

Mitteilung des Senats vom 16. November 2010**Bremisches Krankenhausgesetz**

Der Senat leitet der Bürgerschaft (Landtag) den Entwurf eines Bremischen Krankenhausgesetzes mit der Bitte um Beschlussfassung zu.

Der Entwurf eines Bremischen Krankenhausgesetzes ist der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, dem Landesbehindertenbeauftragten der Freien Hansestadt Bremen, der Feuerwehr Bremen, dem Magistrat der Stadt Bremerhaven, der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen, den Krankenkassen und deren Verbänden im Lande Bremen, dem Verband der privaten Krankenversicherungen e. V., der Ärztekammer Bremen, der Psychotherapeutenkammer Bremen, der Zahnärztekammer Bremen, der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen, dem Bremer Pflegerat, der Unabhängigen Patientenberatung Bremen, der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland und der Verbraucherzentrale Bremen im Anhörungsverfahren zur Stellungnahme übersandt worden. Stellungnahmen sind von fast allen angeschriebenen Einrichtungen sowie zusätzlich von der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) und dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH) eingegangen. Eine Vielzahl der in diesen Stellungnahmen enthaltenen Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist in den Entwurf übernommen worden.

Folgende wesentliche Änderungswünsche aus den Stellungnahmen der beteiligten Behörden, Kammern und Institutionen sind nicht berücksichtigt worden:

- Die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen sieht die Verknüpfung der Planaufnahme mit der Weiterbildungsbefugnis und der Notfallversorgung als sachlich nicht gerechtfertigt an. Sie kritisiert die umfassenden Widerrufstatbestände, die den Krankenhausbetrieb permanent unter Drohung des Zulassungsentzuges stellten, die zahlreichen Verordnungsermächtigungen und Berichtspflichten sowie die Aufnahme von Ordnungswidrigkeitstatbeständen. Weiter hält sie den Datenschutz für nicht mehr gewährleistet, wenn umfassend Daten abgefragt werden können, insbesondere Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes. Schließlich hält sie eine Reihe von Vorschriften aus Kompetenzgründen für unzulässig, da entsprechende Regelungen bereits im Bundesrecht vorhanden seien.

Dem ist entgegenzuhalten, dass die Verknüpfung der Aufnahme in den Krankenhausplan mit der grundsätzlich vollen Weiterbildungsbefugnis aus Qualitätsgesichtspunkten erfolgt ist. Die Verknüpfung der Aufnahme mit der Notfallversorgung soll verhindern, dass einzelne Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag nur nach den für sie günstigsten Bereichen ausrichten. Folge einer Ablehnung der Notfallversorgung wäre es, dass Notfälle im Einzelfall zu viel weiter entfernt gelegenen Krankenhäusern, die eine Notfallversorgung anbieten, transportiert werden müssten. Der Krankenhausgesellschaft ist aber insoweit entgegengekommen worden, als eine Regelung in § 5 Absatz 3 Satz 1 aufgenommen worden ist, wonach im besonderen Einzelfall im Benehmen mit dem Planungsausschuss Ausnahmen von den Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan zugelassen werden können.

Bei der Regelung über den Widerruf der Aufnahme in den Krankenhausplan handelt es sich um eine differenzierte Regelung, die entsprechenden Widerrufs-

regelungen in anderen Gesetzen entspricht. Auch von der Krankenhausgesellschaft wird nicht bestritten, dass es einer Widerrufsregelung bedarf. Die Ausdifferenzierung dient gegenüber einer pauschalen Widerrufsbestimmung der Einzelfallgerechtigkeit. Auch hier wurde der Krankenhausgesellschaft insoweit entgegengekommen, als ausdrücklich in § 7 Abs. 5 aufgenommen worden ist, dass die Widerrufstatbestände bei nur vorübergehender Nichterfüllung einzelner Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan keine Anwendung finden.

Der Gesetzentwurf enthält fünf Ermächtigungsgrundlagen zum Erlass einer Rechtsverordnung. Drei davon sind bereits im heute geltenden Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetz enthalten. Neu sind die in § 28 Absatz 3 enthaltene Ermächtigungsgrundlage zur Regelung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie die Ermächtigung nach § 27, wonach die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales das Nähere der Mitwirkung der Krankenhäuser an der Bewältigung von Großschadensereignissen durch Rechtsverordnung regeln kann. Insgesamt handelt es sich somit um eine moderate Erweiterung der Anzahl der Ermächtigungsgrundlagen, die letztlich dazu dienen, das Gesetz von Einzelregelungen zu entlasten. Die Berichtspflichten sind gegenüber dem Vorentwurf deutlich reduziert worden. Die Krankenhäuser müssen alle zwei Jahre einen Bericht über die ergriffenen Maßnahmen zur Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Angehörigen der Heilberufe und der Gesundheitsfachberufe erstellen. Der Bericht über den Jahresabschluss ist dem Vorschlag der Krankenhausgesellschaft folgend lediglich dann vorzulegen, wenn der Wirtschaftsprüfer nur einen eingeschränkten Bestätigungsvermerk erteilt oder diesen insgesamt versagt hat.

Hinzu kommt ein gemeinsamer Bericht der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher. Über die Ermächtigungsgrundlage in § 29 Absatz 2 Nr. 6 können auch noch die Berichte der Hygienekommissionen geregelt werden. Die Krankenhausverwaltung ist somit nur von dem Aus-, Fort- und Weiterbildungsbericht unmittelbar betroffen. Bei den vom Krankenhaus an die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zu übermittelnden Daten für Zwecke der Krankenhausplanung handelt es sich um anonymisierte Daten. Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit hat hier keine Bedenken geltend gemacht.

Die von der Krankenhausgesellschaft erhobenen Bedenken gegen die Gesetzgebungskompetenz des Landes in einzelnen Vorschriften sind vom Senator für Justiz und Verfassung nicht geteilt worden.

- Der Landesbehindertenbeauftragte, die DVSG und die DBSH haben eine gesonderte Vorschrift für die Behandlung von Behinderten im Krankenhaus gefordert, um den besonderen Betreuungsbedarf behinderter Personen im Krankenhaus deutlich zu machen. Dieser Anregung wurde nicht gefolgt. Vielmehr wurden die im Vorentwurf enthaltenen gesonderten Regelungen über die besondere Betreuung von Kindern einerseits und alten, hochbetagten und dementen Personen andererseits zu einer Regelung über Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf zusammengefasst. In diese Vorschrift wurden auch die behinderten Personen integriert.
- Die Verbraucherzentrale hat sich dafür eingesetzt, die Vorschriften über Patientenrechte wie in dem beabsichtigten Patientenrechtegesetz des Bundes zu formulieren sowie eine jährliche Berichterstattungspflicht für die Qualitätsbeauftragten und die Veröffentlichung dieser Berichte aufzunehmen. Diesem Vorschlag ist nicht gefolgt worden, weil zum einen noch nicht erkennbar ist, welche Regelungen in ein bundesrechtliches Patientenrechtegesetz aufgenommen werden. Von einem Bericht der Qualitätsbeauftragten ist abgesehen worden, um – entsprechend dem Wunsch der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen – die Berichtspflichten des Krankenhauses nicht weiter auszudehnen.

Die staatliche Deputation für Arbeit und Gesundheit hat dem Gesetzentwurf in ihrer Sitzung am 28. Oktober 2010 mehrheitlich zugestimmt.

Der Gesetzentwurf hat keine personalwirtschaftlichen und keine genderbezogenen Auswirkungen. Die für das Jahr 2012 vorgesehene und vom Bundesgesetzgeber den Ländern eröffnete Umstellung der Krankenhausförderung von der Einzelförderung auf jährliche Investitionspauschalen erfolgt haushaltsneutral. Dies gilt auch für die

Übergangsregelungen nach § 34 Absatz 3, die in dem Fall einer zeitlichen Verzögerung z. B. im Zusammenhang mit der bundesweit zur Geltung kommenden und für 2012 vorgesehenen Regelung zur Bewertungsrelation von Krankenhausinvestitionen greift. Vorbelastungen können nach derzeitiger Planung bis zum Einführungsjahr der Investitionspauschalen durch vorzeitige Abfinanzierung noch bestehender Raten z. B. für den Zentral-OP der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH und laufender Bauprojekte des Bauprogramms 2008/2009 weitgehend abgebaut werden. Weiter bestehende Vorbelastungen z. B. für Mietförderungen oder die Abfinanzierung von Raten der Kreditfinanzierung von Bauprojekten der Regionalisierung der Psychiatrie reduzieren den für Investitionspauschalen zur Verfügung stehenden jeweiligen Finanzierungsrahmen.

Bremisches Krankenhausgesetz (BremKrhG)

Der Senat verkündet das nachstehende, von der Bürgerschaft (Landtag) beschlossene Gesetz:

Inhaltsverzeichnis

Erster Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

- § 1 Geltungsbereich
- § 2 Ziele
- § 3 Sicherstellung der Krankenhausversorgung

Zweiter Abschnitt

Krankenhausplan

- § 4 Ziele und Inhalte des Krankenhausplans
- § 5 Aufnahme in den Krankenhausplan
- § 6 Mitwirkung der Beteiligten
- § 7 Rücknahme und Widerruf der Aufnahme in den Krankenhausplan

Dritter Abschnitt

Krankenhausförderung

- § 8 Allgemeine Förderungsbestimmungen
- § 9 Investitionsprogramm
- § 10 Pauschale Investitionsförderung
- § 11 Pauschale Förderung kurzfristiger Anlagegüter
- § 12 Nutzung von Anlagegütern
- § 13 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten
- § 14 Ausgleich für Eigenmittel
- § 15 Ausgleichszahlung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben
- § 16 Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen
- § 17 Widerruf von Bescheiden, Erstattung und Verzinsung
- § 18 Verwendungsnachweis
- § 19 Ermächtigungsgrundlagen

Vierter Abschnitt

Grundsätze der Krankenhausbehandlung

- § 20 Leistungspflicht der Krankenhäuser
- § 21 Rechte von Patientinnen und Patienten
- § 22 Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf

- § 23 Aufgaben des Krankenhausträgers
- § 24 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher
- § 25 Zusammenarbeit der Krankenhäuser
- § 26 Zusammenarbeit der Berufsgruppen
- § 27 Großschadensereignisse

Fünfter Abschnitt

Qualitätssicherung

- § 28 Qualitätssicherung, Facharztstandard
- § 29 Einhaltung der Hygienegrundsätze

Sechster Abschnitt

Rechtsaufsicht

- § 30 Rechtsaufsicht
- § 31 Maßnahmen der Rechtsaufsicht
- § 32 Unerlaubte Zuweisung gegen Entgelt

Siebter Abschnitt

Ordnungswidrigkeiten

- § 33 Ordnungswidrigkeiten

Achter Abschnitt

Schlussbestimmungen

- § 34 Übergangsregelungen
- § 35 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Erster Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Geltungsbereich

Dieses Gesetz gilt für alle Krankenhäuser im Lande Bremen, soweit nichts anderes bestimmt ist. Der Dritte Abschnitt gilt nur für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind.

§ 2

Ziele

(1) Ziel des Gesetzes ist die Sicherstellung der Krankenhausversorgung von Patientinnen und Patienten mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich und wirtschaftlich handelnden Krankenhäusern im Land Bremen, um eine qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Preisen und Pflegesätzen beizutragen. Die Qualität der Patientenbehandlung wird durch die Zulassung im Rahmen der Krankenhausplanung, die finanzielle Förderung von Krankenhäusern, die Vorgabe von Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die Gewährleistung der Rechte der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Krankenhausbehandlung sichergestellt.

(2) Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander, mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und die Herstellung eines nahtlosen Übergangs zwischen den Versorgungsbereichen sollen gefördert werden. Die Kooperation von Krankenhäusern zur krankenhäusübergreifenden Versorgung soll erleichtert werden.

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

§ 3

Sicherstellung der Krankenhausversorgung

- (1) Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes und der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven nach Maßgabe dieses Gesetzes. Dabei ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten.
- (2) Das Land stellt den Krankenhausplan und das Investitionsprogramm auf und genehmigt die vereinbarten und festgesetzten Pflegesätze sowie die in § 14 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Basisfallwerte, Entgelte und Zuschläge.
- (3) Krankenhäuser können von geeigneten kommunalen, freigemeinnützigen oder privaten Trägern betrieben werden. Die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven haben sicherzustellen, dass die nach dem Krankenhausplan bedarfsgerechten Krankenhäuser errichtet und betrieben werden, und, falls sich kein anderer geeigneter Träger findet, die erforderlichen Krankenhäuser selbst zu errichten und zu betreiben. Krankenhausträger sind geeignet im Sinne dieses Gesetzes, wenn ihre Krankenhäuser bedarfsgerecht, wirtschaftlich und leistungsfähig sind und die Gewähr für die Einhaltung der für den Betrieb eines Krankenhauses geltenden Vorschriften bieten.
- (4) Zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung werden die bedarfsnotwendigen Fördermittel gemeinsam vom Land und den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven im Rahmen der mittelfristigen Finanzplanung und der jährlichen Haushaltspläne bereitgestellt. Jede Stadtgemeinde bringt für die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten Krankenhäuser jeweils ein Drittel der Fördermittel auf.

Zweiter Abschnitt

Krankenhausplan

§ 4

Ziele und Inhalte des Krankenhausplans

- (1) Zur Verwirklichung der in § 2 genannten Ziele stellt die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales als Planungsbehörde für das Land einen Krankenhausplan auf und schreibt ihn bei Abweichung der tatsächlichen Entwicklung von der zugrunde gelegten Bedarfsentwicklung fort. Er kann auch teilweise angepasst werden. Der Krankenhausplan besteht aus dem Krankenhausrahmenplan und den genehmigten Vorschlägen zu dessen Umsetzung. Der Krankenhausrahmenplan wird vom Senat der Freien Hansestadt Bremen beschlossen. Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales veröffentlicht den Krankenhausplan in der jeweils aktuellen Fassung.
- (2) Der Krankenhausrahmenplan wird in Abstimmung mit den Beteiligten nach § 6 Absatz 1 und 2 von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales erstellt. Er enthält die Grundsätze der Krankenhausversorgung und weist ihren aktuellen Stand und Bedarf aus. Dies umfasst die Prognose der zur Sicherstellung der Versorgung erforderlichen stationären Krankenhauskapazität, insbesondere nach Krankenhausstandorten, sowie der Gesamtzahl der bedarfsgerechten Planbetten oder der zu versorgenden Krankenhauspatientinnen und -patienten jeweils für die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven unter Berücksichtigung der oberzentralen Funktion für die Umlandversorgung. Er kann auch die an den einzelnen Krankenhausstandorten vorzuhaltenden Gebiete und Schwerpunkte nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen sowie Qualitätsvorgaben nach § 28 Absatz 3 festlegen. Der Krankenhausrahmenplan enthält die Standorte der Ausbildungsstätten.
- (3) Die Landesverbände der Krankenkassen vereinbaren mit den Krankenhausträgern auf der Grundlage des Krankenhausrahmenplans nach Absatz 2 für den jeweiligen Krankenhausstandort unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Anforderungen an die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung einen Vorschlag für einen Versorgungsauftrag (Vereinbarungsvorschlag) mit Ausweisung der standortbezogenen Gesamtbettenzahl sowie der Notfallversorgung, der Intensivmedizin und der medizinischen Schwerpunktversorgung (Arbeitsteilige Koordinierung). In den Vereinbarungsvorschlägen erfolgt eine Konkretisierung des Versorgungsauftrages hinsichtlich der einzelnen Disziplinen und ihrer Kapazität sowie der erforderlichen Maßnahmen zur Umsetzung des Krankenhausrahmenplans und seiner Prognosen.

(4) Bei den Vereinbarungsvorschlägen nach Absatz 3 sind die Erfordernisse der Notfallversorgung, einer sektorübergreifenden Versorgung und der Qualitätssicherung besonders zu berücksichtigen. In die Vereinbarungsvorschläge sind auch Regelungen über eine qualitativ gesicherte Patientensteuerung behinderter, alter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten nach § 22 Absatz 3 Satz 2 aufzunehmen. Die Vereinbarungsvorschläge haben zudem Regelungen über die Ausbildungsplatzzahlen je Ausbildungsstätte nach § 2 Nummer 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu enthalten. Die Einhaltung der nach Absatz 5 genehmigten Vorschläge zur Umsetzung des Krankenhausrahmenplans ist jährlich im Rahmen der Budgetverhandlungen zu prüfen. Die Nichteinhaltung ist der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales von den Landesverbänden der Krankenkassen oder dem jeweiligen Krankenhausträger zu melden und kann den vollständigen oder teilweisen Verlust des Versorgungsauftrages oder Maßnahmen nach § 31 zur Folge haben. Kommt zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den in Absatz 3 genannten Einrichtungen keine Einigung zustande, entscheidet die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales nach vorheriger Anhörung.

(5) Die Vorschläge zur Umsetzung des Krankenhausrahmenplans nach Absatz 3 werden im Planungsausschuss nach § 6 Absatz 1 Satz 3 vorgetragen. Sie bedürfen der Genehmigung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Mit der Genehmigung werden sie Bestandteil des Krankenhausplans und Grundlage der Feststellungsbescheide zur Konkretisierung des Versorgungsauftrages.

(6) Für Zwecke der Krankenhausplanung haben alle Krankenhäuser im Lande Bremen, auch soweit sie nicht oder nur teilweise in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind, der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales jährlich eine Statistik nach den Vorgaben des § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vorzulegen. Die Statistik ist bis zum 31. März des auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahres vorzulegen. Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über Inhalt und Umfang dieser Statistik zu regeln.

§ 5

Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Ein Krankenhaus, dessen Träger geeignet im Sinne des § 3 Absatz 3 Satz 3 ist, kann im Rahmen des Planungsverfahrens nach § 4 auf Antrag und nur mit den Gebieten und gegebenenfalls Schwerpunkten nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen (Disziplinen) in den Krankenhausplan aufgenommen werden, für die jeweils

1. eine dauerhafte und bedarfsgerechte Vorhaltung gesichert ist,
2. die durchgängige ärztliche und pflegerische Versorgung gewährleistet ist,
3. die ärztliche Leitung und deren Vertretung die für sie disziplinrelevante Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat,
4. grundsätzlich der leitenden Ärztin oder dem leitenden Arzt von der Ärztekammer Bremen die volle Weiterbildungsbefugnis erteilt und das Krankenhaus von der Ärztekammer Bremen als Weiterbildungsstätte zugelassen worden ist,
5. durchgehend die entsprechende fachärztliche Versorgung (Facharztstandard im Sinne des § 28 Absatz 1), eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft sowie eine Notfallversorgung im Rahmen ihres Versorgungsauftrags gewährleistet ist und
6. die Einhaltung von Maßnahmen der Qualitätssicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und nach den §§ 28 und 29 nachgewiesen werden.

(2) Das Krankenhaus hat die Voraussetzungen für die Aufnahme mit den jeweiligen Disziplinen in den Krankenhausplan der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales bis zum Ende des Jahres 2011 nachzuweisen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, Änderungen der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unverzüglich mitzuteilen.

(3) Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales kann im besonderen Einzelfall im Benehmen mit dem Planungsausschuss nach § 6 Absatz 1 Satz 3 Ausnahmen von den Regelungen des Absatzes 1 zulassen. Über die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Nummer 3 und 4 entscheidet die Senatorin für

Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unter Beteiligung der Ärztekammer Bremen.

(4) Die Aufnahme eines Krankenhauses mit den einzelnen Disziplinen in den Krankenhausplan erfolgt durch schriftlichen Bescheid der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Der Bescheid enthält zur Bestimmung des Versorgungsauftrages mindestens

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses und seiner Betriebsstellen,
2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
3. die dauerhaft vorzuhaltenden Disziplinen und die Schwerpunkte der arbeitsteiligen Koordinierung,
4. die Gesamtzahl der Planbetten und
5. die Ausbildungsstätten und -plätze nach § 2 Nummer 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(5) Der Bescheid kann Nebenbestimmungen enthalten, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans, der Qualitätssicherung oder der dauerhaften Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von besonderen Leistungen erforderlich ist.

(6) Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist Voraussetzung für die Förderung nach dem Dritten Abschnitt. Auf die Aufnahme in den Krankenhausplan besteht kein Rechtsanspruch.

(7) Wird ein in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus von einem anderen Träger übernommen, so tritt dieser in die Rechte und Pflichten des bisherigen Trägers nach diesem Gesetz ein, soweit er geeignet im Sinne des § 3 Absatz 3 Satz 3 ist.

(8) Widerspruch und Anfechtungsklage eines Dritten gegen einen Bescheid nach Absatz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 6

Mitwirkung der Beteiligten

(1) Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms hat die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. Unmittelbar Beteiligte im Sinne des Satzes 1 sind die Landesverbände der Krankenkassen, der Landesausschuss der privaten Krankenversicherung, die Landeskrankenhausesgesellschaft sowie die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven. Sie bilden einen Planungsausschuss unter der Geschäftsführung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Soweit die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, ist die Kassenärztliche Vereinigung einzubeziehen.

(2) Mit den an der Krankenhausversorgung unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 ist bei der Durchführung dieses Gesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eng zusammenzuarbeiten. Das betroffene Krankenhaus ist anzuhören. Beteiligte sind neben den unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, der Marburger Bund, die Kassenärztliche Vereinigung, die Ärztekammer, die Psychotherapeutenkammer und je eine von der staatlichen Deputation für Arbeit und Gesundheit zu bestimmende Vertretung der Pflegeberufe und der Patientinnen und Patienten. Die Beteiligten nach Satz 3 sind bei den sie unmittelbar betreffenden Fragen vom Planungsausschuss anzuhören.

§ 7

Rücknahme und Widerruf der Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Die Aufnahme in den Krankenhausplan ist zurückzunehmen, wenn bei Erlass des Bescheides nach § 5 Absatz 4 eine der Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 nicht vorgelegen hat.

(2) Die Aufnahme in den Krankenhausplan ist zu widerrufen, wenn nachträglich eine der Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, 2 oder 5 wegfällt. Sie kann widerrufen werden, wenn nachträglich eine der Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1

Nummer 3, 4 oder 6 wegfällt oder die Nachweise oder Mitteilungen nach § 5 Absatz 2 nicht, nicht rechtzeitig, nicht vollständig oder fehlerhaft erbracht werden. Werden einzelne Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 oder Pflichten nach § 5 Absatz 2 nur vorübergehend nicht erfüllt, so finden die Sätze 1 und 2 keine Anwendung.

(3) Weicht ein Krankenhausträger ohne Zustimmung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales nicht nur vorübergehend von den Feststellungen des Bescheides nach § 5 Absatz 4 ab oder bindet er nicht nur vorübergehend planwidrige Versorgungsangebote an sich, kann der Bescheid nach § 5 Absatz 4 ganz oder teilweise widerrufen werden. Dies gilt auch bei sonstigen erheblichen Pflichtverletzungen nach diesem Gesetz.

(4) Die Rücknahme oder der Widerruf der Aufnahme in den Krankenhausplan kann sich auch auf eine einzelne Disziplin eines Krankenhauses beziehen, wenn die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 3 nur auf eine einzelne Disziplin zutreffen.

(5) Die Möglichkeit der Aufhebung des Bescheides nach § 5 Absatz 4 nach anderen Rechtsvorschriften bleibt unberührt.

(6) Vor Rücknahme oder Widerruf der Aufnahme eines Krankenhauses oder einer Disziplin eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist den unmittelbar Beteiligten nach § 6 Absatz 1 Satz 2 Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen.

Dritter Abschnitt

Krankenhausförderung

§ 8

Allgemeine Förderungsbestimmungen

(1) Krankenhäuser und die von ihnen gegründeten und unterhaltenen Ausbildungsstätten, deren Aufnahme in den Krankenhausplan festgestellt ist, werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel öffentlich gefördert. Die Förderung erfolgt durch Bescheid der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales als Förderbehörde.

(2) Die Fördermittel sind nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dieses Gesetzes so zu bemessen, dass sie die förderfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher und haushaltsrechtlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken. Sie dürfen nur zur Erfüllung der im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses entsprechend der im Fördermittelbescheid enthaltenen Zweckbestimmung verwendet werden.

(3) Die Förderung wird in Form von Zuschüssen pauschal durch feste jährliche Beträge jeweils für mittel- und langfristige (§ 10) und für kurzfristige Anlagegüter (§ 11) gewährt. Die Fördermittel nach § 10 und § 11 können jeweils bis zu 40 vom Hundert für Zwecke der jeweils anderen Förderungsart verwendet werden, soweit die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses hierdurch nicht gefährdet wird. Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales kann generell oder auf Antrag eines Krankenhauses eine Erhöhung des in Satz 2 genannten Vom-Hundert-Satzes genehmigen, soweit dieses zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Krankenhausplan notwendig und ausreichend ist.

(4) Ein Krankenhaus kann eine Bürgschaft des Landes oder einer Stadtgemeinde beantragen. Hierüber wird unter Berücksichtigung des jeweiligen Bürgschaftsrahmens und entsprechender Richtlinien der Senatorin für Finanzen entschieden.

(5) Krankenhäuser, die Fördermittel nach diesem Gesetz beantragen und erhalten, sind gegenüber der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zur Auskunft über alle Umstände verpflichtet, deren Kenntnis zur Feststellung der Förderungsvoraussetzungen notwendig ist. Krankenhäuser können die ihnen bewilligten Fördermittel untereinander zeitlich befristet durch Vertrag ganz oder teilweise abtreten, wenn dadurch eine wirtschaftliche und bedarfsnotwendige Krankenhausinvestition vorzeitig realisiert werden kann und die Erfüllung des Versorgungsauftrages des abtretenden Krankenhauses nicht gefährdet wird. Der Vertrag ist der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vorzulegen. Sie kann den Abtretungsvertrag innerhalb von zwei Monaten beanstanden.

§ 9

Investitionsprogramm

(1) Die Krankenhäuser melden der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ihre geplanten Investitionsprojekte. Die Bedarfsnotwendigkeit, die Wirtschaftlichkeit und die geschätzten Kosten der Maßnahme sind dabei vom Krankenhaus darzulegen. Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales prüft die generelle Förderfähigkeit der gemeldeten Investitionsprojekte und bestätigt diese gegenüber dem jeweiligen Krankenhaus. Das Krankenhaus meldet der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales jeweils zum 31. Dezember, welche Investitionsprojekte im folgenden Kalenderjahr mit Fördermitteln nach § 10 finanziert werden.

(2) Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales stellt im Rahmen der Haushaltsplanung ein Investitionsprogramm auf, das die in dem jeweiligen Jahr nach § 10 geförderten Krankenhausinvestitionsprojekte sowie die nach dem Haushaltsplan zur Verfügung stehenden Fördermittel für kurzfristige Anlagegüter nach § 11 enthält.

§ 10

Pauschale Investitionsförderung

(1) Durch feste jährliche Beträge werden mittel- und langfristige Anlagegüter gefördert für

1. die Errichtung (Neubau, Erweiterungsbau, Umbau, Sanierung) von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
2. die Erst-, Ergänzungs- und Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
3. die Ergänzung von kurzfristigen Anlagegütern nach § 11 Absatz 1 Nummer 1, soweit diese über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht,
4. die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung und Wiederherstellung eines Anlagegutes, ausgenommen eines Gebrauchsgutes, wenn es in seiner Substanz wesentlich vermehrt, in seinem Wesen erheblich verändert oder über seinen bisherigen Zustand hinaus deutlich verbessert und seine Nutzungsdauer dadurch wesentlich verlängert wird.

Bei Errichtungsmaßnahmen sind vorhandene Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens zu übernehmen, soweit dies medizinisch vertretbar und wirtschaftlich geboten ist.

(2) Voraussetzung für die Förderung von Investitionen nach Absatz 1 ist deren Aufnahme in das Investitionsprogramm nach § 9 Absatz 2.

(3) Nicht gefördert werden Investitionen, die vor der Aufnahme in den Krankenhausplan oder in das Investitionsprogramm durchgeführt oder begonnen wurden, sowie der Erwerb oder die Anmietung bereits in den Krankenhausplan aufgenommener Krankenhäuser.

(4) Nicht verausgabte Investitionsmittel nach Absatz 1 können zur Ansparung einer Baufinanzierung auf nachfolgende Kalenderjahre übertragen werden. Das Krankenhaus meldet der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales jeweils zum 31. Dezember den vorhandenen Bestand noch nicht verwendeter Fördermittel.

(5) Erträge aus Vermietung und Verpachtung sowie Zinserträge aus noch nicht zweckentsprechend verwendeten Pauschalbeträgen sind den Pauschalbeträgen nach Absatz 1 zuzuführen und entsprechend zu verwenden. Soweit ambulante Leistungen erbracht werden, sind deren Kosten zu erfassen und den Leistungspreisen Investitionskosten anteilig zuzurechnen.

§ 11

Pauschale Förderung kurzfristiger Anlagegüter

(1) Durch feste jährliche Beträge werden gefördert

1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei und weniger als fünfzehn Jahren (kurzfristige Anlagegüter) und

2. die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer entsprechend Nummer 1.
- (2) Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderte Ausbildungsstätten betreiben, erhalten zur Förderung der für diese Ausbildungsstätten notwendigen Investitionen einen Zuschlag zum Pauschalbetrag nach Absatz 1 für jeden förderfähigen Ausbildungsplatz.
- (3) Erträge aus Vermietung und Verpachtung, Zinserträge aus noch nicht zweckentsprechend verwendeten Pauschalbeträgen sowie Erträge aus der Veräußerung geförderter kurzfristiger Anlagegüter sind den Pauschalbeträgen nach Absatz 1 zuzuführen und entsprechend zu verwenden. Soweit ambulante Leistungen erbracht werden, sind deren Kosten zu erfassen und den Leistungspreisen Investitionskosten anteilig zuzurechnen.

§ 12

Nutzung von Anlagegütern

Die nach den §§ 10 und 11 bewilligten Fördermittel können für die Nutzung von Anlagegütern verwendet werden, wenn hierdurch eine wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist. Dies ist der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vor Abschluss der Nutzungsvereinbarung mitzuteilen. § 18 Absatz 1 gilt entsprechend. Wird ein Krankenhaus erstmals in den Krankenhausplan aufgenommen und besteht bereits ein Nutzungsverhältnis, so muss zum Zeitpunkt der Aufnahme die Mitteilung über anderweitige Verwendung der Fördermittel nach Satz 1 vorliegen.

§ 13

Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

(1) Auf Antrag können nach § 9 Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes pauschal gefördert werden

1. Anlaufkosten,
2. Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen,
3. Kosten von Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken,

soweit ohne Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes gefährdet wäre. Es sind nur die Kosten zu berücksichtigen, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit entsprechen. Das Krankenhaus hat die zur Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen erforderlichen Angaben zu machen.

(2) Eine Betriebsgefährdung im Sinne des Absatzes 1 liegt nur vor, wenn die genannten Kosten in zumutbarer Weise weder aus Rücklagen noch aus dem Vermögen des Krankenhauses finanziert werden können und wenn deshalb eine ausreichende Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses beeinträchtigt würde.

(3) Beabsichtigt das Krankenhaus in Verbindung mit einer Investition nach den §§ 10 und 11, eine Förderung nach Absatz 1 Nummer 1 oder 2 zu beantragen, so hat es die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales bei der Antragstellung auf Bewilligung der Fördermittel über diese Absicht zu unterrichten.

§ 14

Ausgleich für Eigenmittel

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

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

(3) Ein Ausgleichsanspruch entfällt, soweit eine Ersatzinvestition gefördert wurde, deren Buchwert bei Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan dem nach Absatz 2 berechneten Ausgleichsbetrag entspricht.

(4) Der Antragsteller ist verpflichtet, die für die Beurteilung eines Ausgleichs erforderlichen Angaben zu machen und zu belegen.

§ 15

Ausgleichszahlung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben

(1) Krankenhäuser, die aus Gründen des fehlenden Bedarfs im Einvernehmen mit der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales aus dem Krankenhausplan ausscheiden, können auf Antrag Ausgleichszahlungen erhalten, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.

(2) Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhausträgers auch pauschal geleistet werden.

§ 16

Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen

(1) Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit sie zur Verwirklichung des Gesetzeszweckes, insbesondere zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplanes und zur Sicherstellung der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel, erforderlich sind. Der Bewilligungsbescheid für Mittel nach § 15 kann außerdem Nebenbestimmungen enthalten, die Näheres zur Umstellung oder Einstellung des Betriebes festlegen.

(2) Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales kann im besonderen Einzelfall vom Krankenhausträger verlangen, dass er für einen möglichen Erstattungsanspruch vor Auszahlung oder Übertragung der Fördermittel in geeigneter Weise Sicherheit leistet. Die notwendigen Kosten der Absicherung werden in die Förderung einbezogen.

§ 17

Widerruf von Bescheiden, Erstattung und Verzinsung

(1) Bewilligungsbescheide sind zu widerrufen, wenn und soweit das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Krankenhausplan nicht erfüllt oder die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel für kurz-, mittel- und langfristige Anlagegüter nicht nachgewiesen werden kann. Eine nicht zweckentsprechende Verwendung liegt auch dann vor, wenn nach der Gewährung von Fördermitteln nach § 15 die Umstellung auf andere Aufgaben oder die Einstellung des Krankenhausbetriebes nicht erfolgt. Im Übrigen gelten die Regelungen des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes über den Widerruf und die Rücknahme von Verwaltungsakten.

(2) Die Rückerstattung von Fördermitteln und die Verzinsung des Erstattungsanspruchs erfolgen nach § 49 a des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes. Von einer Rückerstattung kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(3) Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter beschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel auf den Restbuchwert der jeweils geförderten Anlagegüter. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn dem Krankenhaus aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung seiner Aufgaben unmöglich wird.

(4) Erstattungsansprüche können mit Förderleistungen nach diesem Gesetz verrechnet werden.

§ 18

Verwendungsnachweis

(1) Die geförderten Krankenhäuser haben der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales jährlich einen Verwendungsnachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel nach den §§ 10 und 11 sowie 13 bis 15 mit dem Testat eines Wirtschaftsprüfers vorzulegen. Das Nähere regelt die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

(2) Die Verwendung der Fördermittel, die nach § 10 bewilligt worden sind, ist für jede Investitionsmaßnahme einzeln nachzuweisen. Die Verwendung der Fördermittel nach § 11 ist nach Verwendungsarten gegliedert insgesamt nachzuweisen. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales oder eine von ihr beauftragte Stelle kann jederzeit die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel prüfen. Die Prüfungsrechte des Rechnungshofes der Freien Hansestadt Bremen und des Rechnungsprüfungsamtes der Stadtgemeinde Bremerhaven bleiben unberührt.

(4) Soweit es die Überprüfung erfordert, sind die Prüfungsberechtigten nach Absatz 3 befugt, Grundstücke, Räume und Einrichtungen des betreffenden Krankenhauses zu betreten, dort Besichtigungen und Prüfungen vorzunehmen sowie in die geschäftlichen Unterlagen des Krankenhauses Einblick zu nehmen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

§ 19

Ermächtigungsgrundlagen

(1) Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zum Verfahren der Antragstellung und Bescheiderteilung nach § 8 sowie zur Abwicklung der Förderung kurz-, mittel- und langfristiger Anlagegüter zu regeln.

(2) Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung,

1. die Höhe und das Verfahren zur Festsetzung der Pauschalbeträge nach § 10 Absatz 1 und § 11 Absatz 1 und
2. den Zuschlag für geförderte Ausbildungsstätten nach § 11 Absatz 2 zu regeln.

Vierter Abschnitt

Grundsätze der Krankenhausbehandlung

§ 20

Leistungspflicht der Krankenhäuser

(1) Krankenhäuser im Geltungsbereich dieses Gesetzes sind verpflichtet, Patientinnen und Patienten, die stationäre Leistungen benötigen, aufzunehmen. Sie sind verpflichtet, diese unter Berücksichtigung ihrer Leistungsfähigkeit und ihrer Aufgabenstellung entsprechend den durch Bescheid nach § 5 Absatz 4 getroffenen Feststellungen nach Art und Schwere der Krankheit medizinisch zweckmäßig und ausreichend zu versorgen. Die Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten erfolgt grundsätzlich in dem dem Ort des Notfalls jeweils nächstgelegenen Krankenhaus und hat Vorrang. Ist das Krankenhaus zum Zeitpunkt des Notfallgeschehens belegt, hat es die Notfallpatientinnen und -patienten einstweilen medizinisch zu versorgen und aufzunehmen, soweit die sofortige Behandlung und Aufnahme notwendig ist. Die Abmeldung von notfallmedizinisch relevanten Funktionseinheiten oder klinischen Disziplinen bei der Feuerwehr-Rettungsleitstelle ist mit Ausnahme von Beatmungsplätzen unzulässig. Die stationäre psychiatrische Versorgung schließt die Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten ein.

(2) Krankenhausleistungen sind insbesondere ärztliche und psychotherapeutische Leistungen und Pflege sowie Versorgung mit Arzneimitteln, Unterkunft und Verpflegung. Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die in § 2 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und im Transplantationsgesetz genannten Leistungen.

(3) Das Krankenhaus darf unter Beachtung der Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen) erbringen, soweit dadurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. Wahlleistungen umfassen nur besondere chefärztliche Betreuung, Unterbringung und Verpflegung. Wahlleistungspatientinnen und Wahlleistungspatienten sind im Übrigen mit anderen Patientinnen und Patienten gleichgestellt und dürfen

nicht bevorzugt behandelt werden. Besondere Verpflegung, besondere Unterbringung und der Abschluss eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrages dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden.

(4) Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses sind den Bedürfnissen nach Schonung und Ruhe der Patientinnen und Patienten anzupassen und angemessen zu gestalten.

§ 21

Rechte von Patientinnen und Patienten

(1) Patientinnen und Patienten haben im Rahmen einer Krankenhausbehandlung insbesondere Anspruch auf

1. ärztliche und psychotherapeutische Behandlung entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Stand sowie Pflege entsprechend den anerkannten Pflegestandards,
2. Aufklärung, Information und Transparenz im Behandlungsprozess,
3. Einhaltung der Schweigepflicht durch die an der Behandlung Beteiligten,
4. zeitnahe Dokumentation der Behandlung und Pflege,
5. Selbstbestimmung bei Entscheidungen über Art und Umfang der Behandlung sowie über die Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen,
6. Einsicht in ihre Kranken- und Behandlungsunterlagen sowie gegen angemessene Kostenerstattung Anfertigung von Kopien hieraus; § 5 des Bremischen Krankenhausdatenschutzgesetzes bleibt unberührt.

Niemand darf in seiner medizinischen und pflegerischen Versorgung aufgrund von Nationalität, Glauben, politischer Einstellung, Hautfarbe, Alter, Geschlecht, sexueller Orientierung oder der sozialen Stellung benachteiligt werden.

(2) Patientinnen und Patienten und ihre nahen Angehörigen haben das Recht, sich mit Wünschen oder Beschwerden in Angelegenheiten, die die Patientin oder den Patienten betreffen, an die nach § 24 Absatz 1 zu berufenden Patientenförsprecherinnen und Patientenförsprecher zu wenden.

§ 22

Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf

(1) Kinder sind grundsätzlich in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderkliniken) oder in Spezialkliniken, die hinsichtlich der besonderen Anforderungen an Pflege und Unterbringung Kinderkliniken entsprechen, zu behandeln. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den Belangen kranker Kinder mit ihrem Bedürfnis nach besonderer Zuwendung in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten soweit wie möglich zu entsprechen. Sie haben im Rahmen ihrer Möglichkeiten bei der stationären Aufnahme von Kindern eine Begleitperson aufzunehmen, soweit dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Das Krankenhaus unterstützt in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger die schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

(2) Psychiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen unterliegen neben der Rechtsaufsicht nach den §§ 30 und 31 der besonderen Fachaufsicht gemäß § 13 Absatz 1 Satz 8 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten.

(3) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den Belangen behinderter, alter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens Rechnung zu tragen und angemessene Behandlungskonzepte vorzuhalten. Das Krankenhaus hat entsprechend § 39 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch insbesondere die im Einzelfall gegebene Indikation für eine geriatrische Frührehabilitation zu klären und geeignete Patientinnen und Patienten in geriatrische Einrichtungen in Wohnortnähe zu verlegen.

(4) Im Rahmen des Entlassungsmanagements soll das Krankenhaus die erforderliche nachstationäre Unterstützung rechtzeitig einleiten. Dabei ist grundsätzlich der Vorrang ambulanter vor stationärer Versorgung und von Rehabilitation vor Pflege zu beachten. Den Trägern der nachsorgenden sozialen, psychischen, pflegenden und

rehabilitativen Hilfen ist frühzeitig die Möglichkeit einzuräumen, die Patientinnen und Patienten über ihr Angebot zu informieren, und mit Zustimmung der Patientin, des Patienten oder der betreuenden Angehörigen den Kontakt zu ermöglichen.

(5) Das Krankenhaus soll Patientinnen und Patienten Informationen über Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zur Verfügung stellen.

(6) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Würde sterbender Patientinnen und Patienten zu beachten und über den Tod hinaus zu wahren. Sie sollen Maßnahmen dafür treffen, dass Hinterbliebene angemessen Abschied nehmen können.

§ 23

Aufgaben des Krankenhausträgers

(1) Der Krankenhausträger verpflichtet die behandelnden Personen, die Rechte der Patientinnen und Patienten nach § 21 Absatz 1 zu beachten.

(2) Der Krankenhausträger regelt die Leitung des Krankenhauses und gibt unter Beachtung der ärztlichen Weiterbildungsgebiete und des erforderlichen Facharztstandards im Sinne des § 28 Absatz 1 die Struktur und medizinische Organisation des Krankenhauses vor. Entsprechend der Aufgabenstellung nach den durch Bescheid nach § 5 Absatz 4 getroffenen Feststellungen im Krankenhausplan können die Gebiete in einer Abteilung, einem gebietsübergreifenden medizinischen Zentrum oder in einem Funktionsbereich unter fachärztlicher Leitung organisiert werden. Psychotherapeutische Organisationseinheiten können auch von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten geleitet werden.

(3) Der Krankenhausträger trifft Vorkehrungen zur Beachtung und Einhaltung von Führungsstandards unter besonderer Berücksichtigung von Transparenzkriterien zur Vermeidung von Korruption.

(4) Der Krankenhausträger trifft für die Angehörigen der Gesundheitsberufe Maßnahmen zur Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Krankenhaus und stellt diese in einem Aus-, Fort- und Weiterbildungsbericht dar. Der Bericht ist alle zwei Jahre zu erstellen, der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales bis zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres zu übermitteln und zu veröffentlichen. Das Nähere regelt die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

(5) Der Krankenhausträger hat in seinem Krankenhaus einen sozialen Dienst und seelsorgerische Betreuung sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die Patientinnen und Patienten in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch zu vermitteln.

(6) Der Krankenhausträger verpflichtet seine Krankenhäuser zur Wirtschaftlichkeit. Wird die Bestätigung der Prüfung des Jahresergebnisses durch den Wirtschaftsprüfer eingeschränkt oder versagt, ist der Abschlussbericht der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unverzüglich vorzulegen.

(7) Der Krankenhausträger verpflichtet die Leitung seines Krankenhauses zur Beachtung der Belange des Umweltschutzes sowie zur regelmäßigen Zertifizierung nach hierzu bundesweit anerkannten Standards.

§ 24

Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

(1) Für jedes Krankenhaus beruft die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales auf Vorschlag der staatliche Deputation für Arbeit und Gesundheit und im Benehmen mit dem jeweiligen Krankenhausträger für die Dauer von vier Jahren eine Patientenfürsprecherin oder einen Patientenfürsprecher und deren Stellvertretung. Bedienstete des Krankenhausträgers werden nicht berufen. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher führt das Amt bis zur Wahl einer Nachfolgerin oder eines Nachfolgers.

(2) Die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher prüfen Wünsche und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und deren naher Angehöriger und vertreten deren Anliegen gegenüber dem Krankenhaus. Sie berichten den jeweils zuständigen Krankenhausgremien und legen der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales jährlich einen gemeinsamen Erfahrungsbericht vor. Sie

können sich mit Einverständnis der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten jederzeit unmittelbar an den Krankenhausträger und die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wenden. Im Übrigen sind die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher zum Stillschweigen über alle Sachverhalte verpflichtet, die ihnen in dieser Eigenschaft bekannt werden.

(3) Das Amt der Patientenfürsprecherin und des Patientenfürsprechers ist ein Ehrenamt. Diese sind bei ihrer Tätigkeit nicht weisungsgebunden. Für notwendige Auslagen und für Zeitversäumnis ist ihr oder ihm vom jeweiligen Krankenhaus eine angemessene Entschädigung zu zahlen.

§ 25

Zusammenarbeit der Krankenhäuser

(1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den Rettungsdiensten, den für die Gefahrenabwehr und die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständigen Behörden, den Krankenkassen, den unabhängigen Patientenberatungsstellen, den Selbsthilfeorganisationen und den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens verpflichtet.

(2) Versorgungseinheiten können sich auch krankenhaushübergreifend mit dem Ziel der Versorgungssicherheit (Zentren) zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zusammenschließen. Die Abläufe des Krankenhausbetriebes dürfen hierdurch nicht beeinträchtigt werden.

§ 26

Zusammenarbeit der Berufsgruppen

(1) Unbeschadet der ärztlichen Verantwortung für die Aufnahme, Versorgung und Entlassung der Patientinnen und Patienten haben die Ärzte ihr Handeln mit den übrigen an der Behandlung Beteiligten abzustimmen. Soweit ärztlich-fachliche Belange betroffen sind, hat die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt ein Letztentscheidungsrecht.

(2) Soweit eine Versorgung im Krankenhaus nicht von einer Ärztin oder einem Arzt wahrgenommen wird, kann diese auch ohne ärztliche Anweisung im Einzelfall erfolgen, wenn eine entsprechende ärztlich bestätigte Qualifikation der handelnden Person vorliegt.

§ 27

Großschadensereignisse

Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, an der Bewältigung von Großschadensereignissen mitzuwirken. Das Nähere zur Mitwirkung an der Bewältigung von Großschadensereignissen und Ereigniseintritten mit einer erweiterten Anzahl von zu versorgenden Patientinnen und Patienten sowie zur Zusammenarbeit mit den für die Gefahrenabwehr zuständigen Behörden regelt die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales nach § 29 Absatz 2 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes im Einvernehmen mit dem Senator für Inneres und Sport durch Rechtsverordnung.

Fünfter Abschnitt

Qualitätssicherung

§ 28

Qualitätssicherung, Facharztstandard

(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, bei der Behandlung aller Patientinnen und Patienten die nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen geltenden Qualitätsstandards einzuhalten. Bei der Behandlung sind die im jeweiligen Fachgebiet vorauszusetzenden Fähigkeiten sowie die dort zu erwartenden Kenntnisse und Fertigkeiten (Facharztstandard) anzuwenden.

(2) Jedes Krankenhaus hat mindestens eine Qualitätsbeauftragte oder einen Qualitätsbeauftragten zu bestellen. Aufgabe der Qualitätsbeauftragten ist die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, die Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die in den einzelnen Fachgebieten geltenden Qualitätsstandards sowie die Un-

terstützung der Klinikleitung bei deren Umsetzung nach den wissenschaftlichen Vorgaben.

(3) Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales kann durch Rechtsverordnung Maßnahmen der Qualitätssicherung unter Einbeziehung der Kriterien nach § 2 Absatz 1 im Einzelnen regeln, soweit sich diese aus anerkannten fachlichen Standards oder Leitlinien begründen lassen.

§ 29

Einhaltung der Hygienegrundsätze

(1) Die Krankenhäuser haben die erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen im Krankenhaus zu treffen.

(2) Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung

1. Maßnahmen zur Erfassung und Bekämpfung von Infektionen im Krankenhaus,
2. Aufgaben, Bildung und Zusammensetzung einer Hygienekommission,
3. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachpersonal,
4. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb von Krankenhäusern,
5. Mindeststandards für die Bekämpfung insbesondere Antibiotika resistenter Keime und
6. die Erstellung von Berichten der Hygienekommissionen über besondere Vorkommnisse im Zusammenhang mit der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen im Krankenhaus

im Einzelnen zu regeln.

Sechster Abschnitt

Rechtsaufsicht

§ 30

Rechtsaufsicht

(1) Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sowie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegen der Rechtsaufsicht.

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für die in Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden Vorschriften. Die Aufsichtsbehörde hat zu überwachen, dass die Krankenhäuser ihre Tätigkeit im Rahmen ihres Aufgabenbereiches im Einklang mit den gesetzlichen Vorschriften ausüben. Die Vorschriften über die Aufsicht über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

(3) Die in Absatz 1 genannten Einrichtungen sowie die Versorgungseinheiten nach § 25 Absatz 2 sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen sowie deren Beauftragten zu den üblichen Geschäftszeiten Zutritt zu den Grundstücken und Betriebsräumen und Einsicht in die den Krankenhausbetrieb betreffenden Schriftstücke und Datenträger zu gewähren. Die Einsichtnahme nach Satz 1 umfasst im Rahmen der Aufsichts- und Kontrollbefugnisse auch die Einsicht in Patientinnen- und Patientendaten, wenn dies im überwiegenden Allgemeininteresse erforderlich ist. Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jeder Zeit zu gestatten. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt. Die Beauftragten der Aufsichtsbehörde können bei Gefahr im Verzug Anordnungen treffen.

(4) Aufsichtsbehörde im Sinne der Absätze 1 bis 3 ist die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

§ 31

Maßnahmen der Rechtsaufsicht

(1) Die Aufsichtsbehörde kann jeder Zeit von den Krankenhäusern Auskunft über deren Angelegenheiten verlangen, wenn konkrete Anhaltspunkte für ein rechtswidriges Verhalten der Krankenhäuser vorliegen. § 30 Absatz 3 bleibt im Übrigen unberührt.

(2) Die Aufsichtsbehörde kann rechtswidrige Beschlüsse der Leitung des Krankenhauses oder dessen Gremien mit der Wirkung beanstanden, dass

1. die Beschlüsse nicht ausgeführt werden dürfen und
2. Maßnahmen, die aufgrund eines beanstandeten Beschlusses bereits getroffen worden sind, binnen einer angemessenen Frist rückgängig zu machen sind.

§ 32

Unerlaubte Zuweisung gegen Entgelt

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

(2) Die Aufsichtsbehörde kann die Durchführung einer Absatz 1 widersprechenden Vereinbarung untersagen. Widerspruch und Anfechtungsklage haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) In besonders schweren Fällen findet § 7 Absatz 3 entsprechende Anwendung.

Siebter Abschnitt

Ordnungswidrigkeiten

§ 33

Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig handelt, wer als verantwortliche Leiterin oder verantwortlicher Leiter eines Krankenhauses vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 4 Absatz 3 und 4 die genehmigten Vereinbarungen nicht einhält,
2. entgegen § 5 Absatz 1 Nummer 5 die im Bescheid nach § 5 Absatz 4 vorgegebene Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft oder die dort vorgegebene Notfallversorgung nicht sicherstellt,
3. entgegen § 7 Absatz 3 ohne Zustimmung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales die im Bescheid nach § 5 Absatz 4 ausgewiesenen medizinischen Gebiete, die Schwerpunkte der arbeitsteiligen Koordinierung sowie die Gesamtzahl der Planbetten nicht dauerhaft vorhält,
4. entgegen § 8 Absatz 2 Fördermittel entgegen dem im Bescheid nach § 8 Absatz 1 festgelegten Zweck verwendet,
5. entgegen § 30 Absatz 3 oder § 31 Absatz 1 der Aufsichtsbehörde keine Auskunft erteilt oder deren Beauftragten den Zutritt zu den Grundstücken und Betriebsräumen oder die Einsicht in die den Krankenhausbetrieb betreffende Schriftstücke und Datenträger nicht gewährt,
6. entgegen § 32 Absatz 1 für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile gewährt, verspricht, sich gewähren oder versprechen lässt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 25 000 Euro geahndet werden.

(3) Sachlich zuständige Verwaltungsbehörde für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 ist die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

Achter Abschnitt

Schlussbestimmungen

§ 34

Übergangsregelungen

(1) Der Krankenhausplan und das Investitionsprogramm gelten in der bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Fassung bis zu deren Neuerstellung oder Fortschreibung nach diesem Gesetz weiter.

(2) Für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern sind die Regelungen der Abgrenzungsverordnung vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255), die zuletzt durch Artikel 4 a Gesetz vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist, sinngemäß anzuwenden, bis eine spezifische landesrechtliche Regelung in Kraft getreten ist.

(3) Bis zum Erlass der Rechtsverordnung nach § 19 Absatz 1 können die Fördermittel nach § 10 anteilig auf die Fördermittel nach § 11 verteilt werden.

§ 35

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am (einsetzen: 1.Tag des übernächsten auf die Verkündung folgenden Monats) in Kraft. Gleichzeitig tritt das Bremische Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Juli 2003 (Brem.GBl. S. 341 – 2128-b-1), das durch Gesetz vom 5. März 2009 (Brem.GBl. S. 141) geändert worden ist, außer Kraft.

(2) § 10 tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Begründung

I. Allgemeiner Teil

Im Land Bremen gibt es bislang – anders als in den meisten anderen Bundesländern – kein allgemeines Krankenhausgesetz, das insbesondere die Aufgaben der Krankenhäuser, die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten und die Aufsicht regelt. Durch das Bremische Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 30. Juni 1987 (Brem.GBl. S. 203 – 2128-b-1) und das Bremische Krankenhausdatenschutzgesetz vom 25. April 1998 (Brem.GBl. S. 202 – 206-f-1) hat das Land Bremen bereits Teile des Krankenhausrechts in Umsetzung des Bundesrechts geregelt. Die Vorschriften des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden auch mit einigen Veränderungen, die sich durch die Entwicklung in Gesetzgebung, Rechtsprechung und Praxis ergeben haben, in das neue Bremische Krankenhausgesetz übernommen. Insbesondere sind die Veränderungen, die das Krankenhausfinanzierungsgesetz durch bundesrechtliche Änderungsvorschriften erfahren hat, landesrechtlich umzusetzen. Die Umstellung der Investitionsfinanzierung von der bisherigen Einzelförderung zu einer Pauschalförderung auch für mittel- und langfristige Güter ist besonders hervorzuheben und dient der Erhöhung der Flexibilität der Krankenhäuser in Bezug auf ihr ökonomisches Handeln und dem Abbau der Bürokratie durch Verminderung des Planungsvorlaufs. Von einer Einbeziehung des Bremischen Krankenhausdatenschutzgesetzes in das neue Bremische Krankenhausgesetz wird vorerst abgesehen. Die Einbeziehung dieser Vorschriften in das Bremische Krankenhausgesetz setzt zunächst eine Novellierung der datenschutzrechtlichen Vorschriften voraus, die eine intensive Erörterung mit dem Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit erfordert. Diese Diskussion soll erst nach dem Inkrafttreten des Bremischen Krankenhausgesetzes begonnen werden.

Darüber hinaus ist es jedoch zweckmäßig, wie in anderen Bundesländern bereits erfolgt, Rechte und Ansprüche der Patienten im Krankenhaus sowie die allgemeinen Verpflichtungen der Krankenhäuser gesetzlich ausdrücklich zu regeln. Dadurch soll keine Leistungs- und insbesondere keine Kostenausweitung erfolgen. Vielmehr sollen die neuen Regelungen zur Qualitätssicherung neben der Verbesserung der Behandlung auch zu wirtschaftlicherem Verhalten der Krankenhäuser beitragen. Schwerpunkte des Bremischen Krankenhausgesetzes sind daher die Rechte der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einer Behandlung im Krankenhaus sowie die Qualitätssicherung.

Zusätzlich zu dem grundsätzlichen Behandlungsanspruch des kranken Patienten und der Regelung seiner Rechte im Rahmen einer Behandlung regelt das Gesetz auch die sonstigen Ansprüche, die ein Patient an das Krankenhaus stellen kann. Hierzu gehört die soziale Beratung. Das Krankenhaus bzw. der Sozialdienst im Krankenhaus soll vor allem dafür sorgen, dass Patientinnen und Patienten, die nach der Akutbehandlung weiterer Pflege und Betreuung bedürfen, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht sich selbst überlassen bleiben. Im Rahmen des Entlassungsmanagements soll das Krankenhaus vielmehr die erforderliche nachstehende Unterstützung rechtzeitig einleiten.

Ähnlich wie behinderte, alte, hochbetagte und demente Patienten sind Kinder auf besondere Bedingungen und Unterstützung im Krankenhaus angewiesen. Deshalb sind die Krankenhäuser aufgefordert, den Belangen kranker Kinder mit ihrem Bedürfnis nach besonderer Zuwendung in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten soweit wie möglich zu entsprechen und die Anwesenheit eines Elternteils während der Behandlung im Krankenhaus zu gewährleisten, soweit dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Wesentlich für die Behauptung der Patientenrechte sind die mit dem Gesetz neu eingeführten Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher. Diese sollen weisungsfrei arbeiten und mit den Einrichtungen der Patientenberatung kooperieren. Hierdurch wird eine unabhängige Institution ähnlich dem Datenschutzbeauftragten geschaffen, die die Rechte der teilweise hilflosen Krankenhauspatientinnen und Krankenhauspatienten vertreten kann. Die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher haben regelmäßig über die Lage der Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern des Landes Bremen zu berichten. Neben der Vertretung der einzelnen Patientinnen und Patienten soll diese Arbeit letztlich auch ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Krankenhausversorgung sein.

Die Krankenhäuser sind nach dem SGB V zur externen und zur internen Qualitätssicherung verpflichtet. Diesen Zielen dienen auch die Vorschriften über die Krankenhaushygiene und das Berichtswesen gegenüber der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

Das neue Krankenhausgesetz regelt die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und die Zusammenarbeit der Berufsgruppen, ohne in die interne Organisation der Krankenhäuser einzugreifen. Darüber hinaus wird die Rolle der Krankenhäuser bei Großschadensereignissen festgeschrieben. Eine wichtige Änderung gegenüber dem bisher geltenden Landesrecht ist schließlich die Einführung einer Rechtsaufsicht für alle Krankenhäuser durch die zuständige Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Diese Aufsicht beschränkt sich auf die Einhaltung krankenhaushausrechtlicher Vorschriften, gibt der Landesbehörde aber zum ersten Mal die Möglichkeit, Patientenrechte und Krankenhausstandards über den Bereich der öffentlichen Krankenhäuser hinaus zu sichern. Damit erfolgt eine Angleichung an die Krankenhausgesetze der anderen Länder. Auch im Rahmen der Rechtsaufsicht spielen die Berichte, die die Krankenhäuser gegenüber der Aufsichtsbehörde abgeben müssen, eine nicht unerhebliche Rolle. Diesen Berichtspflichten stehen auf der anderen Seite Vereinfachungen in der Aufgabenwahrnehmung der Krankenhäuser gegenüber, z. B. bei der Investitionsförderung, die zukünftig durch die Einführung von Investitionspauschalen ersetzt werden wird.

Der Gesetzentwurf enthält einzelne Ermächtigungsgrundlagen, mit denen die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales die Möglichkeit erhält, das Nähere zu einzelnen Vorgaben des Krankenhausgesetzes durch Rechtsverordnungen zu regeln. Im Rahmen der Krankenhausförderung ist die Ermächtigungsgrundlage zur Regelung der Höhe und des Verfahrens zur Festsetzung der Pauschalbeträge übernommen worden. Aufgrund der Regelung durch eine Rechtsverordnung bleiben die nötige Anpassungsfähigkeit der Pauschalbeträge und die Einführung anderer Bemessungskriterien mit geringem Aufwand möglich.

Das Bremische Krankenhausgesetz enthält erstmals auch Vorschriften über Ordnungswidrigkeiten. Auf diese Weise kann die Nichteinhaltung einzelner Vorgaben des Krankenhausgesetzes oder von Verpflichtungen der Leiterinnen und Leiter des Krankenhauses mit einem Bußgeld geahndet werden. Hierdurch und als ultima ratio durch die Möglichkeit des Widerrufs der Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes kann auf die Einhaltung der Vorschriften des Krankenhausgesetzes hingewirkt werden.

Das neue Bremische Krankenhausgesetz ist somit eine Kombination aus bewährten Regelungen des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes und aus der Regelung von Verfahrensweisen im Krankenhausplanungsrecht, die bereits Praxis in Bremen sind, sowie neuen Vorschriften, die bislang unregelte Bereiche und Abläufe im Krankenhaus einer eindeutigen Regelung zuführen.

Gleichzeitig werden mit diesem Krankenhausgesetz die bestehenden Instrumente zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung durch die stärkere Einbeziehung

der Selbstverwaltung über Vereinbarungsvorschläge zur Umsetzung des Krankenhausrahmenplans weiter entwickelt. Während die Krankenhausplanung u. a. bisher durch Investitionsvergabe im Einzelfall durchgesetzt wurde, erfolgt nun die Abkehr von der Einzelförderung zugunsten einer vom Krankenhaus besser zu steuernden pauschalen Investitionsförderung. Künftig werden deshalb stattdessen qualitätsabhängige und rechtsaufsichtliche Vorgaben zur Gewährleistung von Qualität und Rechtskonformität erforderlich, die der Krankenhausträger zu belegen hat.

II. Einzelbegründung

Zu § 1 (Geltungsbereich)

Grundsätzlich gilt das Gesetz für alle Krankenhäuser der Freien Hansestadt Bremen, die entsprechend der §§ 108 und 109 SGB V in Verbindung mit § 39 SGB V Krankenhausleistungen erbringen. Damit gilt es nicht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 SGB V. Satz 2 stellt klar, dass die Vorschriften über die Krankenhausförderung nur für die Krankenhäuser gelten, die in den Landeskrankenhausplan aufgenommen sind.

Zu § 2 (Ziele)

Diese Vorschrift regelt die Grundsätze der Krankenhausbehandlung im Lande Bremen und stellt dabei die Patientinnen und Patienten, die Qualität der stationären Behandlung sowie die Gewährleistung der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Vordergrund.

Absatz 1 stellt nicht – wie bisher § 1 des geltenden Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes – primär auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser in der Freien Hansestadt Bremen ab, sondern auf die Sicherstellung der Krankenhausversorgung von Patientinnen und Patienten mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich und wirtschaftlich handelnden Krankenhäusern. Ziel ist es, wie bisher eine qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt des Bremischen Krankenhausgesetzes ist die Einhaltung einer hohen Qualität der stationären Behandlung. Hierfür sieht das Gesetz eine Reihe von Kriterien vor, die diese Qualität gewährleisten sollen. Dieses sind zum einen die Voraussetzungen für die Zulassung und die finanzielle Förderung von Krankenhäusern, zum anderen aber auch die Vorgabe von Qualitätssicherungsmaßnahmen, die im Einzelnen im Gesetz geregelt sind, sowie die Gewährleistung der Rechte der Patientinnen und Patienten, die ihnen im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung zustehen. Aber auch die in Absatz 2 geregelte Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander, mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens ist ein wesentliches Qualitätskriterium. Hierdurch wird eine sektorenübergreifende reibungslose Behandlung der Patientinnen und Patienten einschließlich des gegebenenfalls erforderlichen Übergangs in nachsorgende Einrichtungen (Rehabilitation, Pflege) sichergestellt, die ein funktionierendes Behandlungs- und Entlassungsmanagement voraussetzt.

Als Folge der hochentwickelten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und der medizintechnischen Möglichkeiten erbringen die Krankenhäuser komplexe Versorgungsleistungen. Dies erfordert die ständige Aus-, Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals. Absatz 3 sieht daher auch die Gewährleistung der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Heilberufen und in den Gesundheitsfachberufen vor.

Zu § 3 (Sicherstellung der Krankenhausversorgung)

Diese Vorschrift entspricht weitgehend dem § 3 des bisherigen Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der sich bewährt hat.

Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe. Der Gesetzentwurf hält hieran fest. Die öffentliche Aufgabe der Sicherstellung der Krankenhausversorgung wird auch in Zukunft unter Beachtung der Vielfalt der

Krankenhausträger vom Land und den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven gemeinsam wahrgenommen.

Absatz 2 benennt die entscheidenden Aufgaben und Instrumente, die das Land zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung hat und die sich aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ergeben. Hierbei handelt es sich, wie bisher, um den Krankenhausplan und das Investitionsprogramm sowie die Genehmigung der vereinbarten und festgesetzten Pflegesätze und die in § 14 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Basisfallwerte, Entgelte und Zuschläge.

Absatz 3 Satz 1 trägt dem Auftrag des § 1 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Rechnung, die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Entsprechend der Praxis in Bremen werden gleichberechtigt die drei Trägergruppen genannt, die durch Betreiben von Krankenhäusern zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung beitragen. Satz 2 unterstreicht, dass die Gemeinden als Folge des öffentlichen Sicherstellungsauftrages verpflichtet sind, die nach dem Krankenhausplan bedarfsgerechten Krankenhäuser einschließlich der Disziplinen und medizinischen Schwerpunkte entsprechend der arbeitsteiligen Koordinierung nach § 5 Absatz 4 Nummer 3 zu errichten und zu betreiben oder einzurichten, soweit die in Satz 1 genannten Träger sich hierzu nicht in der Lage sehen.

Absatz 3 Satz 3 definiert die Eignung eines Krankenhausträgers für den Betrieb bedarfsgerechter Krankenhäuser. Die Eignung wird an die Gewähr der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit sowie der Einhaltung der für den Betrieb eines Krankenhauses geltenden Vorschriften geknüpft. Damit wird sowohl das Leitbild eines sparsam wirtschaftenden und eigenverantwortlich handelnden Krankenhauses als auch die Rechtstreue des Krankenhausträgers berücksichtigt. Zur Leistungsfähigkeit gehört in erster Linie die Sicherstellung des medizinischen Versorgungsauftrags einschließlich der Vorhaltung der hierfür erforderlichen Personal- und Organisationsstruktur sowie einer ausreichenden Personalausstattung.

Absatz 4 entspricht dem bisher geltenden § 3 Absatz 4 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes und regelt die Aufbringung der zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung bedarfsnotwendigen Fördermittel.

Zu § 4 (Ziele und Inhalte des Krankenhausplans)

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

Krankenhausplanung ist ein dynamischer Prozess und kein statischer Zustand. Die Überprüfung der Aussagen des Krankenhausplanes auf der Grundlage der Entwicklung der Bedarfsdeterminanten und die Fortschreibung des Krankenhausplanes sind somit wesentliche Bestandteile der Krankenhausplanung.

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales kann den Krankenhausplan auch teilweise anpassen, sofern sich in einzelnen Disziplinen und Versorgungsbereichen besondere Entwicklungen ergeben. Durch eine teilweise Anpassung des Krankenhausplanes soll eine schnellere und bedarfsgerechtere Anpassung des Krankenhausplanes erreicht werden, ohne dass gleichzeitig der gesamte Krankenhausplan fortgeschrieben werden muss.

Absatz 1 regelt darüber hinaus, dass der Krankenhausplan – wie bislang bereits praktiziert – aus dem Krankenhausrahmenplan und den genehmigten Vorschlägen der Selbstverwaltung zu dessen Umsetzung besteht. Der Krankenhausrahmenplan enthält die vom Senat der Freien Hansestadt Bremen beschlossenen Vorgaben für die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Krankenhausträgern vereinbarten Vorschläge für Versorgungsaufträge, die den Krankenhausrahmenplan umsetzen. Nach Beschlussfassung des Krankenhausrahmenplanes und Genehmigung der Umsetzungsvorschläge wird der gesamte Krankenhausplan von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales veröffentlicht.

Nach Absatz 2 enthält der Krankenhausrahmenplan die Grundsätze der Krankenhausversorgung, also die Planungsgrundsätze und -kriterien sowie qualitative und quantitative Vorgaben für seine Umsetzung. Dazu zählt insbesondere die Bestimmung von Planungsdeterminanten wie Fallzahlen, Verweildauer und Bettennutzung. Auch die Wohnortnähe kann definiert und die Abstimmung benachbarter Versorgungsangebote geregelt werden. Weiter sind die Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und die Einwohnerzahl zu berücksichtigen. Ausgangspunkt der Aufstellung des Krankenhausplanes ist eine Ist-Analyse. Sie untersucht und beschreibt die bestehenden stationären und teilstationären Versorgungseinrichtungen und ihre Strukturen in den Planungsregionen Bremen und Bremerhaven sowie die Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen in Vergangenheit und Gegenwart. In Zukunftsprognosen werden sodann Entwicklungstendenzen formuliert, z. B. die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer. Die Diagnose- und Disziplinorientierung der Krankenhausplanung ist die entscheidende Grundlage für die Bedarfsanalyse und für die Bedarfsprognose. Entsprechend der bisherigen Praxis im Lande Bremen ist die arbeitsteilige Koordinierung, d. h. die zwischen den Krankenhäusern abgestimmte Vorhaltung medizinischer Schwerpunkte, grundsätzlicher Bestandteil des Krankenhausrahmenplanes. Die Planungen sind jeweils für die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven getrennt und unter Berücksichtigung der oberzentralen Funktion für die Umlandversorgung vorzunehmen. Der Krankenhausrahmenplan enthält weiter die Ausbildungsplätze der Ausbildungsstätten für die Gesundheitsfachberufe. Schließlich können in ihm auch spezielle für die Versorgung der Bevölkerung bedeutsame Versorgungsschwerpunkte und Gebiete und Schwerpunkte nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen sowie Qualitätsvorgaben gesondert festgelegt werden, wie dies auch in der Vergangenheit z. B. mit der Geriatrieplanung und der Neuorganisation bei der Akutversorgung von Schlaganfällen in stroke units geschehen ist. Der Krankenhausrahmenplan wird von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales erstellt und mit den Beteiligten nach § 6 Absatz 1 und 2 abgestimmt.

Die Absätze 3 bis 5 regeln die Umsetzung der Vorgaben des Krankenhausrahmenplanes durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Krankenhaus-träger durch Vereinbarungsvorschläge. Diese vereinbaren für den jeweiligen Krankenhausstandort einen Vorschlag für einen Versorgungsauftrag. Dabei sind die gesetzlichen Anforderungen an die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung zu berücksichtigen. In diesen Vereinbarungsvorschlägen erfolgt eine Konkretisierung des Versorgungsauftrages hinsichtlich der einzelnen Disziplinen sowie der sonstigen erforderlichen Maßnahmen zur Umsetzung des Krankenhausrahmenplanes und seiner Prognosen. Dabei ist die standortbezogene Gesamtbetten- oder Patientenfallzahl auszuweisen. Sie resultiert aus der Summe der jeweils disziplinbezogenen darzustellenden Kapazität.

Nach Absatz 4 sind bei den Vereinbarungsvorschlägen nach Absatz 3 die Erfordernisse der Notfallversorgung, einer sektorübergreifenden Versorgung und der Qualitätssicherung besonders zu berücksichtigen. Damit greift der Gesetzentwurf wesentliche Eckdaten einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung auf. Gleiches gilt für die Notwendigkeit von Regelungen über eine qualitativ gesicherte Patientensteuerung behinderter, alter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten nach § 22 Absatz 3 Satz 2 in den zu schließenden Vereinbarungen. Die Wichtigkeit dieser von der Planungsbehörde im Hinblick auf die Aufnahme in den Krankenhausplan zu prüfenden Vereinbarungsvorschläge wird dadurch unterstrichen, dass deren Einhaltung jährlich im Rahmen der Budgetverhandlungen zu prüfen und ihre Nichteinhaltung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zu melden ist. Die Nichteinhaltung kann den vollständigen oder teilweisen Verlust des Versorgungsauftrages oder Maßnahmen im Wege der Rechtsaufsicht zur Folge haben. Als weiteren Teil der Umsetzung des Krankenhausrahmenplanes haben die Vereinbarungen auch Regelungen über die Ausbildungsplatzzahlen an den einzelnen Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe zu enthalten.

Da der Krankenhausrahmenplan einer konkreten Umsetzung für den einzelnen Krankenhausstandort bedarf, ist eine Konfliktregelung für den Fall erforderlich, dass sich die Landesverbände der Krankenkassen mit den Krankenhaus-trägern nicht auf eine konkrete Vereinbarung einigen können. Für diesen Fall sieht Ab-

satz 4 Satz 6 vor, dass die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales nach vorheriger Anhörung der Landesverbände der Krankenkassen und der Krankenhausträger über die Umsetzung des Krankenhausrahmenplanes entscheidet.

Absatz 5 regelt die Genehmigung der Vorschläge zur Umsetzung des Krankenhausrahmenplanes durch die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

Absatz 6 verpflichtet alle Krankenhäuser im Lande Bremen, der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales für die Krankenhausplanung die erforderlichen Daten nach den Vorgaben des § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vorzulegen. Eine derartige zeitnahe Datenerfassung erfolgt unabhängig von der Datenübermittlung durch die DRG-Datenstelle. Die von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales aufbereiteten Daten werden den Krankenhäusern und Krankenkassen im Land Bremen zur Verfügung gestellt. Ab dem Berichtsjahr 2012 werden auch die Daten der Psychiatrie in die Datenübermittlung durch die DRG-Datenstelle nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes einbezogen. Bis dahin sind die Daten der Psychiatrie vorab – wie bisher – in einem vergleichbaren Umfang, allerdings ohne Daten zu Operationen und Prozeduren sowie abgerechneten Entgelten und Fallpauschalen zu übermitteln. Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird in Absatz 6 Satz 3 zur Regelung von Inhalt und Umfang der Statistik durch eine Rechtsverordnung ermächtigt.

Zu § 5 (Aufnahme in den Krankenhausplan)

Krankenhauspläne sind nach der Rechtsprechung verwaltungsinterne Akte, die erst durch den Feststellungsbescheid gegenüber dem einzelnen, in den Krankenhausplan aufzunehmenden Krankenhaus rechtlich verbindlich werden. Krankenhäuser, die für die bedarfsnotwendige Versorgung im Lande Bremen nicht notwendig sind und deshalb nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden, erhalten einen Bescheid über die Nichtaufnahme nur dann, wenn sie zuvor die Aufnahme beantragt hatten.

Ein Krankenhaus wird nach Absatz 1 nicht als Ganzes, sondern nur mit den einzelnen Gebieten und gegebenenfalls Schwerpunkten nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen (Disziplinen) in den Krankenhausplan aufgenommen. Diese Regelung berücksichtigt, dass ein Krankenhaus möglicherweise nicht mit allen von ihm vorgehaltenen Disziplinen die nach dem Bremischen Krankenhausgesetz für die Aufnahme in den Krankenhausplan vorgesehenen Kriterien erfüllt. Die Nummern 1 bis 6 des Absatzes 1 legen die fachlichen Mindestvoraussetzungen fest, die neben der Erfüllung der grundsätzlichen Ziele des Krankenhausplanes im Rahmen des Versorgungsauftrages Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan sind. Diese Mindestanforderungen sollen gewährleisten, dass die bedarfsgerechte Versorgung der Bremer Bevölkerung umfassend und längerfristig qualifiziert gesichert ist. Daneben sind qualitätsbezogene Voraussetzungen zu erfüllen, die sich insbesondere auf die abgeschlossene Weiterbildung der ärztlichen Leitung und deren Vertretung, die grundsätzlich volle Weiterbildungsbefugnis der leitenden Ärztin oder des leitenden Arztes sowie die Einhaltung des Facharztstandards im Sinne des § 28 Absatz 1 und die Einhaltung der Auflagen der Qualitätssicherung nach dem SGB V sowie den §§ 28 und 29 beziehen. Daneben ist auch eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft sowie eine Notfallversorgung im Rahmen des Versorgungsauftrages zu gewährleisten.

Diese Voraussetzungen müssen nach Absatz 2 einmalig vor der Aufnahme in den Krankenhausplan nachgewiesen werden. Alle bereits im Land Bremen in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser haben diesen Nachweis erstmals bis zum Ende des Jahres 2011 zu erbringen. Beabsichtigt ein Krankenhaus, Änderungen im Rahmen dieser Aufnahmevoraussetzungen durchzuführen, muss dies unverzüglich der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales mitgeteilt werden, damit die erforderliche Prüfung vorab erfolgen kann und nicht erst später festgestellt wird, dass bestimmte, für die Aufnahme und den Verbleib im Krankenhausplan erforderliche Voraussetzungen in einer Disziplin nicht mehr erfüllt werden.

Absatz 3 Satz 1 enthält eine Öffnungsklausel, nach der von den Voraussetzungen des Absatzes 1 im besonderen Einzelfall von der Senatorin für Arbeit,

Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Ausnahmen zugelassen werden können. Diese soll es ermöglichen, bei Vorliegen besonderer Fallkonstellationen ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufzunehmen, auch wenn eine Voraussetzung nach Absatz 1 nicht erfüllt wird. Vor Zulassung einer derartigen Ausnahme ist der Planungsausschuss anzuhören. Nach Absatz 3 Satz 2 ist über die Erfüllung der Aufnahmevoraussetzungen, die im Zusammenhang mit der Weiterbildung, der Weiterbildungsbefugnis und der Zulassung als Weiterbildungsstätte stehen (Absatz 1 Nummer 3 und 4), unter Beteiligung der Ärztekammer Bremen als der für die ärztliche Weiterbildung im Lande Bremen zuständigen Körperschaft zu entscheiden. Dabei geht es insbesondere um die Frage, ob die Tatsache, dass einer leitenden Ärztin oder einem leitenden Arzt in ihrer oder seiner Disziplin nicht die volle Weiterbildungsbefugnis erteilt worden ist, der Aufnahme dieser Disziplin in den Krankenhausplan entgegen steht.

Absatz 4 beschreibt den Mindestinhalt des Feststellungsbescheides, mit dem die Aufnahme eines Krankenhauses mit den einzelnen Disziplinen in den Krankenhausplan erfolgt.

Nach Absatz 5 kann der Feststellungsbescheid Nebenbestimmungen enthalten, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplanes, zur Qualitätssicherung oder zur dauerhaften Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von besonderen Leistungen erforderlich ist. Nebenbestimmungen können beispielsweise die Sicherstellung einer Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft sowie einer Notfallversorgung, die Einhaltung bestimmter Qualitätssicherungsmaßnahmen oder die Beteiligung an der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Angehörigen der Heilberufe und der Gesundheitsfachberufe sein.

Absatz 6 regelt, dass zwingende und notwendige Voraussetzung für eine Förderung nach diesem Gesetz die durch Bescheid festgestellte Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist. Der konkrete Anspruch entsteht erst mit Zustellung des Feststellungsbescheides. Weiter wird geregelt, dass ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan nicht besteht.

Absatz 7 regelt die Rechtsnachfolge hinsichtlich eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses. Der neue Träger tritt in die Rechte und Pflichten des bisherigen Trägers ein, wenn die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales die Geeignetheit des neuen Krankenhausträgers nach § 3 Absatz 3 Satz 3 festgestellt hat.

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung kann ein begünstigender Feststellungsbescheid im Krankenhausplanungsrecht grundsätzlich auch von einem konkurrierenden Krankenhausträger angefochten werden. Einem Rechtsbehelf des Konkurrenten kommt nach § 80 Absatz 1 VwGO regelmäßig aufschiebende Wirkung zu. Mit der Regelung in Absatz 8 wird im öffentlichen Interesse einer schnelleren Umsetzung der für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Krankenhausleistungen von der Möglichkeit nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 VwGO Gebrauch gemacht, die aufschiebende Wirkung von Rechtsmitteln konkurrierender Krankenhausträger entfallen zu lassen. Ein Verlust von Rechtsschutzmöglichkeiten ist damit nicht verbunden; den Konkurrenten bleibt es unbenommen, einstweiligen Rechtsschutz beim zuständigen Verwaltungsgericht zu beantragen.

Zu § 6 (Mitwirkung der Beteiligten)

§ 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes legt grundsätzlich die Mitwirkung der Beteiligten bei der Krankenhausplanung und bei der Aufstellung der Investitionsprogramme fest. Durch Bundesrecht ist eine differenzierte Beteiligung vorgeschrieben.

Die Bestimmung entspricht weitgehend dem geltenden § 6 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes und regelt, dass mit den unmittelbar Beteiligten bei der Krankenhausplanung und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms Einvernehmen anzustreben ist. Für die qualifizierte und rechtzeitige Vorbereitung sind die unmittelbar Beteiligten frühzeitig von den Planungsabsichten der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zu unterrichten. Die erforderlichen Unterlagen sind ihnen rechtzeitig zugänglich zu machen. Die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven werden durch die jeweils zuständigen Verwaltungen vertreten.

Ergänzend zu der bisher geltenden Regelung wird die Kassenärztliche Vereinigung im Kreis der unmittelbar Beteiligten in den Fällen einbezogen, in denen die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist.

§ 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sieht auch vor, dass das betroffene Krankenhaus anzuhören und dass mit den unmittelbar Beteiligten entsprechend der bisherigen Praxis eng zusammenzuarbeiten ist. Absatz 2 enthält eine entsprechende Regelung. Ergänzend zu den unmittelbar Beteiligten werden in Absatz 2 Satz 3 die Beteiligten genannt, mit denen bei der Durchführung dieses Gesetzes eng zusammenzuarbeiten ist. Zusätzlich zu der bisher geltenden Regelung ist auch die Psychotherapeutenkammer Bremen, eine Vertretung der Pflegeberufe und der Patientinnen und Patienten vorgesehen, die jeweils von der Deputation für Arbeit und Gesundheit bestimmt wird. Damit wird der wachsenden Bedeutung der Pflege sowie der anzustrebenden Beteiligung der Patientinnen und Patienten im Krankenhausbereich Rechnung getragen.

Die unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 bilden unter der Geschäftsführung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales den Planungsausschuss, in dem der Regelungstatbestand dieses Gesetzes einschließlich der sektorübergreifenden Versorgung unter den Beteiligten diskutiert und abgestimmt werden soll. Dieser hat die mittelbar Beteiligten nach Absatz 2 bei den diese betreffenden Fragen anzuhören.

Zu § 7 (Rücknahme und Widerruf der Aufnahme in den Krankenhausplan)

Diese Vorschrift stellt eine Spezialregelung gegenüber den allgemeinen Bestimmungen des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes über die Rücknahme und den Widerruf von Verwaltungsakten dar.

Absatz 1 besagt, dass die Aufnahme in den Krankenhausplan zurückzunehmen ist, wenn bei Erlass des Feststellungsbescheides nicht alle Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 vorgelegen haben.

Absatz 2 regelt, dass bei nachträglichem Wegfall einzelner Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan oder bei Nichterfüllung der Pflichten nach § 5 Absatz 2 der Feststellungsbescheid zu widerrufen ist oder widerrufen werden kann, je nach dem, welche der Aufnahmevoraussetzung weggefallen oder welche Pflicht nicht erfüllt ist. Beide Regelungen gewährleisten somit eine gleichbleibend hohe Qualität der Krankenhausversorgung im Interesse der zu behandelnden Patientinnen und Patienten als dem vorrangigen Ziel des Bremischen Krankenhausgesetzes. Soweit einzelne Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 5 Absatz 1 nur vorübergehend nicht erfüllt oder einzelne Nachweise oder Mitteilungen nicht erbracht werden, kommt ein Widerruf des Feststellungsbescheides nach § 5 Absatz 4 nicht in Betracht. Hierdurch soll Konstellationen Rechnung getragen werden, in denen z. B. die Voraussetzung der vollen Weiterbildungsbefugnis vorübergehend – bedingt durch einen Chefarztwechsel – oder der Einhaltung bestimmter Qualitätssicherungsmaßnahmen für einen überschaubaren Zeitraum nicht erfüllt wird.

Weicht der Krankenhausträger nicht nur vorübergehend von den Festlegungen des Krankenhausplanes, z. B. von der Gesamtzahl der anerkannten Betten und Behandlungsplätze oder von der Zahl und Art der Abteilungen und ihrer Betten sowie bei Ausbildungsstätten und besonderen Schwerpunktaufgaben, ohne Genehmigung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ab, kann das Krankenhaus nach Absatz 3 ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden, indem der Feststellungsbescheid ganz oder teilweise widerrufen wird. Absprachen mit den Krankenkassen ersetzen die Abstimmung mit der zuständigen Behörde nicht. Ein Widerruf des Feststellungsbescheides ist auch möglich bei sonstigen nicht nur vorübergehenden erheblichen Pflichtverletzungen nach dem Bremischen Krankenhausgesetz. Hierdurch wird erneut deutlich gemacht, dass die im Interesse der Patientinnen und Patienten aufgestellten Regelungen, z. B. über Qualitätssicherung, einzuhalten sind.

Absatz 4 stellt klar, dass sich die Rücknahme oder der Widerruf der Aufnahme in den Krankenhausplan auch auf einzelne Disziplinen eines Krankenhauses beziehen kann, wenn die Rücknahme- oder Widerrufsvoraussetzungen nur auf eine einzelne Disziplin zutreffen.

Absatz 5 besagt, dass die Aufhebung des Feststellungsbescheides auch nach anderen Vorschriften möglich ist.

Absatz 6 sieht vor, dass den unmittelbar Beteiligten im Sinne des § 6 Absatz 1 vor der Rücknahme oder dem Widerruf eines Feststellungsbescheides – bezogen auf ein ganzes Krankenhaus oder eine einzelne Disziplin eines Krankenhauses – die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen ist, um bei der Entscheidung durch die zuständige Behörde auch die Sichtweise der unmittelbar Beteiligten einzubeziehen.

Zu § 8 (Allgemeine Förderungsbestimmungen)

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz legt den Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf Fördermittel fest und gibt die Grundsätze der von den Ländern zu regelnden Krankenhausförderung vor. Der Förderanspruch der im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser leitet sich vor allem aus den §§ 1, 4, 8 und 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ab.

Absatz 1 beschreibt den grundsätzlichen Förderanspruch der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser und der von ihnen gegründeten und unterhaltenen Ausbildungsstätten. Erforderlich hierfür ist die Aufnahme in den Krankenhausplan. Dies folgt aus § 5 Absatz 6. Grundlage der Förderung ist ein gesonderter Bescheid der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Der Umfang der Förderung steht unter dem Vorbehalt der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel.

Absatz 2 enthält eine allgemeine Regelung über die Angemessenheit der Fördermittel und ihre Zweckbestimmung. Die Vorschrift entspricht § 8 Absatz 2 des bisher geltenden Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Nach dem weiterhin gültigen dualen Finanzierungssystem des Krankenhausfinanzierungsgesetzes müssen nach § 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Kosten eines Krankenhauses durch die öffentliche Förderung (Übernahme der Vorhaltekosten) und durch die von den Kostenträgern zu übernehmenden Pflegesätze sowie die in § 14 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Basisfallwerte, Entgelte und Zuschläge finanziert werden. Die Investitionsförderung ist deshalb grundsätzlich in Form von Zuschüssen und nicht als freiwillige Zuwendung zu gewähren. Eine entsprechende Regelung ist in Absatz 3 enthalten. Die Zuschüsse werden pauschal durch feste jährliche Beträge einerseits für mittel- und langfristige und andererseits für kurzfristige Anlagegüter gewährt. Um einen flexiblen Umgang des Krankenhauses mit den Fördermitteln zu ermöglichen, sieht Absatz 3 Satz 2 vor, dass die Fördermittel für mittel- und langfristige sowie für kurzfristige Anlagegüter bis zu 40 % gegenseitig deckungsfähig sind, soweit die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses gewahrt bleibt. Im Einzelfall kann die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales auch eine Erhöhung dieses Prozentsatzes genehmigen, wenn dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses erforderlich ist.

Als weitere Finanzierungsmöglichkeit sieht Absatz 4 das Recht des Krankenhauses vor, eine Bürgschaft des Landes oder einer Stadtgemeinde zu beantragen. Damit enthalten die Absätze 3 und 4 eine breite Palette von Möglichkeiten zur Finanzierung der Anlagegüter eines Krankenhauses, mit denen im Ausnahmefall den besonderen Erfordernissen des Einzelfalls Rechnung getragen werden kann.

Eine weitere Möglichkeit enthält § 5 Satz 2. Krankenhausträgern wird die Möglichkeit eröffnet, die ihnen bewilligten Fördermittel untereinander zeitlich befristet ganz oder teilweise abzutreten, wenn damit eine wirtschaftliche und bedarfsnotwendige Investitionsmaßnahme eines Krankenhauses vorzeitig realisiert werden kann. Voraussetzung ist allerdings, dass die Erfüllung des Versorgungsauftrages des abtretenden Krankenhauses nicht erschwert wird. Entsprechende Verträge sind der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales als zuständiger Förderbehörde vorzulegen. Als zwingende Voraussetzung für eine rechtzeitige Bescheiderteilung müssen der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales nach Absatz 5 Satz 1 die zur Entscheidung über einen Fördermittelantrag notwendigen Auskünfte erteilt werden. Folge einer nicht erfolgten oder nicht rechtzeitigen Auskunftserteilung ist, dass der Vertrag nicht umgesetzt bzw. ein Bescheid nicht oder nicht rechtzeitig erteilt werden kann.

Zu § 9 (Investitionsprogramm)

Investitionsprogramme sind verwaltungsinterne Planungen, die ebenso wie die Krankenhauspläne keine direkte rechtsverbindliche Außenwirkung haben.

Das mehrjährige Investitionsprogramm war früher das wichtigste Instrument für eine frühzeitige und planvolle Investitionsförderung durch Einzelfördermaßnahmen. Durch die Erhöhung der Flexibilität im Rahmen der in § 10 vorgegebenen Pauschalinvestitionsförderung verliert das Investitionsprogramm seine bisher bahnende und entscheidende Funktion. Allerdings ist mit der Aufnahme in die Investitionsplanung die Anerkennung der grundsätzlichen Förderfähigkeit verbunden und damit die Erlaubnis, die angemeldeten Baumaßnahmen über pauschale Investitionsförderung zu refinanzieren. Die Entscheidung über die Dringlichkeit der beabsichtigten Investition liegt nunmehr allein beim jeweiligen Krankenhaus.

Nach Absatz 1 melden die Krankenhäuser der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unter Angabe der Bedarfsnotwendigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der geschätzten Kosten ihre beabsichtigten Investitionsprojekte. Nach Feststellung deren genereller Förderfähigkeit erfolgt eine Bestätigung gegenüber dem jeweiligen Krankenhaus. Damit die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Kenntnis darüber erlangt, welche Investitionsprojekte wann begonnen werden, teilen die Krankenhäuser bis zum 31. Dezember eines jeden Jahres mit, welche Investitionsprojekte im folgenden Kalenderjahr mit Fördermitteln nach § 10 finanziert werden sollen. Die Krankenhäuser erhalten damit das Recht, ihre Investitionsvorhaben mit Mitteln des § 10 in eigener Verantwortung und aufgrund ihrer ökonomischen Entscheidung in beliebiger Reihenfolge zu realisieren.

Nach Absatz 2 stellt die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ein Investitionsprogramm im Rahmen der Haushaltsplanung auf. Sie listet hierin die einzelnen ihr nach Absatz 1 Satz 4 gemeldeten und generell förderfähigen Investitionsprojekte der Krankenhäuser auf.

Zu § 10 (Pauschale Investitionsförderung)

Diese Vorschrift setzt die Regelung des § 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes um, die die wesentlichen Tatbestände für die Investitionsförderung enthält.

Absatz 1 entspricht weitgehend der bisherigen Regelung des § 10 Absatz 1 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Dies bezieht sich insbesondere auf die Nummern 1 bis 4 in Satz 1. Im Gegensatz zu der bisherigen Regelung, die von einer Einzelförderung von Investitionen ausgegangen ist, beinhaltet Absatz 1 jedoch eine pauschale Investitionsförderung mittel- und langfristiger Anlagegüter mit festen jährlichen Beträgen. Diese Regelung stellt eine erhebliche Flexibilisierung gegenüber dem bisherigen Gesetzestext dar, indem es dem Krankenhaus überlassen bleibt, welche Investitionen mit den festen jährlichen Beträgen vorrangig finanziert werden.

Durch Absatz 1 Satz 2 wird bestimmt, dass bei Errichtungsmaßnahmen vorhandene Wirtschaftsgüter des alten Anlagevermögens dann weiter zu verwenden sind, wenn dies wirtschaftlich und medizinisch geboten ist. Die Regelung schließt somit aus, dass bei Errichtung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 alle Wirtschaftsgüter neu gefördert werden.

Nach Absatz 2 ist zwingende Voraussetzung für die Förderung von Investitionen deren Aufnahme in das Investitionsprogramm; dies ist die korrespondierende Regelung zu § 9 Absatz 2.

Die Einzelheiten des Verfahrens der pauschalen Förderung einschließlich der Bescheiderteilung und des Nachweises der zweckentsprechenden Verwendung wird durch eine Verordnung geregelt. Diese kann erst dann erstellt werden, wenn der bundesgesetzliche Rahmen für leistungsorientierte Investitionspauschalen der Länder nach § 10 Absatz 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt ist.

Die rückwirkende Förderung von Investitionen ist bei Krankenhäusern, die neu in den Krankenhausplan aufgenommen werden, nach Absatz 3 ausgeschlossen. Die Förderung wird hiernach auf die Investitionen beschränkt, die nach der

Aufnahme in den Krankenhausplan durchgeführt und vorher in das Investitionsprogramm aufgenommen worden sind. Die Vorschrift macht außerdem deutlich, dass eine Doppelförderung von Investitionen ausgeschlossen ist. Deshalb wird der Erwerb oder die Anmietung bereits vorher geförderter Krankenhäuser nicht gefördert.

Absatz 4 regelt die Gewährung einer Übertragung von nicht verausgabten Investitionsmitteln nach Absatz 1 auf nachfolgende Kalenderjahre zur Ansparung einer Baufinanzierung. Dies ist zweckmäßig, damit Krankenhäuser ihre Baufinanzierung ansparen können.

Absatz 5 entspricht dem bisherigen § 11 Absatz 8 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes und regelt die Verwendung von aus nicht verausgabten Investitionsmitteln erzielten Erlösen.

Zu § 11 (Pauschale Förderung kurzfristiger Anlagegüter)

Das Bundesrecht schreibt vor, dass die Krankenhäuser für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleinerer baulicher Maßnahmen mit jährlich festen Pauschalbeträgen gefördert werden. Für die Krankenhausfinanzierung sind diese Pauschalen von besonderer Bedeutung, weil durch sie nicht nur eine Verwaltungsvereinfachung eintritt, sondern vor allem der eigenverantwortliche Entscheidungsspielraum der geförderten Krankenhäuser erweitert wird. Diese Mittel kann das jeweilige Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages und des Bewilligungsbescheides frei verwenden.

Das Bundesrecht definiert nicht eindeutig den Begriff „kurzfristige Anlagegüter“. Aus § 17 Absatz 4 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, wonach die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer Nutzungsdauer bis zu drei Jahren pflegesatzfähig ist, leitet sich jedoch ab, dass wie bisher Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren vom Gesetzgeber gemeint sind. Durch Landesrecht kann die Grenze der Nutzungsdauer nach oben festgelegt werden. Entsprechend der bewährten Praxis nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird hierfür in Absatz 1 Nummer 1 als obere Grenze der Nutzungsdauer von kurzfristigen Anlagegütern weiterhin von 15 Jahren ausgegangen.

Durch Absatz 1 Nummer 2 wird ausdrücklich auch die Wiederherstellung und die Verbesserung eines Anlagegutes mit kurzfristiger Nutzungsdauer in die Pauschalförderung einbezogen, soweit dies nicht nach der geltenden Abgrenzungsverordnung eine pflegesatzfähige Instandhaltung ist. Diese Vorgehensweise ist wirtschaftlich sachgerecht, wie die bisherigen Erfahrungen in allen Bundesländern gezeigt haben.

Krankenhäuser, die nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geförderte Ausbildungsstätten betreiben, erhalten nach Absatz 2 einen Ausgleich für ihre zusätzlichen Kosten über einen Zuschlag zur Jahrespauschale. Dieser Förderungsbetrag – je Ausbildungsplatz – soll die Wiederbeschaffung von Anlagegütern im Bereich der Ausbildungsstätten sichern.

Absatz 3 regelt, dass der Träger Erträge aus Vermietung und Verpachtung sowie Zinserträge aus noch nicht zweckentsprechend verwendeten Pauschalbeträgen und Erträge aus der Veräußerung geförderter, kurzfristiger Anlagegüter den Pauschalbeträgen zur Förderung kurzfristiger Anlagegüter zuzuführen und entsprechend zu verwenden hat. Diese Regelung entspricht dem § 11 Absatz 8 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Zusätzlich wird geregelt, dass bei der Erbringung ambulanter Leistungen deren Kosten zu erfassen und den Leistungspreisen Investitionskosten anteilig zuzurechnen sind. Dies soll sicherstellen, dass keine Verzerrung des Wettbewerbs im Bereich der Erbringung ambulanter Leistungen stattfinden kann und Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung geförderter Flächen der stationären Krankenhausversorgung zugute kommen.

Zu § 12 (Nutzung von Anlagegütern)

Diese Vorschrift entspricht dem bisherigen § 12 Absatz 1 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes und enthält die näheren landesrechtlichen Bestimmungen zu § 9 Absatz 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, wonach unter bestimmten Voraussetzungen die bewilligten Fördermittel nach

den §§ 10 und 11 für die Nutzung von Anlagegütern verwendet werden können. Durch diese Regelung soll es den Krankenhäusern ermöglicht werden, im Einzelfall wirtschaftlich günstige Nutzungsvereinbarungen in Form von Miete, Pacht oder Mietkauf abzuschließen. Die Krankenhäuser teilen dies vorher der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales mit. Die Wirtschaftlichkeit ist durch das Testat eines Wirtschaftsprüfers zu belegen.

Zu § 13 (Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten)

Die Vorschrift entspricht dem bisher geltenden § 13 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Sie benennt in Absatz 1 den vorgegebenen bundesrechtlichen Fördertatbestand des § 9 Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und legt die Betriebsgefährdung als grundsätzliche Fördervoraussetzung fest. Satz 2 unterstreicht als weitere Voraussetzung die Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit der hier zu fördernden Kosten.

Der unbestimmte Rechtsbegriff der Betriebsgefährdung wird in Absatz 2 konkretisiert. Das Krankenhaus muss danach vorrangig die in Absatz 1 genannten Kosten aus dem eigenen Vermögen oder den eigenen Betriebsmittelrücklagen aufbringen. Dabei sollen in der Regel Rücklagen für bestimmte Ersatzinvestitionen außer Betracht bleiben. Eine Betriebsgefährdung, die eine Förderung nach dieser Vorschrift rechtfertigt, liegt somit erst dann vor, wenn das Krankenhaus ausreichende Eigenmittel hierfür nicht aufbringen und den ihm vom Krankenhausplan zugewiesenen Aufgaben nicht nachkommen kann.

Das Krankenhaus hat die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales über einen beabsichtigten Förderungsantrag von Anlauf- oder Umstellungskosten, die in Verbindung mit einer Maßnahme nach den §§ 10 und 11 stehen, bereits zu dem Zeitpunkt zu unterrichten, zu dem der Antrag auf Bewilligung der Fördermittel für die betreffende Maßnahme nach § 10 oder § 11 gestellt wird. Diese Regelung soll – auch im Interesse des Krankenhauses zur eigenen Finanzplanung – eine frühzeitige Entscheidung über die Förderung ermöglichen.

Zu § 14 (Ausgleich für Eigenmittel)

Entsprechend dem bislang geltenden § 15 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird der Fördertatbestand des § 9 Absatz 2 Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes präzisiert.

Der dort verankerte Ausgleichsanspruch des Krankenhausträgers für die Abnutzung der mit Eigenmitteln beschafften Anlagegüter soll dafür entschädigen, dass der Träger mit der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz die Möglichkeit verloren hat, die mit Eigenmitteln beschafften Anlagegüter abzuschreiben.

Der Ausgleich wird nach der tatsächlichen, nachweisbaren Abnutzung bemessen. Bei der Berechnung des Anfangswertes ist der Buchwert zugrunde zu legen. Der Ersatzanspruch vermindert sich nach Absatz 2 um den noch verbliebenen Nutzungswert der Ersatzinvestition.

Zu § 15 (Ausgleichszahlung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben)

Die Vorschrift enthält die näheren Regelungen zu § 9 Absatz 2 Nummer 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Gewährung des sogenannten Härteausgleiches und entspricht dem bisher geltenden § 16 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Ziel der Regelung ist es, die Verwirklichung des Krankenhausplanes durch finanzielle Hilfen bei planmäßigem Ausscheiden eines Krankenhauses oder wesentlicher Teile eines Krankenhauses, wie z. B. selbstständiger Betriebsstätten, aus dem Krankenhausplan zu erleichtern.

Durch die Möglichkeit der Gewährung von pauschalen Ausgleichszahlungen nach Absatz 2 soll das Verfahren bei der Anwendung dieser Vorschrift erleichtert werden.

Zu § 16 (Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen)

Absatz 1 stellt klar, dass die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zur Sicherung der Zweckbindung und ihrer Konkretisierung Ne-

benbestimmungen (Auflagen, Bedingungen und Befristungen) erlassen kann (§ 36 des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes). Die Formulierung stellt zugleich die Übereinstimmung mit § 1 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes her.

Mit Absatz 2 wird der Bewilligungsbehörde im besonderen Einzelfall die Möglichkeit eingeräumt, vor Auszahlung oder Übertragung der Fördermittel die Leistungen einer Sicherheit für mögliche Rückforderungsansprüche zu verlangen. Eine dingliche Absicherung ist wegen der größeren Sicherheit in der Regel am besten geeignet. Ein besonderer Einzelfall liegt vor, wenn sich z. B. aus den Geschäftsberichten eines Krankenhauses ergibt, dass die Zuwendung mit einem erhöhten Risiko verbunden ist. Die erforderlichen Kosten der Absicherung werden in die Förderung mit einbezogen.

Zu § 17 (Widerruf von Bescheiden, Erstattung und Verzinsung)

Absatz 1 regelt als Konsequenz aus der Zweckbindung der Fördermittel nach § 16 Absatz 1 den Widerruf des Bewilligungsbescheides bei nicht entsprechender Mittelverwendung. Durch die entsprechende Anwendung der Regelungen des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes über den Widerruf und die Rücknahme von Verwaltungsakten erübrigt sich eine eigene detaillierte Regelung mit Ausnahme einiger spezifischer, nur die Krankenhausförderung betreffender Vorschriften. Hierzu gehört auch die Klarstellung in Satz 2, dass die Zweckbindung der Förderung auch im Rahmen der Förderung nach § 15 zu beachten ist. Im Übrigen sind Bewilligungsbescheide ganz oder teilweise nur zu widerrufen, wenn das Krankenhaus seine durch den Krankenhausplan vorgegebenen Aufgaben nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt.

Für die Rückerstattung von Fördermitteln und die Verzinsung des Erstattungsanspruchs verweist Absatz 2 auf § 49 a des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes. Scheidet ein Krankenhaus im Einvernehmen mit der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales – in der Regel planmäßig – aus der Förderung aus, so kann ganz oder teilweise auf die Rückerstattung verzichtet werden. Dadurch soll im Einzelfall ein Ausgleich für durch das Ausscheiden entstehende Härten, die für den Krankenhausträger durch den zeitgerechten Vollzug des Krankenhausplanes entstehen, erreicht werden.

Absatz 3 konkretisiert den Umfang der Erstattungspflicht für geförderte Anlagegüter. Satz 2 soll sicherstellen, dass für ein Krankenhaus, das ohne eigenes Verschulden (z. B. durch Brand) die ihm zugewiesenen Aufgaben nicht mehr erfüllen kann, der Rückerstattungsbetrag den Liquidationswert nicht übersteigt.

Der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird durch Absatz 4 die in der praktischen Durchführung des Gesetzes wichtige Möglichkeit eingeräumt, Rückzahlungsforderungen mit Förderleistungen zu verrechnen.

Zu § 18 (Verwendungsnachweis)

Diese Vorschrift entspricht dem bisherigen § 19 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes. In Absatz 1 ist der jährlich zu erbringende Verwendungsnachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel durch das Testat eines Wirtschaftsprüfers ergänzt worden. Dies dient der Absicherung des Verwendungsnachweises und der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel.

Die Verwendung der Fördermittel nach § 10 und § 11 ist nach Kosten, Leistungen und Wirtschaftlichkeitsnachweis für jede Investitionsmaßnahme einzeln bzw. nach Verwendungsarten gegliedert insgesamt nachzuweisen (Absatz 2).

Absatz 3 stellt klar, dass neben der Prüfung durch die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales oder eine von ihr beauftragte Stelle die Prüfungsrechte des Rechnungshofes der Freien Hansestadt Bremen und des Rechnungsprüfungsamtes der Stadtgemeinde Bremerhaven unberührt bleiben.

Absatz 4 enthält die erforderliche Regelung über die Grundrechtseinschränkung, die im Zusammenhang mit der Überprüfung möglicherweise erforderlich ist.

Zu § 19 (Ermächtigungsgrundlagen)

Diese Vorschrift fasst die bislang in § 8 Absatz 5 und § 11 Absatz 9 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes geregelten Ermächtigungsgrundlagen zum Erlass von Rechtsverordnungen durch die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in einer Vorschrift zusammen. Gleichzeitig erfolgt eine Erweiterung auf die Regelung der näheren Einzelheiten für die Investitionspauschalen. Dabei soll die Pauschalverordnung nach Absatz 2 nicht mehr – wie bisher – vom Senat, sondern in Zukunft von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales erlassen werden.

Zu § 20 (Leistungspflicht der Krankenhäuser)

Die Absätze 1 bis 3 entsprechen weitgehend den Regelungen des bisherigen § 4 Absatz 1 bis 3 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes, werden allerdings jeweils um zusätzliche Regelungen erweitert.

Absatz 1 regelt die vorrangige Leistungspflicht der Krankenhäuser, Patientinnen und Patienten, die stationäre Leistungen benötigen, aufzunehmen und nach Art und Schwere ihrer Krankheit medizinisch zweckmäßig und ausreichend zu versorgen. Besonders betont wird die Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten. Diese sind im Hinblick auf die in aller Regel gegebene Eilbedürftigkeit der Behandlung im nächstgelegenen Krankenhaus zu behandeln. Ihre Behandlung hat Vorrang gegenüber der Behandlung anderer Patientinnen und Patienten. Soweit eine umgehende Behandlung und Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten erforderlich ist, hat das Krankenhaus die medizinische Behandlung durchzuführen und die Patientin oder den Patienten aufzunehmen, auch wenn das Krankenhaus zum Zeitpunkt des Notfallgeschehens belegt ist. Mit dieser Regelung soll vermieden werden, dass sich Krankenhäuser aufgrund ihrer Belegungssituation aus der Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten abmelden mit der Folge, dass diese zu weiter entfernt gelegenen Krankenhäusern transportiert werden müssen. Gleiches gilt für die Abmeldung von notfallmedizinisch relevanten Funktionseinheiten oder klinischen Disziplinen. Auch insoweit muss eine Erstbehandlung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten vom zuerst angefahrenen Krankenhaus durchgeführt und die Patientin oder der Patient – soweit erforderlich – auch aufgenommen werden. Lediglich bei Beatmungspätzen ist bei deren Belegung eine Abmeldung gegenüber der Feuerwehr-Rettungsleitstelle zulässig, da nur so viele Patientinnen und Patienten aufgenommen und behandelt (beatmet) werden können, wie entsprechend ausgestattete Plätze vorhanden sind.

Die psychiatrische Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) ist nach Absatz 1 Satz 6 grundsätzlich Bestandteil der allgemeinen psychiatrischen Krankenhausversorgung, auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Pflichtversorgung kann jede psychiatrische vollstationäre Einrichtung leisten.

Absatz 2 zählt die Krankenhausleistungen im Einzelnen auf. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Methoden besonderer Therapierichtungen zählen zum Angebot der Krankenhausversorgung, wenn dem Krankenhausträger im Einzelfall ein entsprechender Versorgungsauftrag erteilt worden ist. Demgegenüber gehört die Mitwirkung bei der Organspende zum Versorgungsauftrag aller Krankenhäuser.

Krankenhäuser dürfen nach Absatz 3 auch weiterhin gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen) erbringen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass hierdurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird und Wahlleistungspatientinnen und Wahlleistungspatienten gegenüber anderen Patientinnen und Patienten nicht bevorzugt behandelt werden.

Der Grundsatz der menschenwürdigen Behandlung spielt im Krankenhaus eine besondere Rolle. Er verwirklicht sich im Umgang mit Kranken und erfordert eine entsprechende Gestaltung der Betriebsabläufe. Daher ist nach Absatz 4 besonderer Wert auf patientenfreundliche Organisationsstrukturen zu legen. Dem Bedürfnis nach Schonung und Entspannung kommt der Krankenhausträger durch Aufenthaltsräume, angemessene Besuchszeiten und ähnliche Maßnahmen nach. Weltanschaulichen, kulturellen und religiösen Belangen soll angemessen Rechnung getragen werden.

Zu § 21 (Rechte von Patientinnen und Patienten)

Absatz 1 enthält eine – nicht abschließende – Aufzählung der Rechte, die Patientinnen und Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes zustehen. Hierzu gehört in erster Linie das Recht auf eine Behandlung entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Stand und den anerkannten Pflegestandards sowie auf eine umfassende schmerztherapeutische und palliativmedizinische Versorgung und die erforderliche Nachsorge (Nummer 1). Die Rechte nach den Nummern 2 und 3 stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Behandlungsprozess. Die Aufklärung und Information ist insbesondere für die Abgabe einer rechtswirksamen Einwilligung in Behandlungsmaßnahmen erforderlich. Darüber hinaus ist es notwendig, den gesamten Behandlungsprozess für die Patientinnen und Patienten transparent zu gestalten, damit diese nicht nur als Objekt behandelt werden, sondern auf einer fundierten Grundlage selbstverantwortlich Entscheidungen im Behandlungsprozess treffen können. Die Nummern 4 und 6 betreffen die Notwendigkeit zeitnaher Dokumentation nach Behandlung und Pflege sowie das Recht des Patienten, Einsicht in seine Kranken- und Behandlungsunterlagen zu nehmen und sich hieraus Kopien anfertigen zu lassen. Entsprechende Einsichtsrechte werden den Patienten seit vielen Jahren von der Rechtsprechung zugestanden. Sie werden hier ausdrücklich aufgenommen, um die Durchsetzung für die Patientinnen und Patienten zu erleichtern. Um einen häufigen Streitpunkt zu beseitigen, wird ausdrücklich geregelt, dass das Anfertigen von Kopien aus der Krankenakte nur gegen angemessene Kostenerstattung durch die Patientin oder den Patienten erfolgt.

Nummer 5 betrifft die Selbstbestimmung bei Entscheidungen über Art und Umfang der Behandlung und über die Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen. Die Beachtung von Patientenverfügungen, in denen Patientinnen und Patienten ihren Willen formuliert haben, ist Aufgabe der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass bekannte Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten in die ärztlichen Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

Die Regelung in Satz 2 ist Ausfluss des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach Artikel 3 des Grundgesetzes und stellt klar, dass die medizinische und pflegerische Versorgung ausschließlich an der medizinischen und pflegerischen Notwendigkeit im Einzelfall auszurichten ist.

Patientinnen und Patienten sowie deren nahe Angehörigen bedürfen in der für sie nicht alltäglichen Situation des Krankenhausaufenthalts, die zwangsläufig mit Einschränkungen der persönlichen Freiheit verbunden ist, der Hilfe einer unabhängigen Institution. Absatz 2 gibt ihnen das Recht, sich mit Wünschen oder Beschwerden in Angelegenheiten, die die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten betreffen und im Zusammenhang mit ihrem Krankenhausaufenthalt stehen, an die für jedes Krankenhaus zu berufende Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher zu wenden. Diese arbeiten weisungsfrei und sollen den Patientinnen und Patienten bei der Geltendmachung ihrer Beschwerden und deren Abhilfe behilflich sein.

Zu § 22 (Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf)

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sie sind daher nach Absatz 1 grundsätzlich in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderkliniken) zu behandeln, in denen sichergestellt ist, dass speziell für die Behandlung von Kindern aus- und weitergebildetes ärztliches und pflegerisches Personal zur Verfügung steht. Können bestimmte Erkrankungen von Kindern nicht in Kinderkliniken behandelt werden, sind die Kinder nur in Kliniken zu behandeln, die hinsichtlich der besonderen Qualifikation in der Pflege, in der ärztlichen Versorgung und bei der Unterbringung Kinderkliniken entsprechen. Möglich ist auch eine gemeinsame Behandlung von Kindern in Spezialklinik und Kinderklinik. Mit dieser Regelung soll der besonderen Behandlungssituation von kranken Kindern Rechnung getragen werden.

Kranke Kinder benötigen besondere Zuwendung. Die Krankenhäuser sind daher verpflichtet, den Belangen kranker Kinder so weit wie möglich zu entsprechen und die Sorgeberechtigten angemessen zu beteiligen, da diese die Bedürfnisse ihres kranken Kindes am besten einschätzen und das ärztliche und pflegerische Personal zum Nutzen des Kindes unterstützen können. Aus diesem

Gründe haben die Krankenhäuser auch im Rahmen ihrer Möglichkeiten bei der stationären Aufnahme eines Kindes eine diesem vertraute Begleitperson mit aufzunehmen, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist. Die schulische Förderung eines kranken Kindes wird regelhaft in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger durchgeführt.

Absatz 2 weist darauf hin, dass psychiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen hinsichtlich der Behandlung von nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten untergebrachten Personen und von Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug neben der Rechtsaufsicht nach den §§ 31 und 32 auch der Fachaufsicht nach § 13 Absatz 1 Satz 8 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen unterliegen. Dabei ist auch die auf die Verpflichtung zur Umsetzung der Psychiatrie-Personal-Verordnung zu beachten.

Ebenso wie bei Kindern sind auch bei der Behandlung behinderter, alter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten deren besonderen Belange vom Krankenhaus zu berücksichtigen (Absatz 3). Behinderte, alte, hochbetagte und demente Patientinnen und Patienten fühlen sich im Krankenhaus besonders unsicher. Ihnen soll geholfen werden, diese Unsicherheit zu überwinden und in der für sie ungewohnten Umgebung des Krankenhauses ein – mit Einschränkung durch die krankenhausspezifischen Notwendigkeiten – selbstbestimmtes Leben fortzuführen. Daher sind für die Behandlung behinderter, alter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten angemessene Behandlungskonzepte im Krankenhaus vorzuhalten. Die Indikation für eine geriatrische Frührehabilitation (Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V) soll so früh wie möglich gestellt werden. Soweit erforderlich, sollen geeignete Patientinnen und Patienten in geriatrische Einrichtungen in Wohnortnähe verlegt oder entlassen werden, um eine fachgerechte sektorübergreifende Versorgung unter Einbeziehung der wohnortnahen ambulanten Dienste zu gewährleisten.

Absatz 4 regelt das Entlassungsmanagement und trägt damit dem Gedanken Rechnung, dass das Krankenhaus sich nicht nur während des eigentlichen Krankenhausaufenthaltes um die Patientinnen und Patienten kümmern muss, sondern auch verpflichtet ist, rechtzeitig für deren angemessene weitere Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt Sorge zu tragen, wenn diese nicht durch Angehörige oder Freunde der Patientin oder des Patienten sichergestellt ist. Soweit eine Rückkehr in die Wohnung der Patientin oder des Patienten nicht mehr möglich ist, soll das Krankenhaus die Angehörigen bei der Suche nach einem geeigneten Heimplatz unterstützen. In diesem Zusammenhang soll das Krankenhaus den Trägern der nachsorgenden sozialen, psychischen, pflegenden und rehabilitativen Hilfen frühzeitig die Möglichkeit einräumen, Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und dessen Angehörigen aufzunehmen, um die eigenen Einrichtungen vorzustellen und – falls von der Patientin oder vom Patienten oder nahen Angehörigen gewünscht – eine Übernahme vorzubereiten. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige allein vor der für sie oft mühsamen Aufgabe stehen, im Anschluss an eine bevorstehende Krankenhausentlassung kurzfristig einen geeigneten Heimplatz zu finden.

Absatz 5 stellt eine korrespondierende Regelung zu § 21 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 dar. Das Krankenhaus soll den Patientinnen und Patienten im Rahmen des Möglichen Informationen über Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zur Verfügung stellen, damit diese in die Lage versetzt werden, entsprechende Willenserklärungen abzugeben.

Sterben und Tod gehören zum Krankenhausalltag. Viele Menschen beenden ihr Leben dort. Absatz 6 regelt daher, dass ihre Würde angemessen über den Tod hinaus zu respektieren ist. Zum Abschiednehmen soll den Hinterbliebenen ausreichend Raum und Zeit zur Verfügung stehen. Das Krankenhauspersonal ist verpflichtet, insoweit besonders rücksichtsvoll und einfühlsam zu handeln. Dies gilt auch für Patientinnen und Patienten, die sich bei ihrer Einlieferung in das Krankenhaus bereits im Sterbeprozess befinden.

Zu § 23 (Aufgaben des Krankenhausträgers)

Absatz 1 enthält die allgemeine Regelung, dass der Krankenhausträger für die Anwendung der Regelungen dieses Gesetzes verantwortlich ist. Er hat die von

ihm angestellten behandelnden Personen zu verpflichten, die Rechte der Patientinnen und Patienten im Rahmen der medizinischen Behandlung und der Pflege in seinem Krankenhaus einzuhalten. Diese Verpflichtung stellt somit das Gegenstück zu den den Patientinnen und Patienten im Rahmen der Krankenhausbehandlung eingeräumten Rechten dar.

Absatz 2 enthält eine allgemein gehaltene Regelung über die Leitung des Krankenhauses sowie die Struktur und medizinische Organisation des Krankenhauses. Hier wird dem Krankenhausträger entsprechend seiner Organisationshoheit viel Freiraum gelassen. Gleiches gilt für die Organisation der Disziplinen. Ausdrücklich geregelt wird allerdings, dass psychotherapeutische Organisationseinheiten auch von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten geleitet werden können. Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1. Januar 1999 ist mit den psychologischen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein fünfter Heilberuf geschaffen worden, dessen Angehörige – ebenso wie Ärzte und Zahnärzte – auf der Grundlage einer Approbation tätig werden. Derart approbierte Personen können in psychotherapeutischen Organisationseinheiten in gleicher Weise wie entsprechend weitergebildete Ärzte Leitungsaufgaben übernehmen.

Der Krankenhausträger muss nach Absatz 3 Vorkehrungen zur Vermeidung von Korruption treffen. Dieses ist gerade auch im Krankenhaus erforderlich, da es im Bereich der Beschaffung insbesondere von medizintechnischen Geräten, aber auch von Arzneimitteln und Verbrauchsmaterial um erhebliche Beträge geht. Hier ist insbesondere Wert auf die erforderliche Transparenz von Beschaffungsvorgängen und die Einhaltung entsprechender Vergaberichtlinien zu legen.

Ebenfalls zu den wichtigen Aufgaben des Krankenhausträgers zählt die Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der verschiedenen Professionen im Krankenhaus. Der Krankenhausträger hat insofern die erforderlichen Maßnahmen zu treffen. Hierüber berichtet er in einem Aus-, Fort- und Weiterbildungsbericht alle zwei Jahre der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Dieser Bericht gehört zu den Instrumenten der Rechtsaufsicht durch die senatorische Dienststelle. Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales kann das Nähere dieses Berichts regeln, insbesondere zur Vergleichbarkeit der Berichte der verschiedenen Krankenhäuser eine Gliederung vorgeben.

Der Krankenhausträger unterhält einen Sozialdienst im Krankenhaus. Dieser hat die Aufgabe, seine Hilfe bei der sozialen Betreuung der Patientinnen und Patienten oder ihrer Angehörigen während des Krankenhausaufenthalts anzubieten, um insbesondere bei der Vermittlung nachsorgender Dienste behilflich zu sein. Die Patientinnen und Patienten sind vom Krankenhausträger hierüber zu informieren. Diese Hilfe dient auch dazu, pflegebedürftige Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus fehlplatziert sind, möglichst bald an ansprechende Pflegeeinrichtungen oder in die häusliche Pflege zu vermitteln. Wichtig ist es, dazu beizutragen, dass rechtzeitig eine notwendige Anschlussbetreuung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt.

Weiter wird das Recht der Patientinnen und Patienten auf seelsorgerische Betreuung im Krankenhaus formuliert. Soweit Patientinnen und Patienten den Wunsch äußern, seelsorgerisch betreut zu werden, hat das Krankenhaus eine solche Betreuung zu vermitteln. Den Religionsgemeinschaften ist Gelegenheit zu geben, Patientinnen und Patienten auf deren Wunsch im Krankenhaus seelsorgerisch zu betreuen.

Absatz 6 weist noch einmal auf die Notwendigkeit der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses nach § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes hin. Hierzu legt der Krankenhausträger der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales immer dann einen vom Wirtschaftsprüfer erstellten Abschlussbericht seines Krankenhauses vor, wenn dieser nur einen eingeschränkten Bestätigungsvermerk erteilt oder die Erteilung des Bestätigungsvermerks versagt. Eine unverzügliche Vorlage ist in diesen Fällen erforderlich, damit die Rechtsaufsichtsbehörde möglichst bald nach Abschluss des Wirtschaftsjahres über die wirtschaftliche Lage dieser Krankenhäuser informiert ist.

Nach Absatz 7 wird der Krankenhausträger zur Berücksichtigung von Belangen des Umweltschutzes beim Betrieb seines Krankenhauses sowie zur regelmäßigen Zertifizierung in diesem Bereich verpflichtet.

Zu § 24 (Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher)

In Umsetzung des Rechtes der Patientinnen und Patienten und deren naher Angehöriger nach § 21 Absatz 2, sich mit Wünschen oder Beschwerden an Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher zu wenden, regelt Absatz 1, dass für jedes Krankenhaus für die Dauer von jeweils vier Jahren eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher zu berufen ist. Die Berufung obliegt der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales auf Vorschlag der Deputation für Arbeit und Gesundheit und im Benehmen mit dem jeweiligen Krankenhausträger. Dieses Verfahren entspricht der Berufung der Mitglieder der Besuchskommission für psychiatrische Krankenhäuser durch die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales auf Vorschlag der Deputation nach § 3 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. Bedienstete des Krankenhausträgers sind nicht wählbar, um Zweifeln an der Neutralität und Unabhängigkeit der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher vorzubeugen. Soweit eine Neuwahl nicht rechtzeitig zum Ablauf der Amtsperiode von gewählten Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern erfolgt, üben diese ihr Amt bis zur Wahl einer Nachfolgerin oder eines Nachfolgers weiter aus, um keine Zeiträume ohne Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher in einem Krankenhaus entstehen zu lassen. Aus welchem Personenkreis Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher vom Krankenhausträger zu bestellen sind, wird ausdrücklich nicht geregelt. Durch die Wahl der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher durch die Deputation ist gewährleistet, dass diese weisungsfrei arbeiten. Dies ist erforderlich, damit sie die Patientenbeschwerden neutral und ohne Direktiven durch den Krankenhausträger verfolgen können.

Nach Absatz 2 ist Aufgabe der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher die Entgegennahme und Bearbeitung von Wünschen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten sowie deren naher Angehöriger und deren Vertretung gegenüber dem Krankenhaus. Entsprechend der Regelung im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, wonach die danach eingerichtete Besuchskommission in regelmäßigen Abständen über ihre Tätigkeit berichtet, sollen auch die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher aller Krankenhäuser im Lande Bremen gegenüber der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales jährlich einen gemeinsamen Bericht über die Lage der Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern im Lande Bremen erstellen. Sie können hierzu einen Arbeitskreis gründen. Durch den gemeinsamen Bericht wird auch die Arbeit der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher transparent gemacht. Unabhängig hiervon haben die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher über alle Sachverhalte, von denen sie im Rahmen ihrer Tätigkeit Kenntnis erhalten, Stillschweigen zu bewahren.

Sinnvoll ist, dass die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher mit den Einrichtungen der Patientenberatung kooperieren, da diese Einrichtungen große Erfahrung in der Bearbeitung von Patientenbeschwerden aufweisen.

Absatz 3 stuft das Amt der Patientenfürsprecherin und des Patientenfürsprechers als Ehrenamt ein. Die Erstattung der notwendigen Auslagen und für Zeitversäumnis, aus dem sich der Ausfall von Lohn- oder Vergütungszahlungen ergibt, erfolgt durch das Krankenhaus, da es dessen Aufgabe ist, mit Patientenbeschwerden umzugehen und berechnigte Wünsche von Patientinnen und Patienten umzusetzen.

Zu § 25 (Zusammenarbeit der Krankenhäuser)

Zur Erfüllung der Versorgungsaufträge ist die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit im Rahmen des Krankenhausplans notwendig. Dadurch soll jederzeit die Patientenaufnahme, vor allem von Notfällen, sichergestellt werden. Durch gemeinsame Nutzung von kostenintensiver medizinischer Technik und wirtschaftlichen Versorgungseinrichtungen soll die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser verbessert werden. Zur Erreichung dieses Ziels sollen die Krankenhäuser nach Absatz 1 nicht nur untereinander, sondern auch mit den sonstigen Beteiligten im Gesundheitswesen, insbesondere den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst und den Krankenkassen zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit soll eine umfassende Versorgung kranker Menschen und die Vermeidung unwirtschaftlicher Mehrfachdiagnostik und -behandlung sicherstellen. Insbesondere hinsichtlich der Nutzung kostenintensiver Medizintechnik ist eine enge Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich erforderlich.

Absatz 2 ermöglicht die Beschaffung krankenhausesübergreifender Versorgungseinheiten. Auch hierdurch kann die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser gesteigert werden. Allerdings dürfen die Abläufe des Krankenhausbetriebes durch die Schaffung derartiger Zentren nicht beeinträchtigt werden.

Der Gedanke der Kooperation hat zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dies spiegelt sich in engen Absprachen über die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens wider. Insbesondere psychiatrische Versorgungsstrukturen, rehabilitative Maßnahmen sowie die ambulante und stationäre Pflege einschließlich der Hospize ergänzen das Versorgungsangebot für die Bevölkerung. Die Krankenhäuser und die übrigen Beteiligten am Gesundheits- und Sozialwesen sollen Konkurrenzdenken in den Hintergrund stellen und gemeinsames Handeln zum Nutzen der Allgemeinheit fördern. Vor diesem Hintergrund will die Vorschrift die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens forcieren.

Die Zusammenarbeit soll auch zur Rationalisierung des Verwaltungs-, Versorgungs- und sonstigen Aufwands führen. Die Möglichkeit ergibt sich in vielen Bereichen, z. B. bei Laborleistungen, Prosekturen, Apotheken, Wäschereien und Küchen bis hin zu zentralem Einkauf. Dem Gestaltungsspielraum der Kooperationspartner sind dabei wenig Grenzen gesetzt. Zwar kann jeder Krankenhausträger im Rahmen seiner Organisationshoheit den Grad der Verzahnung selbst bestimmen, das Gesetz beweckt allerdings eine qualitativ bessere und wirtschaftlichere Nutzung gemeinsamer Einrichtungen.

Vom Krankenhausrecht unabhängige Gesichtspunkte, wie etwa vergabe- oder wettbewerbsrechtliche Aspekte, bleiben unberührt, sind also nach Lage des Einzelfalles gesondert zu berücksichtigen.

Zu § 26 (Zusammenarbeit der Berufsgruppen)

Absatz 1 geht von der grundsätzlichen ärztlichen Verantwortung für die Aufnahme, Versorgung und Entlassung der Patientinnen und Patienten aus. Er regelt aber gleichzeitig, dass die Ärztin oder der Arzt das eigene Handeln mit den übrigen an der Behandlung der Patientinnen und Patienten beteiligten Angehörigen anderer Berufsgruppen abzustimmen hat. Hierdurch wird sichergestellt, dass bei der Behandlung neben dem ärztlichen Fachwissen auch das Fachwissen der übrigen im Einzelfall betroffenen Professionen berücksichtigt wird. Soweit es allerdings um ärztlich-fachliche Belange geht, steht der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt das Letztentscheidungsrecht zu.

Gegenwärtig wird die Frage diskutiert, in welchem Umfang den Angehörigen der Gesundheitsfachberufe zusätzliche Aufgaben bei der Patientenbehandlung zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte übertragen werden können. Im Krankenhaus ist es seit langem üblich, dass Angehörige der Gesundheitsfachberufe, insbesondere Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -Krankenpfleger im Rahmen der Delegation ärztliche Aufgaben, wie z. B. Blutabnahmen und Injektionen, übernehmen. Dabei müssen selbstverständlich die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien für eine wirksame Delegation vorliegen.

Absatz 2 bringt diesen Grundsatz zum Ausdruck, indem er regelt, dass Maßnahmen auch von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe vorgenommen werden dürfen, ohne dass eine ärztliche Anweisung im Einzelfall vorliegt, wenn sichergestellt ist, dass die handelnde Person über eine ärztlich bestätigte Qualifikation verfügt. Damit kann z. B. durch einen Arzt bestätigt werden, dass einzelne Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder -Krankenpfleger bestimmte, genau umrissene Aufgaben bei einer Vielzahl von Patientinnen und Patienten durchführen können, etwa das Säubern von Wunden im Aufnahmebereich, das Blutentnehmen oder das Injizieren.

Zu § 27 (Großschadensereignisse)

Diese Vorschrift regelt in Ausfüllung des § 29 Absatz 2 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes, dass jedes Krankenhaus im Lande Bremen verpflichtet ist, an der Bewältigung von Großschadensereignissen mitzuwirken. § 29 Absatz 2 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes besagt, dass die Mitwirkung nach Vorgaben der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zu erfolgen hat. Die Regelung in diesem Gesetz konkretisiert die Bestimmung des § 29 Absatz 2 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes über die zu treffenden Vorgaben. Danach regelt die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales die Vorgaben im Einvernehmen mit dem Senator für Inneres und Sport durch Rechtsverordnung, deren Regelungen für alle Krankenhäuser im Lande Bremen verbindlich sind.

Zu § 28 (Qualitätssicherung, Facharztstandard)

Absatz 1 schreibt für alle Krankenhäuser bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten die Einhaltung der nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen geltenden Qualitätsstandards vor. Insbesondere ist – entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung – bei der Behandlung der Facharztstandard im jeweiligen Gebiet einzuhalten. Hieraus folgt, dass bei der Behandlung aller Patientinnen und Patienten der Kenntnisstand und die Fähigkeiten eines in dem jeweiligen Gebiet weitergebildeten Arztes vorausgesetzt werden. Gleiches gilt für die gängigen Methoden der Qualitätssicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 6, der auf das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch verweist.

Nach Absatz 2 sind die Krankenhäuser verpflichtet, mindestens eine Qualitätsbeauftragte oder einen Qualitätsbeauftragten zu bestellen. Die Qualitätsbeauftragten haben die Aufgabe, die Qualitätssicherungsmaßnahmen des Krankenhauses an neue Entwicklungen anzupassen, neue Qualitätssicherungsmaßnahmen zu erarbeiten, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die in den einzelnen Fachgebieten geltenden Qualitätsstandards zu informieren und die Direktion des Krankenhauses bei deren Umsetzung zu unterstützen. Hierdurch sollen die bisherigen Bemühungen der Krankenhausleitungen, eine qualitätsgesicherte Behandlung der Patientinnen und Patienten durchzuführen, weiter unterstützt werden.

Absatz 3 enthält eine Ermächtigungsgrundlage für die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, unter den dort genannten Voraussetzungen durch Rechtsverordnung Maßnahmen der Qualitätssicherung im Einzelnen zu regeln. Auch durch diese Regelung soll erreicht werden, dass die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern im Lande Bremen noch weiter gestärkt wird.

Zu § 29 (Einhaltung der Hygienegrundsätze)

Krankenhausinfektionen sind nachweisbar an der Verlängerung der Verweildauer beteiligt und erhöhen nach wissenschaftlichen Untersuchungen zudem das Mortalitätsrisiko der Patientinnen und Patienten. Die wirksame Bekämpfung von Krankenhausinfektionen, die im Übrigen nach dem Bundes-Infektionsschutzgesetz zu melden sind, bedarf vor allem einer guten Organisation und systematischen Aufbereitung der entsprechenden Daten. Deshalb werden die Verantwortung der Krankenhausleitung und wesentliche Grundsätze zur Sicherung und Verbesserung der Krankenhaushygiene im Gesetz geregelt. Die konkreteren Verfahrensvorschriften werden durch Rechtsverordnung bestimmt, um zeitgerecht auf die wissenschaftliche Entwicklung in diesem Bereich reagieren zu können.

Absatz 2, der die Ermächtigungsgrundlage für die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zum Erlass einer Rechtsverordnung beinhaltet, ist gegenüber der bislang geltenden Regelung in § 6 Absatz 5 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes um die Nummer 5 erweitert worden, wonach in der Rechtsverordnung auch Einzelheiten der Mindeststandards für die Bekämpfung insbesondere Antibiotika resistenter Keime geregelt werden können, da gerade diese zu nicht unerheblichen Folgen, insbesondere zur Ansteckungsgefahr für andere Patientinnen und Patienten im Krankenhaus und zu Verweildauerverlängerungen führen.

Weiter kann in der Rechtsverordnung geregelt werden, dass die von jedem Krankenhaus einzusetzende Hygienekommission zur Erlangung eines umfassenden Bildes über die hygienische Lage in den einzelnen Krankenhäusern jährlich einen Bericht über besondere Vorkommnisse im Zusammenhang mit der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen im Krankenhaus erstellt. Die Einzelheiten dieser Berichte kann die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ebenfalls in der Rechtsverordnung regeln.

Zu § 30 (Rechtsaufsicht)

Absatz 1 unterstellt alle Krankenhäuser im Lande Bremen, ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen und die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten der Rechtsaufsicht. Die Rechtsaufsicht für Krankenhäuser ist bislang im Land Bremen nicht ausdrücklich geregelt. Sie wurde für die kommunalen Krankenhausbetriebe von den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven wahrgenommen. Hinsichtlich der Aufsicht über die freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser in Bremen wurde häufig auf die Ärztekammer Bremen verwiesen. Diese kann Aufsichtsfunktionen jedoch nur in dem ihr von § 8 Absatz 1 des Heilberufsgesetzes zugewiesenen Aufgabenbereich ausüben. Daneben war die Rechtsaufsicht für die freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser nicht geregelt. Die Vorschrift über eine einheitliche Rechtsaufsicht, die in anderen Bundesländern seit vielen Jahren vorhanden ist, soll auch für die Krankenhäuser im Lande Bremen eingeführt werden, um den insoweit bislang bestehenden Zustand der Rechtsunsicherheit zu beenden.

Nach Absatz 2 hat die Aufsichtsbehörde zu überwachen, dass die Krankenhäuser ihre Tätigkeit im Rahmen ihres Aufgabenbereichs im Einklang mit den gesetzlichen Vorschriften ausüben. Die spezialgesetzlichen Vorschriften im Strafvollzugsgesetz und im Maßregelvollzugsgesetz über die Aufsicht bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten im Strafvollzug und im Rahmen des Maßregelvollzuges bleiben unberührt.

Ein Instrument der Aufsicht werden die Berichte der einzelnen Krankenhäuser sein, die nach diesem Gesetz der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vorzulegen sind. Zur Durchführung einer ordnungsgemäßen Aufsicht kann es aber auch notwendig sein, Auskünfte vom Krankenhaus einzuholen und das Krankenhaus nach vorheriger Anmeldung zu betreten. Absatz 3 erlegt den Krankenhäusern daher eine Duldungsverpflichtung auf. Im Rahmen der Aufsichts- und Kontrolltätigkeit dürfen die hiermit beauftragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde auch Einsicht in Patientenunterlagen nehmen, wenn dies im überwiegenden Allgemeininteresse erforderlich ist. Diese Bestimmung entspricht § 67 c Absatz 3 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch. Zur Unterbindung von mit den gesetzlichen Vorschriften nicht im Einklang stehenden Verhaltensweisen kann die Aufsichtsbehörde bei Gefahr im Verzug auch vorläufige Anordnungen treffen.

Absatz 4 bestimmt die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales als Aufsichtsbehörde und damit als die für die Rechtsaufsicht über die Krankenhäuser zuständige Behörde.

Zu § 31 (Maßnahmen der Rechtsaufsicht)

Diese Vorschrift regelt, welche Maßnahmen der die Rechtsaufsicht führenden Behörde zustehen, um rechtswidriges Verhalten eines Krankenhauses oder rechtswidrige Beschlüsse der Leitung eines Krankenhauses oder dessen Gremien beanstanden zu können. Der Aufsichtsbehörde ist nach Absatz 1 jederzeit Auskunft über die Angelegenheiten der Krankenhäuser zu erteilen, wenn konkrete Anhaltspunkte für ein rechtswidriges Verhalten vorliegen.

Nach Absatz 2 können rechtswidrige Beschlüsse der Leitung eines Krankenhauses oder dessen Gremien mit der Wirkung beanstandet werden, dass die Beschlüsse nicht ausgeführt werden dürfen oder Maßnahmen, die aufgrund eines beanstandeten Beschlusses bereits getroffen sind, binnen einer angemessenen Frist rückgängig zu machen sind. Bei diesen der aufsichtführenden Behörde zustehenden Maßnahmen handelt es sich um die üblichen Maßnahmen, die im Wege der Rechtsaufsicht getroffen werden können.

Zu § 32 (Unerlaubte Zuweisung gegen Entgelt)

Absatz 1 untersagt es den Krankenhäusern und ihren Trägern, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen oder sich gewähren oder versprechen zu lassen. Die Vorschrift greift damit aus aktuellem Anlass eine Problematik auf, die bislang nur in den Berufsordnungen der Ärztekammern geregelt ist. Danach ist es den Ärzten berufsrechtlich nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen oder sich gewähren oder versprechen zu lassen. Diese Vorschrift ist bislang insbesondere im Verhältnis von Ärzten untereinander und zu Apothekern angewandt worden. Der Regelungsgehalt wird nunmehr durch die Regelung im Bremischen Krankenhausgesetz auch auf die Krankenhäuser und deren Träger ausgeweitet. Dieses ist erforderlich, um der sogenannten Kopfprämie entgegen zu wirken, die für das gezielte Zuweisen von Patientinnen und Patienten zwischen Ärzten und Krankenhäusern in Einzelfällen gezahlt worden ist.

Absatz 2 regelt die Maßnahmen der Aufsichtsbehörde im Wege der Rechtsaufsicht. Entsprechende Vereinbarungen können untersagt werden. Um die sofortige Umsetzung zu gewährleisten, haben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen eine derartige Entscheidung der Aufsichtsbehörde keine aufschiebende Wirkung.

Absatz 3 verweist für besonders schwere Fälle auf § 7 Absatz 3. Nach dieser Vorschrift kann der Bescheid über die Aufnahme eines Krankenhauses im Krankenhausplan ganz oder teilweise widerrufen werden.

Zu § 33 (Ordnungswidrigkeiten)

Zur Durchsetzung der Vorschriften des Bremischen Krankenhausgesetzes und damit insbesondere zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Behandlung der Patientinnen und Patienten, aber auch zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses sieht Absatz 1 eine Reihe von Ordnungswidrigkeitstatbeständen vor. Wer als verantwortlicher Leiter eines Krankenhauses vorsätzlich oder fahrlässig den in den Nummern 1 bis 6 genannten Regelungen zuwiderhandelt, handelt ordnungswidrig.

Nach Absatz 2 kann die Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße bis zu 25 000 Euro geahndet werden. Eine derartige Bußgeldhöhe kann im Landesrecht festgesetzt werden. Sie wird als erforderlich, aber auch als ausreichend angesehen, um Verstöße gegen die in Absatz 1 genannten Ordnungswidrigkeitstatbestände durch die verantwortliche Leiterin oder den verantwortlichen Leiter eines Krankenhauses zu ahnden.

Absatz 3 bestimmt als sachlich zuständige Verwaltungsbehörde für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

Zu § 34 (Übergangsregelungen)

Um einen reibungslosen Übergang auf die Vorschriften des neuen Bremischen Krankenhausgesetzes zu ermöglichen, gelten nach Absatz 1 bei Inkrafttreten dieses Gesetzes der Krankenhausplan und das Krankenhausinvestitionsprogramm bis zu deren Neuerstellung oder Fortschreibung nach dem neuen Gesetz weiter. Damit ist sichergestellt, dass im Rahmen der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung keine zeitliche Lücke entsteht. Das Bauprogramm wird nicht weitergeführt. Darin enthaltene Angaben über eingegangene Förderverpflichtungen werden in das Investitionsprogramm überführt.

Absatz 2 enthält eine Übergangsvorschrift für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern. Insoweit sind die Regelungen der Abgrenzungsverordnung solange sinngemäß anzuwenden, bis eine spezifische landesrechtliche Regelung in Kraft getreten ist.

§ 10, der die pauschale Investitionsförderung regelt, tritt nach § 35 Absatz 2 erst am 1. Januar 2012 in Kraft. Es ist möglich, dass die zur Umsetzung dieser Regelung erforderlichen Daten zum 1. Januar 2012 noch nicht aufbereitet sind. Für diesen Fall regelt Absatz 3, dass die Fördermittel nach § 10 bis zum Erlass der

die Einzelheiten regelnden Rechtsverordnung auf die Fördermittel nach § 11 verteilt werden. Auf diese Weise erhalten die Krankenhäuser bereits vor Erlass der Rechtsverordnung die auf sie entfallenden Investitionsmittel.

Zu § 35 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Diese Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes sowie das Außerkrafttreten des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Das spätere Inkrafttreten des § 10 ist dadurch bedingt, dass bundesrechtliche Vorschriften die Umstellung auf Investitionspauschalen erst ab dem 1. Januar 2012 ermöglichen.

Eine Befristungsregelung ist für das Bremische Krankenhausgesetz nicht vorgesehen, da es der Umsetzung des bundesrechtlichen Krankenhausfinanzierungsgesetzes dient.