einrichtungen“ soll daher, zumal in Abgrenzung zu den in § 5 KHG aufgeführten „Einrichtungen“, durch das Wort „Krankenhäuser“ ersetzt werden.

Im Übrigen sind „Einrichtungen in Krankenhäusern für Personen, die im Maßregelvollzug aufgrund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind“, eben gerade Einrichtungen *in* Krankenhäusern und können - anders als *die Krankenhäuser* im Straf- oder Maßregelvollzug nach § 3 Satz 1 Nr. 2 KHG - von vornherein nie selbst „Krankenhäuser“ sein; dementsprechend sind sie im KHG auch nicht bei den Krankenhäusern aufgeführt, auf die das KHG keine Anwendung findet (§ 3 Satz 1 KHG), sondern - nur - bei den nicht förderungsfähigen Einrichtungen (§ 5 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b KHG). Diese Einrichtungen sollen daher auch hier nicht bei der gesetzlichen Definition des Begriffs „Krankenhaus“ aufgeführt werden.

Fraglich ist, ob man diese Einrichtungen, anders als im bisherigen Recht, künftig überhaupt im Landesgesetz erwähnen muss; dass sie nicht förderungsfähig sind, ergibt sich zumindest schon - nach wie vor - aus § 5 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b KHG. Der Ausschuss empfiehlt daher eine ersatzlose Streichung.

Zu Nummer 2 (Plankrankenhaus):

§ 108 Nr. 2 SGB V enthält bereits eine gesetzliche Definition des Begriffs „Plankrankenhaus“ (= ein Krankenhaus, das „in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen“ ist). Die Entwurfsregelung liest sich daher gewissermaßen im Ergebnis wie „ein Plankrankenhaus im Sinne dieses Gesetzes ist ein Plankrankenhaus im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V“. Sprachlich vorzugswürdig ist es nach Auffassung des Ausschusses, die Definition des § 108 Nr. 2 SGB V an dieser Stelle (quasi deklaratorisch) zu wiederholen, zumal dann der gesonderte Blick in § 108 Nr. 2 SGB V entbehrlich würde, um sich den Regelungsgehalt zu erschließen.

Zu den Nummern 3 (Allgemeinkrankenhaus) und 4 (Fachkrankenhaus):

Für die Unterscheidung zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern kommt es im Wesentlichen darauf an, dass Allgemeinkrankenhäuser in Fachabteilungen gegliedert sind und mit diesen Leistungen für alle Altersstufen und grundsätzlich auf allen medizinischen Fachgebieten erbringen, während Fachkrankenhäuser nur Leistungen auf einzelnen medizinischen Fachgebieten erbringen (vgl. dazu im Hinblick auf das Kriterium der Leistungsfähigkeit Niedersächsisches Obergericht [Nds. OVG], Urteil vom 12.09.2019 - 13 LB 354/18 - bei juris Rn. 87, m. w. N.), nicht aber auf die dafür vorgehaltenen Betten, wie es in Nummer 3 des Entwurfs für die Allgemeinkrankenhäuser formuliert wird. Nach Auskunft des MS gibt es durchaus Allgemeinkrankenhäuser, die über Planbetten in lediglich einer Fachabteilung verfügen (in der Regel Innere Medizin), jedoch Patientinnen und Patienten aller Altersstufen und mit unterschiedlichen Krankheiten und Verletzungen behandeln. Zur eindeutigen Abgrenzung der Fachkrankenhäuser von den Allgemeinkrankenhäusern solle darauf abgestellt werden, dass Fachkrankenhäuser nur auf die Feststellung, Linderung oder Heilung bestimmter Krankheiten, Leiden oder Körperschäden spezialisiert seien oder grundsätzlich nur Leistungen für Patientinnen und Patienten bestimmter Altersstufen erbrächten. Auch sei zu berücksichtigen, dass es Krankenhäuser gebe, die zwar überwiegend Leistungen als Fachkrankenhaus erbrächten, daneben aber auch noch über eine weitere Fachabteilung verfügten (z. B. Fachkrankenhaus für Psychiatrie mit einer kleinen Fachabteilung für Innere Medizin). Eine gesonderte Nennung der Palliativmedizin solle dabei nicht erfolgen. Denn in Niedersachsen gebe es keine Krankenhäuser, die ausschließlich oder überwiegend palliativmedizinische Leistungen erbrächten. Sterbebegleitung finde in der Regel im Allgemeinkrankenhaus oder im Hospiz statt. Hospize seien aber keine Krankenhäuser im Sinne des § 3 Nr. 1. Die vor diesem Hintergrund vom Ausschuss empfohlenen Formulierungen der Nummern 3 und 4 beruhen auf den Vorschlägen des MS.

Dabei soll der in der Nummer 4 des Entwurfs am Ende genannte Begriff „Spezialversorger“ gestrichen werden, weil dieser im Folgenden nicht mehr verwendet wird.

Zu Nummer 5 (Krankenhausträger):

Rechtsfähige Vereine und rechtsfähige Stiftungen sind stets juristische Personen und müssen neben diesen nicht noch einmal gesondert genannt werden. Sinnvoll könnte angesichts der Regelungen in § 14 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) indes die gesonderte Nennung der Personengesellschaften sein; hier sind dann allerdings nur die rechtsfähigen Personengesellschaften im Sinne des § 14 Abs. 2 BGB gemeint. Insgesamt soll die Regelung (auch sprachlich) an § 14 Abs. 1 BGB angeglichen werden.

Zu Nummer 6 (Trägerwechsel):Zu Halbsatz 1:

Der Begriff „Betreiberin“ oder „Betreibers“ wird in der Nummer 5 nicht definiert, sondern nur der des „Krankenhausträgers“. Dieser soll daher auch hier verwendet werden.

Zu Halbsatz 2:

Es soll klargestellt werden, wessen Umwandlung gemeint ist, nämlich die eines Krankenhausträgers im Sinne der Nummer 5.

Im Übrigen empfiehlt der Ausschuss auf Anregung des MS, einen Vorschlag aus der Anhörung aufzugreifen und die Worte „oder bei einem Wechsel der anteiligen Eigentumsverhältnisse oder einem Mehrheitswechsel bei den Gesellschaftsanteilen eines Krankenhausträgers“ einzufügen, um dadurch

künftig auch die Veräußerung von Krankenhäusern im Rahmen der bei einem Trägerwechsel geltenden Regelungen reglementieren zu können.

Außerdem ist die hier vorgesehene Regelung in der Anhörung mehrfach als zu weit gefasst kritisiert worden, insbesondere mit Blick auf § 7 Abs. 2 (bisher § 12 Abs. 1 Satz 1), der im Fall eines Trägerwechsels eine zwingende Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan vorschreibt. In der Tat leuchtet es nicht ohne Weiteres ein, warum schon bei einem bloßen Formwechsel im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 4 des Umwandlungsgesetzes (UmwG) bei gleichbleibenden Anteilshabern die Herausnahme des betreffenden Krankenhauses aus dem Krankenhausplan zwingend sein sollte, weil dabei die Anteilshaber bei der alten wie der neuen Rechtsform des Rechtsträgers dieselben bleiben. In einem solchen Fall bleiben die Betreiberinnen und Betreiber in personeller Hinsicht unverändert und ändern nur die Rechtsform, in der sie sich zusammengeschlossen haben. Auch das MS spricht sich dafür aus, den rechtswahrenden Formwechsel nach § 1 Abs. 1 Nr. 4 UmwG aus dem Begriff des Trägerwechsels auszunehmen. Der Ausschuss schließt sich dem an und empfiehlt, dies durch den Zusatz „Nr. 1, 2 oder 3“ zum Ausdruck zu bringen. Nach Auffassung des MS bedarf es allerdings auch im Falle eines bloßen Formwechsels nach § 1 Abs. 1 Nr. 4 UmwG eines Feststellungsbescheides. Dazu empfiehlt der Ausschuss, § 7 Abs. 2 einen neuen Satz 2 anzufügen („²Bei einem Formwechsel nach § 1 Abs. 1 Nr. 4 des Umwandlungsgesetzes ist der neue Träger durch eine Änderung des Bescheides nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG festzustellen.“).

Zu Nummer 7 (Fachabteilung):

Die hier gewählte Definition lehnt sich (wie in der Entwurfsbegründung, Drs. 18/10578, S. 23, im Einzelnen ausgeführt) an die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136 c Abs. 4 SGB V sowie an die (Fußnote zu Anhang 1 der) Anlage 3 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) vom 26.09.1994 (Anlagenband zu BGBl. I 1994 Nr. 67, S. 44) an.

Zum einen fehlt aber gegenüber der (damaligen) Definition der BpflV die Anforderung der überwiegenden Nutzung für ein bestimmtes Fachgebiet, sodass auch dem Wort „entsprechender“ der sprachliche Bezug fehlt. Es wird daher empfohlen, entsprechend der seinerzeitigen Definition in der BpflV die Worte „überwiegend für ein bestimmtes Fachgebiet genutzt wird und“ einzufügen.

Zum anderen ist fraglich, warum hier die Weisungsunabhängigkeit der ärztlichen Leitung gefordert werden soll. Einerseits ist dieses Merkmal seinerzeit zwar tatsächlich in der BpflV genannt worden. Andererseits hat das BVerwG jedoch in seinem in der Entwurfsbegründung zitierten Urteil, das hier umgesetzt werden soll, nur entschieden, dass ein Krankenhaus, um in den Krankenhausplan aufgenommen werden zu können, die von ihm zu erbringenden Leistungen auch durch Ärztinnen und Ärzte eines anderen Krankenhauses erbringen lassen kann und es insoweit *nicht zwingend erforderlich ist*, dass diese Ärztinnen und Ärzte der Weisungsbefugnis des Trägers des betreffenden Krankenhauses unterworfen sind; gleichzeitig hat es aber auch festgestellt, dass Leistungen eines Krankenhauses *in der Regel* durch eigenes Personal erbracht werden, das dem Weisungs- bzw. Direktionsrecht des jeweiligen Krankenhausträgers unterliegt (BVerwGE 168, 1, bei juris Rn. 30). Weisungsunabhängigkeit ist mithin nach der Auffassung des BVerwG für die Aufnahme in den Krankenhausplan (nur) *unschädlich*, nicht aber erforderlich. Daher leuchtet es nicht ohne Weiteres ein, warum sie hier sogar *zwingend erforderlich* sein sollte. Der Ausschuss empfiehlt gleichwohl, zur Klarstellung das Merkmal der Weisungsunabhängigkeit beizubehalten, aber entsprechend der seinerzeitigen Definition in der BpflV davor jeweils noch das Wort „fachlich“ einzufügen (vgl. auch § 31 Abs. 3 Satz 1 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen - KHGG NRW -, das auf die „Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen“ abstellt). Dadurch soll auch klargestellt werden, dass es lediglich um die medizinische Unabhängigkeit geht, nicht aber darum, die ärztliche Leitung auch in dienstrechtlicher und/oder organisatorischer Hinsicht vom Weisungs- bzw. Direktionsrecht des jeweiligen Krankenhausträgers auszunehmen.

Im Übrigen empfiehlt der Ausschuss auf Anregung des MS, einen Vorschlag der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen aus der Anhörung dem Grunde nach aufzugreifen und dazu den § 31 Abs. 3 Satz 4 KHGG NRW entsprechenden Satz „für Abteilungen, die Patientinnen und Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, können neben der Ärztin oder dem Arzt Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen

oder -therapeuten bestellt werden, die bei der Untersuchung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und selbstständig tätig sind“ anzufügen.

Zu den Nummern 8 (Pflegebereich bzw. Pflegestation) und 9 (Bettzimmer):

Nach der Entwurfsfassung könnte unklar sein, ob „pflegen“ hier in der Nummer 8 einen Gegensatz zu „behandeln“ bilden soll. Außerdem wird u. U. auch in einem „Pflegebereich“ im Sinne der Nummer 8 „behandelt“ (zum - weiten - Begriff der „Behandlung“ siehe § 2 Abs. 1 Satz 2 des Entwurfs und die dortige Erläuterung). Diese Unklarheiten sind in der Anhörung auch von der ÄKN und der NKG thematisiert worden. Der Ausschuss empfiehlt daher, in Nummer 8 nach dem Wort „gepflegt“ das Wort „behandelt“ einzufügen sowie - im Hinblick auf die Stellungnahme der ÄKN - hier und im Folgenden den Begriff „Pflegebereich“ durchgängig durch den Begriff „Pflegestation“ zu ersetzen. Beide Änderungen sollen der Klarstellung und Präzisierung dienen.

Zu Nummer 10 (Versorgungsstufe):

Nach dem Entwurf wird hier definiert, was eine „Versorgungsstufe“ im Allgemeinen ist, während § 5 Abs. 3 Satz 3 festlegt, dass es drei solcher Versorgungsstufen gibt, und definiert, welche Versorgungsintensität die Versorgungsstufen I, II und III jeweils beinhalten („Grund- und Regelversorgung“, „Schwerpunktversorgung“ und „Maximalversorgung“). Aus systematischen Gründen sollen diese Definitionselemente an einem Regelungsstandort zusammengeführt werden, und zwar nicht in § 5 Abs. 3 Satz 3 des Entwurfs, sondern hier, damit § 5 entsprechend sprachlich gestrafft werden kann (siehe dazu auch noch die Empfehlungen und Erläuterungen zu § 5).

Ferner soll der sprachliche Bezug der „medizinischen Versorgung“ klarstellend ergänzt werden („in einem bestimmten Krankenhaus“).

Im Übrigen wird der Inhalt der Begriffe „Grund- und Regelversorgung“, „Schwerpunktversorgung“ und „Maximalversorgung“ zwar im Bericht der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (EKmedV) erläutert (Drs. 18/8650, S. 93 ff.), jedoch im Entwurfstext nicht näher definiert. Nach Erklärung des MS soll dies einer Regelung durch Verordnung nach § 32 Abs. 2 Nr. 1 überlassen bleiben, um das Gesetz nicht mit allzu kleinteiligen Regelungen zu überfrachten. In der Verordnung sollten die Empfehlungen der EKmedV aber „1:1“ umgesetzt werden. Dagegen bestehen aus Sicht des Ausschusses grundsätzlich keine Bedenken, weil Inhalt, Zweck und Ausmaß der Verordnungsermächtigung in § 32 Abs. 2 Nr. 1 des Entwurfs im Sinne des Artikels 43 Abs. 1 Satz 2 der Niedersächsischen Verfassung (NV) noch mit hinreichender Sicherheit dem Gesetz entnommen werden können. Allerdings ist es für den Gesetzesvollzug zwingend erforderlich, dass eine dahin gehende Regelung durch Verordnung auch tatsächlich getroffen wird, so dass die Verordnungsermächtigung nicht in Absatz 2, sondern in Absatz 1 des § 32 geregelt werden soll. Siehe dazu die entsprechenden Empfehlungen zu § 32.

Außerdem hatte der Ausschuss erwogen, ob im Gesetz geregelt werden könnte und sollte, dass die Erfüllung der Merkmale einer Versorgungsstufe an bestimmte räumliche oder organisatorische Voraussetzungen geknüpft ist. Letztlich empfiehlt der Ausschuss aber, die Regelung dahin gehender Anforderungen der Verordnung nach § 32 Abs. 1 Satz 1 Nr. 0/1 - neu - zu überlassen und die dortige Verordnungsermächtigung entsprechend zu ergänzen. Siehe dazu die Empfehlung zu § 32 Abs. 1 Satz 1 Nr. 0/1 Buchst. a nebst Erläuterung. Ergänzend empfiehlt der Ausschuss hier, zur Klarstellung das Wort „Krankenhaus“ durch das Wort „Allgemeinkrankenhaus“ zu ersetzen, um bereits in der Begriffsbestimmung zu verdeutlichen, dass die Versorgungsstufen nicht für Fach-, sondern nur für Allgemeinkrankenhäuser gelten sollen (s. u.).

Zu Nummer 11 (Versorgungsregion):

Es leuchtet nicht recht ein, warum der Begriff „Region“ in der Definition durch den Begriff „Bezirk“ und der Begriff „Bezirk“ wiederum durch „Gebiete“ umschrieben werden soll, ohne näher zu konkretisieren, was eine derart umschriebene Region gerade zu einer „Versorgungsregion“ machen soll. Es wird daher empfohlen, stattdessen die in der Rechtsprechung entwickelte Definition eines „Versorgungsbereichs“ (BVerfGE 82, 209, bei juris Rn. 25) zu übernehmen.

Ferner empfiehlt der Ausschuss, das Wort „Krankenhäuser“ durch das Wort „Plankrankenhäuser“ zu ersetzen. Dies soll der Präzisierung dienen (und ist schon allein deshalb sinnvoll, weil der in der

Nummer 2 definierte Begriff „Plankrankenhaus“ sonst im Gesetzestext nicht noch einmal verwendet würde). Siehe dazu auch noch die Empfehlungen und Erläuterungen zu § 5 Abs. 3 Sätze 1 und 3.

Zu Nummer 12 (regionales Gesundheitszentrum):

Siehe zunächst die Erläuterungen zu § 1 Abs. 2 und zu § 2 Abs. 2.

Da der Bundesgesetzgeber RGZ - bisher - nicht gesetzlich geregelt hat, ist der Landesgesetzgeber bei deren Ausgestaltung - noch - relativ frei. Zu den zweckmäßigerweise zu beachtenden Vorgaben des sozialversicherungsrechtlichen Leistungsrechts und des Krankenhausfinanzierungsrechts siehe nochmals die Erläuterung zu § 2 Abs. 2.

Außerdem ist zu beachten, dass die - ausreichende bzw. „bedarfsgerechte“ - Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen durch Krankenhäuser eine öffentliche und wegen § 1 Abs. 1 des Entwurfs auch eine staatliche (bzw. kommunale) Aufgabe ist (*Ipsen*, NdsVBl. 2020, 33 [33, 35]), der sich Land und Kommunen nicht durch Verweis auf das Angebot von RGZ ganz oder auch nur teilweise entziehen dürften (siehe dazu auch § 2 Abs. 2 des Entwurfs: „... wo Krankenhäuser für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht oder nicht mehr erforderlich sind“). Vor diesem Hintergrund ist die hiesige Formulierung, ein RGZ sei eine (im Verhältnis zur Krankenhausversorgung?) „*alternative* Versorgungsform zur *Sicherstellung* einer wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung“, rechtlich bedenklich, zumindest, wenn man sie so verstehen wollte, dass ein RGZ eine Alternative zu einer andernfalls zu gewährleistenden Krankenhausversorgung sein könnte.

Der Ausschuss empfiehlt daher, auf die Formulierungen „alternative Versorgungsformen“ und „Sicherstellung“ zu verzichten und nur auf eine „sektorenübergreifende wohnortnahe medizinische Versorgung“ abzustellen. Dabei soll auch der im Entwurf gewählte, vom Ausschuss aber als sprachlich unglücklich empfundene Begriff „Anlaufstelle“ vermieden und durch die Formulierung „Einrichtung ... zur ... Versorgung von Patientinnen und Patienten“ ersetzt werden; in der Folge sollen dann aus sprachlichen Gründen die Worte „der Bevölkerung“ gestrichen werden.

Die Empfehlung, das Wort „Leistungserbringer“ durch das Wort „Leistungserbringende“ zu ersetzen, soll nur der Vereinheitlichung des Sprachgebrauchs innerhalb des Gesetzes dienen (vgl. den ersten [Halb-]Satz).

Der Ausschuss empfiehlt ferner, entsprechend dem Votum des MS einer Anregung aus der Anhörung zu folgen und nach dem Wort „Pflegeeinheit“ die Worte „auch im Sinne des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs“ einzufügen.

Die Worte „aus der Region“ sollen keinen besonderen Regelungsgehalt haben und daher zur Strafung der Regelung gestrichen werden.

Außerdem werden nur kleinere redaktionelle Änderungen empfohlen.

Zu § 4 (Mitwirkung der Beteiligten):

Zu Absatz 1:

Zu den Sätzen 1, 1/1 und 3:

In der Entwurfsfassung steht die Beschreibung der Aufgaben des Planungsausschusses in Satz 3 zwischen der Aufzählung seiner Mitglieder und der Regelung über den Vorsitz. Das ist systematisch unpassend. Es wird daher empfohlen, stattdessen die Aufgaben des Planungsausschusses schon in Satz 1 den weiteren Regelungen voranzustellen, Satz 3 insoweit also in Satz 1 zu integrieren, die im Entwurf in Satz 1 enthaltene Aufzählung der Mitglieder in einen neuen Satz 1/1 zu verschieben und Satz 3 als solchen zu streichen.

Zu Satz 1:

Der Ausschuss empfiehlt, Satz 1 dahin gehend zu ergänzen, dass der Planungsausschuss auch für die Beratung des Ministeriums hinsichtlich der Auswahl geeigneter Standorte für ein RGZ (vgl. § 2 Abs. 2) - nicht aber hinsichtlich der Ausgestaltung von RGZ im Allgemeinen oder des betreffenden RGZ im Einzelfall - zuständig sein soll.

Zu Satz 1/1 (bisheriger Satz 1) im Übrigen:

Das MS hat vor dem Hintergrund der Stellungnahmen im Rahmen der Anhörung vorgeschlagen, die Zusammensetzung des Krankenhausplanungsausschusses konkreter zu regeln und die Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der Beteiligten im Gesetz verbindlich festzuschreiben. Dies trage auch zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und zur Transparenz bei. Der Ausschuss folgt diesem Vorschlag. Die Anzahl der jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter, die MS in diesem Zusammenhang benannt hat, sind in der empfohlenen Fassung wiedergegeben. Das MS hat dazu erklärt, bei der Bemessung sei auf eine ausgewogene Besetzung auf Leistungserbringerseite einerseits und Kostenträgerseite andererseits geachtet worden. Die Begrenzung der Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter führe zu einer zügigeren Meinungsbildung; außerdem werde der organisatorische und finanzielle Aufwand verringert.

In der Nummer 3 soll entsprechend dem Vorschlag des MS zudem bestimmt werden, dass die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen zusammen („gemeinsam“) als unmittelbar Beteiligte dem Planungsausschuss angehören. Dies entspreche, so das MS, der bisherigen Rechtslage und diene der Klarstellung.

Zu Satz 2:

Durch die Empfehlung, die Wortreihenfolge umzustellen und eine enumerative Aufzählung vorzunehmen, soll die Regelung übersichtlicher gestaltet werden.

Außerdem empfiehlt der Ausschuss auf Anregung des MS, entsprechend der Stellungnahme des Niedersächsischen Pflgerates in der Anhörung die Formulierung „können ... teilnehmen“ durch die Formulierung „nehmen ... teil“ zu ersetzen.

Zu Nummer 4:

Nach dem Beschluss der Landesregierung über ihre Geschäftsverteilung gibt es eigentlich kein für „die Landesplanung“ zuständiges Ministerium. Nach Abschnitt II Nrn. 8 und 8.11 der Anlage 1 zu dem vorgenannten Beschluss ist das Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz für „die Angelegenheiten der Landesentwicklung“, die „Raumordnung“ und „landesplanerische Abstimmungen“ zuständig (wenngleich es deswegen nach § 18 Abs. 1 Satz 1 des Niedersächsischen Raumordnungsgesetzes als Fachministerium „oberste Landesplanungsbehörde“ ist). Es wird daher empfohlen, nur zu formulieren „das für Raumordnung zuständige Ministerium“.

Zu Nummer 5:

Auch wird in der o. g. Anlage zum Beschluss der Landesregierung „der Rettungsdienst“ nicht aufgeführt. Vielmehr ist das Ministerium für Inneres und Sport nach der dortigen Nummer 2.11 für „das Rettungswesen“ zuständig. Auch hier soll eine Anpassung in der Formulierung erfolgen.

Zu Satz 3:

Siehe die einleitende Erläuterung zu den Sätzen 1, 1/1 und 3. Wie dort dargelegt, wird empfohlen, Satz 3 des Entwurfs in Satz 1 zu integrieren und hier zu streichen.

Zu Satz 4/1:

Korrespondierend mit der Empfehlung zu Satz 1/1 soll auf Vorschlag des MS nach Satz 4 der neue Satz 4/1 eingefügt werden, wonach die einzelnen unmittelbar Beteiligten nach Satz 1/1 ein Votum im Planungsausschuss jeweils nur einheitlich abgeben können. Das MS hatte diesen Vorschlag mit der historischen Entwicklung bis hin zur gegenwärtigen Rechtslage begründet. Der Ausschuss hat dagegen keine Bedenken. Da auch das SGB V an vielen Stellen vorsieht, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich handeln (z. B. § 39 d Abs. 1 Satz 1, § 65 c Abs. 4 Sätze 1 und 6, § 72 a Abs. 3 Satz 1, § 136 b Abs. 5 Satz 9 und Abs. 5 a Satz 3 SGB V), und insoweit eine grundsätzliche Pflicht zur Einigung vorschreibt (§ 211 a SGB V), empfiehlt der Ausschuss über den Vorschlag des MS hinaus noch eine Ergänzung um einen zweiten Halbsatz, durch den für die Beteiligten nach Satz 1/1 Nr. 3 die entsprechende Geltung des § 211 a SGB V angeordnet wird, um für diese Beteiligten für den Fall der Nichteinigung einen Konfliktlösungsmechanismus vorzusehen.

Zu Satz 5 Halbsatz 2:

Da der Planungsausschuss nur beratende Funktion hat, soll die Formulierung „Entscheidungen ... mittels Umlaufbeschluss erfolgen“ durch die Formulierung „Beschlüsse ... im Umlaufverfahren gefasst werden“ ersetzt werden (vgl. z. B. auch § 57 a des Niedersächsischen Realverbandsgesetzes). Hätte der Ausschuss „echte“ (Mit-)Entscheidungsbefugnisse, müsste man sich mit der Frage nach der demokratischen Legitimation näher befassen (vgl. BVerfGE 83, 60, bei juris Rn. 42.)

Zu Satz 5/1:

Es wird aus systematischen Gründen empfohlen, Satz 8 des Entwurfs (im Übrigen unverändert) nach Satz 5 als neuen Satz 5/1 einzuordnen, weil er wie Satz 5 die Gestaltung der Sitzungen des Planungsausschusses betrifft.

Zu Satz 6:

Die empfohlene Ersetzung der Worte „Vertreterinnen und Vertreter“ durch die Worte „Personen, die die in den Sätzen 1/1 und 2 genannten Stellen im Planungsausschuss vertreten“ soll klarstellen, dass sämtliche Mitglieder des Planungsausschusses einschließlich derjenigen mit nur beratender Stimme erfasst werden sollen.

Der empfohlene Einschub „auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit“ entspricht den üblichkeiten bei vergleichbaren Regelungen (vgl. z. B. § 84 Abs. 1 Satz 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes - VwVfG -) und der nach Auskunft des MS auch hier verfolgten Regelungsabsicht.

Zu der empfohlenen Formulierung „verpflichtet, über ... Verschwiegenheit zu wahren“ (anstelle von „zur Verschwiegenheit über ... verpflichtet“) vgl. ebenfalls § 84 Abs. 1 Satz 1 VwVfG. Diese Empfehlung hat hier nur sprachliche Gründe (ist aber keineswegs zwingend).

Die Empfehlung, die Worte „erteilten Auskünfte“ durch die Worte „im Rahmen ihrer Tätigkeit im Planungsausschuss mitgeteilten Informationen, insbesondere Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der Krankenhausträger“ zu ersetzen, soll der Klarstellung und der Hervorhebung der hauptsächlich verfolgten Zielrichtung dienen. Die Regelung soll insbesondere den Schutz von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen der Krankenhausträger dienen, die den Mitgliedern des Planungsausschusses dort offenbart werden. Auf andere Weise außerhalb des Planungsausschusses erlangte Informationen sollen hingegen nicht geschützt werden.

Im Übrigen ist der Gegenstand der Verschwiegenheitspflicht im Entwurf sehr weit gefasst. Der Ausschuss empfiehlt, im zweiten Halbsatz - entsprechend z. B. § 84 Abs. 1 Satz 2 VwVfG - die Worte „sowie für Tatsachen, die offenkundig sind oder ihrer Bedeutung nach keiner Geheimhaltung bedürfen“ anzufügen und die Verschwiegenheitspflicht dadurch zu begrenzen.

Zu Satz 6/1:

Welche Folgen eine Verletzung der Verschwiegenheitspflicht hätte, ist nach dem Entwurf unklar. Beabsichtigt ist, ggf. auch eine Strafbarkeit nach § 203 des Strafgesetzbuchs (StGB) - Verletzung von Privatgeheimnissen - zu begründen. Da die Mitglieder des Planungsausschusses bei ihrer dortigen Tätigkeit keine Amtsträger im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 2 StGB sind und auch keine besondere, förmliche Verpflichtung im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 4 StGB vorgesehen ist (vgl. insoweit § 203 Abs. 2 Nr. 2 StGB), wird eine Strafbarkeit der Verletzung der Verschwiegenheitspflicht nach der Entwurfsfassung aber in der Regel ausscheiden (vgl. *Rademacher*, in: Schoch/Schneider, Verwaltungsrecht, Kommentar, 1. Ergänzungslieferung August 2021, zitiert nach beck-online, § 84 VwVfG Rn. 19, m. w. N.). Um ggf. den durch § 11 Abs. 1 Nr. 4 StGB aktivierten strafrechtlichen Schutz herbeizuführen, wird empfohlen, noch eine besondere Verpflichtung der einzelnen Mitglieder des Planungsausschusses auf ihre Verschwiegenheit zu regeln, wie sie etwa in § 83 Abs. 2 VwVfG vorgesehen ist (vgl. dazu *Rademacher*, a. a. O., § 83 VwVfG Rn. 25 ff., m. w. N.), und dazu eine § 83 Abs. 2 VwVfG entsprechende Regelung als neuen Satz 6/1 einzufügen.

Zu Satz 7:

Siehe die Erläuterung zu Satz 5 Halbsatz 2. Dementsprechend soll auch hier anstelle von „Entscheidungen mittels Umlaufbeschluss“ von „Beschlüssen im Umlaufverfahren“ gesprochen werden.

Die Worte „zur Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der unmittelbar Beteiligten“ sollen wegen der Empfehlung zu Satz 1/1, diese Anzahl unmittelbar im Gesetz festzulegen, gestrichen werden.

Die empfohlenen Ergänzungen zu der im Entwurf vorgesehenen Formulierung „Form und Frist der Niederschrift“ sollen lediglich der Präzisierung und Klarstellung des beabsichtigten Regelungsinhalts dienen.

Zu Satz 8:

Siehe die Empfehlung und die Erläuterung zu Satz 5/1.

Zu Absatz 2:

Infolge der Empfehlungen zu Absatz 1 Sätze 1 und 1/1 muss im einleitenden Satzteil im zweiten Klammerzusatz auf Absatz 1 Satz 1/1 (statt Satz 1) verwiesen werden.

Da in Absatz 1 Satz 2 nicht nur „Körperschaften“ aufgeführt werden, soll hier stattdessen von „Stellen“ gesprochen werden (vgl. auch Absatz 1 Satz 6 Halbsatz 2).

Zu Absatz 3:

Zu Satz 1:

Zu der redaktionellen Folgeänderung im Klammerzusatz siehe die Empfehlung und die Erläuterung zu Absatz 2.

Zu Satz 3:

Der Begriff „letzverantwortlich“ ist missverständlich. Denn der Planungsausschuss einschließlich der unmittelbar Beteiligten hat letztlich immer nur beratende Funktion, auch wenn mit den unmittelbar Beteiligten „einvernehmliche Regelungen“ anzustreben sind. Zuständig und damit auch „letzt“-verantwortlich für die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans und die Aufstellung des Investitionsprogramms ist hingegen stets das Ministerium, wobei die endgültige Entscheidung sogar jeweils erst noch von der Landesregierung in Gänze getroffen wird (§ 5 Abs. 1 Satz 1 und § 9 Satz 1 des Entwurfs). Daher soll das Wort „letzverantwortlich“ durch die Worte „ohne weitere Mitwirkung des Planungsausschusses“ ersetzt werden. Die weitere Empfehlung, die Worte „über die Aufstellung oder Fortschreibung“ einzufügen, soll nur der Klarstellung und der sprachlichen Anknüpfung an Satz 1 dienen.

Zum Zweiten Teil (Krankenhausplanung):

Zu § 5 (Krankenhausplan):

Mit dem Gesetzentwurf sollen insbesondere auch die Urteile des Nds. OVG vom 18.06.2019 - 13 LC 41/17 - und des BSG vom 09.04.2019 - B 1 KR 2/18 R - umgesetzt werden (Entwurfsbegründung, S. 19). Der Ausschuss empfiehlt, die Struktur und Gliederung des Paragraphen grundsätzlich stärker an jenen Urteilen zu orientieren.

Zu Absatz 1:

Insgesamt wird aus systematischen Gründen empfohlen, in Absatz 1 nur das Verfahren und inhaltliche Aspekte erst in den nachfolgenden Absätzen zu regeln. Dabei sollen zweckmäßigerweise Absatz 6 des Entwurfs hier in Satz 1 und Absatz 7 des Entwurfs hier als neuer Satz 1/1 integriert und die Absätze 6 und 7 deshalb als solche gestrichen werden. Welchem Zweck der Krankenhausplan dient und welchen Inhalt er haben muss, soll nach der Empfehlung des Ausschusses erst in Absatz 1/1 (und den weiteren nachfolgenden Absätzen) geregelt werden. Im Übrigen haben die hier zu Absatz 1 unterbreiteten Empfehlungen nur sprachliche und redaktionelle Gründe und sollen der Präzisierung und Klarstellung dienen.

Hinsichtlich der in Absatz 6 des Entwurfs vorgesehenen Regelung zur Fortschreibung des Krankenhausplans, die nach der Empfehlung des Ausschusses in Satz 1 integriert werden soll, wird nur darauf hingewiesen, dass nach § 4 Abs. 6 der geltenden Gesetzesfassung eine Pflicht des MS zur jährlichen Fortschreibung besteht. Der Entwurf verzichtet demgegenüber auf zeitliche Vorgaben für

eine Fortschreibung, und der Ausschuss empfiehlt dazu auch keine Änderung. Das MS hatte erklärt, der Wegfall der Pflicht zur jährlichen Fortschreibung solle ihm, dem MS, grundsätzlich die Möglichkeit eröffnen, den Krankenhausplan im Bedarfsfall auch unterjährig fortschreiben zu können oder wie gegenwärtig in der Corona-Pandemie aufgrund des Fehlens valider Belegungsdaten auch einmal über einen längeren Zeitraum von mehr als einem Jahr nicht fortzuschreiben zu müssen. Der Ausschuss hat keine Bedenken dagegen.

Zu der in Absatz 7 des Entwurfs vorgesehenen Regelung über die Heranziehung von Sachverständigen, die nach der Empfehlung des Ausschusses hier als neuer Satz 1/1 eingefügt werden soll, hat das MS auf Nachfrage erläutert, auch andere Länder bedienten sich externer Sachverständiger zur Neuaufstellung des Krankenhausplans. Zuletzt sei in Nordrhein-Westfalen ein entsprechendes Gutachten erstellt worden. Diese Möglichkeit solle auch in Niedersachsen eröffnet und ausdrücklich im Gesetz verankert werden, um davon künftig Gebrauch machen zu können.

Zu Absatz 1/1:

Zu der Bezugnahme auf die Ziele nach § 2:

Siehe die Empfehlung zu Absatz 1 Satz 1 und die dortige Erläuterung. Dass der Krankenhausplan der Verwirklichung der in § 2 genannten Ziele dient, ist primär eine inhaltliche Vorgabe und soll deshalb aus systematischen Gründen erst hier in Absatz 1/1 geregelt werden.

Das Land ist bei der Aufstellung des Krankenhausplans an die bundesrechtlichen Vorgaben insbesondere in § 6 KHG und im Rahmen dessen (§ 6 Abs. 1 Halbsatz 1 KHG) an die in § 1 KHG genannten Ziele gebunden. Sollten die in § 2 des hiesigen Entwurfs genannten Ziele den Vorgaben des § 6 i. V. m. § 1 KHG widersprechen oder zumindest nicht vollständig (richtig) abbilden, bliebe das Bundesrecht verbindlich und ginge ggf. dem Landesrecht vor. Nach den Empfehlungen zu § 2 (siehe auch die dortigen Erläuterungen) geht der Ausschuss hier davon aus, dass die Ziele nach § 2 mit den Zielen nach § 1 KHG weitgehend deckungsgleich sowie auch im Übrigen mit § 6 KHG vereinbar sind und im Übrigen Qualitätsanforderungen im Sinne des § 6 Abs. 1 a KHG darstellen oder sich im Rahmen einer Regelung „des Näheren“ nach § 6 Abs. 4 KHG bewegen.

Zu der Empfehlung zum Inhalt des Krankenhausplans:

Das Nds. OVG hat in seinem Urteil vom 18.06.2019 - 13 LC 41/17 - (bei juris Rn. 36 ff., m. w. N.) unter Bezugnahme auf die ständige Rechtsprechung insbesondere auch des BVerwG dargestellt, welchen wesentlichen Inhalt ein ordnungsgemäß erstellter Krankenhausplan haben muss. Erforderlich sind danach

1. „eine Krankenhauszielplanung, die im Rahmen des durch die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes begrenzten Gestaltungsspielraumes die Ziele festlegt, auf deren Verwirklichung der Plan ausgerichtet ist“,
2. „eine Bedarfsanalyse, die eine Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung enthält“,
3. „eine Krankenhausanalyse, die eine Beschreibung der Versorgungsbedingungen bei den in den Plan aufgenommenen Krankenhäusern enthält“, sowie
4. „die Festlegung der durch die späteren Feststellungsbescheide zu treffenden (eigentlichen) Versorgungsentscheidung darüber, mit welchen Krankenhäusern der festgestellte Bedarf der Bevölkerung versorgt werden soll“.

Es wird empfohlen, diese Rechtsprechung ausdrücklich im Gesetz abzubilden. Darin wird dann auch die Krankenhauszielplanung, auf deren Notwendigkeit in der Anhörung hingewiesen wurde, ausdrücklich als notwendiger Bestandteil des Krankenhausplans genannt.

Zu Absatz 2:

Zu Satz 1:

Es wird empfohlen, entsprechend der zu Absatz 1/1 zitierten Rechtsprechung und der dort vorgeschlagenen Regelung hier zwischen der Krankenhauszielplanung, in der die Grundsätze und Ziele des Plans festgelegt werden, sowie der Bedarfs- und der Krankenhausanalyse, in deren Rahmen

„die voraussichtliche Entwicklung der Krankenhausversorgung“ darzustellen ist, zu differenzieren und den zuletzt genannten Aspekt in einem gesonderten Absatz 2/1 und dort in Satz 1 zu regeln.

Zu Satz 3:

Hier soll es sich um eine nähere Regelung zur Ausgestaltung der Bedarfsfeststellung im Rahmen der in § 2 genannten Ziele aufgrund der Ermächtigung zur Regelung „des Näheren“ in § 6 Abs. 4 KHG handeln. Um dem Rechnung zu tragen und dies deutlicher zum Ausdruck zu bringen, wird empfohlen, die Regelung als Satz 2 in Absatz 2/1 zu treffen. Siehe im Übrigen noch die dortige Erläuterung.

Zu Satz 4:

Der Satz ist eigentlich entbehrlich, weil die Empfehlungen des G-BA nach § 136 c Abs. 1 SGB V gemäß § 6 Abs. 1 a Satz 1 KHG unmittelbar kraft Bundesrechts Bestandteil des Krankenhausplans werden. Nur soweit dies *ausgeschlossen* werden soll, wäre nach § 6 Abs. 1 a Satz 2 KHG eine dahin gehende landesrechtliche Regelung erforderlich. Der Ausschuss empfiehlt gleichwohl, wegen der politischen Bedeutung an der Regelung festzuhalten und dadurch klarzustellen, dass Niedersachsen die „planQI“ grundsätzlich befürwortet und ihre Geltung auch nicht ausschließen wird.

Zu Absatz 2/1:

Zu Satz 1:

Siehe die Empfehlung und die Erläuterung zu Absatz 2 Satz 1.

Zu Satz 2:

Siehe die Empfehlung und die Erläuterung zu Absatz 2 Satz 3.

Der Ausschuss empfiehlt im Übrigen auf Anregung des MS, den Vorschlag der NKG aus der Anhörung aufzugreifen und als weiteres Planungskriterium die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung vorzugeben.

Zu Absatz 3:

Zu Satz 1:

Es wird empfohlen, Satz 1 sprachlich an die oben zu Absatz 1/1 vorgeschlagene Struktur anzugleichen. Dass die Versorgung durch die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser eine „bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche“ sein muss, entspricht zwar der bisherigen Rechtslage (§ 4 Abs. 3 der geltenden Gesetzesfassung), deckt sich jedoch nur teilweise mit den in § 1 KHG und § 2 des Entwurfs geregelten Zielen (siehe die Erläuterung zu § 2 Abs. 1). Durch die empfohlene abstrakte Bezugnahme auf die Ziele des Krankenhausplans und die Vorgaben des KHG wird vermieden, dass sich die hiesige Regelung zu diesen Anforderungen in Widerspruch setzt oder hinter ihnen zurückbleibt.

Im Übrigen empfiehlt der Ausschuss, in Satz 1 den Begriff „Krankenhäuser“ sprachlich in „Allgemeinkrankenhäuser und Fachkrankenhäuser“ „aufzulösen“, um hier auch die Fachkrankenhäuser ausdrücklich zu benennen. Außerdem wird empfohlen, nach den Worten „gegliedert nach“ das Wort „Versorgungsregionen,“ zu streichen, weil an dieser Stelle noch nicht ausdrücklich festgelegt werden muss, ob auch Fachkrankenhäuser zwingend einer Versorgungsregion zugeordnet sein müssen; dass der Krankenhausplan räumlich in acht Versorgungsregionen zu gliedern ist, ergibt sich ohnehin hinreichend deutlich aus Satz 2.

Zu Satz 3:

Siehe die Empfehlung und die Erläuterung zu § 3 Nr. 10. Korrespondierend mit der dortigen Empfehlung soll die hiesige Regelung wie empfohlen verkürzt werden.

Ferner empfiehlt der Ausschuss, das Wort „Allgemeinkrankenhaus“ hier durch das Wort „Plankrankenhaus“ zu ersetzen und zu ergänzen, dass jedes von diesen entweder - wenn es sich um ein Allgemeinkrankenhaus handelt - einer Versorgungsstufe zugeordnet oder - ohne Zuordnung zu einer Versorgungsstufe - als Fachkrankenhaus eingestuft wird.

Die Regelung des Näheren, insbesondere dazu, welche Anforderungen an ein Allgemeinkrankenhaus in qualitativer, räumlicher und organisatorischer Hinsicht zu stellen sind, damit es einer bestimmten Versorgungsstufe zugeordnet werden kann, soll einer Regelung durch Verordnung überlassen bleiben. Diese soll nach der Empfehlung des Ausschusses aber auch verpflichtend erlassen werden müssen, sodass in § 32 die im Entwurf vorgesehene Nummer 1 des Absatzes 2 als neue Nummer 0/1 in Absatz 1 aufgenommen werden soll. Siehe dazu noch die dortigen Empfehlungen und Erläuterungen.

Zu Satz 4 (neu):

Der Bericht der EKMedV (S. 93) spricht davon, dass in jedem „Versorgungsgebiet“ neben Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung mindestens ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung ausgewiesen werden soll. Davon findet sich im Entwurf nichts. Der Ausschuss empfiehlt, diese Vorgabe ausdrücklich in das Gesetz aufzunehmen, spricht sich aber zugleich dagegen aus, im Gesetz auch festzulegen, dass in einer Versorgungsregion höchstens ein Krankenhaus der Versorgungsstufe III („Maximalversorger“) vorhanden sein darf, um die Entwicklung in der Praxis nicht unnötig zu erschweren. Die Einzelheiten zur Ausgestaltung der Versorgungsregionen sollen vielmehr ebenfalls durch Verordnung geregelt werden (siehe dazu auch noch die Empfehlung und die Erläuterung zu § 32 Abs. 1 Nr. 0/1 Buchst. e).

Zu den Sätzen 5 und 6 (neu):

Siehe zunächst die Erläuterungen zu § 2 Abs. 2 und § 3 Nr. 12. Wie dort ausgeführt, schlägt das MS vor, die gesetzliche Konzeption der RGZ gegenüber dem Entwurf so zu ändern, dass ein RGZ doch als Krankenhaus oder im Zusammenhang mit einem solchen geführt werden kann. Dem dienen die Empfehlungen des Ausschusses zu den neuen Sätzen 5 und 6. Die Regelung des Näheren zu Satz 6 soll auch hier einer Verordnung überlassen bleiben (siehe dazu die Empfehlung und die Erläuterung zu § 32 Abs. 1 Nr. 0/1 Buchst. d).

Zu Absatz 3/1:

Zu dem aus § 6 Abs. 2 KHG folgenden Gebot der länderübergreifenden Abstimmung der Krankenhausplanungen siehe Nds. OVG, Urteil vom 18.06.2019 - 13 LC 41/17 - (bei juris Rn. 57, m. w. N.). Die Beachtung dieses Gebots wurde in der Anhörung mehrfach angemahnt. Außerdem wird in der Rechtsprechung (VGH Hessen, Urteil vom 10.09.2002 - 11 UE 3202/98 -, bei juris Rn. 60; OVG Schleswig-Holstein, Urteil vom 03.11.2004 - 2 LB 75/03 - bei juris Rn. 26) und - dem folgend - im Schrifttum (*Würtenberger/Altschwager/Gerhard*, in: Dettling/Gerlach, a. a. O., § 6 KHG Rn. 42) aus § 6 Abs. 2 KHG ein landesinternes Abstimmungsgebot in Bezug auf einzelne Versorgungsgebiete abgeleitet. Die Empfehlung des Ausschusses dient dazu, beide Aspekte aufzugreifen.

Zu Absatz 6:

Siehe die Empfehlung zu Absatz 1 Satz 1 und die dortige Erläuterung.

Zu Absatz 7:

Siehe die Empfehlung zu Absatz 1 Satz 1/1 und die dortige Erläuterung.

Zu Absatz 8:

Die Regelung ist mit gewissen rechtlichen Zweifeln behaftet. So hat die NKG in der Anhörung zutreffend darauf hingewiesen, dass das BVerfG die generelle Bevorzugung von Krankenhäusern, „die eine flächendeckende Not- und Unfallversorgung sicherstellen“, als ungerechtfertigte strukturelle Benachteiligung (kleinerer) privater Krankenhäuser angesehen hat (BVerfG, Beschluss vom 04.03.2004 - 1 BvR 88/00 - bei juris Rn. 34; zustimmend BVerwG, Beschluss vom 12.02.2007 - BVerwG 3 B 77.06 -, bei juris Rn. 6). Die vom Ausschuss empfohlene Formulierung entspricht grundsätzlich der Anregung der NKG. Darüber hinaus empfiehlt der Ausschuss allerdings, das Wort „verlässlich“ einzufügen, um klarzustellen, dass es nicht auf die bloß formale Teilnahme an der Notfallversorgung ankommen soll, sondern darauf, dass das jeweilige Krankenhaus die Notfallversorgung auch tatsächlich verlässlich durchführt (und sich nicht regelmäßig davon abmeldet).

Zu Absatz 9:

Die hier vom Ausschuss empfohlenen Sätze 1 und 2 entsprechen § 6 Abs. 1 Sätze 2 und 3 des Entwurfs. Diese Regelungen sollen aus rechtssystematischen Gründen hierher verschoben werden, weil sie materielle Voraussetzungen für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan enthalten, während § 6 im Übrigen die Regelung über den nach der Aufnahme in den Krankenhausplan zu erlassenden Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG konkretisieren soll und damit im Wesentlichen formelle Aspekte des weiteren Verfahrens betrifft.

Zu Satz 1 (= § 6 Abs.1 Satz 2 des Entwurfs):

Wegen des Verhältnisses zwischen § 2 des Entwurfs und § 1 Abs. 1 KHG siehe die Empfehlungen und Erläuterungen zu § 2 Abs. 1, insbesondere hinsichtlich des hier - erstmals - auftauchenden Begriffs der „Kostengünstigkeit“. Die Ziele des § 1 Abs. 1 KHG und diejenigen nach § 2 des Entwurfs, deren Verwirklichung der Krankenhausplan nach Absatz 1 Satz 1 des Entwurfs (= Absatz 1/1 in der vom Ausschuss empfohlenen Fassung) dienen soll, sind danach nicht vollständig deckungsgleich. Hier als - zusätzliche - Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan - auch - auf § 1 Abs. 1 KHG Bezug zu nehmen, ist aus Sicht des Ausschusses indes rechtlich unschädlich.

Zu Satz 2 (= § 6 Abs.1 Satz 3 des Entwurfs):

Der Ausschuss empfiehlt auf Anregung des MS, dem Vorschlag des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe aus der Anhörung zu folgen und das Wort „medizinischen“ zu streichen, um etwa auch den Stand der Erkenntnisse der Pflegewissenschaft zu erfassen.

Ferner empfiehlt der Ausschuss ebenfalls auf Anregung des MS, weiteren Forderungen aus der Anhörung Rechnung zu tragen und dazu in Nummer 1 anstelle der Formulierung „zur ärztlichen Fachbetreuung geeigneten Ärztinnen und Ärzte“ die Formulierung „Fachärztinnen und Fachärzte“ zu wählen.

Zu § 6 (Aufnahme in den Krankenhausplan):**Zu Absatz 1:****Zu Satz 1:**

Nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG wird die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan durch Bescheid *festgestellt*. Diese Regelung soll hier - nur - konkretisiert werden. Zur Klarstellung soll dann aber auch ausdrücklich geregelt werden, dass der Bescheid nicht die Aufnahme in den Krankenhausplan *bewirkt*, sondern lediglich feststellt.

Zu den Sätzen 2 und 3:

Wegen der Empfehlung, diese Regelungen in einem neuen Absatz 9 des § 5 zu treffen, sind die beiden Sätze hier zu streichen. Zu den Inhalten siehe die Erläuterungen zu § 5 Abs. 9.

Zu Absatz 2:**Zu Satz 1:****Zu Nummer 1:**

Der Ausschuss empfiehlt, das Wort „Betriebsstellen“ durch das Wort „Betriebsstätten“ zu ersetzen. Damit wird eine Anregung aus der Anhörung umgesetzt.

Zu Nummer 2:

Ferner empfiehlt der Ausschuss, in den Bescheid auch die Angabe der Mehrheitsverhältnisse in Bezug auf das Eigentum an dem Krankenhausträger aufzunehmen. Auch dadurch würde eine Anregung aus der Anhörung umgesetzt, die der Ausschuss für besonders wichtig erachtet.

Zu Nummer 5:

Siehe die Empfehlungen und die Erläuterungen zu § 3 Nr. 10 und § 5 Abs. 3 Satz 3. Der Ausschuss empfiehlt, die hiesige Regelung zur Präzisierung entsprechend anzupassen.

Zu Absatz 3:Zu Satz 1:

Die Verweisung „nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG“ im Einleitungsteil des Satzes entspricht zwar der geltenden Rechtslage (§ 4 Abs. 7 Satz 1), findet sich aber im Entwurf nunmehr schon in Absatz 1 Satz 1, sodass eine Wiederholung an dieser Stelle entbehrlich ist.

Zu Nummer 1:

Zur bisherigen Fassung der Regelung in § 4 Abs. 7 der aktuellen Gesetzesfassung vgl. den Schriftlichen Bericht in Drs. 18/7034 (S. 32 ff.). Wie dort (S. 34) dargelegt, ist in jedem Fall sicherzustellen, dass über Nebenbestimmungen keine Verpflichtungen begründet werden, die in keinem Sachzusammenhang mit der Krankenhausplanung stehen und den Vorgaben des KHG (und des SGB V) widersprechen. Anstelle der hier in Nummer 1 genannten Ziele nach § 2 des Landesgesetzes nimmt § 4 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 der geltenden Gesetzesfassung bisher Bezug auf die in § 1 KHG genannten Ziele und schränkt dabei die Gründe, aus denen Nebenbestimmungen erlassen werden können, noch weiter ein. Wegen des Problems, dass die in § 2 des Entwurfs genannten Ziele mit den in § 1 KHG genannten Zielen nicht vollständig übereinstimmen und teilweise davon abweichen, vgl. die Erläuterungen zu den §§ 2 und 5. Der Ausschuss empfiehlt, hier vorsorglich (wieder) auch die in § 1 KHG genannten Ziele in Bezug zu nehmen (vgl. auch Absatz 1 Satz 2 des Entwurfs = § 5 Abs. 9 Satz 1 in der vom Ausschuss empfohlenen Fassung), dies allerdings vorsorglich nur alternativ („oder“), um nicht den Eindruck zu erwecken, beide Zielbestimmungen müssten zwingend kumulativ in den Blick genommen werden, um Nebenbestimmungen aufnehmen zu dürfen.

Zu Absatz 5:

Die Frage, ob den Ländern eine Gesetzgebungskompetenz für Regelungen der hier vorgesehenen Art zusteht, ist in der Lehre umstritten (verneinend *Kuhla*, a. a. O. [365 f.]; bejahend *Wysk*, a. a. O. [666]). Hintergrund des Streits ist, wie in der Entwurfsbegründung (S. 26) dargestellt, § 80 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach kann durch Landesgesetz nur „für Landesrecht“ (also nicht für Bundesrecht) vorgeschrieben werden, dass die aufschiebende Wirkung, die Widerspruch und Anfechtungsklage nach § 80 Abs. 1 VwGO grundsätzlich haben, entfällt. Dazu wird einerseits vertreten, der Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG beruhe auf Bundesrecht, sodass der Landesgesetzgeber diesbezüglich keine Regelung nach § 80 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 VwGO treffen könne (so *Kuhla*, a. a. O.). Andererseits wird vertreten, § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG sei nur eine Vorgabe für das Landesrecht und der Bescheid beruhe letztlich auf Landesrecht, sodass der Landesgesetzgeber sehr wohl eine solche Regelung treffen könne (so *Wysk*, a. a. O.). Rechtsprechung zu dieser Frage liegt, soweit ersichtlich, bisher nicht vor. Der Gesetzentwurf folgt der zweiten in der Lehre vertretenen Auffassung. Dem schließt sich der Ausschuss trotz des bestehenden rechtlichen Risikos an.

Zu § 7 (Ausscheiden aus dem Krankenhausplan):**Zu Absatz 1:**

In der im Entwurf vorgesehenen Regelung ist - anders als etwa in § 49 VwVfG - kein Ermessen vorgesehen, sodass bei Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen die Herausnahme des betreffenden Krankenhauses aus dem Krankenhausplan die zwingende Rechtsfolge ist. Deswegen bliebe ggf. keine Möglichkeit mehr, besondere Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen, und zwar weder auf der Seite des betroffenen Krankenhausträgers, in dessen Grundrechte eingegriffen wird, noch auf der Seite des öffentlichen Interesses, etwa, wenn infolge der Herausnahme des betreffenden Krankenhauses aus dem Krankenhausplan ein bestehender Bedarf überhaupt nicht mehr abgedeckt werden würde, weil auch kein anderes Krankenhaus die erforderliche Versorgung übernehmen könnte. Dies könnte zum einen im öffentlichen Interesse nicht sachgerecht sein, vor allem aber zum

anderen hinsichtlich etwaiger Grundrechtseingriffe zu unverhältnismäßigen Ergebnissen führen (vgl. *Steiner*, NVwZ 2009, 486 [489 ff.]). Die Regelung wurde daher in der Anhörung u. a. von der NKG kritisiert. Hinzu kommt, dass die hier in Nummer 1 der Entwurfsfassung in Bezug genommenen Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 Sätze 2 und 3 des Entwurfs (= § 5 Abs. 9 in der vom Ausschuss empfohlenen Fassung) teilweise sehr unbestimmt sind und einen weiten Beurteilungsspielraum eröffnen.

Um diesen Bedenken Rechnung zu tragen, empfiehlt der Ausschuss auf Anregung des MS,

- die Regelung auf zwei Sätze aufzuteilen,
- in Satz 1 hinsichtlich der in der Nummer 1 der Entwurfsfassung in Bezug genommenen Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 Sätze 2 und 3 des Entwurfs (= § 5 Abs. 9 in der vom Ausschuss empfohlenen Fassung) ein Ermessen vorzusehen, bei dessen zweckentsprechender Ausübung (vgl. § 40 VwVfG) der Zweck des Gesetzes berücksichtigt werden kann, und
- nur in Satz 2 hinsichtlich der in den Nummern 2 und 3 der Entwurfsfassung geregelten Voraussetzungen die Herausnahme aus dem Krankenhausplan als zwingende Rechtsfolge vorzusehen.

Auf diese Weise soll es ermöglicht werden, zwar einerseits besonderen Umständen wie etwa einem erkennbar vorübergehenden Personalmangel, aber auch den Zielen des Gesetzes angemessen und flexibel Rechnung tragen zu können, andererseits jedoch bei Vorliegen der in den Nummern 2 und 3 der Entwurfsfassung genannten Voraussetzungen ohne weitere politische Diskussion die Herausnahme aus dem Krankenhausplan verfügen zu müssen.

Die weitere Empfehlung, die Worte „festgestellt wird, dass“ zu streichen, soll nur klarstellen, dass keine gesonderte Feststellung der aufgeführten Voraussetzungen (außerhalb der ohnehin durchzuführenden Sachverhaltsermittlung) erfolgen soll.

Die Ersetzung der Verweisung „§ 6 Abs. 1 Sätze 2 und 3“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 9“ ist lediglich eine redaktionelle Folgeänderung.

Der empfohlene Einschub „nicht nur vorübergehend nicht“ in Nummer 1 der Entwurfsfassung (= Satz 1 in der vom Ausschuss empfohlenen Fassung) soll zum einen klarstellen, dass auch Bestands-Plankrankenhäuser, die derzeit im Krankenhausplan aufgenommen sind und die neu aufgestellten Voraussetzungen evtl. nie erfüllt haben, nach dem Inkrafttreten des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) aus dem aktuell bestehenden Krankenhausplan herausgenommen werden könnten/müssten. Zum anderen dient die Empfehlung der Anpassung an Bundesrecht (vgl. § 8 Abs. 1 a Satz 1 und Abs. 1 b KHG).

Zu Absatz 2:

Siehe die Erläuterung zu § 3 Nr. 6. Der dort am Ende wiedergegebene Satz soll hier als neuer Satz 2 angefügt werden. Der bisherige Wortlaut des Absatzes wird in der Folge Satz 1.

Zu Absatz 3:

Nach dem Wortlaut des § 8 Abs. 1 b KHG erfolgt die Herausnahme aus dem Krankenhausplan durch Aufhebung des Feststellungsbescheides (nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG). Demgegenüber ist hier ein weiterer Feststellungsbescheid über die Herausnahme vorgesehen. Diese Abweichung erklärt sich nach Auskunft des MS damit, dass nach herrschender Meinung § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG die Rechtsgrundlage für die Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan sei (*Württembergischer/Altschwager/Gerhard*, in: Dettling/Gerlach, a. a. O., § 8 Rn. 17 m. w. N.; OVG Koblenz, Urteil vom 06.11.1990 - 7 A 10025/88 -, NVwZ-RR 1991, 573). Aus dortiger Sicht seien die Regelungen im Bundesrecht nicht hinreichend aufeinander abgestimmt. Der Ausschuss empfiehlt, den Gesetzentwurf hier unverändert zu lassen. Im Sinne einer einheitlichen Regelung zumindest innerhalb des Landesrechts soll es dabei bleiben, auch die Herausnahme aus dem Krankenhausplan durch erneuten Feststellungsbescheid vorzunehmen.

Zum Dritten Teil (Förderung):**Zu § 8 (Aufbringung der Finanzierungsmittel):****Zu Absatz 1:**

Die Verweisung auf „§ 1 Satz 1“ entspricht zwar der bisherigen Gesetzesfassung, ist aber hier wie dort ungenau, weil § 1 nach wie vor zwei Absätze hat, sodass die Verweisung hier wie im Folgenden rechtsförmlich korrekt jeweils „§ 1 Abs. 1 Satz 1“ lauten muss.

Da die betreffenden Kommunen in diesem Paragraphen durchgängig mit „den in § 1 (Abs. 1) Satz 1 genannten“ bezeichnet werden, soll dies (abweichend von der bisherigen Gesetzesfassung) zur Vereinheitlichung des gesetzlichen Sprachgebrauchs auch im hiesigen Satz 3 geschehen.

Zu Absatz 2:Zu Satz 1:

In der Anhörung wurde mehrfach kritisiert, dass die Finanzierungsmittel in der gegenwärtig im Landeshaushalt vorgesehenen Höhe unzureichend seien, um die Ziele des KHG und des vorliegenden Gesetzes zu erreichen. Dabei wurde vorgeschlagen, an dieser Stelle zumindest eine Zielvorgabe für die Veranschlagung der erforderlichen Haushaltsmittel zu verankern.

Richtig ist, dass, wenn schon nicht aufgrund der verfassungsrechtlichen Pflicht des Staates zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen oder aus den Grundrechten der betroffenen Krankenhausträger, so aber doch jedenfalls nach dem KHG (dort insbesondere § 9 Abs. 5) eine verbindliche Rechtspflicht des Landes zur auskömmlichen Bemessung der Fördermittel besteht (siehe z. B. BVerwGE 144, 109, bei juris Rn. 30 und 42). Nach § 9 Abs. 5 KHG wäre eine „die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern schädigende Unterfinanzierung notwendiger Investitionen“ (BVerwG, a. a. O., Rn. 42) unzulässig. „Eine im Einzelfall gleichwohl eintretende Gefährdung“ muss finanziell „abgefangen werden“ (BVerwG, ebenda).

Der Ausschuss spricht sich jedoch wie das MS gegen die Regelung einer Zielvorgabe für die Veranschlagung der erforderlichen Haushaltsmittel hier im vorliegenden Gesetz aus. Die Festsetzung der erforderlichen Haushaltsmittel soll den jeweiligen Haushaltsplänen und deren Beratung vorbehalten bleiben. Sollte ein Krankenhaus oder sollten mehrere Krankenhäuser eine nach § 9 Abs. 5 KHG unzulässige „die Leistungsfähigkeit schädigende Unterfinanzierung notwendiger Investitionen“ nachweisen können, bestünde die Möglichkeit einer überplanmäßigen Ausgabe nach Artikel 67 NV bzw. eines Nachtragshaushalts.

Zu Satz 2:

Die Verweisung auf § 11 Abs. 3 passt nicht. Die bisherige Gesetzesfassung verweist insoweit auf § 7 Abs. 1. Jener Regelung entspricht im Entwurf § 11 Abs. 1. Das soll berichtigt werden.

Zu den Sätzen 3 und 4:

Siehe die Empfehlung und die Erläuterung zu Absatz 1.

Zu Absatz 3:

Siehe die Empfehlung und die Erläuterung zu Absatz 1. Auch hier soll der Gesetzeswortlaut vereinheitlicht werden.

Zu § 9 (Investitionsprogramm):Zu Satz 3:

Nach dem Entwurf sollen nur der Krankenhausplan und seine Fortschreibungen auch auf der Internetseite des Fachministeriums veröffentlicht werden (§ 5 Abs. 1 Satz 4 des Entwurfs), das Investitionsprogramm aber nicht. Der Ausschuss empfiehlt, die Regelungen dahin gehend zu vereinheitlichen, dass auch das Investitionsprogramm im Internet veröffentlicht wird.

Zu § 10 (Einzelförderung):**Zu Absatz 3:**

§ 9 Abs. 1 KHG selbst sieht keine Möglichkeit vor, die Förderung nach jener Vorschrift an bestimmte Voraussetzungen zu knüpfen oder zu beschränken. Allerdings wird „das Nähere zur Förderung“ nach § 11 Satz 1 KHG durch Landesrecht bestimmt. Der Bundesgesetzgeber hat mithin von seiner Gesetzgebungskompetenz nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 a GG nicht abschließend durch Gesetz Gebrauch gemacht (Artikel 72 Abs. 1 GG). Der Landesgesetzgeber hat deswegen zwar die bundesgesetzlichen Grundlagen zu beachten, ist jedoch befugt, diese „im Detail auszuformen, auszufüllen und zu ergänzen“ (OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10.02.2011 - 13 A 652/10 - bei juris Rn. 54 f., m. w. N.; darauf verweisend auch *Nayebagha/Kubella*, in: Dettling/ Gerlach, a. a. O., § 11 KHG Rn. 2). Die hier im Entwurf vorgesehenen Vorgaben und Beschränkungen sollen sich dementsprechend auf § 11 Satz 1 KHG stützen.

Zu den Sätzen 1 und 2:

Die jeweils empfohlene Einfügung der Worte „planmäßig“ und „sollen“ soll verdeutlichen, dass es weniger auf das tatsächliche Aufstellen von Betten ankommen soll, sondern bereits bei der Planung der entsprechenden Investition auf die Einhaltung der hier geregelten Vorgaben zu achten ist.

Zu Satz 1:

Siehe die Empfehlung und die Erläuterung zu § 3 Nrn. 8 und 9. Wie dort dargelegt, soll der im Entwurf verwendete Begriff „Pflegebereich“ im Gesetz durchgehend durch den Begriff „Pflegestation“ ersetzt werden.

Zu Satz 2:

Der Ausschuss empfiehlt auf Anregung des MS, dem Vorschlag der NKG aus der Anhörung zu folgen und nach dem Wort „Bettzimmern“ die Worte „soweit dies möglich ist“ einzufügen, um eine Förderung von Umbaumaßnahmen auch dann zu ermöglichen, wenn die Gewährleistung des Zwei-Bett-Standards aufgrund der örtlichen Gegebenheiten im Einzelfall ausnahmsweise nicht möglich ist.

Außerdem sollte das Wort „jeweils“ zur Angleichung an Satz 1 und zur sprachlichen Präzisierung eingefügt werden.

Einer Anregung seitens der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, künftig sogar einen Ein-Bett-Standard vorzuschreiben, folgt der Ausschuss entsprechend auch dem Votum des MS nicht.

Zu Satz 3:

Ziel der Regelung soll es nicht sein, die Schaffung von Isolationsmöglichkeiten gesondert zu fördern. Vielmehr soll bei jeder Förderung von Pflegebereichen bzw. -stationen jeweils für das gesamte Krankenhaus geprüft werden, wie hoch und in welcher Qualität Isolationsmöglichkeiten vorhanden sind und ob diese generell erhöht werden müssen, um Patientinnen und Patienten in pandemischen Lagen oder mit sonstiger Isolierpflicht (MRSA u. a.) optimal behandeln und versorgen zu können. Es soll sich dabei um eine Maßgabe für die Förderung nach § 9 Abs. 1 KHG mit dem Ziel handeln, bei geförderten Neu- und Umbaumaßnahmen im erforderlichen Fall etwaige Bedarfe an intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten und Isolationsmöglichkeiten zu berücksichtigen und erforderlichenfalls im Rahmen der beabsichtigten Investitionsmaßnahme Erweiterungen vorzunehmen.

Der Ausschuss empfiehlt dabei zum einen, eine Anregung aus der Anhörung aufzugreifen und auch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten einzubeziehen, wofür sich auch das MS ausgesprochen hatte.

Zum anderen empfiehlt der Ausschuss, die im Entwurf vorgesehene Soll-Regelung auf Umbaumaßnahmen zu beschränken, für Neubauten hingegen eine Pflicht zur Berücksichtigung der aufgeführten Kriterien vorzuschreiben.

Zu § 11 (Pauschale Förderung):**Zu Absatz 1 Nr. 2:**

Es handelt sich nur um eine redaktionelle Berichtigung (§ 32 hat nach dem Entwurf zwei Absätze).

Zu Absatz 2:**Zu Nummer 1:**

Die Einfügung des Wortes „jeweiligen“ vor dem Wort „Grundpauschale“ soll jeweils der Präzisierung dienen, weil es zwei Grundpauschalen geben soll (vgl. auch § 32 Abs. 1 Nr. 2).

Der Ausschuss empfiehlt ferner auf Anregung des MS, einem Vorschlag aus der Anhörung zu folgen und in Halbsatz 1 auch die Versorgungsstufen zu berücksichtigen, indem die Worte „gestuft nach Versorgungsstufen sowie zusätzlich“ eingefügt werden.

Wegen der Empfehlung, nach der Angabe „§ 32“ jeweils die Angabe „Abs. 1“ einzufügen, siehe die Empfehlung und die Erläuterung zu Absatz 1 Nr. 2.

Die Empfehlung, nach der Angabe „§ 9 Abs. 1“ die Angabe „Nr. 1“ einzufügen, soll das Gewollte präziser zum Ausdruck bringen (siehe auch die Entwurfsbegründung, S. 27). Die Absenkung der jeweiligen Grundpauschale soll nur dann vorgenommen werden können, wenn eine Maßnahme nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG gefördert wurde (Errichtung eines Krankenhauses einschließlich der Erstausrüstung mit Anlagegütern). Bei einer Förderung der Wiederbeschaffung von Anlagegütern nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHG soll hingegen keine Absenkung der jeweiligen Grundpauschale vorgenommen werden können.

Zu Absatz 3:

Siehe die Empfehlungen und die Erläuterungen zu Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 Nr. 1.

Zu Absatz 4:Zu Satz 1:

Das Wort „Grundpauschale“ soll hier (wie in § 32 Abs. 1 Nr. 2) im Plural verwendet werden, weil Absatz 2 (künftig, anders als bisher § 7 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1) zwei verschiedene Grundpauschalen regelt.

Die Angabe „Satz 1“ ist zu streichen, weil Absatz 2 (künftig, anders als bisher § 7 Abs. 2) nur noch einen Satz hat.

Zu der Empfehlung, nach der Angabe „§ 32“ die Angabe „Abs. 1“ einzufügen, siehe die Empfehlungen und die Erläuterungen zu Absatz 1 Nr. 2, Absatz 2 Nr. 1 und Absatz 3.

Zu § 12 (Förderung bei Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen):**Zur Paragrafenüberschrift:**

Da es sich bei den Regelungen in diesem Paragrafen um - auf § 11 Satz 1 KHG - gestützte Konkretisierungen des § 9 Abs. 2 Nrn. 5 und 6 KHG handeln soll, wird empfohlen, bereits die Formulierung der Überschrift stärker an jenen Regelungen zu orientieren.

Zu Absatz 1:

Die „Schließungsförderung“ nach § 8 der bisherigen Gesetzesfassung wird gewährt, „um die Schließung von Krankenhäusern zu ermöglichen“, ohne dass es auf den Grund der Schließung ankäme. Nach der Entwurfsregelung soll die Förderung nur noch für Krankenhäuser gewährt werden können, „die ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan ausscheiden, weil sie für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht mehr erforderlich sind“. Voraussetzung für die Förderungsmöglichkeit soll danach also zum einen ein vollständiges oder teilweises Ausscheiden aus dem Krankenhausplan nach § 7 sowie zum anderen ein Wegfall der Bedarfsgerechtigkeit als Grund für das Ausscheiden sein. Schließungen in anderen Fällen - also z. B. bei „freiwilliger“ Betriebsaufgabe wegen

Unwirtschaftlichkeit o. ä. - wären damit nicht mehr förderungsfähig. Dies erschiene im Hinblick auf den Zweck der Regelung, die Umstellung von Krankenhäusern auf andere Aufgaben allgemein zu erleichtern, fragwürdig, ist so aber auch nicht beabsichtigt.

Außerdem soll die Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben (vgl. § 9 Abs. 2 Nr. 6 KHG) aus sprachlichen Gründen bereits auch im ersten Satzteil benannt werden, weil die bloße Benennung erst im zweiten Satzteil sonst nicht stimmig wäre.

Durch die empfohlene Einführung der Kurzbezeichnung „Umwandlung“ kann die Regelung im Folgenden sprachlich verkürzt und vereinfacht werden.

Ferner ist an keiner Stelle des Entwurfs ausdrücklich geregelt, dass ein Krankenhaus immer schon dann aus dem Krankenhausplan ausscheidet, wenn es für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht mehr erforderlich ist. Dies lässt sich nur aus § 7 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 6 Abs. 1 Satz 2 des Entwurfs ableiten. An dieser Stelle ist die Benennung dieser Voraussetzung aber auch entbehrlich; auf sie soll hier zur Vermeidung von Zweifelsfragen verzichtet werden.

Nach der Entwurfsbegründung (S. 28) soll im Regelungstext klargestellt werden, dass eine Förderung auch erfolgen kann, wenn ein Krankenhaus nur teilweise geschlossen wird. Dies kommt indes im Entwurfstext nicht zum Ausdruck. Dieser spricht nur davon, dass eine (vollständige?) Schließung eines Krankenhauses gefördert werden kann, wenn es ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Das ist nicht gleichbedeutend mit einer vollständigen oder teilweisen Schließung des betroffenen Krankenhauses.

Die vom Ausschuss empfohlene Formulierung, die zudem stärker an die korrespondierenden Regelungen in § 9 Abs. 2 Nrn. 5 und 6 KHG angepasst ist, trägt den vorstehend aufgeführten Aspekten insgesamt Rechnung.

Zu Absatz 2:

Zu Satz 1:

Zu Nummer 3:

Der Wortlaut des ersten Satzteils (bis „entstehen“) weicht im Entwurf ohne erkennbaren Grund vom Wortlaut der bisherigen Regelung in § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 der geltenden Gesetzesfassung ab. Es wird empfohlen, den Wortlaut an die bisherige Formulierung anzupassen, um etwaige Zweifelsfragen hinsichtlich eines möglicherweise von der bisherigen Rechtslage abweichenden Regelungsinhalts zu vermeiden.

Außerdem soll der zweite Satzteil in Anlehnung an den letzten Halbsatz der nachfolgenden Nummer 4 so gefasst werden, dass es darauf ankommt, ob die betreffenden Nachteile tatsächlich im Rahmen eines Sozialplans ausgeglichen werden, und nicht darauf, ob ein Sozialplan (nur) aufzustellen ist. Damit wird gewährleistet, dass die Förderung auch dann bewilligt werden kann, wenn ein Sozialplan zwar „aufzustellen ist“, aber tatsächlich (noch) nicht aufgestellt wurde, oder die Nachteile einzelner Beschäftigter nicht vom Sozialplan erfasst werden.

Zu Nummer 4:

Zum Begriff der „Umwandlung“ siehe die Empfehlung zu Absatz 1 und die diesbezügliche Erläuterung. Hier wie dort soll damit § 9 Abs. 2 Nr. 6 KHG („Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben“) in Bezug genommen werden. An dieser Stelle wird lediglich der besondere Fall erfasst, dass die „anderen“ Aufgaben „medizinische oder soziale“ sind.

Zu den RGZ siehe bereits die bisherigen Empfehlungen und Erläuterungen.

Das Wort „regionales“ soll hier zur Vereinheitlichung des gesetzlichen Sprachgebrauchs (vgl. § 2 Abs. 2 und 3 Satz 1, § 3 Nr. 12 und § 32 Abs. 2 Nr. 2 des Entwurfs) klein geschrieben werden.

Der Ausschuss empfiehlt ferner auf Anregung des MS, einem Vorschlag aus der Anhörung zu folgen und auch Hospize ausdrücklich zu nennen.

Auffällig ist des Weiteren, dass als Regelbespiele ausdrücklich nur „stationäre Pflegeeinrichtungen“ aufgeführt werden sollen, während § 9 Abs. 2 Nr. 6 KHG „Pflegeeinrichtungen“ und „Pflegeabteilungen“ jeweils ohne Festlegung auf eine stationäre oder ambulante Leistungserbringung erfasst. Auch ist fraglich, warum Einrichtungen der Rehabilitation nur für den Fall „stationärer“ Leistungserbringung ausdrücklich genannt werden sollen. Das MS ist der Auffassung, die Aufzählung sei insoweit unproblematisch. Soweit § 9 Abs. 2 Nr. 6 KHG auch Einrichtungen zur ambulanten Leistungserbringung erfasse, werde dies im hiesigen Regelungstext durch den Begriff „(Einrichtung) ... der ambulanten ... Versorgung“ abgebildet. Der Ausschuss sieht danach insoweit keinen Änderungsbedarf.

Zu Satz 2:

Zum Begriff der „Umwandlung“ siehe die diesbezügliche Empfehlung und Erläuterung zu Satz 1.

Der Ausschuss empfiehlt außerdem auf Anregung des MS, im Hinblick auf eine Stellungnahme in der Anhörung nach dem Wort „Gebäude“ die Worte „und Einrichtungen“ einzufügen, weil es nicht immer um reine Gebäudeinvestitionen gehen muss.

Zu Absatz 3:

Die im Entwurf vorgesehene Formulierung „hierfür bereitstehenden Haushaltsmittel“ ist irreführend, weil nach Erklärung des MS im Haushaltsplan zwar Titel mit entsprechender Zweckbestimmung, aber gerade keine Haushaltsmittel (sondern nur sogenannte Leertitel) veranschlagt werden, also für diesen Zweck eben keine Haushaltsmittel „bereitstehen“. Der Ausschuss empfiehlt gleichwohl, ausdrücklich zu regeln, dass der Anspruch unter Haushaltsvorbehalt steht. Die empfohlene Formulierung lehnt sich an die (nur) für die Fördermittel nach § 8 geltende Regelung in § 8 Abs. 2 Satz 1 an und vermeidet die dargelegte Ungenauigkeit.

Zu Absatz 4:

Zur Einfügung der Angabe „Abs. 1“ nach der Angabe „§ 32“ s. o. (nur redaktionelle Berichtigung).

Zum Begriff der „Umwandlung“ siehe die Empfehlung zu Absatz 1 und die diesbezügliche Erläuterung.

Die Umwandlung soll hier auch ausdrücklich genannt werden, zumal § 32 Abs. 1 Nr. 5 des Entwurfs auch diese erfasst. Andernfalls bliebe ungeregelt, wie die Pauschale im Falle einer Umwandlung berechnet werden sollte.

Zu § 13 (Ausgleich für Eigenmittel):

Zu Absatz 1:

Zu Satz 1:

In der bisherigen Regelung in § 8 Abs. 2 Satz 1 der geltenden Gesetzesfassung heißt es „Förderung nach diesem Gesetz“. Diese Formulierung soll nach dem Entwurf durch die Worte „Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder diesem Gesetz“ ersetzt werden. Beides ist angesichts des Zwecks der Regelung, Eigenmittel zu erfassen, die bereits in dem Zeitpunkt eingesetzt wurden, als das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen und aufgrund dessen gefördert wurde (Entwurfsbegründung, S. 28), nicht ganz treffend, zumal die Formulierung „dieses Gesetz“ in der noch gültigen Gesetzesfassung nur das NKHG in der aktuell noch geltenden Fassung (a. F.), im Entwurfstext aber das NKHG in der künftigen, neuen Fassung (n. F.) bezeichnet; außerdem ist unklar, was im Entwurf mit einer Förderung nach dem KHG *oder* dem NKHG n. F. gemeint sein soll. Letztlich soll es ausweislich der Entwurfsbegründung (a. a. O.) nur darauf ankommen, ob im Zeitpunkt der *auf der Aufnahme in den Krankenhausplan beruhenden* Förderung Eigenmittel schon eingesetzt worden waren. Dies kann ohne Bezugnahme auf einzelne Gesetze und deren verschiedene Fassungen durch die empfohlene Formulierung „Förderung aufgrund der Aufnahme in den Krankenhausplan“ zum Ausdruck gebracht werden, zumal der Ausgleichsanspruch auch an den Zeitpunkt des *Ausscheidens aus dem Krankenhausplan* anknüpfen soll.

Zu Satz 4:

Vgl. die Erläuterung zu Satz 1. Hier soll ebenfalls nicht auf das KHG oder das NKHG (n. F.) Bezug genommen werden. Die Bezeichnung „andere öffentliche Mittel“ genügt in Abgrenzung zu der „Förderung aufgrund der Aufnahme in den Krankenhausplan“ nach Satz 1 in der empfohlenen Fassung.

Zu Absatz 2:

Wegen der Bezugnahme auf das KHG und/oder das NKHG (n. F.) siehe die Empfehlungen und die Erläuterungen zu Absatz 1.

Hier soll außerdem noch ergänzt werden, zu welchem Zeitpunkt die Mittel oder ihr Gegenwert noch vorhanden sein müssen, nämlich im Zeitpunkt des Ausscheidens des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan.

Zu Absatz 3:Zu Satz 1:

Die Empfehlung hat nur sprachliche Gründe (vgl. auch § 14 Abs. 2).

Zu § 14 (Zweckbindung der Förderung, Nebenbestimmungen):**Zu Absatz 5:**Zu Satz 3:

Die Formulierung „krankenhausplanerischer Zielsetzungen“ entspricht zwar § 9 Abs. 5 Satz 3 der geltenden Gesetzesfassung. Der Ausschuss empfiehlt aber, diese Formulierung zur Klarstellung an die Formulierung in Absatz 4 anzugleichen.

Zu § 15 (Überwachung der Verwendung der Fördermittel):**Zu Absatz 2:****Zum Einleitungsteil:**

Da auch die Befugnis nach Nummer 2 nur „während der üblichen Geschäftszeit“ bestehen soll, wird empfohlen, diese Worte „vor die Klammer zu ziehen“, damit sie sich inhaltlich auf beide nachfolgenden Nummern beziehen.

Zu Nummer 1:

Zu der Empfehlung, die Worte „nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz“ durch die Worte „aufgrund der Aufnahme in den Krankenhausplan“ zu ersetzen, siehe die Empfehlung und die Erläuterung zu § 13 Abs. 1 Satz 1.

Die Formulierung „Räume, soweit diese nicht dem Hausrecht der Bewohnerinnen und Bewohner unterliegen“, entspricht zwar der bisherigen Regelung in § 10 Abs. 2 Nr. 1 der geltenden Gesetzesfassung und entstammt auch schon der Ursprungsfassung des NKHG (vgl. den damaligen Gesetzesentwurf in der Drs. 7/1626, dort § 6 Abs. 2 Satz 1, allerdings ohne nähere Begründung). Sie ist jedoch missverständlich und bringt das wohl Gewollte nicht richtig zum Ausdruck. Gewollt (gewesen) sein dürfte, den Anwendungsbereich der Regelung auf Räume zu beschränken, die zwar nach der Rechtsprechung des BVerfG auch unter den weiten Begriff der „Wohnung“ im Sinne des Artikels 13 GG fallen, bei denen das Betreten durch staatliche Bedienstete und Beauftragte während der üblichen Geschäftszeit aber - anders als bei privaten Wohnräumen - keinen Eingriff und keine Beschränkung im Sinne des Artikels 13 Abs. 7 GG darstellt (BVerfGE 32, 54, bei juris Rn. 53 ff., 57), also auf solche Räume, die üblicherweise mit „Betriebs- und Geschäftsräume“ bezeichnet werden (siehe dazu auch das ausführlich begründete, auch auf den Wohnungscharakter von Krankenzimmern eingehende Urteil des VGH Baden-Württemberg vom 28.03.2022 - 1 S 1265/21 -, bei juris Rn. 53 ff., m. w. N.). Für eine dahin gehende Abgrenzung gibt das Kriterium des Bestehens eines Hausrechts an den

betreffenden Räumen indes nichts her, weil sich das Hausrecht aus dem Eigentum (oder einer sonstigen Verfügungsbefugnis) ableitet und von der Art der Nutzung der Räume grundsätzlich unabhängig ist. Es wird daher vorgeschlagen, in Anlehnung an § 52 Abs. 4 Satz 2 des Bundesnaturschutzgesetzes (vgl. aber z. B. auch § 29 Abs. 2 Satz 2 der Gewerbeordnung [GewO]) „Räume“ vom Betretensrecht nach Nummer 1 (und damit zugleich vom Besichtigungsrecht nach Nummer 2) auszunehmen, soweit diese „ausschließlich zu Wohnzwecken genutzt werden“. Dabei ist davon auszugehen, dass einerseits zunächst grundsätzlich alle Räume vom Anwendungsbereich der Regelung erfasst werden, „die für den Betrieb eines ... Krankenhauses“ genutzt werden, also neben den Betriebs- und Geschäftsräumen im engeren Sinne auch Krankenzimmer (Bettzimmer) und Zimmer in Wohnheimen; alle diese Räume fallen in der Regel unter den weiten Wohnungsbegriff des Artikels 13 GG. Andererseits sind alle diese Räume den sich darin aufhaltenden Personen grundsätzlich nicht - wie private Wohnräume - zur alleinigen und ausschließlichen Nutzung für die Abschirmung ihrer Privatsphäre zugewiesen, sondern weisen eine gewisse „Offenheit“ für den Zugang durch Dritte auf, sodass das Betreten (wie auch die Besichtigung) während der üblichen Geschäftszeit auf der Ebene des Artikels 13 Abs. 7 GG keinen Eingriff und keine Beschränkung darstellt (vgl. VGH Baden-Württemberg, a. a. O., bei juris Rn. 88). Um einen Eingriff bzw. eine Beschränkung im Sinne des Artikels 13 Abs. 7 GG auszuschließen, sind lediglich solche Räume auszunehmen, die den betreffenden Personen ausnahmsweise doch ausschließlich zu Wohnzwecken zugewiesen sind und auch tatsächlich dementsprechend genutzt werden. Dies kann bei - bewohnten - Zimmern in Wohnheimen für Beschäftigte der Fall sein, keinesfalls aber bei Krankenzimmern (Bettzimmern), weil den Krankenhausärzten und dem übrigen Krankenhauspersonal aufgrund ihres Heil- und Betreuungsauftrages Betretungs-, Überwachungs- und Kontrollbefugnisse zustehen. Diese Rechte heben den Privatcharakter des Krankenzimmers (Bettzimmers) zwar nicht auf, sodass es sich dabei in der Regel um eine „Wohnung“ im Sinne des Artikels 13 Abs. 1 GG handelt; sie führen jedoch stets zu einem eingeschränkten Schutz auf der Ebene des Artikels 13 Abs. 7 GG (vgl. VGH Baden-Württemberg, a. a. O., bei juris Rn. 59 und 88, jeweils m. w. N.), auch wenn eine länger andauernde stationäre Unterbringung erfolgen sollte.

Hinsichtlich der vorgeschlagenen Verschiebung der Worte „während der üblichen Geschäftszeit“ siehe die Empfehlung und die Erläuterung zum Einleitungsteil.

Zu Absatz 4:

Da die Befugnisse des Landesrechnungshofs nach Absatz 4 ebenfalls nur „während der üblichen Geschäftszeit“ bestehen sollen, wird empfohlen, diese Worte auch hier einzufügen.

Zu Absatz 5:

Zu Satz 2:

Die Regelung soll gestrichen werden. Die ausdrückliche Nennung des Grundrechts nach Artikel 13 GG wäre hier nach Artikel 19 Abs. 1 Satz 2 GG nur erforderlich, soweit dieses Grundrecht aufgrund der Regelungen in den Absätzen 2 und 4 eingeschränkt bzw. aufgrund dieser Regelungen in das Grundrecht eingegriffen werden dürfte. Das Betreten von Betriebs- und Geschäftsräumen durch staatliche Bedienstete und Beauftragte ist nach der Rechtsprechung des BVerfG aber nicht als Eingriff in den Schutzbereich des Grundrechts nach Artikel 13 Abs. 1 GG bzw. nicht als Eingriff/Beschränkung im Sinne des Artikels 13 Abs. 7 GG anzusehen, solange dies während der üblichen Geschäftszeiten geschieht (s. o.; BVerfGE 32, 54, bei juris Rn. 53 ff., 57). Dies soll, wie dargelegt, bei den Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 4 indes durchgängig der Fall sein, sodass insoweit kein Eingriff in das Grundrecht bzw. keine Einschränkung des Grundrechts vorliegt. Daher bedarf es der ausdrücklichen Nennung des Grundrechts nach Artikel 13 GG hier nicht (vgl. auch § 28 Abs. 3 Sätze 3 und 4 des Entwurfs sowie § 29 Abs. 2 GewO).

Zu § 17 (Folgen des Trägerwechsels):

Es wird empfohlen, den ersten Halbsatz des § 12 Abs. 1 Satz 1 der bisherigen Gesetzesfassung voranzustellen, um den Regelungszusammenhang zu verdeutlichen.

Infolge der Empfehlung, die Sätze 2 und 3 des § 6 Abs. 1 in einen neuen § 5 Abs. 9 zu verlagern, hat § 6 Abs. 1 nur noch einen Satz; die Verweisung ist entsprechend redaktionell anzupassen.

Zum Vierten Teil (Notfallversorgung, Meldepflichten):

Bei der empfohlenen Ergänzung der Überschrift handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der empfohlenen Regelung über Meldepflichten von Krankenhausträgern in § 19/1 (neu). Auf die dortigen Erläuterungen wird verwiesen.

Zu § 18 (Notfallversorgung):**Zu Absatz 1:**

Nach Auskunft des MS bezieht sich die Formulierung „sozialversicherungsrechtlich vereinbart“ auf die zwischen dem jeweiligen Krankenhausträger und den Sozialversicherungsträgern geschlossene Pflegesatzvereinbarung nach den §§ 17 b und 18 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), in der auch vereinbart wird, in welcher Notfallversorgungsstufe nach § 136 c Abs. 4 SGB V i. V. m. § 17 b KHG i. V. m. dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Notfallstufen vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4, zuletzt geändert am 20. November 2020, BAnz AT 24.12.2020 B2) das Krankenhaus an der Notfallversorgung teilnimmt.

Durch die empfohlene Formulierung („wenn und soweit“) wird berücksichtigt, dass die Notfallversorgung durch die Krankenhäuser je nach vereinbarter Notfallversorgungsstufe unterschiedlich ausgestaltet ist. Die darüber hinaus empfohlene Formulierung („vereinbart ist“) entspricht der bisherigen Fassung und berücksichtigt, dass Vertragspartner der Pflegesatzvereinbarung der Krankenhausträger und nicht - wie im Entwurfstext vorgesehen - das Krankenhaus ist.

Zu Absatz 2:

Durch die empfohlene Formulierung soll - wie im übrigen Entwurf - klargestellt werden, dass Adressat der Regelung der Krankenhausträger nach § 3 Nr. 5 und nicht das - in der Regel rechtlich unselbstständige - Krankenhaus ist.

In dem o. g. Beschluss des G-BA sind gemäß § 136 c Abs. 4 Satz 2 SGB V für jede Notfallversorgungsstufe insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festgelegt. Nach § 6 Abs. 1 Satz 1 des Beschlusses des G-BA müssen die Krankenhäuser, die Vorgaben der jeweiligen Notfallstufe zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) am Standort erfüllen. Angesichts dieser detaillierten bundesrechtlichen Vorgaben zum Leistungsumfang ist die Notwendigkeit dieser Regelung in der Anhörung bezweifelt worden (siehe dazu die Stellungnahme der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft in Vorlage 20, S. 21 f.).

Das MS hat mitgeteilt, dass mit dieser Regelung Abmeldungen von der Notfallversorgung entgegengewirkt werden solle und spricht sich dafür aus, an der Regelung festzuhalten. Dem ist der Ausschuss gefolgt und empfiehlt, zur Verdeutlichung der rechtlichen Zusammenhänge im Regelungstext auf die o. g. Regelungen zu den Notfallstufen Bezug zu nehmen.

Die Notfallversorgungsstufen umfassen allerdings nach dem o. g. Beschluss des G-BA - anders als im Entwurf vorgesehen - auch die Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten, die *nicht lebensbedrohlich* verletzt oder erkrankt sind. Denn ein „Notfall“ liegt vor, wenn eine Patientin oder ein Patient infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstigen Umständen sich entweder in Lebensgefahr befindet *oder* der Gesundheitszustand eine wesentliche Verschlechterung befürchten lässt, sofern nicht unverzüglich eine Krankenhausbehandlung eingeleitet wird (Dettling, in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Auflage 2018, § 75 SGB V, Rn. 89; vgl. auch § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes - NRettdG -). Der Ausschuss hielt die Einschränkung in Absatz 2 auch deshalb nicht für einleuchtend, weil die Pflicht zur klinischen Erstversorgung in Absatz 3 Satz 4 („bei Gefahr für Leib und Leben“) auch nicht lebensbedrohlich Verletzte oder Erkrankte erfassen soll. Der Ausschuss empfiehlt daher, die Einschränkung zu streichen.

Zu Absatz 3:Zu Satz 1:

Satz 1 regelt nach seinem Wortlaut einen strikten Vorrang der Behandlung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Der GBD hat darauf hingewiesen, dass aus dem Entwurf nicht hervorgehe, wie die Krankenhäuser diese Verpflichtung in der Praxis konkret umsetzen sollen und welche Rechtsfolgen sich aus der Vorrangregelung ergeben sollten. Die Regelung könne so verstanden werden, dass in jedem Einzelfall eine im Krankenhaus geplante oder bereits laufende nicht dringend medizinisch notwendige Behandlung zwingend verschoben oder unterbrochen werden müsse, sobald ein Engpass in der Notfallversorgung bestehe. Die Regelung könne aber auch so verstanden werden, dass das Krankenhaus vorsorglich zusätzliche Behandlungskapazitäten in der Notfallversorgung freihalten müsse, um jederzeit die (vorrangige) Notfallversorgung gewährleisten zu können (kritisch insoweit zur Finanzierung die Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände, Vorlage 23, S. 6).

Nach Auskunft des MS ist weder beabsichtigt, die Krankenhäuser zum vorsorglichen Freihalten von Kapazitäten zu verpflichten noch eine zwingende Regelung für die Behandlung im Einzelfall zu treffen. Über die Dringlichkeit einer Behandlung und deren Durchführung solle im Einzelfall weiterhin das ärztliche Personal nach medizinischen Maßstäben entscheiden.

Angesichts des unklaren Regelungsinhalts hat der GBD vorgeschlagen, die Regelung zu streichen. Das MS hat sich demgegenüber dafür ausgesprochen, an der Regelung grundsätzlich festzuhalten. Hintergrund sei das Ziel, die Verlässlichkeit der Notfallversorgung zu stärken und auf diesem Wege dem Praxisproblem regelmäßiger Abmeldungen von Krankenhäusern von der Notfallversorgung entgegenzuwirken. Insoweit korrespondiere die Regelung mit den Vorschlägen des MS zu Satz 3 und zu § 5 Abs. 8 (siehe jeweilig die dortigen Erläuterungen). Die Aufnahme eröffne dem MS die Möglichkeit, diesbezüglich auch im Rahmen der Aufsicht tätig zu werden. Aufgrund der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern des G-BA bestehe diese Möglichkeit nicht. Um den vorstehend geschilderten Bedenken Rechnung zu tragen, hatte das MS angeregt, die Regelung als „Soll-Regelung“ auszugestalten.

Ausschussmitglieder der Fraktionen der SPD, der CDU und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen führten aus, durch die im Entwurf vorgesehene striktere Regelung („hat Vorrang“) solle der Vorrang der Notfallversorgung verdeutlicht werden. Dadurch werde - zusätzlich zur Grundregel über die Teilnahme an der Notfallversorgung in Absatz 1 und dem entsprechenden Sicherstellungsauftrag nach Absatz 2 - der Vorrang der Notfallversorgung auch im Hinblick auf den Einzelfall bekräftigt. Der Ausschuss empfiehlt daher, an der Entwurfsfassung festzuhalten.

Zu Satz 2:

Der Wortlaut der Entwurfsfassung („erfolgt nach einem [...] Verfahren“) deutet darauf hin, dass in dem Verfahren nach Satz 2 geregelt werden soll, wie die Zuweisung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten durch den Rettungsdienst zu erfolgen hat. Dies ist nach Auskunft des MS aber nicht beabsichtigt. Zweck der Regelung sei, den Rettungsdienst zur Nutzung eines vom MS bereits festgelegten und im Praxisbetrieb befindlichen digitalisierten Verfahrens („IVENA“) zu verpflichten, welches im Wesentlichen dazu diene, die Rettungsleitstellen laufend über die aktuell verfügbaren Behandlungskapazitäten in den Krankenhäusern zu informieren, damit Notfallpatientinnen und Notfallpatienten schnellstmöglich in ein verfügbares Krankenhaus transportiert werden können. Die empfohlene Formulierung („unter Nutzung“) dient dazu, das Regelungsziel zu verdeutlichen.

Zu Satz 3:

Nach Auskunft des MS ist beabsichtigt, die Krankenhäuser dazu zu verpflichten, sowohl ihre verfügbaren Behandlungskapazitäten als auch vorübergehende Versorgungsengpässe über das vom MS festgelegte digitale Verfahren nach Satz 2 an den Rettungsdienst zu melden, um die Effektivität des Verfahrens sicherzustellen. Der Entwurf bezieht sich allerdings nur auf die Anzeige von Versorgungsengpässen und sieht insoweit auch keine Verpflichtung vor („sind befugt“). Die vom Ausschuss empfohlene Formulierung („nutzt“) dient der Umsetzung des vom MS mitgeteilten Regelungsziels.

Die Pflicht der Krankenhäuser, verfügbare Behandlungskapazitäten laufend der Rettungsleitstelle zu melden, folgt bereits aus § 6 Abs. 5 Satz 2 NRettDG. Satz 3 soll nach Mitteilung des MS lediglich

ergänzend die Nutzung des o. g. Verfahrens vorschreiben. Zur Klarstellung des rechtlichen Zusammenhangs empfiehlt der Ausschuss, auf die Pflicht nach § 6 Abs. 5 Satz 2 NRettdG ausdrücklich Bezug zu nehmen.

Die empfohlene Formulierung „einschließlich der Meldung“ berücksichtigt, dass die Pflicht zur Meldung „verfügbarer Behandlungskapazitäten“ nach § 6 Abs. 5 Satz 2 NRettdG im Umkehrschluss auch die Meldung von Versorgungsengpässen (als nicht verfügbare Kapazitäten) umfasst.

Das MS hat außerdem angeregt, die Formulierung „ausnahmsweise nicht zu vermeidende“ aufzunehmen. Dadurch solle hervorgehoben werden, dass eine „Abmeldung“ der Krankenhäuser nicht regelhaft, sondern nur ausnahmsweise und vorübergehend erfolgen solle. Der GBD hatte davon abgeraten diese Ergänzung aufzunehmen, weil angesichts der unbestimmten Rechtsbegriffe „ausnahmsweise“ und „nicht vermeidbar“ nicht eindeutig sei, welche konkreten Handlungspflichten sich daraus für die Krankenhäuser hinsichtlich der Vermeidung von Versorgungsengpässen ergeben sollten.

Der Ausschuss hat sich der Anregung des MS angeschlossen und empfiehlt, die o. g. Ergänzung aufzunehmen. Ausschussmitglieder der Fraktionen der SPD wiesen darauf hin, dass sich in der Praxis einzelne Krankenhäuser regelmäßig von der Notfallversorgung abmeldeten, sodass es sinnvoll sei, im Einzelfall im Wege der Aufsicht gegen die betreffenden Krankenhäuser vorgehen zu können.

Satz 4:

Die empfohlenen Änderungen dienen der sprachlichen Anpassung an Satz 3.

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

§ 19 des Entwurfs überschneidet sich teilweise mit dem von der Landesregierung am 1. März 2022 zur Verbandsanhörung freigegebenen Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Katastrophenschutzgesetzes (im Folgenden: NKatSG-Entwurf), der den folgenden neuen § 4 a enthält:

„§ 4 a

Mitwirkung der Krankenhäuser

¹Krankenhäuser im Sinne des § 1 Abs. 2 des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes, die an der Notfallversorgung entsprechend den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136 c Abs. 4 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs teilnehmen, wirken im Katastrophenschutz mit. ²Sie sind verpflichtet, in Abstimmung mit den zuständigen Katastrophenschutzbehörden Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben. ³Sie führen zusammen mit den Katastrophenschutzbehörden Katastrophenschutzübungen zur Erprobung der Einsatzpläne sowie Aus- und Fortbildungsveranstaltungen für die Beschäftigten durch. ⁴Bei Katastrophen und bei außergewöhnlichen Ereignissen sind Krankenhäuser verpflichtet, geeignete organisatorische und personelle Maßnahmen, die zur sachgerechten Versorgung einer großen Anzahl von verletzten, erkrankten oder betroffenen Menschen notwendig sind, zu ergreifen.“

Zur Vermeidung von Doppelregelungen haben das MS und das Ministerium für Inneres und Sport (MI) gemeinsam vorgeschlagen, die in § 4 a NKatSG-Entwurf vorgesehenen Regelungen in § 19 NKHG-Entwurf aufzunehmen und in § 4 a NKatSG-Entwurf nur noch auf die Mitwirkung der Krankenhäuser am Katastrophenschutz nach § 19 NKHG zu verweisen. Dementsprechend sieht der am 26. April 2022 in den Landtag eingebrachte Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Katastrophenschutzgesetzes und des Niedersächsischen Gesetzes über den Brandschutz und die Hilfeleistung der Feuerwehr in § 4 a eine Verweisung auf § 19 NKHG vor (Artikel 1 Nr. 3 des als Drs. 18/11126 verteilten Entwurfs).

Die vom Ausschuss empfohlene Formulierung des § 19 NKHG-Entwurfs beruht auf den von MS und MI mitgeteilten Regelungszielen. Soweit es sich nicht um rein sprachliche Verbesserungen handelt, liegen der empfohlenen Formulierung die folgenden Überlegungen zugrunde:

Zu Satz 1:

Nach Mitteilung des MS soll die Regelung nicht nur für „Allgemeinkrankenhäuser“ gelten, weil nach § 18 Abs. 1 alle „Krankenhäuser“ im Sinne des § 1 Abs. 2, § 3 Nr. 1 des Entwurfs i. V. m. § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), also auch Fachkrankenhäuser i. S. d. § 3 Nr. 4 des Entwurfs, an der Notfallversorgung teilnehmen, sofern die Voraussetzungen nach § 18 Abs. 1 vorliegen (vgl. die dortige Erläuterung). Es sollen nur die Fachkrankenhäuser ausgenommen werden, die nicht nach § 18 Abs. 1 an der Notfallversorgung teilnehmen (vgl. auch die Entwurfsbegründung, S. 29). Dem ist der Ausschuss mit seiner Empfehlung gefolgt.

Im Übrigen soll - auch hier - klargestellt werden, dass Adressat der Regelung der Krankenhausträger ist (siehe die Erläuterung zu § 18 Abs. 2).

Zu Satz 2:

Nach Mitteilung des MS beschränkt sich der für den Katastrophenschutz relevante Teil des „Alarm- und Einsatzplans“ (der auch in Satz 2 so bezeichnet werden soll) auf die in Satz 2 geregelten „Maßnahmen zur Ausweitung der Aufnahme- und Behandlungskapazitäten“. Dazu passt es rechtssystematisch, in Halbsatz 2 die aus § 4 a Satz 2 NKatSG-Entwurf übernommene Verfahrensvorschrift (Abstimmung mit der Katastrophenschutzbehörde) aufzunehmen und diese auf die katastrophenschutzrelevanten Teile des Plans zu beschränken; letzteres verdeutlicht das Wort „insoweit“. Zuständig für die Abstimmung soll nach Mitteilung des MI die Katastrophenschutzbehörde sein, in deren Bezirk das Krankenhaus liegt. Im Vorgriff auf § 2 Abs. 1 NKatSG-Entwurf empfiehlt der Ausschuss die Bezeichnung „untere Katastrophenschutzbehörde“.

Der in § 4 a Satz 2 NKatSG-Entwurf verwendete Begriff „Abstimmung“ soll nach Auffassung des Ausschusses präzisiert werden, um klarzustellen, inwieweit über die - schon bisher in § 14 Satz 3 NKHG g. F. geregelte - Unterrichtung hinausgegangen werden soll. Hier soll ein im Verwaltungsrecht gebräuchlicher Begriff verwendet werden: Das „Einvernehmen“ kennzeichnet einen Zustimmungsvorbehalt, wohingegen die Herstellung des „Benehmens“ bedeutet, dass die Stelle (hier: das Krankenhaus) zwar Einvernehmen anstreben muss, sich jedoch bei Uneinigkeit über die fehlende Zustimmung hinwegsetzen darf. Das MI hat dazu mitgeteilt, dass mit dem Begriff „Abstimmung“ in § 4 a Satz 2 NKatSG-Entwurf das „Einvernehmen“ der (unteren) Katastrophenschutzbehörde gemeint ist. Dem ist der Ausschuss mit seiner Empfehlung gefolgt.

Zu Satz 3:

Die empfohlene Formulierung dient zur Klarstellung, welche Stellen über den (gesamten) Alarm- und Einsatzplan und dessen (jährliche) Fortschreibung unterrichtet werden müssen. Dies sind neben den benachbarten Krankenhäusern sämtliche Katastrophenschutzbehörden, deren Bezirke im Einzugsgebiet des Krankenhauses liegen (einschließlich der Katastrophenschutzbehörde, deren Einvernehmen nach Satz 2 erforderlich ist), und der kommunale Träger des Rettungsdienstes, in dessen örtlichem Zuständigkeitsbereich das Krankenhaus liegt (vgl. § 3 Abs. 1 Nr. 2 NRettDG), aber auch - so die Mitteilung des MI - das Land als Träger des Rettungsdienstes für die Luftrettung (§ 3 Abs. 1 Nr. 1 NRettDG).

Zu Satz 5:

Die empfohlene Formulierung stellt klar, dass die Regelung an den Krankenhausträger adressiert ist (siehe die Ausführungen zu Satz 1).

Nach Mitteilung des MI geht es bei den beabsichtigten Änderungen der Mitwirkung der Krankenhäuser im Katastrophenschutz neben der stärkeren Einbindung der Katastrophenschutzbehörden bei der Planung (Satz 2) nur um die Streichung der bisher im Ausnahmefall bestehenden Möglichkeit, auf interne Übungen und die Teilnahme an Katastrophenschutzübungen zu verzichten. Weitere Mitwirkungspflichten im Katastrophenschutz sollen nach Mitteilung des MI nicht geregelt werden (anders als im Wortlaut von § 4 a Satz 4 NKatSG-Entwurf angedeutet). Die bei der Soll-Verpflichtung des Entwurfs noch möglichen Ausnahmen für interne Übungen, soweit diese nicht den Katastrophenschutz betreffen, und für Übungen des Rettungsdienstes sollen nach Mitteilung von MS und MI entfallen. Dem ist der Ausschuss mit seiner Empfehlung gefolgt.

Zur besseren Abstimmung auf § 11 NKatSG empfiehlt der Ausschuss, die Worte „Übungen der Katastrophenschutzbehörde“ durch das Wort „Katastrophenschutzübungen“ zu ersetzen. Zudem soll die Verpflichtung zur Teilnahme an Katastrophenschutzübungen und Übungen zur Bewältigung von Großschadensereignissen auf die Krankenhäuser beschränkt werden, die an der Notfallversorgung teilnehmen.

Zu § 19/1 (Meldepflichten) - neu -:

Die von Ausschuss empfohlene Einfügung eines neuen § 19/1, der eine Meldepflicht der Krankenhausträger für den Fall einer pandemischen Lage oder sonstiger Erfordernisse der Gefahrenabwehr vorsieht, beruht auf einer Anregung des MS in den Ausschussberatungen. Dadurch soll auch der Forderung der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände nach einer stärkeren Berücksichtigung der Erfahrungen aus der Corona-Pandemie (vgl. Vorlage 23, S. 3 und 8) Rechnung getragen werden.

Zur Begründung hat das MS erklärt, die Corona-Pandemie habe gezeigt, dass es zur Bewältigung pandemischer Lagen ggf. anlassbezogen erforderlich sein könne, tagesaktuelle Meldungen der Krankenhäuser über allgemeine und intensivmedizinische Behandlungskapazitäten zu erhalten. Entsprechende Erfordernisse könnten sich auch aus anderen Gründen für Zwecke des Katastrophenschutzes, des Zivilschutzes oder des öffentlichen Gesundheitsdienstes ergeben. Um diesen Erfordernissen lageangepasst Rechnung tragen zu können, sollten im NKHG dazu entsprechende Meldeverpflichtungen verankert werden. Die Meldepflichten sollten dabei zur Vermeidung unnötigen Aufwandes bewusst nicht allgemein gelten, sondern nur jeweils anlassbezogen auf Anforderung des MS in dem Umfang und Zeitraum, für den dafür ein Erfordernis bestehe, wirksam werden.

Der GBD hat darauf hingewiesen, dass es sich um einen rechtspolitisch zu verantwortenden Regelungsvorschlag handele, der bisher nicht im Gesetzentwurf angelegt sei und dessen rechtliche Zulässigkeit der GBD in der Kürze der für die Erstellung der Beratungsvorlagen zur Verfügung stehenden Zeit nicht mehr habe prüfen können. Für die rechtliche Zulässigkeit der Regelung könne der GBD daher keinerlei Gewähr übernehmen. Rechtssystematisch sei die Einordnung der Regelung als § 19/1 im Vierten Teil des Gesetzes mit der entsprechenden Änderung der Überschrift bei summarischer Prüfung aber wohl sinnvoll. Im Übrigen hat der GBD darauf hingewiesen, dass im Fall und „im Rahmen“ einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) das Bundesgesundheitsministerium nach § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 Buchst. g Doppelbuchst. aa IfSG u. a. ermächtigt sei, durch Rechtsverordnung Vorgaben zur Erfassung intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten in Krankenhäusern festzulegen, dies indes ausdrücklich „unbeschadet der Befugnisse der Länder“.

Der Ausschuss ist mit seiner Empfehlung der Anregung des MS gefolgt. Ausschussmitglieder der SPD-Fraktion und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen befürworteten die Regelung unter Hinweis auf die Erfahrungen während der Corona-Pandemie.

Zum Fünften Teil (Patientenschutz und Patientensicherheit):

Zu § 20 (Fehlermeldesystem):

§ 20 entspricht im Wesentlichen dem zu Beginn der 18. Wahlperiode durch Gesetz vom 24.10.2018 (GVBl. S. 214) eingefügten § 15 der geltenden Fassung. Der GBD hatte in den damaligen Ausschussberatungen auf Bedenken hinsichtlich der Gesetzgebungskompetenz des Landes hingewiesen, da der Bundesgesetzgeber - gestützt auf seine Kompetenz für die Sozialversicherung (Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) - in § 135 a Abs. 2 Nr. 2 und § 136 a Abs. 3 Satz 1 SGB V i. V. m. den Qualitätsmanagement-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bereits Regelungen über Fehlermeldesysteme in zugelassenen Krankenhäusern getroffen hat. Der GBD hat darauf hingewiesen, dass diese Bedenken auch in Bezug auf den nun vorliegenden Entwurf fortbestünden. Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung empfiehlt gleichwohl, an der Entwurfsfassung festzuhalten (siehe zum geltenden Recht im Einzelnen die Vorlage 20 des GBD vom 20.08.2018 zu Drs. 18/908, S. 5 ff. sowie den Schriftlichen Bericht, Drs. 18/1921, S. 3).

Zu Absatz 1:

Die empfohlene Ergänzung dient der Klarstellung, dass Adressat der Regelung der Krankenhausträger ist. Auf die Erläuterung zu § 18 Abs. 2 wird Bezug genommen.

Zu Absatz 2:Zu den Sätzen 1 und 2:

Die empfohlene Ergänzung dient - auch hier - der Klarstellung, dass Adressat der Regelung der Krankenhausträger ist. Auf die Erläuterung zu § 18 Abs. 2 wird Bezug genommen.

Zu Satz 3:

Die in Satz 3 vorgesehenen Erörterungspflichten ergeben sich bereits aus der in § 28 Abs. 3 Satz 1 geregelten allgemeinen Auskunft- und Aktenvorlagepflicht der Krankenhäuser gegenüber dem für Gesundheit zuständigen Ministerium. Satz 3 ist somit entbehrlich und soll gestrichen werden, auch um klarzustellen, dass sich die Erörterungspflicht nicht, wie der Wortlaut des Satzes 3 vermuten lässt („der Meldung“), auf Meldungen über besondere Gefährdungen nach Satz 2 beschränkt.

Zu § 21 (Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher):**Zu Absatz 1:**Zu Satz 4:

Nach Auskunft des MS sollen - wie im geltenden Recht - Wiederberufungen zulässig sein. Der Ausschuss empfiehlt daher, das Wort „jeweils“ in den Regelungstext aufzunehmen.

Zu Satz 6 (neu):

Der empfohlene neue Satz 6 beruht auf einer Anregung des MS und regelt Aufklärungspflichten des Krankenhausträgers gegenüber der berufenen Person. Die Regelung ist an das geltende Recht angelehnt, sieht aber über § 16 Abs. 6 Satz 12 g. F. („Hinweis auf Pflichten“) hinaus auch eine Aufklärung über die Weisungsungebundenheit und die übrigen Rechte und Befugnisse der oder des Patientenbeauftragten vor.

Zu Absatz 2:**Zu Nummer 4:**

Die empfohlene Ergänzung beruht auf einer Anregung des MS und soll klarstellen, dass auch der Krankenhausträger zu unterrichten ist.

Zu Nummer 5:

Die empfohlene Ergänzung („den zuständigen Stellen“) entspricht der geltenden Fassung (§ 16 Abs. 2 Satz 9) und dient der Präzisierung.

Nach Auskunft des MS ist beabsichtigt, dass die regelmäßige Berichterstattung und die anlassbezogene Berichterstattung auch gegenüber dem Krankenhausträger erfolgen soll. Zudem solle diese Berichterstattung - wie bisher in § 16 Abs. 2 Sätze 9 und 10 g. F. geregelt - sowohl schriftlich als auch mündlich erfolgen dürfen, während der jährliche Erfahrungsbericht stets schriftlich zu verfassen und (nur) dem Krankenhausträger vorzulegen sei. Die vom Ausschuss empfohlenen Änderungen dienen der Umsetzung der vom MS mitgeteilten Regelungsabsicht.

Zu Absatz 3:

Durch die empfohlene Ergänzung im einleitenden Satzteil soll berücksichtigt werden, dass Adressat der Regelung zwar der Krankenhausträger ist, jedoch die praktische Umsetzung der Pflichten in der Regel durch die zuständigen Stellen des Krankenhauses erfolgt.

Zu Nummer 1:

Die empfohlene Ergänzung beruht auf einer Anregung des MS und entspricht der bisherigen Regelung in § 16 Abs. 5 Satz 4 der geltenden Fassung.

Zu Nummer 2:

Die empfohlene Ergänzung des Wortes „frühzeitig“ entspricht einer Anregung des Sozialverbandes VdK in der schriftlichen Anhörung (Vorlage 18, S. 3), die das MS aus fachlicher Sicht befürwortet hat.

Anders als das bisherige Recht (§ 16 Abs. 5 Satz 1) verpflichtet die Entwurfsfassung den Krankenhausträger nicht mehr dazu, die Patientinnen und Patienten (auch) über die Aufgaben und Befugnisse des Patientenfürsprechers zu informieren und damit auch über den potenziellen Nutzen dieser Einrichtung für Patientinnen, Patienten und Angehörige aufzuklären. Die Entwurfsbegründung geht auf diese Abweichung nicht ein. Das MS hat sich dafür ausgesprochen, an der bisherigen Regelung festzuhalten und die Nummer 2 zu ergänzen. Dem ist der Ausschuss mit seiner Empfehlung gefolgt.

Ferner hat das MS dafür plädiert, auch einer weiteren Anregung des Sozialverbandes VdK in der schriftlichen Anhörung (Vorlage 18, S. 3) zu folgen und das Krankenhaus über die Entwurfsfassung hinaus dazu zu verpflichten, den unmittelbaren Zugang zur Patientenfürsprecherin oder zum Patientenfürsprecher zu gewährleisten. Dadurch solle nach Auskunft des MS sichergestellt werden, dass etwa bettlägerige oder in anderer Weise gesundheitlich eingeschränkte Patientinnen oder Patienten zum Zwecke der Kontaktaufnahme entweder durch das Krankenhauspersonal zu der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher transportiert oder letztere oder letzterer durch das Krankenhauspersonal über einen Gesprächswunsch einer Patientin oder eines Patienten informiert würden, sodass sie oder er die Patientin oder den Patienten dann selbst aufsuchen könne. Sofern der Ausschuss dieser Anregung folgen möchte. Mit seiner Empfehlung ist der Ausschuss der Anregung des MS gefolgt.

Zu Nummer 3:

Die vom Ausschuss empfohlene Ergänzung entspricht der geltenden Fassung (§ 16 Abs. 5 Satz 3). Das MS hatte sich dafür ausgesprochen, an der bisherigen Regelung festzuhalten.

Zu Absatz 4:Zu Satz 1:

Der Begriff der „Betroffenen“ ist im Entwurf - anders als in § 16 Abs. 2 Satz 2 g. F. („Patientinnen, Patienten oder ihre Angehörigen“) - nicht mehr gesetzlich definiert. Da nach Auskunft des MS eine inhaltliche Abweichung vom geltenden Recht nicht beabsichtigt ist, empfiehlt der Ausschuss zur Klarstellung, den Begriff „Betroffene“ durch die Worte „Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen“ zu ersetzen.

§ 16 Abs. 3 Satz 2 g. F. regelt die Übermittlung von personenbezogenen Daten vom Krankenhaus an die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher. Demgegenüber bezieht sich der Entwurf nur auf die Übermittlung von personenbezogenen Daten vom Krankenhausträger an die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher. Die empfohlene Ergänzung entspricht der geltenden Fassung und soll klarstellen, dass die Regelung, wie bisher, auch für die Übermittlung von Daten durch das im Krankenhaus beschäftigte Personal gilt.

Zu § 22 (Demenzbeauftragte oder Demenzbeauftragter):**Zu Absatz 1:**Zu Satz 1:

Die Verbände der Gesetzlichen Krankenkassen haben in der schriftlichen Anhörung angeregt, die Verpflichtung zur Berufung von Demenzbeauftragten auch auf Fachkrankenhäuser auszudehnen (Vorlage 19, S. 53). Das MS hat diesen Vorschlag grundsätzlich befürwortet, sich aber dafür ausge-

sprochen, die Pflicht zur Berufung (zwar) auf alle Krankenhäuser (Allgemein- als auch Fachkrankenhäuser) zu erstrecken, aber zugleich im Einzelfall auch Ausnahmen für alle Krankenhäuser zu ermöglichen. Zu diesem Zweck empfiehlt der Ausschuss, in Satz 1 das Wort „Allgemeinkrankenhaus“ durch das Wort „Krankenhaus“ zu ersetzen sowie einen neuen Satz 7 anzufügen, in dem die (für alle Krankenhäuser geltenden) Fallgruppen für eine Befreiung sowie eine Pflicht zur vorherigen Anhörung der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers geregelt sind.

Der Ausschuss empfiehlt, die in § 34 vorgesehene Übergangsfrist für die Berufung einer oder eines Demenzbeauftragten in Satz 1 aufzunehmen und § 34 ersatzlos zu streichen. Dadurch kann zugleich der lediglich aus einer einzigen Norm bestehende Neunte Teil des Entwurfs insgesamt entfallen.

Nach Auskunft des MS sollen als Demenzbeauftragte ausschließlich natürliche Personen berufen werden dürfen. Für Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher enthält der Entwurf in § 21 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 insoweit eine ausdrückliche Regelung. Um klarzustellen, dass für Demenzbeauftragte keine Abweichung beabsichtigt ist, empfiehlt der Ausschuss, auch hier eine entsprechende Regelung aufzunehmen.

Zu Satz 4:

Das MS hat mitgeteilt, dass die Berufung von ehrenamtlichen Demenzbeauftragten nicht auf die in Satz 3 geregelte Amtszeit beschränkt werden solle, sondern Wiederberufungen einer Person möglich sein sollen. Dies wird durch die empfohlene Ergänzung („jeweils“) klargestellt.

Zu Satz 6 (neu):

Der Ausschuss empfiehlt, die Aufklärungspflichten des Krankenhausträgers gegenüber der oder dem Demenzbeauftragten entsprechend der in § 21 Abs. 1 Satz 6 (neu) vorgeschlagenen Regelung ausdrücklich im Gesetz zu regeln und folgt damit einer entsprechenden Anregung des MS.

Zu Satz 7 (neu):

Auf die Erläuterungen zu Satz 1 wird verwiesen.

Zu Absatz 2:

Zu Nummer 1:

In der Rechtssprache wird die Formulierung „demenziell erkrankte Patientinnen und Patienten“, soweit ersichtlich, bislang nicht verwendet und ist zudem sprachlich unpräzise. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe hat sich in der Anhörung für die Formulierung „Menschen mit Demenz“ ausgesprochen (Vorlage 14, S. 3). Dieser Anregung ist der Ausschuss gefolgt, empfiehlt aber hier eine engere Formulierung („Patientinnen und Patienten mit Demenz“), die deutlich machen soll, dass sich die Aufgaben der oder des Demenzbeauftragten nicht auf alle Menschen mit Demenz, sondern nur auf die entsprechend erkrankten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus beziehen.

Zu Nummer 2:

Die vom Ausschuss empfohlene Formulierung soll klarstellen, welche Handlungspflichten der oder dem Demenzbeauftragten obliegen und wem gegenüber sie oder er tätig werden soll. Zu der empfohlenen Bezeichnung „Patientinnen und Patienten mit Demenz“ wird auf die Erläuterung zu Nummer 1 verwiesen.

Der Ausschuss empfiehlt, an der in der Rechtsprache bisher unüblichen Formulierung „ganzheitlich ausgerichtete Versorgung“ festzuhalten. Das MS hatte dazu mitgeteilt, dass darunter eine Versorgung zu verstehen sei, die neben den medizinischen Erfordernissen auch pflegerisch auf eine individuell ganzheitliche Behandlung der Patientinnen und Patienten mit Demenz ausgerichtet sei und beispielsweise tagesstrukturierende Maßnahmen zur Mobilisation, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und Aktivitäten zur Förderung kognitiver Fähigkeiten umfassen könne. Ein Ausschussmitglied der Fraktion der SPD sprach sich dafür aus, an dieser Formulierung festzuhalten, da bei einer ganzheitlich ausgerichteten Versorgung die Patientin oder der Patient nicht allein auf ihre oder seine Symptome hin behandelt, sondern als Gesamtheit betrachtet werde, sodass zum Beispiel untersucht

werde, ob familiäre Verhältnisse sowie seelische oder körperliche Belastungen für das Krankheitsbild eine Rolle spielen könnten.

Zu Nummer 3:

Durch die empfohlene Ergänzung („oder andere Formen der Zusammenarbeit“) soll klargestellt werden, dass die Aufzählung im Entwurfstext nur beispielhaften Charakter hat und die möglichen Formen der Zusammenarbeit nicht abschließend benannt werden sollen.

Die laut Begründung verfolgten Zielsetzungen („Steigerung der Sensibilität für die Demenzerkrankung und Verbesserung der Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten“) sollen zur Erleichterung der Rechtsanwendung im Regelungstext aufgenommen werden.

Nach Auskunft des MS soll es sich bei den genannten Formen der Zusammenarbeit um unverbindliche Angebote ohne Teilnahmepflicht für das im Krankenhaus beschäftigte Personal handeln. Dies wird in der Entwurfsfassung („im Krankenhaus [...] einzuführen“) allerdings nicht deutlich. Die empfohlene Ergänzung dient insoweit der Klarstellung.

Zu Nummer 4:

Laut Entwurfsbegründung (S. 34) soll die oder der Demenzbeauftragte die „Betroffenen“ beraten, also auch die an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten selbst. Der Wortlaut sieht dies allerdings nicht vor. Die empfohlene Ergänzung dient insoweit der Klarstellung, erfasst aber, wie vom MS angeregt, darüber hinaus auch solche Patientinnen und Patienten, die nicht an Demenz erkrankt sind sowie ihre Angehörigen.

Zu Nummer 6:

Dem Entwurf ist nicht zu entnehmen, wessen und welche Mitteilungen in Nummer 6 gemeint sind und was die oder der Demenzbeauftragte konkret tun soll, um den unverzüglichen Zugang der Mitteilungen sicherzustellen. Die Entwurfsfassung ist zudem sehr weitgehend, weil sie begrifflich die gesamte Kommunikation mit der Patientin oder dem Patienten erfasst.

Zur Regelungsabsicht hat das MS mitgeteilt, dass die oder der Demenzbeauftragte gegenüber dem Krankenhausträger und den zuständigen Stellen des Krankenhauses darauf hinwirken solle, dass die an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen die im Zusammenhang mit der Behandlung im Krankenhaus notwendigen Informationen unverzüglich erhielten. Insbesondere sollten Angehörige rechtzeitig über etwaige Schwierigkeiten bei der Behandlung der an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten informiert werden (z. B. über die Verweigerung der Nahrungsaufnahme, erheblichen zeitlichen Mehraufwand für das Pflegepersonal, Aufenthalt in fremden Patientenzimmern, Aggression). Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Ausschuss, das Regelungsziel entsprechend zu präzisieren und die Vorschrift in eine neue Nummer 7 zu verschieben.

Die empfohlene Ergänzung bezüglich der Erreichbarkeit der oder des Demenzbeauftragten beruht auf einer Anregung des MS und entspricht der Regelung für Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher in § 21 Abs. 2 Nr. 6.

Zu Nummer 7:

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung (siehe Erläuterung zu Nummer 6).

Zu Absatz 3:

Durch die im einleitenden Satzteil empfohlene Ergänzung soll berücksichtigt werden, dass Adressat der Regelung zwar der Krankenhausträger ist, jedoch die praktische Umsetzung der Pflichten in der Regel durch die zuständigen Stellen des Krankenhauses erfolgt.

Zu Nummer 2:

Die Empfehlung beruht auf einer Anregung des MS und entspricht zum Teil der in § 21 Abs. 3 Nr. 2 empfohlenen Regelung für die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher (siehe die dortige Erläuterung).

Zu Absatz 4:

Da der Begriff der „Betroffenen“ nach Satz 1 im Entwurf nicht legal definiert ist, soll klargestellt werden, dass sich die Regelung insbesondere auf die personenbezogenen Daten der an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen bezieht. Darüber hinaus soll das Einwilligungserfordernis nach Auskunft des MS auch dann gelten, wenn das Krankenhaus der oder dem Demenzbeauftragten personenbezogene Daten von Patientinnen oder Patienten übermittelt, die nicht an Demenz erkrankt sind. Als praktischer Anwendungsfall komme die Mitteilung des (negativen) Befundes im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung nach § 27 Abs. 2 in Betracht, weil bei den betreffenden Patientinnen und Patienten zumindest Anzeichen für eine Demenzerkrankung bestünden und es daher sinnvoll sei, der oder dem Demenzbeauftragten den (negativen) Befund mitzuteilen.

Die Ergänzung („Krankenhaus“) entspricht der Empfehlung zur Parallelregelung in § 21 Abs. 4 Satz 1 (siehe dortige Erläuterung).

Zu § 23 (Konferenzen):**Zu Absatz 5:**

Der Ausschuss empfiehlt die Streichung, weil die neben der allgemeinen Auskunfts- und Aktenvorlagepflicht nach § 28 Abs. 3 Satz 1 rechtlich entbehrlich ist.

Zu § 24 (Arzneimittelkommission):**Zu Absatz 1:**Zu Satz 1:

Durch die empfohlene Ergänzung wird klargestellt, dass Adressat der Regelung - wie vom MS mitgeteilt - der Krankenhausträger ist, weil dieser, sofern keine Krankenhausapotheke besteht, nach § 14 Abs. 3 und 4 des Apothekengesetzes (ApoG) den Vertrag mit der das Krankenhaus versorgenden Apotheke abschließt.

Zu Satz 2:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen infolge der Empfehlung zu Satz 1 (siehe dortige Erläuterung).

Zu Absatz 2:

Das MS hat mitgeteilt, dass die Aufzählung der Mitglieder der Kommission in Satz 1 nicht abschließend sein soll. Der Ausschuss empfiehlt daher, das in der geltenden Fassung (§ 18 Abs. 2 Satz 1) enthaltene Wort „insbesondere“ im Regelungstext zu ergänzen.

Die weiteren Empfehlungen entsprechen der Formulierung in § 23 Abs. 2 und sollen klarstellen, dass jeweils eine leitende Pflegefachkraft für jede *im Krankenhaus* vorhandene Fachrichtung Mitglied der Arzneimittelkommission sein soll.

Zu Absatz 4:

Durch die empfohlene Formulierung wird klargestellt, dass Adressat der Regelung der Krankenhausträger ist.

Zu § 25 (Stationsapothekerin oder Stationsapotheker):**Zu Absatz 1:**Zu Satz 1:

Nach Auskunft des MS ist der Krankenhausträger Adressat der Regelung, da dieser, wie bereits dargelegt, den Versorgungsvertrag nach § 14 Abs. 2 und 4 ApoG mit einer krankenhausversorgenden Apotheke abschließen, in dem auch der Versorgungsumfang vereinbart werde. Die empfohlene Ergänzung dient insoweit der Klarstellung.

Zu Satz 1/1:

Die Apothekerkammer Niedersachsen hat in der schriftlichen Anhörung angeregt, ergänzend zur Entwurfsfassung eine grundsätzliche Präsenzpflcht der Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker im Krankenhaus zu regeln, um auszuschließen, dass die Beratung ausschließlich unter Nutzung von Online-Formaten (z. B. Videoanruf) erfolge. Durch eine grundsätzliche Präsenzpflcht würden die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert und die Patientensicherheit erhöht (siehe Vorlage 9, S. 1). Das MS hat sich für eine entsprechende Ergänzung der Entwurfsfassung ausgesprochen.

Der GBD hat auf kompetenzrechtliche Bedenken hingewiesen. Dem Bund stehe die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für das Recht des Apothekenwesens zu (Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 GG), wozu u. a. Regelungen zu den fachlichen Anforderungen an Apothekerinnen und Apothekern zählen. Der Bundesgesetzgeber habe die Beratung durch Krankenhausapothekerinnen und -apotheker in § 14 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG) und die Beratung durch die mit der Versorgung des Krankenhauses vertraglich beauftragten Apothekerinnen und Apotheker in § 14 Abs. 5 Satz 2 Nrn. 4 und 5 ApoG geregelt. Eine Präsenzpflcht sei im Bundesrecht nicht vorgesehen. Anhaltspunkte dafür, dass den Ländern daneben ein Regelungsspielraum zur weiteren Ausgestaltung der Beratungsaufgaben (wie in Satz 1/1 vorgesehen) verbleiben solle, ließen sich dem Apothekengesetz nicht entnehmen. Daher sei zweifelhaft, ob das Land die Gesetzgebungskompetenz für die vorgeschlagene - das Bundesrecht verschärfende - Regelung habe (siehe auch die Erläuterung zu Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4), sodass eine solche Regelung mit einem verfassungsrechtlichen Risiko verbunden wäre.

Das MS hat diese Bedenken nicht geteilt und dazu ausgeführt, dass zwischen den Stationsapothekerinnen und -apothekern einerseits und den die Krankenhäuser versorgenden Apothekerinnen und Apothekern ein kompetenzrechtlich relevanter Unterschied bestehe (vgl. zur geltenden Fassung den Schriftlichen Bericht, Drs. 18/1921, S. 6 f. sowie die Erläuterung zu Absatz 2 Satz 2).

Dem hat sich der Ausschuss angeschlossen und empfiehlt, in Satz 1/1 die von der Apothekerkammer Niedersachsen und dem MS angeregte Regelung zur Präsenzpflcht aufzunehmen. Ein Ausschussmitglied der SPD-Fraktion erinnerte daran, dass die Funktion der Stationsapothekerin oder des Stationsapothekers als Reaktion auf die Mordserie des ehemaligen Krankenpflegers Niels H. eingeführt worden sei, um die Überwachung des Medikamentenverbrauchs in Krankenhäusern zu verbessern.

Zu Satz 2:

Durch die empfohlene Formulierung wird klargestellt, dass Adressat der Regelung der Krankenhausträger ist (siehe Erläuterung zu Satz 1).

Zu Absatz 2:Zu den Sätzen 1 und 2:

Die Regelung in Satz 2 entspricht dem geltenden Recht und wurde zu Beginn der 18. Wahlperiode durch Gesetz vom 24.10.2018 (GVBl. S. 214) in das Krankenhausgesetz eingefügt. Der GBD hatte in den damaligen Beratungen angesichts der Regelungen des Bundes zu den Beratungspflichten in § 14 Abs. 1 Satz 2 und Absatz 5 Satz 2 Nrn. 4 und 5 ApoG auf Bedenken hinsichtlich der Gesetzgebungskompetenz des Landes hingewiesen (siehe dazu Vorlage 20 des GBD vom 20.08.2018 zu Drs. 18/908, S. 23 f. und S. 28 sowie die obigen Erläuterungen zu Absatz 1 Satz 1/1). Der GBD hat darauf hingewiesen, dass diese Bedenken auch in Bezug auf den jetzt vorliegenden Entwurf fortbeständen. Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung vertrat allerdings - auch hier -

die Auffassung, dass zwischen Stationsapothekerinnen und -apothekern einerseits und den die Krankenhäuser versorgenden Apothekerinnen und Apothekern andererseits ein kompetenzrechtlich relevanter Unterschied zu sehen sei und empfiehlt, an der Entwurfsfassung festzuhalten (zur geltenden Fassung siehe Schriftlicher Bericht, Drs. 18/1921, S. 6 f.).

Zu Absatz 4:

Der Ausschuss empfiehlt, die rechtlich entbehrliche Verweisung auf Absatz 1 Satz 1 zu streichen.

Absatz 4 entspricht ebenfalls dem geltenden Recht und ist durch das o. g. Gesetz vom 24.10.2018 eingefügt worden. Der GBD hatte bereits im Rahmen der damaligen Ausschussberatungen wegen der insoweit abschließenden Regelungen in § 14 Abs. 3 und 4 ApoG auf kompetenzrechtliche Bedenken hingewiesen und zudem die Auffassung vertreten, dass die Regelung nach Bundesrecht nicht durchsetzbar sei, weil die dortige Genehmigungsvorschrift die Berücksichtigung landesrechtlicher Anforderungen nicht zulasse (siehe dazu Schriftlicher Bericht, Drs. 18/1921, S. 8). In den Beratungen des jetzt vorliegenden Entwurfs hat der GBD darauf hingewiesen, dass diese Bedenken fortbestünden. Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung empfiehlt jedoch auch hier, an der Entwurfsfassung festzuhalten.

Zu § 27 (Aufnahme von Patientinnen und Patienten):

Bei der empfohlenen Ergänzung der Überschrift handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der empfohlenen Regelung zum Entlassmanagement in Absatz 4 (neu). Auf die dortigen Erläuterungen wird verwiesen.

Zu Absatz 1:

Zu Satz 1:

Durch die empfohlene Formulierung wird berücksichtigt, dass der Krankenhausträger die Prüfung nach Absatz 1 in der Praxis nicht selbst vornehmen kann, sondern diese durch das Personal im Krankenhaus durchgeführt wird.

Zu Satz 2 (neu):

In der schriftlichen Anhörung hatte der Sozialverband VdK darauf hingewiesen, dass die Prüfung nach Absatz 1 in der Praxis oftmals dadurch erschwert werde, dass Patientinnen und Patienten die erforderlichen Unterlagen nicht von sich aus mit ins Krankenhaus brächten (Vorlage 18, S. 4). Es sei daher sinnvoll, Patientinnen und Patienten, soweit möglich, bereits vor der Aufnahme ins Krankenhaus darüber zu informieren, welche Informationen und Unterlagen für die Prüfung nach Absatz 1 benötigt würden. Das MS hat sich für eine entsprechende Regelung ausgesprochen, weil die Prüfung nach Absatz 1 „ins Leere“ gehe, wenn die dafür erforderlichen Unterlagen zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht vorlägen. Ohne eine gesetzliche Regelung sei nicht sichergestellt, dass in jedem Fall eine solche Vorabinformation durch das jeweilige Krankenhaus erfolge. Gleiches gelte hinsichtlich der Aufnahmeuntersuchung nach Absatz 2 sowie hinsichtlich des Ablaufs der Aufnahme im Übrigen. Dem ist der Ausschuss gefolgt und empfiehlt in Satz 2 (neu) eine entsprechende Regelung.

Zu Absatz 2:

Zu Satz 1:

Die in Bezug auf die vermutete Erkrankung empfohlene Formulierung dient der Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten innerhalb des Gesetzes. Auf die Erläuterung zu § 22 Abs. 2 Nr. 1 wird verwiesen.

Die im Entwurf enthaltene Formulierung „den Befund erheben“ ist in der Rechtssprache bislang unüblich. Nach Auskunft des MS ist gemeint, dass Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme, sofern entsprechende Anhaltspunkte vorliegen, auf eine demenzielle Erkrankung untersucht werden sollen. Das Ergebnis dieser Untersuchung sei ein „medizinischer Befund“. Die empfohlene Ergänzung dient der Klarstellung.

Die im Entwurf enthaltene Formulierung „hat zu veranlassen“ deutet auf eine Entscheidung im jeweiligen Einzelfall hin. Das MS hat mitgeteilt, dass der Krankenhausträger generell sicherstellen soll,

dass in allen Fällen, in denen Anhaltspunkte für eine Erkrankung an Demenz bestehen, entsprechende Untersuchungen vorgenommen werden. Der Ausschuss empfiehlt daher, die Formulierung entsprechend anzupassen.

Die Untersuchung nach Satz 1 setzt, wie jede ärztliche Untersuchung, eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten voraus (vgl. § 7 Abs. 1 der Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen), sodass die Pflicht nach Satz 1 bei fehlender Einwilligung nicht erfüllt werden kann. Das geht aber aus dem zwingenden Wortlaut der Entwurfsfassung („ist ... verpflichtet zu veranlassen, dass der Befund erhoben wird“) nicht hervor. Der Ausschuss empfiehlt daher eine Klarstellung.

Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an die oder den Demenzbeauftragten setzt nach § 22 Abs. 4 Satz 1 des Entwurfs ebenfalls eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten voraus. Ob dies auch für die Übermittlung des Befundes nach Satz 2 gelten soll oder ob in Satz 2 eine von § 22 Abs. 4 Satz 1 abweichende Regelung getroffen werden soll, ist im Entwurf nicht deutlich und wurde auch in der Anhörung bemängelt (siehe Stellungnahmen der Ärztekammer Niedersachsen in Vorlage 6, Seite 8 und der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft in Vorlage 20, S. 29). Der Ausschuss empfiehlt daher, im Regelungstext klarzustellen, dass sich das Einwilligungserfordernis auch auf die Übermittlung nach Satz 2 bezieht. Um unnötige Doppelungen zu vermeiden, soll die - dort zu streichende - Regelung in Satz 3 in den Satz 2 mit aufgenommen werden.

Zu Satz 2:

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung (siehe Erläuterung zu Satz 1).

Zu Absatz 3:

Nach Auskunft des MS bezieht sich Satz 1 - ebenso wie Absatz 1 Nr. 4 - nur auf „Unterstützungsleistungen“, die aufgrund einer Behinderung erforderlich sind. Die empfohlene Ergänzung dient insoweit der Klarstellung.

Zur der Aufgabe, die Leistungen zu „koordinieren“, hat das MS mitgeteilt, dass darunter in diesem Zusammenhang zu verstehen sei, dass der Krankenhausträger, wenn er nicht selbst die Leistungen erbringe, dafür Sorge tragen solle, dass die Patientin oder der Patient Zugang zu einem Leistungserbringer erhalte, der die Unterstützungsleistung gewährleiste.

Der Entwurf verpflichtet den Krankenhausträger über die Pflicht zur Koordination hinaus auch zur Übernahme der Kosten, soweit die „Unterstützungsleistungen“ nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes zählen oder die Kosten nicht nach anderen Vorschriften getragen werden. Die Entwurfsbegründung geht auf diese Pflicht zur Kostenübernahme und die damit verbundenen Kosten für die Krankenhausträger nicht ein. Entsprechende Darlegungen dürften jedoch mit Blick auf die kommunalen Krankenhausträger erforderlich sein (Artikel 68 Abs. 1 der Niedersächsischen Verfassung).

Der Regelungszweck und das Verhältnis dieser Vorschrift zu den durch das Sozialversicherungsrecht des Bundes geregelten Krankenhausleistungen sind nach Auffassung des Ausschusses unklar. Nach dem Wortlaut müsste der Krankenhausträger die Kosten für (sämtliche) „erforderlichen Unterstützungsleistungen“ übernehmen, soweit deren Kosten nicht nach anderen Vorschriften getragen werden. Eine solche Regelung erschien dem Ausschuss zu weitgehend. Zudem sei nicht klar, für welche „Unterstützungsleistungen“ die Kosten bislang nicht anderweitig getragen würden, welche Kosten dadurch für die Krankenhäuser entstünden und ob ein korrespondierender Leistungsanspruch der Patientinnen und Patienten gegen das Krankenhaus begründet werden solle.

Angesichts des Leistungsanspruchs der Versicherten auf Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V) ist nach Auffassung des Ausschusses auch nicht ersichtlich, wozu die Regelung in Satz 1 überhaupt erforderlich sei. Denn die Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V umfasse im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere auch die Versorgung mit Hilfsmitteln. Hilfsmittel sind gemäß § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V „Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, *einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen*, soweit die Hilfsmittel nicht als all-

gemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind.“ Wie sich die Kostenübernahmepflicht der Krankenhäuser nach Satz 1 zu diesen krankenversicherungsrechtlichen Leistungen nach dem SGB V verhalten, sei unklar.

Das MS hat diese Bedenken geteilt. Der Ausschuss empfiehlt daher, die in Satz 1 geregelte Pflicht zur Kostentragung zu streichen.

Zu Absatz 4 (neu):

Die vom Ausschuss empfohlene Regelung in Absatz 4 (neu) beruht auf einer Anregung des MS. Darin sollen ergänzende Regelungen über die Entlassung von Patientinnen und Patienten getroffen und entsprechende Anregungen aus der Anhörung umgesetzt werden. Diese betreffen zum einen die Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement (siehe Stellungnahme des Landesseniorenrats, Vorlage 4, S. 2) und zum anderen konkretisierende Regelungen zur Umsetzung des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1 a SGB V (siehe Stellungnahme der Landespatientenschutzbeauftragten, Vorlage 17, S. 3 f.).

Der GBD hat darauf hingewiesen, dass eine abschließende Prüfung dieses Vorschlages in der Kürze der Zeit nicht möglich war und er daher keine Gewähr für die rechtliche Zulässigkeit übernehmen könne. Die zum zweiten Satzteil empfohlene Unterstützungspflicht beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung führe zu einer Doppelung mit der fast wortgleichen Regelung des Bundesgesetzgebers in § 39 Abs. 1 a Satz 1 SGB V, die im Hinblick auf die Gesetzgebungskompetenz des Landes problematisch sein könnte.

Das MS hält die Regelung gleichwohl für kompetenzgemäß und verweist darauf, dass § 39 Abs. 1 a SGB V ausdrücklich unberührt bleiben solle. Angesichts der Bedeutung, die sich aus der Anhörung ergeben habe, sei die Regelung zudem sinnvoll, auch weil dadurch die Möglichkeit eröffnet werde, im Rahmen des Gesetzesvollzugs und der Aufsicht auf diese wichtige Zielsetzung auch landesseitig hinwirken zu können. Dem ist der Ausschuss mit seiner Empfehlung gefolgt.

Zum Sechsten Teil (Aufsicht):

Zu § 27/1 (Aufsichtsbehörden):

Es wird aus systematischen Gründen empfohlen, die (organisatorischen) Regelungen über die Aufsichtsbehörde(n) und ihre jeweiligen Zuständigkeiten einerseits und die Regelungen über die Aufgaben und Befugnisse der Aufsichtsbehörde(n) andererseits in zwei gesonderten Paragraphen zu treffen. Dies entspricht der Systematik, wie sie z. B. auch in den §§ 57 und 58 der Niedersächsischen Bauordnung (NBauO) oder im Niedersächsischen Kommunalaufsichtsgesetz (NKomVG) in § 171 einerseits und den §§ 170 und 172 ff. andererseits gewählt wurde.

Zu Absatz 1:

Die Regelung entspricht dem zweiten Teil des § 28 Abs. 1 Satz 1 in der Entwurfsfassung.

Zu Absatz 2:

Zu Satz 1:

Die Regelung entspricht § 28 Abs. 1 Satz 2 in der Entwurfsfassung.

Dabei wird allerdings empfohlen, die in ähnlichen Regelungen des Landesrechts eher unübliche Formulierung „seine Zuständigkeit für die Aufgaben als Aufsichtsbehörde ganz oder teilweise“ durch die Formulierung „die Aufsicht oder einzelne Aufsichtsbefugnisse“ zu ersetzen. So oder ähnlich wird es z. B. in § 58 Abs. 5 Satz 1 NBauO, § 184 Abs. 2 Satz 1 des Niedersächsischen Justizvollzugsgesetzes (NJVollzG), § 120 Abs. 2 Satz 1 des Niedersächsischen Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetzes (Nds. SVVollzG), § 98 Satz 2 NPOG, § 44 Abs. 3 Satz 5 der Niedersächsischen Landeshaushaltsordnung oder § 10 Satz 2 des Niedersächsischen Justizgesetzes formuliert.

Die Regelung soll zudem auf Anregung des MS um die Ermächtigung zur näheren Regelung der Zuständigkeiten ergänzt werden, damit in der Verordnung im Einzelnen geregelt werden kann, welche Behörde bei einer Aufgabenübertragung für welche Aufgaben und Befugnisse „der Aufsichtsbehörde“ zuständig ist.

Außerdem soll die Formulierung „andere Stelle“ durch die Formulierung „nachgeordnete Behörde seines Geschäftsbereichs“ ersetzt werden. Denn der Begriff „andere Stelle“ hätte auch (juristische) Personen des Privatrechts umfasst und u. a. die Frage aufgeworfen, ob die Regelung auch eine Beleihung Privater ermöglichen soll. Dies ist aber nicht beabsichtigt. Vielmehr soll als „Stelle“ nur eine Behörde im Geschäftsbereich des MS in Betracht kommen können, die auch der Fachaufsicht des MS unterliegt. Dies wird zum einen durch den hier empfohlenen Begriff „nachgeordnet“ zum Ausdruck gebracht, der Artikel 56 Abs. 1 NV entspricht und wie dort bedeutet, dass die andere Behörde dem Ministerium hierarchisch untergeordnet und an dessen Weisungen gebunden sein muss (vgl. zu Artikel 56 Abs. 1 NV *Waechter*, in: Epping u. a., *Hannoverscher Kommentar zur NV*, 2. Aufl. 2021, Artikel 56 Rn. 17, m. w. N.). Zum anderen wird empfohlen, hier in Satz 2 (siehe dort) - in Anlehnung an § 58 Abs. 4 NBauO - noch einmal ausdrücklich zu regeln, dass das Ministerium die Fachaufsicht über die nachgeordnete Behörde ausübt (zum Erfordernis einer effektiven Aufsicht vgl. auch BVerwGE 135, 286, bei juris Rn. 43 ff., dort allerdings in Bezug auf Stiftungshochschulen). Durch die empfohlene Formulierung wird zudem einer in der Anhörung von mehreren Seiten vorgebrachten Kritik Rechnung getragen (vgl. ferner § 21 Satz 3 der geltenden Gesetzesfassung: „einer anderen Landesbehörde“).

Da es sich um eine Verordnungsermächtigung handelt, muss nach Artikel 43 Abs. 1 Satz 2 NV im Gesetz auch der Zweck der Ermächtigung bestimmt werden. Zwar enthalten landesgesetzliche Regelungen, die eine Übertragung von Aufgaben von einer auf eine andere Behörde oder Stelle vorsehen, oftmals keine dahin gehende Zweckbestimmung. Verfassungsrechtlich unbedenklich ist dies jedoch auch in jenen Fällen nicht. Daher wird empfohlen, hier - entsprechend z. B. § 97 Abs. 4 Satz 1 und § 98 Satz 2 NPOG, § 30 a Satz 2 des Niedersächsischen Deichgesetzes und § 129 Abs. 1 Satz 2 des Niedersächsischen Wassergesetzes - als Zweckbestimmung am Ende des Satzes die Worte „soweit dies zur sachgerechten Erfüllung der Aufgaben erforderlich ist“ einzufügen.

Zu Satz 2:

Die Bestimmung, dass das Ministerium im Fall einer Übertragung der Aufsicht oder einzelner Aufsichtsbefugnisse auf eine andere Behörde „oberste Aufsichtsbehörde“ wird, entspricht z. B. § 184 Abs. 2 Satz 2 NJVollzG, § 120 Abs. 2 Satz 2 Nds. SVVollzG und § 98 Satz 3 NPOG. Hinsichtlich der ausdrücklichen Regelung der Fachaufsicht siehe die Erläuterung zu Absatz 2 Satz 1. Durch die Möglichkeit, die Aufsicht oder einzelne Aufsichtsbefugnisse auf eine nachgeordnete Behörde zu übertragen, soll aber grundsätzlich kein zweistufiger Verwaltungsaufbau eingeführt werden. Daher soll die Formulierung „untere Aufsichtsbehörde“ vermieden, sondern nur von „der nachgeordneten Behörde“ gesprochen werden.

Zu Absatz 3:

Die Regelung entspricht § 28 Abs. 1 Satz 3 in der Entwurfsfassung. Die demgegenüber empfohlenen Änderungen sind nur redaktioneller und sprachlicher Art und sollen der Klarstellung des Regelungsinhalts dienen.

Zu § 28 (Aufsicht):

Zu Absatz 1 des Entwurfs:

Zu Satz 1:

Dass das für Gesundheit zuständige Ministerium Aufsichtsbehörde ist, ist nach der Empfehlung des Ausschusses jetzt in § 27/1 Abs. 1 geregelt (siehe dort).

Wer bzw. welche Einrichtungen der Aufsicht unterliegen, muss hier nicht im Einzelnen geregelt werden. Dies ergibt sich mit hinreichender Deutlichkeit aus Absatz 2 in der empfohlenen Fassung (siehe dort) sowie aus den einzelnen Befugnisregelungen.

Zu Satz 2:

Siehe jetzt die Empfehlung und die Erläuterung zu § 27/1 Abs. 2 Satz 1.

Zu Satz 3:

Siehe jetzt die Empfehlung und die Erläuterung zu § 27/1 Abs. 3.

Absatz 1 kann danach im Ergebnis vollständig gestrichen werden.

Zu Absatz 2:

Es wird empfohlen, die im Entwurf in Absatz 1 Satz 1 enthaltene Formulierung „und ihrer gemeinschaftlichen Einrichtungen mit Ausnahme der Hochschulkliniken“ an dieser Stelle einzufügen, um hier klarzustellen, welche Einrichtungen der Aufsicht unterliegen sollen.

Der Begriff „gemeinschaftliche Einrichtungen“ [von Krankenhäusern] wird im Entwurf allerdings im Übrigen nicht verwendet. Der Begriff ist an § 2 Nr. 3 Buchst. c KHG angelehnt. Gemeinschaftliche Einrichtungen von Krankenhäusern sind solche, die sich mindestens zwei Krankenhäuser teilen. Als gemeinschaftliche Einrichtungen können von zwei oder mehr Krankenhäusern z. B. genutzt werden ein Labor, eine Wäscherei, eine Küche, eine Apotheke, ein gemeinsames Zentrallager für die Materialbeschaffung oder eine radiologische Abteilung.

Außerdem sollen die Worte „sowie ihre Träger“ eingefügt werden, um klarzustellen, dass auch die Krankenhausträger und die Träger gemeinschaftlicher Einrichtungen der Aufsicht unterliegen sollen, soweit ihnen selbst durch das Gesetz oder aufgrund des Gesetzes Pflichten auferlegt werden (so z. B. durch § 29 den Krankenhausträgern).

Der Zusatz „im Rahmen ihres Aufgabenbereiches“ ist unklar und könnte zu Zweifelsfragen führen, etwa dahin gehend, ob mit „Aufgabenbereich“ möglicherweise der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses gemeint sein soll, was aber nicht gemeint ist. Der Zusatz ist letztlich auch entbehrlich. Er soll daher gestrichen werden.

Im Übrigen wird durch die Bezugnahme und Beschränkung auf die „Vorschriften dieses Gesetzes“ und die „aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Vorschriften“ geregelt, dass die Einhaltung anderer Vorschriften - wie etwa solcher des SGB V - nicht Gegenstand der Aufsicht nach diesem Gesetz sein soll. Dies ist ausdrücklich gewollt. So wird die Einhaltung der Vorschriften des SGB V nach den dort geregelten Mechanismen überwacht und durchgesetzt. Hier ist lediglich beabsichtigt, die Aufsicht nach § 21 der geltenden Gesetzesfassung, die bisher auf die Durchsetzung nur einzelner Pflichten des Gesetzes beschränkt ist, auf das gesamte Gesetz und die aufgrund des Gesetzes erlassenen Vorschriften auszudehnen.

Zu den „aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Vorschriften“ können u. U. auch solche im Krankenhausplan gehören, wobei die Nichteinhaltung solcher Vorschriften nach Auskunft des MS ggf. wohl vor allem krankenhauplanerische Konsequenzen hätte.

Zu Absatz 3:Zu Satz 1:

Infolge der Empfehlung, Absatz 1 zu streichen, und der (auch deswegen) empfohlenen Fassung des Absatzes 2 muss die Verweisung hier nunmehr (vorerst) auf Absatz 2 bezogen werden (wenngleich sie im Ausfertigungstext aufgrund der dann erfolgenden redaktionellen Bereinigung des gesamten Regelungstextes letztlich doch wieder „Absatz 1“ lauten wird).

Zur begrifflichen Präzisierung wird empfohlen, anstelle des Begriffs „Einrichtungen“ den Begriff „Stellen“ zu verwenden, weil in Absatz 2 nach der empfohlenen Fassung nunmehr auch „gemeinschaftliche Einrichtungen“ sowie die Träger solcher Einrichtungen und Krankenhausträger aufgeführt werden sollen. Daher könnte der Begriff „Einrichtungen“ hier unklar (geworden) sein.

Das Wort „zuständigen“ ist entbehrlich und soll gestrichen werden.

Zu den Sätzen 2 bis 4:

Vgl. insgesamt § 29 Abs. 2 GewO. Im Einzelnen:

Zu Satz 2:

Die Regelung soll im Wortlaut und redaktionell mit der empfohlenen Fassung des § 15 Abs. 2, 4 und 5 vereinheitlicht werden.

Dabei soll auf Anregung des MS auch ausdrücklich die in § 15 Abs. 2 Nr. 2 ebenfalls vorgesehene Befugnis, Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, genannt werden. Dies wäre ggf. auch rechtlich erforderlich. Denn das Betreten von Betriebs- und Geschäftsräumen durch staatliche Bedienstete und Beauftragte ist, wie bereits dargelegt, nach der Rechtsprechung des BVerfG nicht als Eingriff in den Schutzbereich des Grundrechts nach Artikel 13 Abs. 1 GG bzw. nicht als Eingriff/Beschränkung im Sinne des Artikels 13 Abs. 7 GG anzusehen, solange dies während der „üblichen Geschäftszeiten“ geschieht (BVerfGE 32, 54, bei juris Rn. 53 ff., 57). Jedoch muss auch in diesem Fall die erforderliche gesetzliche Grundlage „den Zweck des Betretens, den Gegenstand und den Umfang der zugelassenen Besichtigung und Prüfung deutlich erkennen lassen“ (BVerfG, a. a. O., bei juris Rn. 56). Falls, wie im Entwurf vorgesehen, als Zweck des Betretens nur die Einsichtnahme „in die den Krankenhausbetrieb betreffenden Schriftstücke und Datenträger“ genannt würde, wären (sonstige) Prüfungen und Besichtigungen mithin nicht erfasst, sollen es aber sein.

Zur begrifflichen Präzisierung wird im Übrigen empfohlen, neben den „Einrichtungen“ jeweils auch die Krankenhäuser ausdrücklich zu nennen (vgl. die Empfehlung und die Erläuterung zu Satz 1). Da hier nach der empfohlenen Fassung des Absatzes 2 mit dem Begriff „Einrichtungen“ nicht nur Krankenhäuser, sondern auch gemeinschaftliche Einrichtungen sowie die Träger von Krankenhäusern und gemeinschaftlichen Einrichtungen erfasst werden, soll außerdem nicht nur auf den „Krankenhausbetrieb“, sondern umfassender auf den „Betrieb des Krankenhauses oder der Einrichtung“ abgestellt werden.

Zu den Sätzen 3 und 4:

Erfolgt das Betreten von Betriebs- und Geschäftsräumen außerhalb der „üblichen Geschäftszeiten“, liegt nach der o. g. Rechtsprechung des BVerfG ein Eingriff in den Schutzbereich des Artikels 13 Abs. 1 bzw. ein Eingriff/eine Beschränkung im Sinne des Artikels 13 Abs. 7 GG vor. Daher ist es zur Erfüllung des Zitiergebots nach Artikel 19 Abs. 1 Satz 2 GG erforderlich, dass in Satz 4 „insoweit“ (also - nur - bezüglich des Satzes 3) eine Einschränkung des Grundrechts der Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 Abs. 1 GG ausdrücklich angezeigt wird (vgl. dazu auch die Erläuterung zu § 15 Abs. 5 Satz 2).

Allerdings ist zum einen die Verknüpfung der Sätze 3 und 4 mit der Regelung in Satz 2 in zeitlicher Hinsicht etwas unglücklich. Gemeint ist ausweislich der Entwurfsbegründung (S. 36), dass der Satz 2 nur für den Zeitraum während der „üblichen Geschäftszeiten“ gilt, die Sätze 3 und 4 hingegen für den außerhalb der „üblichen Geschäftszeiten“ liegenden Zeitraum. Die Formulierung „zu jeder Zeit“ bringt dies aber nicht hinreichend zum Ausdruck, weil er beide Zeiträume umfasst. Vorzugswürdig ist insoweit die vom Ausschuss empfohlene Formulierung „außerhalb des in Satz 2 genannten Zeitraums“.

Zum anderen sind Eingriffe und Beschränkungen nach Artikel 13 Abs. 7 GG nicht immer schon bei „Gefahr im Verzug“ zulässig, also wenn (irgend)eine Gefahr einträte, wenn erst ein Handeln der eigentlich zuständigen Behörde oder Stelle abgewartet würde (vgl. § 2 Nr. 8 NPOG). Der Eingriff/die Beschränkung ist nach Artikel 13 Abs. 7 GG vielmehr (u. a.) „zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit“ zulässig, wobei es nach herrschender Ansicht nicht auf die zeitliche Nähe eines etwaigen Schadens, sondern auf dessen Schwere im Falle der Verwirklichung der Gefahr ankommt (*Gornig*, in: v. Mangoldt/Klein/Starck, GG, Kommentar, Band 1, 7. Aufl. 2018, Artikel 13 Rn. 124, m. w. N.). Dementsprechend heißt es z. B. in § 58 Abs. 9 Satz 2 NBauO „zur Abwehr einer erheblichen Gefahr für die öffentliche Sicherheit“ (zum Begriff der „erheblichen Gefahr“ siehe § 2 Nr. 3 NPOG).

Vor diesem Hintergrund und zur Klarstellung, dass sich Satz 3 nur auf Satz 4 bezieht, sollten Satz 3 wie empfohlen formuliert und dabei Satz 4 des Entwurfs als zweiter Halbsatz in Satz 3 angefügt werden; Satz 4 ist dann als solcher zu streichen.

Zu Satz 3:

Der Ausschuss empfiehlt, die Worte „und jederzeit auch zu Räumen, die ausschließlich zu Wohnzwecken genutzt werden,“ einzufügen, um es der Aufsichtsbehörde zu erlauben, bei einer erheblichen Gefahr für die öffentliche Sicherheit auch solche Räume zu betreten (vgl. auch hierzu noch einmal ausdrücklich § 29 Abs. 2 GewO).

Zu Satz 5:

Wegen der empfohlenen Anpassung der Verweisung und wegen der empfohlenen Ersetzung des Wortes „Einrichtungen“ durch das Wort „Stellen“ siehe jeweils die Erläuterung zu Satz 1.

Zu Absatz 4:Zu Satz 1:

Es soll ausdrücklich geregelt werden, unter welchen Voraussetzungen eine Anordnung erlassen werden kann, wer ihr Adressat sein kann und welchen Inhalt sie haben kann (vgl. etwa § 21 Sätze 1 und 2 der geltenden Gesetzesfassung, § 79 Abs. 1 Satz 1 NBauO oder § 174 NKomVG). Voraussetzung einer Anordnung soll sein, dass die Anforderungen des Absatzes 2 nicht erfüllt werden. Adressat einer Anordnung kann, weil Krankenhäuser und gemeinschaftliche Einrichtungen in der Regel rechtlich unselbstständig sind, in Bezug auf diese nur der jeweilige Träger sein. Die Empfehlung zum Inhalt der Anordnung („zur Durchsetzung seiner Pflichten erforderlich“) orientiert sich an § 21 Sätze 1 und 2 der geltenden Gesetzesfassung.

Zum Siebenten Teil (Datenverarbeitung):**Zu § 30 (Datenübermittlung durch das Landesamt für Statistik):**

Hintergrund der Regelung ist nach Auskunft des MS, dass der Umfang der Daten aus der Bundesstatistik nach § 28 KHG, die das Landesamt für Statistik dem Ministerium nach § 7 der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) übermitteln darf, hinter dem Umfang der Daten aus der Bundesstatistik, die die Krankenhausträger dem Ministerium nach § 28 Abs. 2 Satz 4 KHG zu übermitteln haben, zurückbleibt, sodass das Ministerium, um an alle für die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung erforderlichen Daten zu gelangen, sowohl auf die Datenübermittlung durch das Landesamt für Statistik als auch auf die Datenübermittlung durch die Krankenhausträger angewiesen wäre, mithin bei zwei Stellen Datenerhebungen durchführen müsste. Die Regelung soll dazu dienen, die Datenübermittlung zu vereinheitlichen, indem das Landesamt für Statistik alle betreffenden Daten einheitlich an das Ministerium übermittelt, das dadurch alle erforderlichen Daten in einem Vorgang erlangt. Für das Ministerium entfällt dadurch das Erfordernis einer weiteren Datenerhebung bei den Krankenhausträgern, die entsprechend entlastet werden. (Unberührt davon bleibe indes die Möglichkeit des Ministeriums, zusätzlich von den Krankenhausträgern nach § 28 Abs. 1 Satz 3 KHG weitere Auskünfte zu verlangen). Die empfohlene Formulierung soll dies deutlicher zum Ausdruck bringen. Dabei ist der Zusatz „zu statistischen Zwecken“ entbehrlich, weil wegen der Verweisungen auf § 7 KHStatV und § 28 Abs. 2 Satz 4 KHG hinreichend deutlich wird, dass es hier nur um statistische Daten geht. Die Bezugnahme auf § 3 KHStatV ist ebenfalls entbehrlich, weil diese Vorschrift nur die Erhebungsmerkmale regelt, also lediglich, welche Daten erhoben werden, nicht aber, inwieweit die erhobenen Daten übermittelt werden dürfen; dies regelt nur § 7 KHStatV.

Zu § 31 (Datenverarbeitung durch das für Gesundheit zuständige Ministerium):Allgemeines:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen hat diese Regelung in der Anhörung aus datenschutzrechtlicher Sicht umfassend kritisiert. Der Ausschuss nimmt dies zum Anlass, eine grundlegend geänderte Fassung der Regelung zu empfehlen.

Dabei ist vor allem den Anforderungen der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) Rechnung zu tragen, soweit deren Anwendungsbereich eröffnet ist (Artikel 2 DS-GVO). Dies bedeutet insbesondere, dass es schon ganz allgemein einer Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener

Daten durch das MS zur Erfüllung seiner öffentlichen Aufgaben bedarf (Artikel 6 Abs. 1 UAbs. 1 Buchst. e, Abs. 2 und 3 DS-GVO), dass eine besondere Rechtfertigung gegeben sein muss, um Daten zu einem anderen Zweck als zu demjenigen, zu dem die Daten erhoben wurden, verarbeiten - und d. h. auch an Dritte übermitteln - zu dürfen (Zweckänderung; Artikel 6 Abs. 4 i. V. m. Artikel 5 Abs. 1 Buchst. b und ggf. Artikel 23 Abs. 1 DS-GVO) und dass das grundsätzliche Verbot der Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten - u. a. von Gesundheitsdaten (Artikel 4 Nr. 15 DS-GVO) - und die dafür geltenden Ausnahmetatbestände und Verarbeitungsvorgaben zu beachten sind (Artikel 9 DS-GVO).

Ferner sind die Grenzen der Gesetzgebungskompetenz des Landes nach den Artikeln 70 ff. GG zu wahren. Danach darf das Land keine Regelungen treffen, soweit seine Gesetzgebungskompetenz durch vorrangige bundesrechtliche Regelungen über die Datenverarbeitung gesperrt ist (insbesondere nach Artikel 72 Abs. 1 GG). Dies gilt etwa in Bezug auf die Verarbeitung von Sozialdaten im Sinne des § 67 Abs. 2 Satz 1 des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB X); vgl. § 35 Abs. 2 des Ersten Buchs des Sozialgesetzbuchs sowie die §§ 67 ff. SGB X. In Bezug auf die Verarbeitung von Daten für Zwecke des Strafverfahrens vgl. ferner die §§ 474 ff. der Strafprozessordnung (StPO) sowie die §§ 12 ff. des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz (EGGVG). Auch darf das Land die Verarbeitung - einschließlich der Übermittlung - personenbezogener Daten durch Behörden und sonstige öffentliche Stellen anderer Länder und des Bundes nicht regeln; vgl. § 1 Abs. 1 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 1 Abs. 1 des Niedersächsischen Datenschutzgesetzes (NDSG).

Des Weiteren ist nach der Rechtsprechung des BVerfG zu beachten, dass Vorschriften, die zum Umgang mit personenbezogenen Daten durch staatliche Behörden ermächtigen, in der Regel verschiedene, aufeinander aufbauende Eingriffe begründen. Es ist zwischen der Erhebung, Speicherung und Verwendung - einschließlich der Übermittlung - von Daten zu unterscheiden. Bei der Regelung eines Datenaustauschs zur staatlichen Aufgabenwahrnehmung ist darüber hinaus aber auch zwischen der Datenübermittlung seitens der auskunfterteilenden Stelle und dem Datenabruf seitens der auskunftsuchenden Stelle zu differenzieren. Ein Datenaustausch vollzieht sich durch die einander korrespondierenden Eingriffe von Abfrage und Übermittlung, die jeweils einer eigenen Rechtsgrundlage bedürfen. Der Gesetzgeber muss, bildlich gesprochen, nicht nur die Tür zur Übermittlung von Daten öffnen, sondern auch die Tür zu deren Abfrage. Erst beide Rechtsgrundlagen gemeinsam, die wie eine Doppeltür zusammenwirken müssen, berechtigen zu einem Austausch personenbezogener Daten (u. a. BVerfGE 155, 119, bei juris Rn. 93, m. w. N.; sogenanntes Doppeltürmodell). Jeder dieser Eingriffe muss außerdem zur Erreichung des legitimen Zwecks geeignet, erforderlich und angemessen (verhältnismäßig im engeren Sinne) sein und bedarf einer gesetzlichen Grundlage, welche die Datenverwendung auf spezifische Zwecke hinreichend begrenzt. Alle angegriffenen Befugnisse sind außerdem am Grundsatz der Normenklarheit und Bestimmtheit zu messen, der der Vorhersehbarkeit von Eingriffen für die Bürgerinnen und Bürger, einer wirksamen Begrenzung der Befugnisse gegenüber der Verwaltung sowie der Ermöglichung einer effektiven Kontrolle durch die Gerichte dient (u. a. BVerfGE 155, 119, bei juris Rn. 123, m. w. N.). Letzteres erfordert, dass schon rein formal eindeutig geregelt wird, wer welche Daten zu welchen Zwecken verarbeiten und an wen übermitteln darf.

Diesen Anforderungen wird die im Entwurf vorgesehene Vorschrift nicht gerecht. Insbesondere berücksichtigt die Entwurfsregelung nicht, inwiefern die Datenübermittlung mit einer Zweckänderung verbunden sein könnte und ob es sich bei den zu übermittelnden Daten möglicherweise um besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Abs. 1 DS-GVO handelt, und verlässt den Rahmen der Gesetzgebungskompetenz des Landes, indem auch die Übermittlung und die sonstige Verarbeitung von Daten durch Behörden anderer Länder und des Bundes geregelt werden sollen. Außerdem beschränkt sich der Entwurf auf eine Regelung über die wechselseitige Übermittlung von Daten zwischen dem MS einerseits und anderen Behörden andererseits, ohne dass es überhaupt - neben der Generalklausel in § 3 NDSG - einer spezifischen Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch das MS gäbe.

Die vom Ausschuss auf Grundlage der fachlichen Informationen des MS empfohlene Regelung soll diesen Aspekten Rechnung tragen. Dazu im Einzelnen:

Zur Überschrift:

Es wird empfohlen, die Regelung auf die Verarbeitung personenbezogener Daten durch das MS insgesamt zu erstrecken. Die Überschrift soll dementsprechend angepasst werden.

Zu Absatz 1:

Zunächst soll eine allgemeine Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch das MS geschaffen werden. Zwar ist mit § 3 Satz 1 NDSG eine Generalklausel für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch öffentliche Stellen des Landes zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben im Sinne des Artikels 6 Abs. 1 UAbs. 1 Buchst. e DS-GVO vorhanden. Jene Regelung ist aber erheblichen unionsrechtlichen Bedenken ausgesetzt (vgl. nur den Schriftlichen Bericht, Drs. 18/901, S. 4, sowie zu der im Wesentlichen gleichlautenden Regelung in § 3 BDSG *Frenzel*, in: Paal/Pauly, DS-GVO/BDSG, Kommentar, 3. Aufl. 2021, § 3 BDSG Rn. 1 f. und 8 ff.). Es empfiehlt sich daher, jene Regelung allenfalls mit äußerster Zurückhaltung anzuwenden und vorsorglich im jeweiligen Fachgesetz eine spezifische Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung zu schaffen, die den Anforderungen nach Artikel 6 Abs. 2 und 3 DS-GVO genügt. Dem entspricht die Empfehlung des Ausschusses. Dabei soll auch näher bestimmt werden, welche Daten zu welchen Zwecken verarbeitet werden dürfen. Die aufgeführten Daten und Verarbeitungszwecke beruhen auf den Angaben des MS. Nach der fachlichen Einschätzung des MS werden damit alle im Allgemeinen in Betracht kommenden Verarbeitungssituationen erfasst.

Zu Absatz 2:

Die allgemeine Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung, wie sie hier als Absatz 1 empfohlen wird, erstreckt sich nicht auf die Befugnis zur Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Abs. 1 DS-GVO. Dazu gehören u. a. Gesundheitsdaten (Artikel 4 Nr. 15 DS-GVO). Deren Verarbeitung ist nach Artikel 9 Abs. 1 DS-GVO grundsätzlich verboten und nur in den Fällen des Artikels 9 Abs. 2 DS-GVO unter den dort geregelten Voraussetzungen und Bedingungen ausnahmsweise erlaubt. Ohne gesonderte Rechtsvorschrift unmittelbar auf Grundlage der DS-GVO ist die Verarbeitung z. B. mit Einwilligung der betroffenen Person (Artikel 9 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO) oder zum Schutz lebenswichtiger Interessen bei Einwilligungsunfähigen (Artikel 9 Abs. 2 Buchst. c DS-GVO) zulässig. Nach Artikel 9 Abs. 2 Buchst. g DS-GVO ist die Verarbeitung ferner zulässig, soweit sie „aus Gründen eines erheblichen öffentlichen Interesses erforderlich“ ist, dies aber nur auf Grundlage gesonderter Rechtsvorschriften, die „in angemessenem Verhältnis zu dem verfolgten Ziel“ stehen, „den Wesensgehalt des Rechts auf Datenschutz“ wahren sowie „angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Person“ vorsehen.

Zu Satz 1:

Die hier empfohlene Regelung soll eine Rechtsvorschrift im Sinne des Artikels 9 Abs. 2 Buchst. g DS-GVO sein. Eine Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Patientinnen und Patienten durch das MS kommt nach dessen Auskunft in Betracht, wenn von sogenannten Whistleblowern, Patientinnen, Patienten oder anderen Personen, die eine Fehlermeldung nach § 20 abgeben, über Sachverhalte berichtet wird, die ein behördliches (in der Regel polizeiliches) Einschreiten zur Abwehr einer erheblichen Gefahr für die öffentliche Sicherheit - also nach § 2 Nr. 3 NPOG einer Gefahr für ein bedeutendes Rechtsgut wie Bestand oder Sicherheit des Bundes oder eines Landes, Leben, Gesundheit, Freiheit, nicht unwesentliche Vermögenswerte sowie andere strafrechtlich geschützte Güter von vergleichbarem Gewicht - oder strafrechtliche Ermittlungen zur Verfolgung einer möglichen Straftat - z. B. wegen des Verdachts von Fehlbehandlungen oder Abrechnungsbetrug - erfordern. In diesen Fällen fällt zwar die Gefahrenabwehr und die Strafverfolgung nicht in die originäre Zuständigkeit des MS (allenfalls die Gefahrenabwehr im Rahmen der Aufsicht). Das MS muss die im Zusammenhang damit von Dritten auch übermittelten Gesundheitsdaten jedoch zunächst erfassen und speichern, bevor die Daten an die Polizei oder die Staatsanwaltschaft weitergeleitet werden können. Dies soll durch die empfohlene Regelung ermöglicht werden. Die Abwehr von erheblichen Gefahren für die öffentliche Sicherheit im Sinne des § 2 Nr. 3 NPOG und die Verfolgung von Straftaten stellen „Gründe eines erheblichen öffentlichen Interesses“ im Sinne des Artikels 9 Abs. 2 Buchst. g DS-GVO dar.

Auch ist die Verarbeitung von Gesundheitsdaten zu diesen Zwecken in jedem Fall als verhältnismäßig anzusehen, soweit sie für diese Zwecke tatsächlich auch erforderlich ist. Der Wesensgehalt des Rechts auf Datenschutz wird ebenfalls gewahrt.

Die nach Artikel 9 Abs. 2 Buchst. g DS-GVO im Übrigen erforderlichen Rechtsvorschriften, die „angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Person“ vorsehen, sind hier zwar nicht unmittelbar vorgesehen. Insoweit gilt jedoch § 17 Abs. 2 bis 4 NDSG ergänzend.

Vgl. auch § 17 Abs. 1 NDSG und § 22 BDSG.

Zu Satz 2:

Falls die Gesundheitsdaten der Patientinnen und Patienten nicht zu einem der in Satz 1 genannten Zwecke erhoben wurden, stellt die Verarbeitung einem dieser Zwecke eine Zweckänderung dar, die nach Artikel 6 Abs. 4 i. V. m. Artikel 5 Abs. 1 Buchst. b DS-GVO einer besonderen Rechtfertigung bedarf. Zulässig ist eine Zweckänderung nach Artikel 6 Abs. 4, 2. Fallgruppe DS-GVO dann, wenn sie auf einer Rechtsvorschrift beruht, die „in einer demokratischen Gesellschaft eine notwendige und angemessene Maßnahme“ zum Schutz der in Artikel 23 Abs. 1 DS-GVO genannten Ziele darstellt. Derartige Ziele im Sinne des Artikels 23 Abs. 1 DS-GVO sind die Sicherstellung u. a. der öffentlichen Sicherheit (Buchstabe c), der Verhütung, Ermittlung, Aufdeckung oder Verfolgung von Straftaten einschließlich des Schutzes vor und der Abwehr von Gefahren für die öffentliche Sicherheit (Buchstabe d) sowie des Schutzes sonstiger wichtiger Ziele des allgemeinen öffentlichen Interesses (Buchstabe e). Mithin rechtfertigen die in Satz 1 genannten Zwecke zugleich eine Zweckänderung.

Vgl. auch § 6 Abs. 2 NDSG und § 23 BDSG.

Zu den Sätzen 3 und 4:

Die Übermittlung ist zwar eine Form der Verarbeitung (Artikel 4 Nr. 2 DS-GVO) und fiele damit eigentlich bereits unter die Sätze 1 und 2. Diese Verarbeitungsform soll jedoch noch spezieller geregelt werden, weil die Daten bei dieser Form der Verarbeitung den Herrschaftsbereich des bisherigen Verantwortlichen verlassen und damit besondere Risiken verbunden sind. Die Regelungen über die Übermittlung gehen den allgemeineren Regelungen über die Verarbeitung in den Sätzen 1 und 2 vor. Eine Übermittlung ist nur zulässig, soweit sie ausdrücklich zugelassen wird; andere Übermittlungen sind, sofern die DS-GVO sie nicht schon selbst unmittelbar zulässt (etwa mit Einwilligung, Artikel 6 Abs. 1 UAbs. 1 Buchst. a und Artikel 9 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO), nicht erlaubt.

Vgl. auch § 5 NDSG und § 25 BDSG.

Zu Satz 3:

Nach der empfohlenen Regelung ist die Übermittlung durch das MS an andere öffentliche Stellen nur zu den in Satz 1 genannten Zwecken und nur dann zulässig, wenn sie zur Erfüllung der Aufgaben der anderen Stelle erforderlich ist. Dies soll sicherstellen, dass die Daten nur an solche Stellen übermittelt werden dürfen, zu deren Aufgaben die Gefahrenabwehr und die Strafverfolgung gehört, also in der Regel die Polizei und die Staatsanwaltschaft.

Zu Satz 4:

Die empfohlene Regelung sieht vor, dass Gesundheitsdaten auch an einen Krankenträger oder einen Träger einer gemeinschaftlichen Einrichtung von Krankenhäusern übermittelt werden dürfen, obwohl die in Satz 1 genannten Zwecke nicht in deren Aufgabenkreis fallen und es sich bei diesen Trägern oftmals um nichtöffentliche Stellen handelt. Zulässig ist die Datenübermittlung an diese Stellen nach dem Regelungsvorschlag aber nur, wenn sie zur Ausübung der Aufsicht durch das MS (also der übermittelnden Stelle) erforderlich ist, die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen und, bei einer Übermittlung an nichtöffentliche Stellen, die Beachtung der DS-GVO bei der weiteren Verarbeitung durch die empfangende Stelle sichergestellt ist.

Zu Absatz 3:Zu Satz 1:

Durch die empfohlene Regelung soll auch für den Fall, dass es sich bei den betreffenden Daten nicht um Gesundheitsdaten oder andere besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Abs. 1 DS-GVO handelt, eine Rechtsvorschrift im Sinne des Artikels 6 Abs. 4, 2. Fallgruppe i. V. m. Artikel 23 Abs. 1 DS-GVO geschaffen werden, die eine zweckändernde Datenverarbeitung rechtfertigt. Da die betreffenden Daten nicht in gleicher Weise sensibel und deswegen schutzbedürftig sind wie Daten im Sinne des Artikels 9 Abs. 1 DS-GVO, können die Zwecke, die eine Zweckänderung rechtfertigen, aber im Vergleich zu Absatz 2 Sätze 1 und 2 weiter gefasst werden. Die von der empfohlenen Regelung erfassten Daten und Verarbeitungszwecke beruhen wiederum auf den Angaben des MS und decken nach dessen fachlicher Einschätzung alle in Betracht kommenden Verarbeitungsfälle ab.

Vgl. auch hier § 6 Abs. 2 NDSG und § 23 BDSG.

Zu Satz 2:

Die Übermittlung soll hier ebenfalls spezieller geregelt werden, sodass diese Regelung auch hier gegenüber der allgemeinen Verarbeitungsregelung in Satz 1 vorrangig ist. Im Übrigen gelten die Erläuterungen zu Absatz 2 Sätze 3 und 4 entsprechend (s. o.).

Zu Absatz 4:

Der Entwurf sieht vor, alle „Verwaltungs-, Polizei- und Strafverfolgungsbehörden“ zu verpflichten, dem MS Daten zu übermitteln, und für alle diese Behörden zu regeln, inwiefern sie die ihnen vom MS übermittelten Daten weiterverarbeiten dürfen. Dies überschreitet, wie dargelegt, die Gesetzgebungskompetenz des Landes, soweit davon auch Behörden anderer Länder oder des Bundes erfasst werden.

Zu Satz 1:

Um dies zu vermeiden, wird stattdessen empfohlen, nur Behörden des Landes und der unter der Aufsicht des Landes stehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts zur Informationsübermittlung zu verpflichten. Die empfohlene Formulierung lehnt sich an § 25 Abs. 1 des Niedersächsischen Verfassungsschutzgesetzes an. Die Regelung, die vom Ausschuss empfohlen wird, enthält demgegenüber allerdings noch den Zusatz „nach Maßgabe der für sie jeweils geltenden Rechtsvorschriften“, um zu verdeutlichen, dass die betreffenden Behörden nicht zu einer Informationsübermittlung gezwungen werden können, soweit sich die Datenverarbeitung auf ihrer Seite nach anderen Rechtsvorschriften richtet und diese eine Informationsübermittlung nicht erlauben.

Zu Satz 2:

Behörden anderer Länder und des Bundes kann das MS hingegen nur um Informationsübermittlung *ersuchen*. Soweit den ersuchten Behörden die Informationsübermittlung rechtlich und tatsächlich möglich ist, werden sie in aller Regel wegen ihrer Pflicht zur Amtshilfe nach Artikel 35 Abs. 1 GG auch verpflichtet sein, dem Ersuchen zu entsprechen.

Zu Absatz 5:

Die Abgrenzung zwischen einer Datenverarbeitung, die in den Anwendungsbereich der DS-GVO fällt, und einer solchen „durch die zuständigen Behörden zum Zwecke der Verhütung, Ermittlung, Aufdeckung oder Verfolgung von Straftaten oder der Strafvollstreckung, einschließlich des Schutzes vor und der Abwehr von Gefahren für die öffentliche Sicherheit“, die nach Artikel 2 Abs. 2 Buchst. d DS-GVO nicht in deren Anwendungsbereich, sondern in den der Richtlinie (EU) 2016/680 - sogenannte JI-Richtlinie - fällt, ist sehr schwierig und nach wie vor in weiten Teilen unklar. Der Bundesgesetzgeber ist aber zum einen der Auffassung, dass der Begriff der „Straftat“ im Sinne der vorgenannten Vorschriften auch Ordnungswidrigkeiten umfasst, und zum anderen, dass Behörden, deren originäre Aufgabe nicht die (allgemeine) Gefahrenabwehr oder die Strafverfolgung ist, also Fachbehörden im Unterschied zu Polizei und Staatsanwaltschaft, personenbezogene Daten auch dann auf Grundlage der DS-GVO verarbeiten, soweit sie Gefahren für die öffentliche Sicherheit abwehren, sofern sie dabei nicht zugleich zur Verfolgung oder Ahndung von Ordnungswidrigkeiten tätig werden

(vgl. BT-Drs. 18/11325, S. 110 f.). Erst dann und nur insoweit gelten für die Datenverarbeitung die zur Umsetzung der JI-Richtlinie erlassenen Rechtsvorschriften. Dies sind in Niedersachsen grundsätzlich die §§ 23 ff. NDSG. Die empfohlene Regelung soll dieser Systematik Rechnung tragen.

Zu Absatz 6:

Nach Auskunft des MS kann es in Ausnahmefällen vorkommen, dass es auch Sozialdaten im Sinne des § 67 Abs. 2 Satz 1 SGB X verarbeiten muss, so z. B. in Fällen von Abrechnungsbetrug, die auch die Krankenkassen betreffen. Das Land kann insoweit aber mangels Gesetzgebungskompetenz keine von den bundesgesetzlichen Regelungen über die Verarbeitung von Sozialdaten im SGB abweichenden Regelungen treffen. Um zu verdeutlichen, dass solche Regelungen auch nicht getroffen werden sollen, soll vorsorglich ausdrücklich normiert werden, dass die betreffenden Regelungen im SGB unberührt bleiben.

Zu Absatz 7:

Die vorgeschlagene Regelung ist an § 15 Abs. 2 Satz 5 des Heimgesetzes und § 9 Abs. 2 Satz 5 des Niedersächsischen Gesetzes über unterstützende Wohnformen angelehnt. Nach Auffassung des MS sollen Personen der genannten Art nicht selbst Daten an andere Personen oder Stellen übermitteln dürfen. Eine Datenübermittlung an Dritte solle vielmehr immer nur durch das MS selbst vorgenommen werden dürfen. Dem schließt sich der Ausschuss an.

Zu Absatz 8:

Soweit das MS die Aufsicht oder einzelne Aufsichtsbefugnisse auf eine nachgeordnete Behörde seines Geschäftsbereichs überträgt, tritt die nachgeordnete Behörde hinsichtlich der Aufsicht an die Stelle des MS. Sie muss daher insoweit auch im gleichen Umfang wie MS zur Datenverarbeitung befugt sein. Daher wird empfohlen, insoweit die Absätze 1 bis 7 für entsprechend anwendbar zu erklären.

Zum Achten Teil (Verordnungsermächtigung und Ordnungswidrigkeiten):

Zu § 32 (Verordnungsermächtigung):

Zu Absatz 1:

Zu Satz 1:

Die Regelung entspricht hinsichtlich der Nummern 1 bis 4 der Verordnungsermächtigung, die in der bisherigen Gesetzesfassung in § 7 Abs. 3 geregelt ist. Durch jene Regelung wird das Fachministerium - ebenso wie durch den hier nachfolgenden Absatz 2 - nur zum Erlass einer Verordnung *ermächtigt*, während sie nach der hier in Absatz 1 vorgesehenen Regelung dazu *verpflichtet* werden soll. Das MS hat dies damit erklärt, dass die in Absatz 1 verorteten Regelungsgegenstände für den Gesetzesvollzug unverzichtbar seien, während die in Absatz 2 aufgeführten Regelungsgegenstände für den Gesetzesvollzug zwar zweckmäßig, aber nicht zwingend erforderlich seien. Dagegen hat der Ausschuss keine Bedenken.

Wegen der vorgeschlagenen Zählung der Regelung als Satz 1 siehe die Empfehlung und die Erläuterungen zu der neuen Nummer 0/1 und dem neuen Satz 2.

Zu Nummer 0/1:

Die im Entwurf als Absatz 2 Nr. 1 vorgesehene Regelung soll in Absatz 1 verortet werden, weil eine dahin gehende Verordnungsregelung nach Auskunft des MS für den Gesetzesvollzug unbedingt erforderlich ist.

Um die Regelung übersichtlicher zu gestalten, wird empfohlen, sie durch Buchstaben zu untergliedern.

Zu Buchstabe a:

Siehe die Erläuterung zu § 3 Nr. 10.

Zu Buchstabe b:

Dieser Punkt ist gegenüber dem Entwurf neu, soll aber nach Auskunft des MS in der Verordnung geregelt werden. Der Ausschuss empfiehlt, die Verordnungsermächtigung vorsorglich entsprechend zu erweitern.

Zu Buchstabe c:

Dieser Teil entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe d:

Siehe die Empfehlung und die Erläuterung zu § 5 Abs. 3 Sätze 5 und 6.

Zu Buchstabe e:

Dieser Teil entspricht dem Grunde nach dem Gesetzentwurf. Siehe aber noch die Empfehlungen und die Erläuterungen zu § 3 Nr. 11 und zu § 5 Abs. 3 Satz 3. Die Verordnungsermächtigung soll insoweit angepasst werden. Hingegen soll gegenüber dem Entwurf das Wort „Anzahl,“ gestrichen werden, weil in § 5 Abs. 3 Satz 2 des Entwurfs vorgesehen ist, bereits im Gesetz zu regeln, dass es stets genau acht Versorgungsregionen gibt, sodass kein Raum für eine dahin gehende Regelung durch Verordnung bleibt.

Aus systematischen Gründen wird ferner empfohlen, den zweiten Satz aus § 32 Abs. 2 Nr. 1 der Entwurfsfassung („Hierbei ...“) hier in Absatz 1 in einen eigenständigen zweiten Satz nach dem bisherigen Wortlaut des Satzes 1 zu verlagern. Zur Formulierung siehe die Empfehlung und die Erläuterung zum neuen Satz 2.

Zu Nummer 2:

Durch die empfohlene Einfügung „nach § 11 Abs. 2 Nr. 1“ soll auf die Rechtsgrundlage für die Absenkung der jeweiligen Grundpauschale verwiesen werden.

Zu den Empfehlungen, das Wort „jeweiligen“ und die Angabe „Nr. 1“ einzufügen, siehe die entsprechenden Empfehlungen zu § 11 Abs. 2 Nr. 1 und die dortigen Erläuterungen.

Im Übrigen ist die in der bisherigen Gesetzesfassung in § 7 Abs. 3 Satz 2 enthaltene Verordnungsermächtigung nach Auskunft des MS nur versehentlich nicht in den Entwurf übernommen worden. Eine entsprechende Regelung soll daher hier als neuer letzter Halbsatz angefügt werden.

Zu den Nummern 3 und 4:

Die Angabe „Satz 1“ ist jeweils zu streichen, weil § 11 Abs. 2 nach dem Entwurf nur einen Satz hat.

Zu Nummer 5:

Zum Begriff der „Umwandlung“ siehe die Empfehlung und die Erläuterung zu § 12 Abs. 1. Hier kann wiederum auf die oben eingeführte Kurzbezeichnung zurückgegriffen werden. Der Zusatz „eines Krankenhauses“ ist hier außerdem nicht ganz präzise oder möglicherweise missverständlich, weil nach § 12 auch eine Teilschließung oder eine Umstellung nur einer Krankenhausabteilung in Betracht kommt.

Zu Satz 2:

Zur systematischen Stellung der Regelung, die dem Grunde nach § 32 Abs. 2 Nr. 1 Satz 2 des Entwurfs entspricht, siehe die Erläuterung zu Satz 1 Nr. 0/1. Die gegenüber der Entwurfsfassung empfohlenen Änderungen sind nur sprachlicher und redaktioneller Art.

Zu Absatz 2:**Zu Nummer 1:**

Siehe die Empfehlungen und die Erläuterungen zu Absatz 1 Satz 1 Nr. 0/1 und Satz 2.

Zu Nummer 3:

Ein Antrag wird auch in § 6 Abs. 1 der Entwurfsfassung nur im dortigen Satz 1 genannt. Infolge des obigen Vorschlages, die Sätze 2 und 3 aus § 6 Abs. 1 des Entwurfs in einen neuen § 5 Abs. 9 zu verlagern, verbleibt in § 6 Abs. 1 aber ohnehin nur noch ein Satz, sodass die Angabe „Satz 2“ so oder so gestrichen werden kann und soll.

Der Punkt am Ende ist wegen der Empfehlung zur Anfügung einer neuen Nummer 4 durch ein Komma zu ersetzen.

Zu Nummer 4:

Die empfohlene neue Nummer 4 beruht auf einer Anregung des MS. Es weist darauf hin, dass das betreffende Verfahren und die betreffende Zuständigkeit in der Vergangenheit in der Richtlinie über das Verfahren bei der Gewährung von Fördermitteln nach § 9 Abs. 1 KHG (Runderlass des MS vom 01.11.2004, NdsMBI. S. 744) geregelt worden sei. Diese Richtlinie ist aber bereits mit Ablauf des 31.12.2009 außer Kraft getreten. Mit dem Finanzministerium sei abgestimmt worden, dass künftig entsprechende Regelungen in die Niedersächsische Krankenhausverordnung aufgenommen werden sollten. Der Ausschuss folgt mit seiner Empfehlung der Anregung des MS.

Zu § 33 (Ordnungswidrigkeiten):**Zu Absatz 2:**

Der Ausschuss empfiehlt, auf die Möglichkeit der Ahndung einer fahrlässigen Begehung (vgl. dazu § 10 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten) zu verzichten, weil diese an dieser Stelle nicht erforderlich ist, und zu ergänzen, dass nur ein Verstoß gegen eine schriftliche Anordnung geahndet werden kann, wenn in der Anordnung auf diese Bußgeldvorschrift verwiesen wird. In dieser Form entspräche die Regelung z. B. § 80 Abs. 2 NBauO.

Zum Neunten Teil (Übergangs- und Schlussbestimmungen):**Zu § 34 (Übergangs- und Schlussbestimmungen):**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung (siehe die Empfehlung und die Erläuterung zu § 22 Abs. 1 Satz 1). Infolge der Verlagerung der Regelung nach § 22 kann der gesamte Neunte Teil des Entwurfs entfallen.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten):**Zu Absatz 1:****Zu Satz 2:**

Der Ausschuss empfiehlt auf Vorschlag des MS, neben der Verordnungsermächtigung in § 32 auch die neu eingefügte Regelung über Meldepflichten der Krankenhäuser in § 19/1 bereits am Tag nach der Verkündung dieses Gesetzes und nicht erst am 01.01.2023 in Kraft zu setzen, um insbesondere im Hinblick auf das COVID-19-Infektionsgeschehen eine kontinuierliche Information des MS zu gewährleisten.