

Landtag**21. Wahlperiode****Drucksache 21/1958**

1. September 2026

Mitteilung des Senats**Gesetz zur Neuregelung des Bremischen Krankenhausgesetzes****Mitteilung des Senats
an die Bürgerschaft (Landtag)
vom 1. September 2026**

Der Senat überreicht der Bürgerschaft (Landtag) den Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Bremischen Krankenhausgesetzes mit der Bitte um Beschlussfassung.

Der anliegende Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Bremischen Krankenhausgesetzes überarbeitet das Bremische Krankenhausgesetz grundlegend und beinhaltet im Kern eine Ermächtigungsgrundlage für eine leistungsgruppenorientierte (somatische) Krankenhausplanung, die auf bundesrechtlichen Vorgaben aufgrund des Inkrafttretens des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) am 12. Dezember 2024 beruhen. Neuerungen werden insbesondere in den Bereichen der Krankenhausplanung und -förderung sowie der Patientenbehandlung und Notfallversorgung umgesetzt. Mit Inkrafttreten des neuen Krankenhausgesetzes soll das bisherige Bremische Krankenhausgesetz außer Kraft treten.

Die bisherige Planungssystematik im Land Bremen, die auf Zuweisung von Versorgungsaufträgen nach Fachrichtungen bzw. Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung basierte, ist mit den neuen bundesrechtlichen Vorgaben nicht mehr vereinbar. Künftig bilden die bundeseinheitlich definierten Leistungsgruppen die Grundlage für die somatische Krankenhausplanung und die Zuweisung von Vorhaltebudgets.

Darüber hinaus haben sich in der Anwendungspraxis des BremKrhG weitere Anpassungserfordernisse ergeben. Dies betrifft insbesondere die Bereiche der Investitionsförderung, der Vorsorge für Großschadensereignisse sowie die Straffung des Gesetzestextes durch den Verzicht auf deklaratorische Wiederholungen von Bundesrecht.

Die staatliche Deputation für Gesundheit, Pflege und Verbraucherschutz hat am 18. August 2026 den Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Bremischen Krankenhausgesetzes beschlossen.

Der Senat bittet die Bürgerschaft (Landtag) um Beratung und Beschlussfassung des Gesetzentwurfs in 1. und 2. Lesung in der Sitzung am 23. und 24. September 2026.

Anlage(n):

Gesetz zur Neuregelung des Bremischen Krankenhausgesetzes mit Begründung und Synopse

Beschlussempfehlung:

Die Bürgerschaft (Landtag) beschließt den Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Bremischen Krankenhausgesetzes in 1. und 2. Lesung.

Anlage(n):

1. ANLAGEN_Krankenhausgesetz + Begründung + Synopsen

Gesetz zur Neuregelung des Bremischen Krankenhausgesetzes

Vom

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

Artikel 1 Bremisches Krankenhausgesetz (BremKrhG)

Abschnitt 1 Allgemeine Vorschriften

§ 1

Geltungsbereich

Dieses Gesetz gilt für alle Krankenhäuser im Land Bremen, die der voll- und teilstationären sowie ambulanten Versorgung der Bevölkerung dienen. Die Vorschriften des Dritten Abschnitts gelten nur für Krankenhäuser, die nach dem Zweiten Abschnitt in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind.

§ 2

Grundsatz

(1) Zweck des Gesetzes ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern im Land Bremen und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Die Qualität der Versorgung wird durch die Aufnahme in den Krankenhausplan, die finanzielle Förderung von Krankenhäusern sowie durch die Gewährleistung der Rechte von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Krankenhausbehandlung sichergestellt.

(2) Eine bedarfsgerechte Versorgung erfordert insbesondere die Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl von Krankenhäusern, welche die Grund- und Notfallversorgung sicherstellen; hiervon umfasst sind auch ausreichende intensivmedizinische Kapazitäten. Planbare Krankenhausleistungen sollen zeitnah zur Verfügung stehen.

(3) Dieses Gesetz soll außerdem das Zusammenwirken der Krankenhäuser untereinander, mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie den gesetzlichen Krankenversicherungen und anderen Kostenträgern fördern und damit zur Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens beitragen.

(4) Ziel des Gesetzes ist ferner die Gewährleistung der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Berufsgruppen, der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie von

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in enger Zusammenarbeit mit den hieran Beteiligten.

(5) Zur Erreichung der in den Absätzen 3 und 4 genannten Ziele sollen Krankenhäuser bei einer Zusammenarbeit untereinander oder mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens Kooperationsverträge schließen. Die Kooperationsverträge sollen insbesondere Art, Umfang und Ausgestaltung der Zusammenarbeit sowie die jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Beteiligten festlegen.

§ 3

Sicherstellung der Krankenhausversorgung

(1) Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes und der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven nach Maßgabe bundesrechtlicher Vorschriften sowie nach Maßgabe dieses Gesetzes. Bei der Durchführung dieses Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten, sofern die Qualität der erbrachten oder zu erwartenden Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist.

(2) Die zuständige Behörde stellt zur Verwirklichung der in § 2 Absatz 1 genannten Ziele einen Krankenhausplan und ein Investitionsprogramm nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf. Der Krankenhausplan und das Investitionsprogramm können standortbezogene Vorgaben enthalten.

(3) Krankenhausträger ist, wer ein Krankenhaus betreibt. Krankenhäuser können von geeigneten kommunalen, freigemeinnützigen oder privaten Trägern betrieben werden. 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) 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.

(5) 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.

(6) Die zuständige Behörde prüft auf Antrag, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlages gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1 und 5 des Krankenhausentgeltgesetzes erfüllt sind.

(7) Für Modellvorhaben nach den §§ 63 bis 65 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag eines Krankenhausträgers von den Regelungen dieses Gesetzes abgewichen werden.

§ 4

Zuständige Behörde

Die Senatorin oder der Senator für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ist die zuständige Behörde im Sinne dieses Gesetzes. Sie oder er ist zudem die für die Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der aufgrund dieser Gesetze erlassenen Rechtsverordnungen zuständige Behörde.

Abschnitt 2 Krankenhausplan

§ 5

Ziele und Inhalte des Krankenhausplans; Verordnungsermächtigung

(1) Die zuständige Behörde stellt für das Land Bremen einen Krankenhausplan nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf und schreibt ihn regelmäßig entsprechend der tatsächlichen Entwicklung fort. Der Krankenhausplan kann, soweit erforderlich, teilweise angepasst werden. Er ist in der jeweils aktuellen Fassung auf der Internetseite der zuständigen Behörde zu veröffentlichen. Der Krankenhausplan wird vom Senat der Freien Hansestadt Bremen beschlossen.

(2) Der Krankenhausplan weist die zur Erreichung seiner Ziele erforderlichen Krankenhäuser nach gegenwärtigem und zukünftigem Versorgungsauftrag aus. Die Versorgungsaufträge der bedarfsgerechten Krankenhäuser können beschrieben und festgesetzt werden nach

1. den vorzuhaltenden Leistungsgruppen, Leistungsbereichen, Fachgebieten oder weiteren speziellen Leistungsangeboten,
2. den voll- und teilstationären Behandlungskapazitäten (Planbetten, Behandlungsplätze),
3. Fallzahlen oder Planfallzahlen

oder mehreren der in den Nummern 1 bis 3 genannten Kriterien. Die Festsetzungen zu den Versorgungsaufträgen können inhaltlich und zeitlich beschränkt werden, soweit dies zur Erfüllung der Ziele des Krankenhausplans geboten ist. Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seiner Einzelfestsetzungen sowie im Falle von Auswahlentscheidungen zwischen mehreren bedarfsgerechten Krankenhäusern wird der verlässlichen Teilnahme eines Krankenhauses an der Notfallversorgung und der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten besonders Rechnung getragen. Der Krankenhausplan kann weitere Kriterien vorsehen, die bei der Planaufstellung und der Auswahl zwischen mehreren bedarfsgerechten Krankenhäusern im Rahmen von Auswahlentscheidungen besonders berücksichtigt werden sollen.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Land Bremen vereinbaren mit den Krankenhausträgern, unter Beteiligung der

Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen, auf der Grundlage des Krankenhausplans nach Absatz 2 für das jeweilige Krankenhaus einen Vorschlag für einen Versorgungsauftrag (Vereinbarungsvorschlag). In den Vereinbarungsvorschlägen für die Krankenhäuser erfolgt eine Konkretisierung des Versorgungsauftrages auf Grundlage der Kriterien nach Absatz 2. Die Vereinbarungsvorschläge haben zudem Regelungen über die Notfallversorgung, die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie weitere spezifische Versorgungsstrukturen zu enthalten. Die Vereinbarungsvorschläge unterstützen die Versorgungsentscheidung und bilden eine Grundlage für die Feststellungsbescheide der zuständigen Behörde, durch die der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses bestimmt wird.

(4) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, das Nähere zu den Inhalten des Krankenhausplans und zum Verfahren der Aufstellung durch Rechtsverordnung zu regeln.

§ 6

Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Ein Krankenhaus kann in den Krankenhausplan aufgenommen werden, wenn es bedarfsgerecht, leistungsfähig und wirtschaftlich im Sinne des § 1 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist.

(2) Der Krankenhausträger hat die Voraussetzungen nach Absatz 1 gegenüber der zuständigen Behörde nachzuweisen. Er ist verpflichtet, alle Änderungen in den Voraussetzungen zur Aufnahme in den Krankenhausplan nach Absatz 1, Abweichungen vom festgestellten Versorgungsauftrag nach Absatz 3 und einen beabsichtigten Trägerwechsel nach Absatz 7 der zuständigen Behörde unverzüglich mitzuteilen.

(3) Die Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan erfolgt auf Antrag des Krankenhausträgers durch schriftlichen oder elektronischen Bescheid nach § 8 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch die zuständige Behörde.

(4) Der Bescheid nach Absatz 3 enthält zur Bestimmung des Versorgungsauftrages mindestens

1. den Namen und den Standort oder die Standorte des Krankenhauses nach § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
3. die Struktur und den Umfang des dauerhaft vorzuhaltenden Versorgungsauftrages nach § 5 Absatz 2 und 3,
4. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
5. die Einstufung als Fachkrankenhaus gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie

6. nachrichtlich die vereinbarte Stufe des Systems von Notfallstrukturen gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(5) Der Bescheid kann Nebenbestimmungen enthalten, soweit dies im Rahmen der Verwirklichung der in § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder in § 2 genannten Ziele oder zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich ist. Dazu gehören Auflagen, die auch nachträglich aufgenommen, geändert oder ergänzt werden können. Die Nebenbestimmungen können auch die befristete Aufnahme eines Krankenhauses oder einzelner Bestandteile seines Versorgungsauftrages in den Krankenhausplan vorsehen. Für Krankenhäuser, die zum Teil oder ganz aus dem Krankenhausplan ausscheiden, kann ein bestimmter Zeitpunkt des Ausscheidens vorgesehen werden.

(6) Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist Voraussetzung für die Förderung nach Abschnitt 3. Ein Rechtsanspruch auf die Aufnahme in den Krankenhausplan besteht nicht.

(7) Wechselt die Trägerschaft eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses, so ist ein neuer Bescheid nach Absatz 3 erforderlich. Die hinreichend konkrete Absicht zum Wechsel in der Trägerschaft ist der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen; dies gilt auch für Veränderungen in der Trägerstruktur.

(8) Rechtsbehelfe gegen einen Feststellungsbescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

(9) Das Krankenhaus ist verpflichtet, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die Dauer der zu erbringenden ärztlichen, psychotherapeutischen und pflegerischen Leistungen bereitzustellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Ausbildungsberufen nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mitzuwirken. Hierzu hat das Krankenhaus auf die Einhaltung der Vorschriften der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Land Bremen in der jeweils geltenden Fassung zu achten und im Einvernehmen mit der zuständigen berufsvertretenden Kammer verbindliche Vorgaben für die Durchführung der Weiterbildung zu treffen. Zur Förderung dieser Aufgaben und zur Gewährleistung einer verlässlichen sowie digital unterstützten Durchführung der Weiterbildung soll das Krankenhaus mindestens eine Weiterbildungsbeauftragte oder einen Weiterbildungsbeauftragten bestellen. Die Krankenhäuser sollen Weiterbildungsverbünde gründen, soweit kein geltendes Recht dem entgegensteht.

§ 7

Mitwirkung der Beteiligten

(1) Mit den an der Krankenhausversorgung gemäß Absatz 2 und Absatz 3 Beteiligten ist bei der Durchführung dieses Gesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eng zusammenzuarbeiten.

(2) Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms hat die zuständige Behörde Einvernehmen mit den

unmittelbar Beteiligten anzustreben. Unmittelbar Beteiligte im Sinne dieses Gesetzes sind

1. die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen,
2. der Landesausschuss der privaten Krankenversicherung,
3. die Landeskrankenhausgesellschaft sowie
4. die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven.

Sie bilden einen Planungsausschuss unter der Geschäftsführung der zuständigen Behörde.

(3) Mittelbar Beteiligte im Sinne dieses Gesetzes sind

1. die Kassenärztliche Vereinigung,
2. die Ärztekammer Bremen und
3. die Psychotherapeutenkammer Bremen.

Soweit die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung oder die Einrichtung integrierter Notfallstrukturen betroffen sind, die ganz oder teilweise in den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen fallen, ist die Kassenärztliche Vereinigung Bremen einzubeziehen. Soweit die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen und ihre Anwendung im Rahmen dieses Gesetzes betroffen sind, ist die Ärztekammer Bremen einzubeziehen. Soweit die Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Land Bremen und ihre Anwendung im Rahmen dieses Gesetzes betroffen sind, ist die Psychotherapeutenkammer Bremen einzubeziehen. Im Übrigen sind die mittelbar Beteiligten nach Satz 1 in den sie unmittelbar betreffenden Fragen vom Planungsausschuss anzuhören.

(4) Weitere Beteiligte im Sinne dieses Gesetzes sind die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, der Marburger Bund, die Arbeitnehmerkammer Bremen und je eine von der staatlichen Deputation für Gesundheit, Pflege und Verbraucherschutz zu bestimmende Vertretung der Pflegeberufe und der Patientinnen und Patienten. Diese weiteren Beteiligten sind bei den sie unmittelbar betreffenden Fragen vom Planungsausschuss nach Absatz 2 Satz 3 anzuhören.

(5) Die zuständige Behörde beruft auf Vorschlag der staatlichen Deputation für Gesundheit, Pflege und Verbraucherschutz aus dem Kreis der Patientenführsprecherinnen und Patientenführsprecher oder aus dem Kreis der Vertreterinnen und Vertreter von Patientenberatungsstellen für die Dauer von vier Jahren eine Patientenvertreterin oder einen Patientenvertreter sowie eine Stellvertretung zum Mitglied des Planungsausschusses nach Absatz 2 Satz 3 mit beratender Stimme. Die Patientenvertreterin oder der Patientenvertreter ist ehrenamtlich tätig und nicht weisungsgebunden. Für notwendige Auslagen und für Zeitversäumnis ist der Patientenvertreterin oder dem Patientenvertreter von der zuständigen Behörde eine angemessene Entschädigung zu zahlen.

§ 8

Nichtaufnahme und Herausnahme aus dem Krankenhausplan

(1) Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise zurückgenommen werden, wenn die Voraussetzungen nach § 6 Absatz 1 für die Aufnahme in den Krankenhausplan zum Zeitpunkt des Bescheiderlasses nicht vorgelegen haben.

(2) Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen nach § 6 Absatz 1 für die Aufnahme in den Krankenhausplan nicht nur vorübergehend nicht mehr vorliegen, das Krankenhaus vom zugewiesenen Versorgungsauftrag nach § 6 Absatz 4 abweicht oder planwidrige Leistungen anbietet. Der teilweise Widerruf kann auch darin bestehen, dass einzelne Leistungen vom Versorgungsauftrag ausgenommen werden.

(3) Die Nichtaufnahme und die Herausnahme aus dem Krankenhausplan wird durch schriftlichen oder elektronischen Bescheid nach § 8 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch die zuständige Behörde festgestellt.

Abschnitt 3 Krankenhausförderung

§ 9

Allgemeine Förderungsbestimmungen; Verordnungsermächtigung

(1) Krankenhäuser und mit ihnen notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, 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 kann auch auf Antrag durch Bescheid der zuständigen Behörde als zuständige Förderbehörde erfolgen. Ein Rechtsanspruch auf Förderung entsteht erst mit der Bewilligung der Fördermittel.

(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 oder des Versorgungsauftrages nach § 6 Absatz 4 verwendet werden.

(3) Die Förderung wird grundsätzlich in Form von Zuschüssen pauschal durch feste jährliche Beträge für mittel-, lang- und kurzfristige Anlagegüter gewährt.

(4) Ein Krankenhaus kann eine Bürgschaft des Landes oder einer Stadtgemeinde beantragen. Hierüber wird unter Berücksichtigung des jeweiligen Bürgschafts-

rahmens und entsprechender Richtlinien der Senatorin oder des Senators für Finanzen entschieden.

(5) Krankenhäuser, die Fördermittel nach diesem Gesetz beantragen und erhalten, sind gegenüber der zuständigen Behörde zur Auskunft über alle Umstände verpflichtet, deren Kenntnis zur Feststellung der Förderungsvoraussetzungen notwendig ist. Ein Krankenhausträger kann die ihm bewilligten oder gewährten Fördermittel ganz oder teilweise an ein anderes Krankenhaus desselben oder eines anderen Krankenhausträgers innerhalb des Landes Bremen übertragen oder an einen anderen Krankenhausträger abtreten, wenn dadurch eine wirtschaftlichere oder bedarfsnotwendige Krankenhausinvestition realisiert werden kann und die Erfüllung der Versorgungsaufträge der beteiligten Krankenhäuser nicht gefährdet wird. Die Übertragung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung durch die zuständige Behörde.

(6) Erträge aus Vermietung und Verpachtung, Zinserträge aus noch nicht zweckentsprechend verwendeten Pauschalbeträgen sowie Erträge aus der Veräußerung geförderter Anlagegüter sind den Pauschalbeträgen nach Absatz 3 zuzuführen und entsprechend zu verwenden. Soweit ambulante Leistungen erbracht werden, sind deren Kosten zu erfassen und den Leistungspreisen Investitionskosten anteilig zuzurechnen. Das Krankenhaus hat die zuständige Behörde unaufgefordert jährlich über die Höhe der Zurechnung zu den Pauschalbeträgen zu unterrichten.

(7) Die Mitnutzung von geförderten Anlagegütern durch Dritte oder durch Krankenhäuser außerhalb der Zweckbestimmung ist zulässig, wenn investive Anteile der erzielten oder erzielbaren Einnahmen aus der Mitnutzung den Pauschalbeträgen nach Absatz 3 zugerechnet und entsprechend verwendet werden.

(8) Die Fördermittel sind bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf einem eigens für Fördermittel eingerichteten Bankkonto zinsgünstig anzulegen. Die Kontobezeichnung ist so zu wählen, dass eine eindeutige Zuordnung als Fördermittel für Dritte erkennbar ist. Zinserträge, Erträge aus Veräußerung und Versicherungsleistungen sind dem jeweiligen Bankkonto zuzuführen. Eine Vermischung der Fördermittel auf den jeweiligen Bankkonten mit dem übrigen Vermögen des Krankenhauses ist unzulässig. Im Falle einer Insolvenz des Krankenhausträgers unterliegen die Fördermittel auf den jeweiligen Bankkonten grundsätzlich der Aussonderung.

(9) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, das Nähere

1. zum Verfahren nach Absatz 1 und zur Mitnutzung nach Absatz 7,
2. zur Prüfung sowie zum Antrag und zur Anzeige von Investitionsprojekten in das Investitionsprogramm nach § 10 Absatz 2,
3. zur Höhe, den Zahlungsmodalitäten und der Bemessungsgrundlage der jährlichen Pauschalbeträge im Sinne des § 11 Absatz 2,
4. zu Einzelförderungen von Investitionen gemäß § 12, insbesondere zur Höhe und den Zahlungsmodalitäten,
5. zum Antragsverfahren, insbesondere zur Höhe und den Zahlungsmodalitäten der Investitionsförderung von Ausbildungsstätten nach § 13,

6. zum Verfahren, der Höhe und den Zahlungsmodalitäten von Zuschlägen gemäß § 14,
7. zum Verwendungsnachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel mit dem Testat eines Wirtschaftsprüfers nach § 19 Absatz 1 und
8. zum Verfahren und der Förderhöhe bei Modellvorhaben nach § 20

durch Rechtsverordnung zu regeln.

§ 10

Investitionsprogramm

(1) Die zuständige Behörde stellt im Rahmen der Haushaltsplanung ein Investitionsprogramm nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf.

(2) Die Krankenhäuser beantragen jährlich bei der zuständigen Behörde für ihre geplanten Investitionsprojekte die Aufnahme in das Investitionsprogramm, soweit sich aus der Rechtsverordnung nach § 9 Absatz 9 nichts anderes ergibt. Die Bedarfsnotwendigkeit, die Wirtschaftlichkeit und die geschätzten Kosten der Maßnahme sind vom Krankenhaus darzulegen. Die zuständige Behörde prüft die grundsätzliche Förderfähigkeit der Investitionsprojekte, für die eine Aufnahme in das Investitionsprogramm beantragt wurde und stellt die Förderfähigkeit durch Aufnahme in das Investitionsprogramm fest.

§ 11

Pauschale Investitionsförderung

(1) Die zuständige Behörde fördert

1. Investitionskosten im Sinne des § 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und
2. den Investitionskosten gleichstehende Kosten im Sinne des § 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel wirtschaften kann.

(2) Die jährlichen Pauschalbeträge nach Absatz 1 bemessen sich nach den erbrachten Leistungen des jeweiligen Krankenhauses.

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

(4) Nicht verausgabte Investitionsmittel können auf nachfolgende Kalenderjahre übertragen werden. Das Krankenhaus meldet der zuständigen Behörde jeweils bis

zum 31. Januar den vorhandenen Bestand noch nicht verwendeter Fördermittel zum 31. Dezember des Vorjahres.

(5) Von den Pauschalbeträgen nach Absatz 2 werden Mietförderungen an ein Krankenhaus aufgrund eines zu diesem Zeitpunkt bestandskräftigen Förderbescheides abgezogen, höchstens jedoch bis zur Höhe der Pauschalbeträge.

§ 12

Einzelförderung von Investitionen

(1) Über die Pauschalförderung hinaus können Investitionsmaßnahmen nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 einzeln gefördert werden, wenn und soweit das Investitionsprogramm entsprechende Förderschwerpunkte ausweist und das Vorhaben die dort aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. Eine Förderung der Maßnahme kann nur erfolgen, wenn die Gesamtfinanzierung der Maßnahme gesichert ist. Förderfähig sind nur die entstehenden und nachzuweisenden Kosten der bewilligten Investition, die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigt und für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus notwendig sind.

(2) Die Einzelförderung nach Absatz 1 wird auf Antrag bewilligt. Investitionen müssen in das Investitionsprogramm des Landes aufgenommen sein. Die Förderung von Investitionen kann nur im Rahmen der hierfür bereitstehenden Haushaltsmittel bewilligt werden. Ein Rechtsanspruch auf Förderung entsteht erst mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel. Eine Förderung ist ausgeschlossen, wenn vor Bewilligung der Förderung bereits mit der Maßnahme begonnen worden ist. Im Einzelfall können Ausnahmen zugelassen werden.

(3) Die Förderung erfolgt durch einen Festbetrag. Das Nähere ist im Bewilligungsbescheid festzulegen. Insbesondere kann im Förderbescheid festgelegt werden, ob und wenn ja, in welchem Umfang die Einzelförderung in einem der Folgejahre auf die Pauschalförderung des einzelnen Krankenhauses angerechnet wird.

§ 13

Investitionsförderung von Ausbildungsstätten

Ausbildungsstätten im Sinne des § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden gefördert, soweit und solange sie in dem Bescheid nach § 6 Absatz 3 ausgewiesen sind. Hiervon umfasst sind auch Mietförderungen für den Betrieb von Ausbildungsstätten. Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten entsprechend. Grundlage der Förderung ist die Zahl der Ausbildungsplätze, die im Bescheid nach § 6 Absatz 3 ausgewiesen ist oder, sofern diese nicht ausgewiesen wird, die Zahl der tatsächlich betriebenen Ausbildungsplätze.

§ 14

Zuschlag

(1) Für pauschal geförderte Investitionskosten oder Kosten nach § 9 Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes kann auf Antrag im Einzelfall zusätzlich ein Zuschlag gewährt werden, wenn dies zur Abwehr einer Betriebsgefährdung eines Krankenhauses und zur Sicherstellung der bedarfsgerechten stationären Versorgung erforderlich ist. Der Zuschlag muss wirtschaftlich vertretbar sein und wird als Festbetrag gewährt. Das Krankenhaus hat die zur Beurteilung erforderlichen Angaben zu machen.

(2) Eine Betriebsgefährdung im Sinne des Absatz 1 Satz 1 liegt nur vor, wenn die genannten Kosten nicht in zumutbarer Weise aus Rücklagen oder dem Vermögen des Krankenhauses finanziert werden können und deshalb eine schwerwiegende Beeinträchtigung einer ausreichenden stationären Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses absehbar ist.

(3) Beabsichtigt das Krankenhaus eine Förderung nach Absatz 1 in Verbindung mit einer Investition nach den §§ 11 und 12 zu beantragen, so soll es die zuständige Behörde bereits bei der Antragstellung nach den §§ 11 und 12 über diese Absicht unterrichten.

(4) Nicht verwendete, nicht zweckgemäß verwendete oder ohne einschlägigen Verwendungsnachweis verausgabte Fördermittel sind einschließlich der Zinserträge zurückzuzahlen.

§ 15

Ausgleich für Eigenmittel

(1) Einem Krankenhaus, das vollständig oder teilweise aus dem Krankenhausplan ausscheidet, wird auf Antrag ein Ausgleich für Eigenmittel gewährt, soweit

1. diese vor Beginn der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zur Finanzierung von der Abnutzung unterliegenden förderfähigen Anlagegütern eingesetzt wurden und
2. die gewöhnliche Nutzungsdauer der förderfähigen Anlagegüter zu Beginn der Förderung noch nicht abgelaufen war.

Eigenmittel im Sinne von Satz 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers.

(2) Die Höhe des Ausgleichsanspruchs nach Absatz 1 Satz 1 ist anhand der während der Zeit der Förderung erfolgten Abnutzung der förderfähigen Anlagegüter zu bemessen. 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 nachzuweisen.

§ 16

Ausgleichszahlung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben

(1) Krankenhäuser, die aus Gründen des fehlenden Bedarfs im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde aus dem Krankenhausplan ausscheiden, können auf Antrag Ausgleichszahlungen erhalten, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern, sofern keine anderweitigen Fördermöglichkeiten in Betracht kommen.

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

§ 17

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 einen Ausgleich von Eigenmitteln nach § 15 kann außerdem Nebenbestimmungen enthalten, die Näheres zur Umstellung oder Einstellung des Betriebes festlegen.

(2) Die zuständige Behörde 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.

§ 18

Widerruf von Bescheiden, Erstattung und Verzinsung

(1) Bewilligungsbescheide nach den §§ 11 bis 16 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 wird. Eine nicht zweckentsprechende Verwendung liegt auch dann vor, wenn nach der Gewährung von Fördermitteln nach § 16 die Umstellung auf andere Aufgaben oder die Einstellung des Krankenhausbetriebes nicht erfolgt. Im Übrigen gilt § 1 Absatz 1 Satz 1 des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes in Verbindung mit § 49 des Verwaltungsverfahrensgesetzes.

(2) Die Rückerstattung von Fördermitteln und die Verzinsung des Erstattungsanspruchs erfolgen nach § 1 Absatz 1 Satz 1 des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes in Verbindung mit § 49a des Verwaltungsverfahrensgesetzes. Von einer Rückerstattung kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus oder einzelne Leistungsgruppen, Leistungsbereiche oder Fachgebiete im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde aus dem Krankenhausplan ausscheiden. Dies gilt insbesondere bei einer Förderung mit Mitteln aus dem Strukturfonds nach §§ 12 und 12a sowie aus dem Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(3) Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter beschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel auf den Restbuchwert der jeweils geförderten Anlagegüter. Werden Anlagegüter bei einer Verlagerung von Leistungsgruppen, Leistungsbereichen und Fachgebieten sowie besonderen Versorgungsangeboten am neuen Standort weiterverwendet, kann die Verpflichtung zur Erstattung auf Antrag aufgehoben werden. 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.

§ 19

Verwendungsnachweis

(1) Die geförderten Krankenhäuser haben der zuständigen Behörde jährlich einen Verwendungsnachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel mit dem Testat eines Wirtschaftsprüfers vorzulegen.

(2) Die zuständige Behörde 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.

(3) Soweit es die Überprüfung erfordert, sind die Prüfungsberechtigten nach Absatz 2 zu den üblichen Geschäftszeiten 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 Betreten von Zimmern von Patientinnen und Patienten ist von der Befugnis nach Satz 1 ausgenommen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes wird insoweit eingeschränkt.

§ 20

Investitionsförderung bei Modellvorhaben; Verordnungsermächtigung

Erhält ein Krankenhaus durch die Teilnahme an einem von der zuständigen Behörde genehmigten Modellvorhaben eine geringere Investitionsförderung, so kann die zuständige Behörde auf Antrag eine Ausgleichszahlung bewilligen. Im Übrigen wird die zuständige Behörde ermächtigt, durch Rechtsverordnung Näheres zum Verfahren und der Förderhöhe bei Modellvorhaben zu regeln.

Abschnitt 4

Notfallversorgung und Großschadensereignisse

§ 21

Notfallversorgung

(1) Die Teilnahme an der Notfallversorgung der Krankenhäuser richtet sich nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(2) Die Träger von Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, haben sicherzustellen, dass diese in der Lage sind, Notfallleistungen entsprechend ihrer Notfallversorgungsstufe im Sinne des Absatzes 1 zu erbringen.

(3) Die Behandlung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten hat Vorrang vor nicht dringend medizinisch notwendigen Behandlungen und Eingriffen. Eine klinische Erstversorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten hat der Krankenhausträger bei Gefahr für Leib und Leben stets zu gewährleisten.

(4) Die Zuweisung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten durch den Rettungsdienst erfolgt unter Nutzung eines von der zuständigen Behörde festgelegten digitalisierten Verfahrens im Rahmen der jeweiligen Versorgungsaufträge. Der Krankenhausträger ist verpflichtet, dauerhaft das Verfahren nach Satz 1 für die Erfüllung seiner Verpflichtung nach § 2 Absatz 5 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes zu nutzen. Hierbei ist die ordnungsgemäße Nutzung des Verfahrens nach Satz 1 unter Zugrundelegung der tatsächlichen Auslastung der notfallmedizinischen Versorgung des jeweiligen Krankenhauses sicherzustellen. Die zuständige Behörde kann die ordnungsgemäße Nutzung nach Satz 2 prüfen und dies zum Gegenstand der Krankenhausplanung nach § 5 Absatz 2 machen.

§ 22

Großschadensereignisse und außergewöhnliche Situationen; Verordnungsermächtigung

(1) Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, an der Bewältigung von Großschadensereignissen mitzuwirken. Die zuständige Behörde wird ermächtigt, im Einvernehmen

mit der Senatorin oder dem Senator für Inneres und Sport 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 unter Berücksichtigung des § 29 Absatz 2 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes durch Rechtsverordnung zu regeln. Satz 2 gilt für die Zusammenarbeit mit der Landesopferbeauftragten oder dem Landesopferbeauftragten entsprechend, wobei das Einvernehmen mit der Senatorin oder dem Senator für Justiz und Verfassung herzustellen ist.

(2) Im Falle einer außergewöhnlichen Situation, die geeignet ist, die Gesundheitsversorgung im Land Bremen oder in Teilbereichen nicht unwesentlich zu gefährden, kann die zuständige Behörde einem Krankenhausträger schriftlich genehmigen, von einzelnen Vorgaben dieses Gesetzes abzuweichen. Zeitraum und Umfang einer Ausnahmegenehmigung sind in einem Bescheid zu bestimmen.

(3) Jedes Krankenhaus ist zur Aufstellung und Fortschreibung von Krankenhausalarm- und Einsatzplänen (KAEP) nach den Vorgaben des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe verpflichtet.

(4) Jedes Krankenhaus hat regelmäßig Übungen zur Überprüfung der Alarm- und Einsatzpläne in eigener Verantwortung durchzuführen.

(5) Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, auf Anweisung der zuständigen Behörde an Übungen, zum Beispiel bei Massenanfällen Verletzter (MANV-Übungen) teilzunehmen.

(6) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, das Nähere zum Verfahren und zur Kostentragung der durchzuführenden Übungen zur Überprüfung der Alarm- und Einsatzpläne durch Rechtsverordnung zu regeln.

§ 23

Meldepflichten

Die Träger der nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäuser haben auf Anforderung der zuständigen Behörde, soweit dies vor allem für Zwecke des Katastrophenschutzes, des Zivilschutzes, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere des Infektionsschutzes, oder für andere Zwecke der Gefahrenabwehr erforderlich ist, jeweils die aktuellen Behandlungskapazitäten, die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit und ohne maschineller Beatmungsmöglichkeit sowie weitere Belegungs- und Strukturdaten des Krankenhauses zu melden. Die zuständige Behörde legt mit der Anforderung jeweils Inhalt, Zeitpunkt, Umfang und Dauer der Meldepflicht nach Satz 1 sowie das dafür anzuwendende Meldeverfahren fest und bestimmt die Stelle, an die die Meldung zu richten ist.

Abschnitt 5

Rechte, Schutz und Sicherheit von Patientinnen und Patienten

§ 24

Bedarfsgerechte Pflege, Betreuung und Behandlung, Diskriminierungsschutz; Verordnungsermächtigung

(1) Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses sind an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nach Schonung, Ruhe und einer aktivierenden Genesung anzupassen und angemessen zu gestalten. Die besonderen Bedarfe von Kindern, alten und sterbenden Patientinnen und Patienten sind ebenso zu berücksichtigen, wie die speziellen Bedarfe von Patientinnen und Patienten aufgrund einer Behinderung, Demenz oder anderer Faktoren.

(2) Der Krankenhausträger hat erforderliche Unterstützungsleistungen zu koordinieren. Dies betrifft insbesondere Unterstützungsleistungen aufgrund einer Behinderung oder Problemen in der sprachlichen Verständigung.

(3) 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. Das Krankenhaus unterstützt in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger die schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

(4) Niemand darf in seiner medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie Unterbringung im Krankenhaus aufgrund von Nationalität, Glauben, politischer Einstellung, Hautfarbe, Alter, Geschlecht einschließlich Geschlechtsidentität, sexueller und romantischer Orientierung, körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen oder der sozialen Stellung benachteiligt werden.

(5) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, Näheres zu Art und Umfang der Unterstützungsleistungen von Krankenhausträgern durch Rechtsverordnung zu regeln.

§ 25

Einhaltung der Hygienegrundsätze; Verordnungsermächtigung

(1) Die Krankenhäuser haben entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft die erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen im Krankenhaus zu treffen. Soweit entsprechende Richtlinien und Empfehlungen der Kommission für Krankenhaus-hygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der Kommission Antinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beim Robert-Koch-Institut vorliegen, wird der Stand der medizinischen Wissenschaft auf dem Gebiet der Hygiene eingehalten, wenn die jeweils geltenden Fassungen beachtet werden.

(2) Die Krankenhäuser haben die Aufzeichnung gemäß § 23 Absatz 4 des Infektionsschutzgesetzes über das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen sowie Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs jährlich an das Robert Koch-Institut (RKI) zu übermitteln.

(3) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung Vorschriften zur Einhaltung der Hygienegrundsätze zu erlassen, insbesondere

1. Maßnahmen zur Erfassung und Bekämpfung von Infektionen im Krankenhaus,
2. Bildung und Zusammensetzung einer Hygienekommission, sowie deren Aufgaben, wie die Erstellung von Berichten über besondere Vorkommnisse im Bereich des Infektionsschutzes im Krankenhaus,
3. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachpersonal,
4. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb von Krankenhäusern und
5. Mindeststandards für die Bekämpfung insbesondere Antibiotika resistenter Keime.

§ 26

Fehlermeldesystem

(1) In jedem Krankenhaus ist ein Fehlermeldesystem einzuführen. Dieses muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einfach zugänglich sein. Das Fehlermeldesystem muss gewährleisten, dass Meldungen anonym erfolgen können. Den Personen, die eine Meldung abgeben, dürfen daraus keine Nachteile entstehen.

(2) Das Krankenhaus hat die Meldungen mit dem Ziel einer fortlaufenden Verbesserung der Patientenversorgung auszuwerten. Meldungen, die auf eine besondere Gefährdung der Patientensicherheit schließen lassen, hat das Krankenhaus der zuständigen Behörde unverzüglich mitzuteilen. Auf Verlangen hat das Krankenhaus zur Aufklärung des Sachverhaltes ergänzende Angaben zu machen.

§ 27

Konferenzen

(1) In jedem Krankenhaus sind regelmäßig Konferenzen durchzuführen, um Entwicklungen in der Patientenversorgung zu beobachten und Risiken frühzeitig zu erkennen (Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen).

(2) Gegenstand der Konferenzen sollen insbesondere sein

1. die Erörterung von Todesfällen und besonderen Krankheitsverläufen sowie
2. die Bewertung der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken des Krankenhauses mit dem Ziel einer fortlaufenden Verbesserung der Patientenversorgung.

(3) Auf Verlangen sind die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken des Krankenhauses der zuständigen Behörde vorzulegen.

§ 28

Umgang mit dem Verdacht des Vorliegens von Straftaten

(1) Erlangt ein Krankenhaus Kenntnis darüber, dass gegen im Krankenhaus eingesetztes medizinisches oder therapeutisches Personal ein Strafverfahren wegen des Verdachts einer Straftat eingeleitet wurde, die Zweifel an der beruflichen Zuverlässigkeit oder Eignung begründen kann, hat es die zuständige Behörde unverzüglich zu unterrichten, soweit dies zur Prüfung berufsrechtlicher, approbationsrechtlicher oder sonstiger aufsichtsrechtlicher Maßnahmen erforderlich ist.

(2) Das Krankenhaus hat ein verbindliches Schutz- und Handlungskonzept für den Umgang mit dem Verdacht oder dem Vorliegen von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung vorzuhalten und bei Bedarf weiterzuentwickeln. Das Konzept soll mit der zuständigen Behörde abgestimmt werden.

(3) § 31 Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 29

Sozialer Dienst

Der Krankenhausträger hat in seinem Krankenhaus einen sozialen Dienst und seelsorgerische Betreuung sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. Dieser hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, in sozialen Fragen zu beraten sowie bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch und von Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch zu unterstützen. Zu den Aufgaben nach Satz 2 gehört auch die Vermittlung von Hilfen, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, insbesondere im Bereich der häuslichen Krankenpflege.

§ 30

Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher; Verordnungsermächtigung

(1) Für jedes Krankenhaus beruft die zuständige Behörde im Benehmen mit dem jeweiligen Krankenhausträger nach erfolgter Ausschreibung für die Dauer von vier Jahren mindestens eine Patientenfürsprecherin oder einen Patientenfürsprecher und deren Stellvertretung. Bedienstete des Krankenhausträgers werden nicht berufen. Die zuständige Behörde berichtet der staatlichen Deputation für Gesundheit, Pflege und Verbraucherschutz jährlich über die Ausstattung der Krankenhäuser mit Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher sowie über die Einhaltung der Vorgaben aus der Rechtsverordnung nach Absatz 3.

(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 Deputation für Gesundheit, Pflege und Verbraucherschutz jährlich einen gemeinsamen Erfahrungsbericht vor. Sie können sich mit Einverständnis der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten jederzeit unmittelbar an den Krankenhausträger und die zuständige Behörde 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. Das Nähere zu einheitlichen Rahmenbedingungen regelt die zuständige Behörde durch Rechtsverordnung mit dem Ziel, Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher wie auch ihre Stellvertretungen in die Lage zu versetzen, ihr Amt unabhängig und mit angemessener Ausstattung wahrzunehmen.

Abschnitt 6 Rechtsaufsicht

§ 31

Rechtsaufsicht

(1) Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sowie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegen der Rechtsaufsicht. Psychiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen unterliegen zudem der besonderen Fachaufsicht gemäß § 48 Absatz 1 Satz 3 des Bremischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten.

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für die in Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden Vorschriften. Die Vorschriften über die Aufsicht über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

(3) Die in Absatz 1 genannten Einrichtungen sind verpflichtet, der 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 jederzeit zu gestatten. Das Betreten von Zimmern von Patientinnen und Patienten ist von der Befugnis nach Satz 1 ausgenommen. 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 zuständige Behörde.

§ 32

Maßnahmen der Rechtsaufsicht

(1) Die Aufsichtsbehörde kann jederzeit von den Krankenhäusern Auskunft über deren Angelegenheiten verlangen, wenn konkrete Anhaltspunkte für ein rechtswidriges Verhalten der Krankenhäuser vorliegen. § 31 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.

Abschnitt 7 Datenschutz

§ 33

Anwendungsbereich

(1) Die datenschutzrechtlichen Vorschriften dieses Gesetzes finden keine Anwendung, soweit das Recht der Europäischen Union, im Besonderen die Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2; L 74 vom 4.3.2021, S. 35) in der jeweils geltenden Fassung, unmittelbar gilt. Ergänzend zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen dieses Gesetzes finden die Vorschriften des Bremischen Ausführungsgesetzes zur EU-Datenschutz-Grundverordnung Anwendung.

(2) Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten nicht für Krankenhäuser oder Teile eines Krankenhauses, deren Träger der Bund ist oder die dem Straf- und Maßregelvollzug dienen.

(3) Bei Krankenhäusern, die von kirchlichen oder religiösen Vereinigungen oder Gemeinschaften oder diesen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden, gelten die Vorschriften dieses Abschnitts nur soweit die kirchlichen oder religiösen Vereinigungen oder Gemeinschaften keinen Regeln unterliegen, die den Anforderungen des Artikels 91 der Verordnung (EU) 2016/679 genügen.

§ 34

Patientendaten

(1) Patientendaten sind alle personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten des Krankenhauses. Als Patientendaten gelten auch personenbezogene Daten von verstorbenen Patientinnen und Patienten, Angehörigen oder anderen Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten sowie sonstiger Dritter, die dem Krankenhaus im Zusammenhang mit der Behandlung der Patientin oder des Patienten bekannt werden. Patientendaten in diesem Sinne sind auch Daten, die im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung stehen, die das Krankenhaus im Rahmen einer Ambulanz oder einer institutionellen Ermächtigung erbringt.

(2) Für die Verarbeitung von Patientendaten ist das Krankenhaus, in welchem die Daten verarbeitet werden, Verantwortlicher im Sinne von Artikel 4 Nummer 7 der Verordnung (EU) 2016/679.

§ 35

Verarbeitung von Patientendaten

(1) Die Verarbeitung von Patientendaten ist zulässig, wenn dies durch Rechtsvorschrift zugelassen ist, die betroffene Person eingewilligt hat oder soweit dies erforderlich ist zur

1. Erfüllung des mit oder für eine Patientin oder einen Patienten abgeschlossenen Behandlungsvertrages, einschließlich der erforderlichen Dokumentation über die Versorgung,
2. Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen,
3. Aus-, Fort- oder Weiterbildung eines Heilberufs oder Gesundheitsfachberufs im Krankenhaus,
4. Qualitätssicherung der Behandlung im Krankenhaus und zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen oder
5. verwaltungsmäßigen Abwicklung des Behandlungsverhältnisses, insbesondere zur Abrechnung der erbrachten Leistungen, einschließlich belegärztlicher und wahlärztlicher Leistungen.

Vor der Verarbeitung soll geprüft werden, ob der Zweck auch mit pseudonymisierten oder anonymisierten Daten erreicht werden kann; dies gilt insbesondere in den Fällen des Satzes 1 Nummer 3 und 4. Für Satz 1 Nummer 3 gilt darüber hinaus die Voraussetzung, dass der Datenverarbeitung im Einzelfall überwiegende Interessen der betroffenen Person nicht entgegenstehen dürfen.

(2) Die in dem Krankenhaus tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dürfen Patientendaten nur einsehen und verarbeiten, soweit dies für die rechtmäßige Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben erforderlich ist.

Verarbeitung von Patientendaten zu Forschungszwecken

(1) Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte dürfen Patientendaten, die innerhalb ihrer Fachabteilung verarbeitet worden sind, für eigene wissenschaftliche Forschungsvorhaben verwenden, wenn die Patientin oder der Patient hinreichend aufgeklärt wurde und in die Datenverarbeitung für ein bestimmtes Forschungsprojekt schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Eine Einwilligung ist nicht erforderlich, wenn

1. im Rahmen der Krankenhausbehandlung erhobene und gespeicherte Patientendaten vor ihrer weiteren Verarbeitung anonymisiert werden,
2. die Einholung der Einwilligung der Patientin oder des Patienten unzumutbar ist, der Forschungszweck auf andere Weise nicht erreicht werden kann und schutzwürdige Interessen der Patientin oder des Patienten nicht betroffen sind oder
3. das berechtigte Interesse der Allgemeinheit an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Geheimhaltungsinteresse der Patientin oder des Patienten erheblich überwiegt.

Die Sätze 1 und 2 gelten für sonstiges wissenschaftliches Personal der Einrichtung, das einer strafrechtlich sanktionierten Schweigepflicht unterliegt, entsprechend.

(2) Zu Zwecken eines bestimmten wissenschaftlichen Forschungsvorhabens ist die Übermittlung von Patientendaten an Dritte zulässig, soweit die Patientin oder der Patient schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Der Einwilligung der Patientin oder des Patienten bedarf es nicht, wenn es nicht zumutbar ist, die Einwilligung einzuholen, und der Zweck eines bestimmten Forschungsvorhabens nicht auf andere Weise erfüllt werden kann. Im Fall des Satzes 2 bedarf die Übermittlung der Patientendaten der Zustimmung der zuständigen Behörde; die Zustimmung darf nur erteilt werden, wenn das berechtigte Interesse der Allgemeinheit an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Geheimhaltungsinteresse der Patientin oder des Patienten erheblich überwiegt.

(3) Die Veröffentlichung von Patientendaten durch wissenschaftliche Forschung betreibende Stellen ist zulässig, soweit

1. die Patientin oder der Patient oder die betroffene Person eingewilligt hat oder
2. dies für die Darstellung von Forschungsergebnissen über Ereignisse der Zeitgeschichte unerlässlich ist.

(4) Die Verarbeitung von Patientendaten und die Auswahl und Gestaltung von Datenverarbeitungssystemen im Krankenhaus muss an den Grundsätzen der Datenminimierung ausgerichtet sein. Die Patientendaten sind zu anonymisieren, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist. Bis dahin sind die Merkmale gesondert zu speichern, mit denen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren Person zugeordnet werden können. Sie dürfen mit den Einzelangaben nur zusammengeführt werden, soweit der

Forschungszweck dies erfordert. Die Merkmale sind zu löschen, sobald der Forschungszweck erreicht ist und die Merkmale für den Zweck einer notwendigen internen Wissenschaftskontrolle nicht mehr benötigt werden. Die Datenübermittlung an Dritte setzt voraus, dass diese sich verpflichten, die Daten nicht für andere Zwecke zu verarbeiten und die Vorgaben nach den Sätzen 2 bis 5 sowie nach Absatz 3 zu erfüllen.

§ 37

Übermittlung von Patientendaten an Dritte

(1) Wenn kein Fall des § 36 Absatz 4 Satz 6 vorliegt, ist die Übermittlung von Patientendaten an Dritte zulässig, soweit dies erforderlich ist,

1. zur Durchführung der Mit-, Weiter- und Nachbehandlung und die Patientin oder der Patient der Übermittlung zugestimmt hat oder der mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten nicht entgegensteht,
2. zur Gewährleistung einer nahtlosen ambulanten und stationären Behandlung der Patientin oder des Patienten nach § 115 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. zur Unterrichtung der einen Krankentransport durchführenden und legitimierten Person, soweit dieses für die Patientensicherheit erforderlich ist und die Patientin oder der Patient der Übermittlung zugestimmt hat oder der mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten nicht entgegensteht,
4. im Versorgungsinteresse der Patientin oder des Patienten an das Krankenhaus, die Rehabilitationseinrichtung oder die Pflegeeinrichtung, in die die Patientin oder der Patient verlegt wird, sofern die Patientin oder der Patient in die Übermittlung eingewilligt hat oder ihr oder sein mutmaßlicher Wille der Übermittlung nicht entgegensteht,
5. zur Einleitung einer sozialen oder psychosozialen Betreuung der Patientin oder des Patienten, soweit eine Einwilligung wegen offenkundiger Hilflosigkeit oder mangelnder Einsichtsfähigkeit bei ansonsten bestehender Geschäftsfähigkeit nicht eingeholt werden kann und der mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten nicht entgegensteht,
6. zum Zweck der Rechnungsprüfung durch den Krankenhausträger, einer von ihm beauftragten Wirtschaftsprüferin oder eines von ihm beauftragten Wirtschaftsprüfers oder den Landesrechnungshof und zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch Beauftragte im Rahmen des § 113 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch und der gesetzlich vorgeschriebenen Rechnungsprüfung durch den Rechnungshof,
7. zur Wahrnehmung der Rechtsaufsicht über die Krankenhäuser nach § 31,
8. zur Qualitätssicherung der medizinisch-pflegerischen Versorgung oder im Rahmen von Akkreditierungen und Zertifizierungen,

9. zur Kontrolle der Qualität der Erbringung der Leistungen im Rettungsdienst an die ärztliche Leiterin Rettungsdienst oder den ärztlichen Leiter Rettungsdienst nach Maßgabe des § 84 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes oder
10. zur Erfüllung einer gesetzlichen Mitteilungspflicht.

(2) Stellen oder Personen, denen nach diesem Gesetz personenbezogene Daten übermittelt worden sind, dürfen diese nur zu dem Zweck verwenden, zu dem die Übermittlung erfolgt ist. Im Übrigen haben sie diese Daten unbeschadet sonstiger Datenschutzbestimmungen in demselben Umfang geheim zu halten, wie das Fachpersonal, das die Daten im Krankenhaus verarbeitet.

(3) Darüber hinaus ist eine Übermittlung nur aufgrund einer Einwilligung der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten zulässig.

§ 38

Datenverarbeitung im Auftrag

(1) Das verantwortliche Krankenhaus nach § 34 Absatz 2 darf die Verarbeitung von Patientendaten einem Auftragsverarbeiter übertragen, wenn

1. Störungen im Betriebsablauf insbesondere in der Patientenversorgung sonst nicht vermieden werden können,
2. die Datenverarbeitung dadurch erheblich kostengünstiger gestaltet werden kann,
3. die Datenverarbeitung vom Krankenhaus nicht oder nur mit einem großen Aufwand geleistet werden könnte, oder
4. Patientenakten oder ähnliche Unterlagen in Papierform einzuscannen und zu digitalisieren sind.

Dem Auftragnehmer dürfen Patientendaten nur insoweit offenbart werden, als dies für die Auftragserfüllung erforderlich ist. Soweit dies für den Auftragszweck ausreichend ist, sind dem Auftragsverarbeiter anonymisierte Daten zur Verfügung zu stellen; ist eine Anonymisierung nicht möglich, sind die Daten zu pseudonymisieren.

(2) Der Auftragsverarbeiter hat die Datenschutzbestimmungen dieses Gesetzes und die nach § 203 des Strafgesetzbuches geltende Schweigepflicht einzuhalten. Die Ausgestaltung der Datenverarbeitung durch den Auftragsverarbeiter regelt Artikel 28 der Verordnung (EU) 2016/679.

§ 39

Betriebsaufgabe

(1) Der Krankenhausträger hat durch angemessene Maßnahmen sicherzustellen, dass im Falle einer Betriebsaufgabe die Patientendaten entsprechend ihrer Aufbewahrungsdauer nach Maßgabe dieses Abschnitts verarbeitet werden. Maßnahmen

im Sinne von Satz 1 sind insbesondere Maßnahmen der Datensicherheit, die einen Zugang zu, einen Zugriff auf und eine Offenlegung von Patientendaten durch oder gegenüber unbefugten Personen verhindern.

(2) Es ist sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten für die Dauer der Aufbewahrung ihrer Patientendaten auf Verlangen in gleicher Weise wie bisher beim Krankenhaus Einsicht erhalten und ihre Rechte nach der Verordnung (EU) 2016/679 nicht beeinträchtigt werden.

§ 40

Löschung und Einschränkung der Verarbeitung

(1) Ist eine Speicherung der Patientendaten für die Zwecke, für die sie rechtmäßig verarbeitet werden, nicht mehr erforderlich, tritt an die Stelle der Löschung eine Einschränkung der Verarbeitung im Sinne von Artikel 18 der Verordnung (EU) 2016/679, soweit und solange

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

(2) Wurde die Verarbeitung eingeschränkt, sind diese Patientendaten gesondert zu speichern. Soweit dies nicht möglich ist, sind die Patientendaten mit einem Sperrvermerk zu versehen. Neben den in Artikel 18 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2016/679 aufgeführten Fällen, ist eine Verarbeitung der Patientendaten auch dann zulässig, wenn die Verarbeitung

1. für die Durchführung einer Behandlung, mit der die frühere Behandlung in einem medizinischen Sachzusammenhang steht, erforderlich ist oder
2. zur Erfüllung der Zwecke aus § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis Nummer 5 und § 37 erforderlich ist.

(3) Soweit die Patientendaten in automatisierten Verfahren mit der Möglichkeit des Direktabrufs gespeichert werden, ist die Möglichkeit des Direktabrufs zu sperren, nachdem die Behandlung und die erforderlichen Dokumentationen und die damit zusammenhängenden Zahlungsvorgänge abgeschlossen sowie der Behandlungsbericht durch das Krankenhaus erstellt worden sind.

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

Abschnitt 8 Ordnungswidrigkeiten

§ 41

Ordnungswidrigkeiten

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

1. den Mitteilungspflichten nach § 6 Absatz 2 Satz 2 nicht nachkommt,
2. entgegen § 9 Absatz 2 Satz 2 Fördermittel nicht zur Erfüllung des Versorgungsauftrages verwendet,
3. entgegen § 9 Absatz 2 Satz 2 Fördermittel nicht zur Erfüllung der im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses verwendet,
4. entgegen § 21 Absatz 2 die dort vorgegebene Notfallversorgung nicht sicherstellt,
5. entgegen § 21 Absatz 4 Satz 2 das von der zuständigen Behörde festgelegte digitalisierte Verfahren für die Zuweisung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten nicht dauerhaft nutzt,
6. entgegen § 21 Absatz 4 Satz 3 das von der zuständigen Behörde festgelegte Verfahren nicht ordnungsgemäß nutzt,
7. entgegen § 22 Absatz 1 nicht ausreichend bei der Bewältigung von Großschadensereignissen mitwirkt,
8. einer nach § 22 Absatz 6 erlassenen Rechtsverordnung zuwiderhandelt, soweit sie für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist,
9. die festgelegten Hygienegrundsätze nach § 25 Absatz 1 missachtet,
10. den Übermittlungspflichten nach § 25 Absatz 2 nicht nachkommt,
11. einer Rechtsverordnung nach § 25 Absatz 3 zuwiderhandelt,
12. der Unterrichtungspflicht nach § 28 Absatz 1 nicht unverzüglich nachkommt,
13. entgegen § 31 Absatz 3 oder § 32 Absatz 1 der Aufsichtsbehörde eine Auskunft nicht erteilt, deren Beauftragten den Zutritt zu den Grundstücken und Betriebsräumen zu den üblichen Geschäftszeiten nicht gewährt oder die Einsicht in die den Krankenhausbetrieb betreffende Schriftstücke und Datenträger verweigert,
14. entgegen § 32 Absatz 2 Nummer 2 eine beanstandete Maßnahme nicht fristgemäß rückgängig macht.

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

(3) Sachlich zuständige Verwaltungsbehörde für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 ist die Senatorin oder der Senator für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz.

Artikel 2 **Außerkrafttreten**

Das Bremische Krankenhausgesetz vom 24. November 2020 (Brem.GBl. S. 1444), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 1. April 2025 (Brem.GBl. S. 261) geändert worden ist, tritt mit Ablauf des ... [einsetzen: Datum des Tages vor dem Inkrafttreten nach Artikel 3 dieses Gesetzes] außer Kraft.

Artikel 3 **Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.

Bremen, XX. Monat 2026

Der Senat

Begründung

I. Allgemeiner Teil

Mit dem Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) auf Bundesebene am 12. Dezember 2024 wurde die Finanzierung der Betriebskosten von Krankenhäusern grundlegend neu ausgerichtet. Zentrale Neuerung ist die Einführung einer an Leistungsgruppen orientierten Vorhaltevergütung, die spezifische Qualitätsvorgaben für die einzelnen Leistungsgruppen vorsieht. Diese bundesrechtlichen Vorgaben machen eine umfassende Anpassung des Bremischen Krankenhausgesetzes (BremKrhG) erforderlich, um die Umsetzung der neuen Finanzierungs- und Planungslogik auf Landesebene zu ermöglichen.

Die bisherige Planungssystematik im Land Bremen, die auf Zuweisung von Versorgungsaufträgen nach Fachrichtungen bzw. Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung basierte, ist mit den neuen bundesrechtlichen Vorgaben nicht mehr vereinbar. Künftig bilden die bundeseinheitlich definierten Leistungsgruppen die Grundlage für die Krankenhausplanung und die Zuweisung von Vorhaltebudgets. Das bisherige BremKrhG ermöglicht eine solche Zuweisung von leistungsgruppenorientierten Versorgungsaufträgen nicht, sodass eine gesetzliche Neuregelung erforderlich ist.

Darüber hinaus haben sich in der Anwendungspraxis des BremKrhG weitere Anpassungserfordernisse ergeben. Dies betrifft insbesondere die Bereiche der Investitionsförderung, der Vorsorge für Großschadensereignisse sowie die Straffung des Gesetzestextes durch den Verzicht auf deklaratorische Wiederholungen von Bundesrecht. Zudem sind redaktionelle Überarbeitungen erforderlich.

II. Einzelbegründung

Zu Artikel 1

Erster Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

Zu § 1 Geltungsbereich

Diese Vorschrift regelt den Geltungsbereich des Bremischen Krankenhausgesetzes. Die Konkretisierung des § 1 Satz 1 soll die Formen der Krankenhausbehandlung klarstellen, die im Mittelpunkt des Regelungsinhaltes des Bremischen Krankenhausgesetzes stehen. Es ist zudem davon auszugehen, dass sich mit der Umsetzung des KHVVG und möglicher Folgegesetze die Leistungserbringung der Krankenhäuser weiter ausdifferenzieren wird. Dieser Entwicklung muss im Rahmen der Krankenhausplanung und -finanzierung entsprechend

Rechnung getragen werden können. Das Gesetz gilt 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 wurden.

Zu § 2 Grundsatz

Die Vorschrift definiert den Zweck des Gesetzes.

Absatz 1 ist inhaltlich an § 1 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) angelehnt und beschreibt die krankenhauspolitische Zielsetzung. Die Regelung macht deutlich, dass die Qualität der medizinischen Versorgung sowie der Schutz und die Sicherheit der Patient:innen im Mittelpunkt stehen.

Mit Absatz 2 soll die Bedeutung der Grund- und Notfallversorgung gestärkt werden. Es wird die besondere Bedeutung der Notfallversorgung und ausreichender Behandlungskapazitäten im intensivmedizinischen Bereich hervorgehoben. Hiervon abgegrenzt werden planbare Krankenhausleistungen, die zwar gleichsam zeitnah zur Verfügung stehen sollen, für die aber grundsätzlich andere Erreichbarkeitsmaßstäbe anzusetzen sind. Dies gilt insbesondere im Vergleich zu akutstationären und damit zeitkritischen Behandlungsanlässen.

Absatz 3 berücksichtigt, dass der Stellenwert der Kooperation zunehmend an Bedeutung gewonnen hat, hierbei handelt es sich zudem um ein wesentliches Qualitätsmerkmal. Mit der Zielvorgabe im Gesetz wird hervorgehoben, dass ein Zusammenwirken und gemeinsames Handeln aller an der Patientenversorgung Beteiligten im Sinne der Patient:innen gestärkt werden soll. Die Formulierung „Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens“ umfasst auch Rettungsdienste sowie Praxen von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen. Zudem fallen unter den Begriff der „anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens“ insbesondere auch Pflegeeinrichtungen, da auch diese eine aktive Rolle im Zusammenspiel der beteiligten Akteure übernehmen. Übergeordnetes Ziel ist es, eine sektorenübergreifende Behandlung der Patient:innen einschließlich des ggf. erforderlichen Übergangs in nachsorgende Einrichtungen (Rehabilitation, Pflege) sicherzustellen.

Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung ist die Gewährleistung einer umfassenden Aus-, Fort- und Weiterbildung unabdingbar. Aus diesem Grund wird in Absatz 4 auf den umfangreichen Katalog des § 2 Nummer 1a KHG Bezug genommen, der sämtliche Berufe im Gesundheitswesen erfasst. Damit wird sichergestellt, dass auch Angehörige der akademischen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Pflege- und Hebammenstudierende, von der Vorschrift erfasst werden, da es auf den Beruf und nicht auf die Art der Ausbildung ankommt. Denn auch wenn die Studierenden keine Ausbildungsstätte am Krankenhaus

besuchen, sind sie auf die Unterstützung der Krankenhäuser während der Praxisphasen angewiesen. Schließlich bezieht die Vorschrift auch die Weiterbildung der Ärzt:innen sowie der Psychotherapeut:innen gem. § 1 Absatz des Psychotherapeutengesetzes in den Anwendungsbereich mit ein, da auch diese Berufsgruppen bei ihrer Ausbildung ihre Praxisphasen in den Krankenhäusern abzuleisten haben.

Absatz 5 konkretisiert die in den Absätzen 3 und 4 genannten Ziele der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen sowie der Sicherstellung von Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die zunehmende Spezialisierung medizinischer Leistungen, die sektorenübergreifende Versorgung sowie die Anforderungen an die Aus-, Fort- und Weiterbildung erfordern eine enge und verlässliche Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander sowie mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Kooperationsverträge tragen dazu bei, die Zusammenarbeit auf eine transparente und verlässliche Grundlage zu stellen. Sie schaffen Klarheit über Art, Umfang und Ausgestaltung der Zusammenarbeit sowie über die jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Beteiligten. Hierdurch werden die Qualität und Kontinuität gemeinsamer Versorgungs-, Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote gestärkt und zugleich die Nachvollziehbarkeit der Kooperationen verbessert.

Die Regelung ist als Soll-Vorschrift ausgestaltet. Sie trägt dem Umstand Rechnung, dass Umfang und Intensität der Zusammenarbeit je nach den örtlichen und fachlichen Gegebenheiten unterschiedlich ausgestaltet sein können. Gleichzeitig wird deutlich gemacht, dass Kooperationen zur Erreichung der Ziele nach den Absätzen 3 und 4 grundsätzlich auf einer vertraglich geregelten Grundlage erfolgen sollen.

Zu § 3 Sicherstellung der Krankenhausversorgung

Absatz 1 ist in Anlehnung an § 1 Absatz 2 Satz 1 KHG formuliert. 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 unter Beachtung der relevanten krankenhausrrechtlichen Vorschriften auf Bundes- und Landesebene wahrgenommen.

In Absatz 2 werden die entscheidenden Aufgaben und Instrumente benannt, welche der zuständigen Behörde zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung und zur Realisierung der in diesem Gesetz festgelegten Ziele zur Verfügung stehen und die sich aus dem KHG ergeben. Hierbei handelt es sich um den Krankenhausplan sowie das Investitionsprogramm. Die Konkretisierung, dass sowohl der Krankenhausplan als auch das Investitionsprogramm standortbezogen aufgestellt werden, dient der Klarstellung, dass beide Instrumente bei Bedarf standortbezogen aufgestellt und damit standortbezogene Vorgaben enthalten können.

Absatz 3 trägt dem Auftrag des § 1 Absatz 2 KHG Rechnung, die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Satz 1 enthält eine Definition des Krankenhausträgers im Sinne dieses

Gesetzes Entsprechend der Praxis in Bremen werden gleichberechtigt die drei Trägergruppen genannt, die durch Betreiben von Krankenhäusern zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung beitragen. In Satz 3 wird die Eignung eines Krankenhausträgers für den Betrieb bedarfsgerechter Krankenhäuser definiert. Die Eignung wird an die Gewähr der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit sowie der Einhaltung der für den Betrieb eines Krankenhauses geltenden Vorschriften geknüpft. Zur Leistungsfähigkeit gehört in erster Linie die Sicherstellung des medizinischen Versorgungsauftrags im festgestellten Umfang einschließlich der Vorhaltung der hierfür erforderlichen Personal- und Organisationsstruktur sowie einer ausreichenden Personalausstattung.

Nach Absatz 4 sind die Gemeinden als Folge des öffentlichen Sicherstellungsauftrages verpflichtet, die nach dem Krankenhausplan bedarfsgerechten Krankenhäuser einschließlich des vorzuhaltenden Versorgungsauftrags nach § 6 Absatz 4 Nummer 3 zu errichten und zu betreiben oder einzurichten, soweit sich kein Träger im Sinne des Absatz 3 findet.

Absatz 5 regelt die Aufbringung und die Aufteilung der zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung bedarfsnotwendigen Fördermittel durch das Land Bremen und die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven.

Absatz 6 regelt die Prüfverpflichtung der zuständigen Behörde hinsichtlich des Vorliegens der bundesrechtlich geregelten Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag, wie es § 5 Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vorsieht.

Nach Absatz 7 kann in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag bei Modellvorhaben von den Vorschriften dieses Gesetzes abgewichen werden. In Fällen, in denen der Grundsatz ambulant vor stationär durch Modellvorhaben in neuen Bereichen erprobt wird, soll dem Krankenhausträger die Teilnahme am Modell nicht krankenhauserplanerisch erschwert werden. Der Krankenhausträger hat eine solche Abweichung zu beantragen und das Modellvorhaben dabei ausführlich zu erläutern.

Modellvorhaben im Sinne dieser Vorschrift umfassen neben den Psychiatriemodellen beispielsweise die Heilkundeübertragung oder Modelle der Organisationsentwicklung.

Zu § 4 Zuständige Behörde

Diese Vorschrift regelt die Zuständigkeit der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz für die Durchführung dieses Gesetzes sowie sämtlicher genannter auf Bundesebene vorhandener krankenhauserrechtlicher Vorschriften.

Zweiter Abschnitt

Krankenhausplan

Zu § 5 Ziele und Inhalte des Krankenhausplans; Verordnungsermächtigung

Der Krankenhausplan bildet die Grundlage für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich betriebenen Krankenhäusern.

Die Krankenhausplanung ist ein dynamischer Prozess und kein statischer Zustand. Insbesondere die Überprüfung der Aussagen des Krankenhausplanes und dessen Fortschreibung sind wesentliche Bestandteile der Krankenhausplanung. Entsprechend der Vorgaben im KHG ist der Krankenhausplan von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz aufzustellen und kontinuierlich auf der Grundlage der tatsächlichen Entwicklung der für die Krankenhausversorgung maßgeblichen Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren fortzuschreiben.

Nach Satz 2 kann die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz den Krankenhausplan auch teilweise anpassen, sofern sich im Rahmen der Bedarfsplanung auf einzelnen Gebieten besondere Entwicklungen ergeben. Durch eine teilweise Anpassung des Krankenhausplanes soll eine schnellere und bedarfsgerechtere Anpassung des Krankenhausplanes erreicht werden, ohne dass direkt der gesamte Krankenhausplan fortgeschrieben werden muss.

Nach Beschlussfassung des Senats der Freien Hansestadt Bremen wird der Krankenhausplan von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz im Internet auf ihrer Homepage veröffentlicht. Eine Veröffentlichung im Internet dient der Transparenz und der Vereinfachung der Zugänglichmachung.

Absatz 2 regelt die Inhalte des Krankenhausplans und stellt hierbei auf den gegenwärtigen und zukünftigen Versorgungsauftrag der bedarfsgerechten Krankenhäuser ab. Zudem wird festgelegt, inwieweit und nach welchen inhaltlichen Vorgaben die Versorgungsaufträge festgesetzt werden können. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei dem Kriterium nach Ziffer 3 in erster Linie auf die Fallzahlen abzustellen ist und nur dann, wenn dies nicht möglich ist, beispielsweise bei neuen Versorgungsaufträgen, die Planfallzahlen herangezogen werden sollen. In Satz 4 wird die besondere Bedeutung von Krankenhäusern hervorgehoben, die verlässlich an der Notfallversorgung und der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten teilnehmen. Die Teilnahme an der Notfallversorgung ist wesentlich für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung der Bevölkerung und umfasst insbesondere die Bereitstellung bedarfsgerechter Behandlungskapazitäten und eine verlässliche Aufnahmebereitschaft. Die Sicherstellung der ärztlichen Weiterbildung ist eine Grundvoraussetzung für eine nachhaltige Krankenhausversorgung und umfasst insbesondere die krankenhausspezifische, standort- sowie

trägerübergreifende Bereitstellung und Organisation entsprechender Stellen. Satz 5 regelt die Möglichkeit der Festlegung von weiteren Auswahlkriterien im Krankenhausplan, die bei der Aufstellung des Krankenhausplans und bei der Auswahl zwischen mehreren bedarfsgerechten Krankenhäusern herangezogen werden können und im Rahmen einer Ermessensentscheidung dann gegeneinander abgewogen werden müssen. Das Nähere zu den Kriterien nach Absatz 2 kann in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 geregelt werden.

Nach Absatz 3 vereinbaren die Krankenhausträger mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen einen Vereinbarungsvorschlag auf Grundlage des Krankenhausplans. Neben der Konkretisierung der Versorgungsaufträge der einzelnen Krankenhäuser auf der Grundlage der in Absatz 2 benannten Kriterien, müssen die Vereinbarungsvorschläge darüber hinaus auch Regelungen zur Notfallversorgung sowie zu den Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a KHG enthalten. Die Kriterien, nach denen die Vereinbarungsvorschläge gefasst werden, müssen der Planungssystematik des Krankenhausplanes entsprechen. Weitere spezifische Leistungsangebote sind insbesondere Kreißsäle, Linksherzkathetermessplätze, Chest Pain Units (CPU) und Schockräume in den Krankenhäusern. Die Vereinbarungsvorschläge können von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz bei der Entscheidung über die Feststellung des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses unterstützend herangezogen werden.

Absatz 4 enthält eine Verordnungsermächtigung für die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, um ergänzende Regelungen zu den Inhalten und zum Verfahren der Aufstellung des Krankenhausplans zu treffen.

Zu § 6 Aufnahme in den Krankenhausplan

Absatz 1 regelt die Voraussetzungen für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan unter Bezugnahme auf das KHG.

Nach Absatz 2 hat der Krankenhausträger das Vorliegen der Voraussetzungen zur Aufnahme in den Krankenhausplan gegenüber der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz nachzuweisen. Zudem hat er alle Änderungen und Abweichungen vom festgestellten Versorgungsauftrag und beabsichtigte Trägerwechsel unverzüglich gegenüber der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz mitzuteilen.

Absatz 3 legt das Verfahren für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan fest. Die Aufnahme erfolgt auf Antrag des Krankenhausträgers durch schriftlichen oder elektronischen Bescheid durch die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz. Durch diese Regelung wird ein stärkerer Bezug zu § 8 Absatz 1 Satz 3 KHG hergestellt.

Absatz 4 beschreibt den Mindestinhalt des Feststellungsbescheides, mit dem die Aufnahme eines Krankenhauses unter Erfüllung eines bestimmten Versorgungsauftrages in den Krankenhausplan erfolgt.

Absatz 5 weist auf die Möglichkeit für die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz hin, Nebenbestimmungen zu erlassen, um den Zweck und die Ziele des Gesetzes, des KHG oder des Krankenhausplans zu gewährleisten. Diese Nebenbestimmungen können beispielsweise in Form einer zeitlichen Befristung des Feststellungsbescheides erfolgen oder mit bestimmten Auflagen verbunden sein. Darüber hinaus kann der Feststellungsbescheid den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses auch auf einzelne Leistungen beschränken (beispielsweise bezogen auf bestimmte Leistungen innerhalb einer Leistungsgruppe, eines Leistungsbereiches, eines Fachgebietes oder bezogen auf weitere spezielle Leistungsangebote oder dazugehörige Versorgungsstrukturen). Diese Aufzählung erfolgt nur beispielhaft und ist nicht abschließend.

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.

In Absatz 7 werden die Rechtsfolgen eines Trägerwechsels normiert. Wechselt die Trägerschaft, scheidet das betroffene Krankenhaus zunächst aus dem Krankenhausplan aus, kann jedoch auf Antrag des neuen Trägers wiederaufgenommen werden, sofern die Voraussetzungen erfüllt werden. Der beabsichtigte Trägerwechsel und auch eine Veränderung im Rahmen der Trägerstruktur ist gegenüber der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz unverzüglich anzuzeigen und glaubhaft darzulegen.

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 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) Gebrauch gemacht, die aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen gegen Feststellungsbescheide entfallen zu lassen. Ein Verlust von Rechtsschutzmöglichkeiten ist damit nicht verbunden.

Absatz 9 regelt die Verpflichtung der Krankenhäuser, Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten bereitzustellen, mit dem Ziel, den Fachkräftemangel zu reduzieren. Durch die Verweisung auf den § 2 Nummer 1a KHG erstreckt sich die Mitwirkungspflicht ausdrücklich auch auf akademische Ausbildungen, etwa im Bereich der Pflege oder Hebammen. Damit sind nicht nur die Ausbildungsstätten an Krankenhäusern erfasst, sondern die Vorschrift gilt auch für Studierende, die im Rahmen ihres Studiums Praxiseinsätze im Krankenhaus absolvieren. Darüber hinaus bezieht die Vorschrift ebenfalls die Weiterbildung von Ärzt:innen sowie von Psychotherapeut:innen mit ein.

Die Verpflichtung der Krankenhäuser, die Regelungen der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Land Bremen im Rahmen der Weiterbildung zu beachten und gemeinsam mit der jeweils für die Durchführung der Weiterbildung zuständigen Kammer verbindliche Vorgaben für die Durchführung der Weiterbildung zu treffen, dient der qualitativen Förderung der fachärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung.

Die verbindlichen Vorgaben sollen sich dabei u. a. auf die Verpflichtung der Krankenhäuser beziehen, bereits zu Beginn der Weiterbildung die Stationen des oder der jeweils betroffenen Weiterzubildenden festzulegen, die ordnungsgemäße Dokumentation im elektronischen Logbuch sicherzustellen, auf die Einhaltung der Weiterbildungspläne zu achten sowie durch geeignete Maßnahmen auf den erfolgreichen Abschluss der Weiterbildungen hinzuwirken, damit eine Weiterbildung in angemessener Zeit ermöglicht wird.

Zur Sicherstellung dieser Aufgaben sollen die Krankenhäuser mindestens eine Weiterbildungsbeauftragte oder einen Weiterbildungsbeauftragten bestellen, der für die Koordinierung der Weiterbildungen und die Abstimmung mit der zuständigen Ärzte- und der Psychotherapeutenkammer sowie für die Überwachung der Einhaltung der verlässlichen, verbindlichen und digitalen Strukturen (wie der ordnungsgemäßen Führung des elektronischen Logbuchs und digitaler Rotationspläne) im Krankenhaus zuständig ist.

Zu § 7 Mitwirkung der Beteiligten

§ 7 des KHG legt die Mitwirkung der Beteiligten bei der Durchführung von bundes- und landesrechtlichen Regelungen zur Krankenhausversorgung fest. Die Beteiligungsvorschriften sollen sicherstellen, dass die zu treffenden Entscheidungen bezogen auf die Krankenhausversorgung auf eine tragfähige Grundlage gestellt werden. Durch Bundesrecht ist hierbei eine differenzierte Beteiligung vorgeschrieben.

Die Regelung in Absatz 1 bezieht sich auf den allgemeinen Mitwirkungsgrundsatz nach § 7 Absatz 1 Satz 1 KHG, da es für eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Patient:innen unabdingbar ist, dass alle Beteiligten eng zusammenarbeiten. Die Beteiligten sind insbesondere durch einen funktionierenden und regelmäßigen Informationsaustausch in die Abstimmung zentraler Gestaltungsfragen einzubeziehen.

Die Bestimmung in Absatz 2 regelt, dass mit den unmittelbar Beteiligten bei der Krankenhausplanung und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms Einvernehmen anzustreben ist. Dies entspricht § 7 Absatz 1 Satz 2 KHG und setzt eine eingehende Erörterung zentraler Gestaltungsfragen mit den Beteiligten voraus. Für die qualifizierte und rechtzeitige Abstimmung sind die unmittelbar Beteiligten insbesondere frühzeitig von den Planungsabsichten der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zu unterrichten. Die erforderlichen Unterlagen sind ihnen rechtzeitig zugänglich zu machen. Die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven werden durch die jeweils zuständigen Verwaltungen vertreten.

In den Absätzen 2 und 3 wird hierbei eine klare Abgrenzung zwischen den mittelbar und den unmittelbar Beteiligten vorgenommen.

Absatz 4 nennt die weiteren Beteiligten und sieht eine Anhörung der Genannten in den sie unmittelbar betreffenden Fragen durch den Planungsausschuss vor.

Absatz 5 regelt die Berufung einer Patientenvertreterin bzw. eines Patientenvertreters als Mitglied des Planungsausschusses.

Zu § 8 Nichtaufnahme und Herausnahme aus dem Krankenhausplan

Absatz 1 bestimmt, dass die teilweise oder vollständige Rücknahme des Feststellungsbescheides festzustellen ist, wenn die Voraussetzungen für eine Aufnahme nach § 6 Absatz 1 zum Zeitpunkt des Bescheiderlasses nicht vorgelegen haben. Eine teilweise Rücknahme des Feststellungsbescheides zur Aufnahme in den Krankenhausplan kann erfolgen, wenn nicht alle der in § 6 Absatz 1 genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt des Bescheiderlasses vorgelegen haben.

Absatz 2 bestimmt, dass der teilweise oder vollständige Widerruf des Feststellungsbescheides festzustellen ist, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nicht nur vorübergehend nicht mehr vorliegen, dass Krankenhaus vom zugewiesenen Versorgungsauftrag abweicht oder planwidrige Leistungen anbietet. Wie in § 5 Absatz 3 und § 6 Absatz 4 deutlich wird, wird der Versorgungsauftrag insbesondere durch die Art der vorzuhaltenden Leistungen und der dazugehörigen Behandlungskapazitäten definiert. Auch hier ist ein teilweiser Widerruf möglich, wenn nicht mehr alle für das jeweilige Krankenhaus festgelegten Bestandteile des Versorgungsauftrages erfüllt werden können oder nicht mehr in dem Maß, in dem es im Feststellungsbescheid festgelegt ist.

In Absatz 3 wird klargestellt, dass sowohl die Nichtaufnahme bei Nichtvorliegen der Voraussetzungen sowie das Ausscheiden aus dem Krankenhausplan - ebenso wie die Aufnahme - durch einen schriftlichen oder elektronischen Bescheid nach § 8 Absatz 1 Satz 3 KHG festgestellt wird.

Dritter Abschnitt

Krankenhausförderung

Zu § 9 Allgemeine Förderungsbestimmungen; Verordnungsermächtigung

Das KHG legt den Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf Fördermittel fest und gibt die Grundsätze der von den Ländern zu regelnden Krankenhausförderung vor. Der

Förderanspruch der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser leitet sich insbesondere aus dem KHG ab.

Absatz 1 beschreibt den grundsätzlichen Förderanspruch der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser und der mit ihnen notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten. Ausbildungsstätten sind förderfähig, wenn das Krankenhaus zumindest Mitträger ist, wobei eine überwiegende Beteiligung des Krankenhauses erforderlich ist. Somit sind alle Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a KHG förderfähig. Grundlage der Förderung ist ein gesonderter Bescheid der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz. Der Rechtsanspruch auf Förderung entsteht erst durch diesen Bescheid. Satz 4 enthält einen klarstellenden Verweis auf das Landeshaushaltsrecht und das dort normierte Verfahren.

Absatz 2 enthält eine allgemeine Regelung über die Angemessenheit der Fördermittel und ihre Zweckbestimmung. Nach dem dualen Finanzierungssystem des KHG müssen die Kosten eines Krankenhauses durch die öffentliche Förderung (Übernahme der Vorhaltekosten) finanziert werden. Die Investitionsförderung ist deshalb grundsätzlich in Form von Zuschüssen und nicht als freiwillige Zuwendung zu gewähren. Zudem regelt Satz 2, dass die Fördermittel ausschließlich zur Erfüllung der im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben des jeweiligen Krankenhauses, sowie des Versorgungsauftrages verwendet werden dürfen.

Die Zuschüsse werden nach Absatz 3 grundsätzlich durch feste jährliche Pauschalbeträge für mittel-, lang- und kurzfristige Anlagegüter gewährt. Daneben bestehen Möglichkeiten der Einzelförderung.

Als weitere Finanzierungsmöglichkeit wird in Absatz 4 das Recht des Krankenhauses vorgesehen, eine Bürgschaft des Landes oder einer Stadtgemeinde zu beantragen. Damit besteht eine weitere Möglichkeit zur Finanzierung der Anlagegüter eines Krankenhauses, wodurch im Ausnahmefall den besonderen Erfordernissen des Einzelfalls Rechnung getragen werden kann.

Absatz 5 sieht neben der Möglichkeit der Abtretung von Fördermitteln auch eine Übertragung dieser vor. Die Abtretung ist wegen des Verbots des Insichgeschäfts nur zwischen unterschiedlichen Trägern möglich. Um eine Realisierung großer Projekte innerhalb desselben Trägers nicht zu erschweren, sieht der Absatz 5 daher neben der Abtretung auf einen anderen Träger auch die Übertragung auf einen anderen Standort innerhalb desselben Trägers vor. Damit soll ermöglicht werden, Fördergelder für verschiedene Standorte eines Trägers anzusparen und dann in ein gemeinsames Großprojekt zu investieren. Das bisher geregelte Erfordernis der zeitlichen Befristung entfällt aus zwei Gründen:

1. Wenn Fördergelder von Standorten, die geschlossen werden sollen, übertragen werden, wäre eine vorgeschriebene Rückübertragung nicht interessengerecht.
2. Bei Projekten mit besonders großen Investitionsvolumina steht eine ähnliche Summe unter Umständen gar nicht zeitnah erneut zur Verfügung.

Die Regelung dient dem Bürokratieabbau und damit einem der Ziele des BremKrhG. Die Regelung steht ausdrücklich allen Kliniken offen und ist nicht auf die Kliniken der Gesundheit Nord beschränkt, was auch durch den Wortlaut („... desselben oder eines anderen Trägers...“) verdeutlicht wird.

Die Absätze 6 und 7 legen die Verwendung bestimmter Erträge und die Zulässigkeit der Mitnutzung geförderter Anlagegüter durch Dritte fest.

Der Absatz 8 regelt, dass Fördermittel bis zu ihrer zweckentsprechenden Verwendung auf dafür bestimmte Sonderkonten zinsgünstig angelegt werden müssen. Die Kontobezeichnung muss für Dritte (z.B. Behörden oder Prüfer) eindeutig erkennen lassen, dass es sich um öffentliche Fördermittel handelt. Durch das Vermischungsverbot soll jederzeit sichergestellt und nachprüfbar sein, dass die staatlichen Fördermittel auch tatsächlich nur für die gesetzlich vorgesehenen, förderfähigen Zwecke verwendet werden.

Die Fördermittel sollen im Falle einer wirtschaftlichen Schieflage oder Insolvenz des Krankenhausträgers nicht in die Insolvenzmasse einfließen und den Gläubigern des Krankenhauses zur Verfügung stehen. Es soll vielmehr verhindert werden, dass bereits geleistete Fördermittel der Insolvenzmasse zugerechnet werden und das Land somit als regulärer Gläubiger lediglich anteilig bedient wird.

Durch Absatz 9 wird die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ermächtigt, das Nähere zur Förderung nach diesem Abschnitt durch Rechtsverordnung zu regeln.

Zu § 10 Investitionsprogramm

Investitionsprogramme sind verwaltungsinterne Planungen, die ebenso wie die Krankenhauspläne keine direkte rechtsverbindliche Außenwirkung haben. Mit der Aufnahme in die Investitionsplanung ist keine Anerkennung der Förderfähigkeit verbunden, gleichwohl ist die Aufnahme in das Investitionsprogramm grundsätzlich notwendige Bedingung, um Investitionsprojekte (Bauvorhaben und Großgeräte), die angezeigt oder beantragt werden müssen, über die pauschale Investitionsförderung zu refinanzieren. Die Entscheidung über die Dringlichkeit der beabsichtigten Investition liegt allein beim jeweiligen Krankenhaus bzw. Krankenhausträger.

Nach Absatz 1 stellt die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ein Investitionsprogramm im Rahmen der Haushaltsplanung auf.

Nach Absatz 2 beantragen die Krankenhäuser jährlich bei der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz unter Angabe der Bedarfsnotwendigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der geschätzten Kosten die Aufnahme in das Investitionsprogramm. Nach erfolgter Prüfung der grundsätzlichen Förderfähigkeit der geplanten Investitionsprojekte erfolgt die Feststellung der Förderfähigkeit dieser durch die Aufnahme in das Investitionsprogramm.

Ausnahmen vom Antragserfordernis können sich aus der auf Grundlage des § 9 Absatz 9 erlassenen Rechtsverordnung ergeben.

Zu § 11 Pauschale Investitionsförderung

§ 11 regelt die landesrechtliche Förderung der Investitionskosten im Sinne des § 2 Nummer 2 KHG und der den Investitionskosten gleichstehenden Kosten nach § 2 Nummer 3 Buchstabe a bis e KHG. Die gesamte Investitionskostenfinanzierung erfolgt grundsätzlich durch eine pauschale Förderung. Mit dieser Regelung wird von der Möglichkeit des § 10 Absatz 1 Satz 5 KHG Gebrauch gemacht. Diese Vorschrift sieht vor, dass die Länder eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter entscheiden können. Die Krankenhäuser erhalten unter Berücksichtigung der im Landeshaushalt zur Verfügung stehenden Mittel feste jährliche Beträge, mit denen das jeweilige Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung eigenverantwortlich wirtschaften kann.

Absatz 1 beinhaltet Regelungen zur Investitionspauschale. Mit festen jährlichen Pauschalbeträgen gefördert werden zukünftig Investitionskosten gemäß § 2 Nummer 2 KHG, die für Neubau-, Umbau- und Erweiterungsbaumaßnahmen einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern (§ 2 Nummer 2 Buchstabe a KHG) sowie für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren (§ 2 Nummer 2 Buchstabe b KHG) entstehen und die den Investitionskosten gleichstehenden Kosten im Sinne des § 2 Nummer 3 Buchstabe a bis e KHG.

Nach Absatz 2 bemessen sich die Pauschalbeträge nach Absatz 1 nach den erbrachten Leistungen des jeweiligen Krankenhauses. Die abstrakte Bemessungsgrundlage ist für alle Krankenhäuser gleich und richtet sich nach dem vom InEK entwickelten Katalog der Investitionsbewertungsrelationen, die den Leistungen des jeweiligen Krankenhauses zugeordnet werden.

Die Förderung wird nach Absatz 3 auf die Investitionsprojekte 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. Der vorhandene Bestand nicht verbrauchter Fördermittel ist der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz jeweils bis zum 31. Januar für das vorangegangene Kalenderjahr zu melden.

Nach Absatz 5 erfolgt eine Anrechnung der Mietförderung. Dies ist erforderlich, da es aufgrund bestandskräftiger Förderbescheide nach dem alten Bremischen Krankenhausgesetz zu einer Ungleichbehandlung bei der Förderung von Mieten kommt. So sind Mietzahlungen nach dem aktuellen Gesetz aus der Pauschalförderung zu begleichen. Zudem werden mit der Umstellung auf den Leistungsbezug auch die Leistungen pauschal gefördert, die in solchen Einrichtungen/Einheiten/Standorten mit bisheriger Mietförderung erbracht werden. Die Anrechnung schließt somit eine Doppelförderung aus.

Zu § 12 Einzelförderung von Investitionen

Absatz 1 eröffnet der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz die Möglichkeit, über die grundsätzlich pauschalisierte Förderung hinaus durch Finanzmittel auch eine Einzelförderung zu betreiben. Eine solche Einzelförderung kann insbesondere zur Umsetzung von krankenhaushausplanerischen Änderungen erforderlich sein. In dem Absatz werden die Voraussetzungen der Einzelförderung geregelt und festgelegt, dass eine Einzelförderung nur erfolgen kann, wenn die Gesamtfinanzierung der Maßnahme gesichert ist.

Nach Absatz 2 wird die Einzelförderung nur für Investitionen, die im Investitionsplan aufgenommen sind und auf Antrag bewilligt. Zudem können bereits begonnene Maßnahmen grundsätzlich nicht gefördert werden, es sei denn, die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz lässt hier Ausnahmen zu. Diese müssen bei dieser beantragt und per Bescheid genehmigt werden.

Die Förderung erfolgt nach Absatz 3 durch einen Festbetrag, wobei sich das Nähere aus dem Bewilligungsbescheid ergibt. Der Förderbescheid kann weitere Einzelheiten über Umfang und Anrechnung der Einzelförderung enthalten.

Zu § 13 Investitionsförderung von Ausbildungsstätten

Der dritte Abschnitt „Krankenhausförderung“ ist auf im Bescheid nach § 6 Absatz 3 ausgewiesene Ausbildungsstätten entsprechend anwendbar. Hierdurch ist die gesonderte Förderung von Ausbildungsstätten sowie die Mietförderung für den Betrieb dieser möglich. Das tatsächliche Betreiben im Sinne dieser Vorschrift meint in diesem Zusammenhang ausreichende Kapazitäten im Hinblick auf Platz, Lehrkräfte, Lehrmaterial etc.. Es ist nicht erforderlich, dass jeder Ausbildungsplatz tatsächlich besetzt ist. Anderenfalls würden Krankenhäuser im Falle von Ausbildungsabbrüchen finanzielle Einbußen erleiden, obwohl sie darauf keinen Einfluss haben.

Zu § 14 Zuschlag

Absatz 1 benennt den vorgegebenen bundesrechtlichen Fördertatbestand des § 9 Absatz 2 Nummer 2 des KHG und sieht die Zahlung eines wirtschaftlich vertretbaren Zuschlags zur Abwehr einer Betriebsgefährdung und Sicherstellung der bedarfsgerechten stationären Versorgung vor.

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 Betriebsmittellrücklagen 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. Bei dieser Zuschlagszahlung handelt es sich um eine Ausnahme zur grundsätzlich pauschalisierten Förderung, die nur unter den zuvor genannten Voraussetzungen gewährt werden kann.

Das Krankenhaus hat die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz nach Absatz 3 über einen beabsichtigten Förderungsantrag von Anlauf- oder Umstellungskosten, die in Verbindung mit einer Maßnahme nach § 11 stehen, bereits zu dem Zeitpunkt zu unterrichten, zu dem der Antrag auf Bewilligung der Fördermittel für die betreffende Maßnahme gestellt wird. Diese Regelung soll -auch im Interesse des Krankenhauses zur eigenen Finanzplanung- eine frühzeitige Entscheidung über die Förderung ermöglichen.

Absatz 4 begründet eine Rückzahlungspflicht für nicht zweckgemäß verwendete oder ohne einschlägigen Verwendungsnachweis verausgabte Fördermittel.

Zu § 15 Ausgleich für Eigenmittel

Der Fördertatbestand des § 9 Absatz 2 Nummer 4 KHG wird konkretisiert. 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 KHG die Möglichkeit verloren hat, die mit Eigenmitteln beschafften Anlagegüter abzuschreiben.

Nach Absatz 2 wird der Ausgleich nach der tatsächlichen, nachweisbaren Abnutzung bemessen, wobei bei der Berechnung des Anfangswertes der Buchwert zugrunde zu legen ist.

Der Ersatzanspruch vermindert sich nach Absatz 3 um den noch verbliebenen Nutzungswert der Ersatzinvestition.

Absatz 4 verpflichtet den Antragsteller, die für die Beurteilung eines Ausgleichs erforderlichen Angaben zu machen und zu belegen.

Zu § 16 Ausgleichszahlung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben

Die Vorschrift enthält die näheren Regelungen zu § 9 Absatz 2 Nummer 5 KHG über die Gewährung des sogenannten Härteausgleiches. Ziel der Regelung ist es, die Verwirklichung des Krankenhausplanes durch finanzielle Hilfen bei planmäßigem Ausscheiden eines Krankenhauses oder wesentlicher Teile eines Krankenhauses, wie zum Beispiel selbstständiger Betriebsstätten, aus dem Krankenhausplan zu erleichtern. Die Beantragung einer Ausgleichszahlung kommt jedoch nur dann in Betracht, wenn andere Fördermöglichkeiten, nicht gegeben sind. Hierbei ist insbesondere der Krankenhaustransformationsfonds zu beachten.

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

Zu § 17 Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen

Absatz 1 stellt klar, dass die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zur Sicherung der Zweckbindung und ihrer Konkretisierung Nebenbestimmungen (Auflagen, Bedingungen und Befristungen) erlassen kann (§ 36 des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes). Die Formulierung stellt zugleich die Übereinstimmung mit § 1 Absatz 1 Satz 3 KHG 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 zum Beispiel 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 § 18 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 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 § 1 Absatz 1 Satz 1 des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes in Verbindung mit § 49a des Verwaltungsverfahrensgesetzes. Scheidet ein Krankenhaus im Einvernehmen mit der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz -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. Zusätzlich wurde ein Verweis auf den Krankenhausstrukturfonds im Krankenhausfinanzierungsgesetz aufgenommen.

Absatz 3 konkretisiert den Umfang der Erstattungspflicht für geförderte Anlagegüter. Satz 2 regelt, dass für den Fall einer Weiterverwendung von Anlagegütern bei einer Verlagerung von Leistungsgruppen, Leistungsbereichen, Fachgebieten oder besonderen Versorgungsangeboten an einen neuen Standort die Erstattungspflicht aufgehoben werden kann. Hierzu bedarf es einer Antragstellung. Dies kann im Sinne des KHVVG geboten sein und soll die Krankenhäuser in diesen Fällen vor finanziellen Einbußen schützen. Satz 3 soll sicherstellen, dass für ein Krankenhaus, das ohne eigenes Verschulden (zum Beispiel durch Brand) die ihm zugewiesenen Aufgaben nicht mehr erfüllen kann, der Rückerstattungsbetrag den Liquidationswert nicht übersteigt.

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

Zu § 19 Verwendungsnachweis

In Absatz 1 ist der jährlich zu erbringende Verwendungsnachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel durch das Testat eines Wirtschaftsprüfers geregelt. Dies dient der Absicherung des Verwendungsnachweises und der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel.

Absatz 2 stellt klar, dass neben der Prüfung durch die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz oder eine von ihr beauftragte Stelle die Prüfungsrechte des Rechnungshofes der Freien Hansestadt Bremen und des Rechnungsprüfungsamtes der Stadtgemeinde Bremerhaven unberührt bleiben.

Absatz 3 enthält die erforderliche Regelung über die Grundrechtseinschränkung, die im Zusammenhang mit der Überprüfung möglicherweise erforderlich ist.

Zu § 20 Investitionsförderung bei Modellvorhaben; Verordnungsermächtigung

§ 20 eröffnet den Krankenhäusern, die durch die Teilnahme an einem genehmigten Modellvorhaben eine geringere Investitionsförderung erhalten haben, die Möglichkeit, bei der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz eine Ausgleichszahlung zu beantragen. Eine Bewilligung dieser Ausgleichszahlung erfolgt durch Bescheid der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz.

Vierter Abschnitt

Notfallversorgung und Großschadensereignisse

Zu § 21 Notfallversorgung

In Absatz 1 und Absatz 2 wird der Rahmen festgelegt, nach dem die Krankenhäuser des Landes Bremen an der Notfallversorgung teilnehmen und welche Notfalleleistungen verpflichtend von jeweiligen Krankenhäusern bereitzustellen sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. April 2018 ein gestuftes System von Notfallstrukturen nach § 136c Abs. 4 SGB V beschlossen. Die Regelungen beinhalten die strukturellen Voraussetzungen des gestuften Systems der Notfallstrukturen an Krankenhäusern.

Absatz 3 betont ausdrücklich, dass die Versorgung von Notfallpatient:innen vorrangig vor nicht dringend medizinisch notwendigen Behandlungen und Eingriffen zu erfolgen hat. Diese Festsetzung erfolgt mit dem Ziel, dass die Aufnahme von Notfallpatient:innen und nicht mit dem Hinweis auf fehlende Kapazitäten wegen vorhandener oder geplanter bzw. zugesagter nicht dringend notwendiger medizinischer Behandlungen erfolgt. Soweit eine umgehende Behandlung und Aufnahme einer Patient:in erforderlich sind, hat das Krankenhaus die medizinische Behandlung durchzuführen und die Patientin oder den Patienten aufzunehmen, auch wenn das Krankenhaus zum Zeitpunkt des Notfallgeschehens belegt ist.

Absatz 4 regelt die Nutzung eines digitalen Verfahrens im Zusammenhang mit der Notfallversorgung. Die Notfallversorgung im Land Bremen erfolgt durch ein seitens der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz im Einvernehmen mit dem Senator für Inneres und der Bremischen Krankenhausgesellschaft festgelegtes, digitales Verfahren im Rahmen der jeweiligen Versorgungsaufträge der Krankenhäuser. Die Steuerung von Patient:innen in das für die Versorgung geeignete Krankenhaus erfolgt derzeit durch das webbasierte Meldesystem IVENA und ist für die Krankenhäuser verpflichtend. Die Notfallversorgung im Rahmen des digitalisierten Verfahrens ist grundsätzlich am aktuell gültigen Versorgungsauftrag des Krankenhauses auszurichten. Dies dient dem Zweck, dass Patient:innen direkt in das jeweils am besten geeignete Krankenhaus eingesteuert werden können und somit unnötige Verlegungen und Anfahrten des Rettungsdienstes vermieden werden. Die ordnungsgemäße Nutzung des Meldesystems IVENA meint in diesem Zusammenhang insbesondere, dass Krankenhäuser nur dann Engpässe melden dürfen, sofern die tatsächliche Auslastung der

notfallmedizinischen Versorgung dies rechtfertigt und auch nur für den Zeitraum, in dem ein Engpass vorliegt. Hierfür kann die zuständige Behörde die ordnungsgemäße Nutzung des Meldesystems IVENA durch die Krankenhäuser anhand der Vorlage der tatsächlichen Auslastungszahlen überprüfen. Die ordnungsgemäße Nutzung des Meldesystems IVENA wird daher auch bei der Krankenhausplanung mit berücksichtigt, sodass bei der Vergabe von Versorgungsaufträgen die Auswertung der IVENA-Meldedaten im Rahmen der Krankenhausplanung herangezogen und mit berücksichtigt wird.

Zu § 22 Großschadensereignisse und außergewöhnliche Situationen; Verordnungsermächtigung

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. Die Regelung konkretisiert die Bestimmung des § 29 Absatz 2 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes über die zu treffenden Vorgaben. Danach regelt die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz die Vorgaben im Einvernehmen mit dem Senator für Inneres durch Rechtsverordnung, deren Regelungen für alle Krankenhäuser im Lande Bremen verbindlich sind. Gleiches gilt nach Satz 3 für die Zusammenarbeit mit der Landesopferbeauftragten oder dem Landesopferbeauftragten entsprechend, wobei das Einvernehmen mit der Senatorin oder dem Senator für Justiz und Verfassung herzustellen ist.

Nach Absatz 2 kann die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz von einzelnen Vorgaben dieses Gesetzes abweichen. Dies gilt insoweit, als eine außergewöhnliche Situation vorliegt, die geeignet ist, die Gesundheitsversorgung im Land Bremen oder in Teilbereichen nicht unwesentlich zu gefährden. Das Ausbruchsgeschehen im Zusammenhang mit der durch das Corona-Virus SARS-CoV-2 verursachten Krankheit COVID-19 hat gezeigt, dass etwa in seuchenrechtlichen Notfällen das Funktionieren des Gemeinwesens erheblich gefährdet sein kann. In einer sich dynamisch entwickelnden Ausbruchssituation kann für die öffentliche Gesundheit eine erhebliche Gefährdung eintreten, der bestmöglich durch eine flexible, auf die jeweilige Situation angepasste Anwendung der in diesem Gesetz enthaltenen Vorgaben zu begegnen ist.

Die Absätze 3 bis 5 tragen dem gestiegenen Bedarf an Vorkehrungen für Großschadensereignissen Rechnung. Die Krankenhäuser haben Maßnahmen der Vorsorge und der Abwehr für den Bevölkerungsschutz und für die Katastrophenhilfe zu treffen. Hierzu sind die normierten Verpflichtungen der Krankenhäuser zu treffen, um im Schadens- und Katastrophenfall entsprechend aufgestellt zu sein.

Absatz 6 ermächtigt die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz konkrete Regelungen zum Verfahren und zu den Kosten zu treffen.

Zu § 23 Meldepflichten

§ 23 regelt die Meldepflichten der Krankenhäuser gegenüber der für Gesundheit zuständigen Behörde. Sie dient der schnellen und aktuellen Information der zuständigen Behörden über die Behandlungskapazitäten, insbesondere im Hinblick auf außergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien, Naturkatastrophen oder andere Krisensituationen. Die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie haben gezeigt, dass eine tagesaktuelle Übersicht über die verfügbaren Behandlungskapazitäten in den Krankenhäusern für die Steuerung der Patientenströme und die Krisenbewältigung unerlässlich ist. Die Vorschrift schafft die rechtliche Grundlage, um die Krankenhäuser zur Meldung ihrer Kapazitäten, Belegungs- und Strukturdaten zu verpflichten. Die Daten sind bei Bedarf nach Leistungsgruppen, Leistungsbereichen, Fachgebieten oder weiteren speziellen Leistungsangeboten oder Versorgungsstrukturen zu differenzieren. Die Behörde kann Inhalt, Zeitpunkt, Umfang und Dauer der Meldepflichten sowie das zu verwendende Verfahren im Einzelfall festlegen und an die jeweilige Lage anpassen. Die Regelung ermöglicht eine flexible und lageangepasste Informationsgewinnung durch die Behörden und trägt so zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Bremen bei.

Fünfter Abschnitt

Rechte, Schutz und Sicherheit von Patient:innen

Zu § 24 Bedarfsgerechte Pflege, Betreuung und Behandlung, Diskriminierungsschutz; Verordnungsermächtigung

Absatz 1 enthält einen Grundsatz, dass der gesamte Betrieb im Krankenhaus an die Bedürfnisse der Patient:innen anzupassen ist. Hierbei sind insbesondere bei der Behandlung behinderter, alter, sterbender und dementer Patient:innen sowie Kindern deren besonderen Belange vom Krankenhaus zu berücksichtigen. Zwar stellt die Demenz eine Behinderung dar, wird aber aufgrund der besonders großen Verbreitung demenzieller Erkrankungen und der damit verbundenen Herausforderungen für die Krankenhäuser wie auch die gesamte Gesellschaft explizit genannt. An die Behandlung dieser Personengruppen sind besondere und bedarfsgerechte Anforderungen zu stellen.

Viele Patient:innen sind aus den unterschiedlichsten Gründen eingeschränkt, sei es körperlich, geistig oder aufgrund einer sprachlichen Barriere. Kommunikationsbarrieren können nicht nur für Migrant:innen bestehen, sondern beispielsweise auch für Menschen mit eingeschränktem oder fehlendem Hörvermögen, mit Lernschwierigkeiten und mit einem Bedarf an leichter Sprache. Aus diesem Grund sollen die Krankenhäuser nach Absatz 2 eingeschränkten Patient:innen die notwendige Unterstützungsleistung bieten, die ihnen für die Dauer ihres Aufenthaltes ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu erhalten.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sie sind daher nach Absatz 3 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 Spezial- und Kinderklinik. Mit dieser Regelung soll der besonderen Behandlungssituation von kranken Kindern Rechnung getragen werden. Die schulische Förderung eines kranken Kindes wird regelhaft in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger durchgeführt.

Bei Absatz 4 handelt es sich um eine deklaratorische Regelung, die den verfassungsrechtlich gebotenen Diskriminierungsschutz besonders hervorhebt. Die Vorschrift trägt darüber hinaus den Bedürfnissen intergeschlechtlicher sowie transgeschlechtlicher, einschließlich nicht-binärer Menschen Rechnung. Gerade bei der Unterbringung in Mehrbettzimmern können für diese Personengruppen besondere Herausforderungen entstehen, etwa längere Wartezeiten bei elektiven Aufnahmen, wenn ausschließlich Mehrbettzimmer für Frauen und Männer zur Verfügung stehen.

In Absatz 5 wird eine Verordnungsermächtigung für die zuständige Behörde aufgenommen. Von der Befugnis kann insbesondere dann Gebrauch gemacht werden, wenn Krankenhäuser ihren (eigenen) Verpflichtungen nicht nachkommen.

Zu § 25 Einhaltung der Hygienegrundsätze; Verordnungsermächtigung

Krankenhausinfektionen sind nachweisbar an der Verlängerung der Verweildauer beteiligt und erhöhen nach wissenschaftlichen Untersuchungen zudem das Mortalitätsrisiko der Patient:innen. Die wirksame Bekämpfung von Krankenhausinfektionen, die im Übrigen nach dem 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 und an den Stand der medizinischen Wissenschaft angeknüpft. Die Einhaltung dieses Standes ist dabei auf Gebieten, auf denen Richtlinien und Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beim Robert Koch-Institut (RKI) vorliegen als eingehalten anzusehen, wenn die veröffentlichten Fassungen beachtet werden. Die konkreteren Verfahrensvorschriften werden durch Rechtsverordnung bestimmt, um zeitgerecht auf die wissenschaftliche Entwicklung in diesem Bereich reagieren zu können.

Um bundesweit Daten von (Multi-) Resistenzen zu erfassen, wird unter Bezugnahme auf § 23 Absatz 4 des Infektionsschutzgesetzes eine jährliche Übermittlungspflicht der Krankenhäuser hinsichtlich Krankheitserreger mit spezifischen Resistenzen sowie Informationen über die Nutzung von Antibiotika an das RKI geregelt.

Absatz 3 beinhaltet die Ermächtigungsgrundlage für die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zum Erlass einer Rechtsverordnung. Davon umfasst ist die Regelung der Einzelheiten der Mindeststandards für die Bekämpfung insbesondere antibiotikaresistenter Keime. Darüber hinaus kann 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 Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ebenfalls in dieser Rechtsverordnung regeln.

Zu § 26 Fehlermeldesystem

Absatz 1 verpflichtet alle Krankenhäuser, ein anonymes Fehlermeldesystem einzuführen. Es soll Mitarbeiter:innen ermöglichen, eventuelle Verdachtsmomente für fehlerhaftes oder gar kriminelles Handeln innerhalb des Krankenhausbetriebes an eine neutrale Stelle zu melden. Hierbei sollen auch patientengefährdende Situationen gemeldet werden können, die (noch) nicht zu einem Schaden geführt haben (sogenannte „Beinahe-Fehler“). Von besonderer Bedeutung ist es, dass dabei keine Rückschlüsse auf ihre Identität gezogen werden können. Wenn Mitarbeiter:innen negative Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und Kolleginnen und Kollegen fürchten müssen, stellt dies einen hemmenden Faktor für die Meldung sicherheitsrelevanter Ereignisse dar. Die Etablierung anonymer Fehlermeldesysteme kann somit erheblich zur Patientensicherheit beitragen.

Die Verpflichtung, innerhalb einer betrieblichen Struktur ein anonymes Fehlermeldesystem einzuführen, stellt zwar eine Einschränkung der unternehmerischen Freiheit dar. Jedoch ist in diesem Fall die Sicherheit der meist hilflosen Patient:innen a priori höher zu bewerten als das Organisationsrecht der Betriebsinhaberin oder des Betriebsinhabers. Des Weiteren haben die Erfahrungen mit innerbetrieblichen Meldesystemen gezeigt, dass diese einen erheblichen Nutzen für den Betrieb selbst darstellen, in Krankenhäusern beispielsweise durch die Vermeidung kostenintensiver Behandlungsfehler.

Mit der Verpflichtung in Absatz 2, Meldungen, die auf eine besondere Gefährdung der Patientensicherheit schließen lassen, an die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz weiterzuleiten, soll sichergestellt werden, dass schwerwiegende Vorfälle rechtzeitig erkannt und untersucht werden.

Zu § 27 Konferenzen

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ermöglichen es dem medizinischen und pflegerischen Personal, Fehler zu entdecken, abzustellen und damit Behandlungsprozesse zu verbessern. Sie erhöhen aber auch die Wahrscheinlichkeit, dass kriminelles Handeln im Krankenhaus

aufgedeckt wird. Es handelt sich um einen lösungs- und entwicklungsorientierten Austausch "auf Augenhöhe" im interdisziplinären Team, bei dem alle Beteiligten voneinander lernen können, ohne Sanktionen befürchten zu müssen.

Hauptaufgabe der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ist nach Absatz 2 die Vorstellung und Diskussion ausgewählter kritischer Behandlungsfälle. Hierbei handelt es sich insbesondere um Todesfälle, Zwischenfälle, Komplikationen oder schwere Verläufe mit vermutetem Verbesserungspotenzial. Auch sollen jedoch Situationen erörtert werden, die nicht zu Schäden geführt haben, in denen die Patientensicherheit jedoch akut gefährdet war. Darüber hinaus ist die krankenhausinterne Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik zu analysieren, insbesondere im Hinblick auf eine ungewöhnliche Häufung von Komplikationen oder Todesfällen.

Sofern sich aufgrund von Meldungen an die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz Hinweise auf eine ungewöhnliche Häufung von Todesfällen oder Komplikationen ergeben, ist die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz berechtigt, beim jeweiligen Krankenhaus die internen Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken anzufordern, um die Verdachtsmomente zu prüfen.

Zu § 28 Unterrichtungspflicht

Absatz 1 dient dem Schutz von Patientinnen und Patienten sowie der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Berufsausübung im Gesundheitswesen. Die Unterrichtungspflicht soll die zuständige Behörde in die Lage versetzen, frühzeitig zu prüfen, ob aufgrund eines bekannt gewordenen Strafverfahrens berufsrechtliche, approbationsrechtliche oder sonstige aufsichtsrechtliche Maßnahmen erforderlich sind.

Die Vorschrift erfasst ausschließlich Strafverfahren wegen des Verdachts solcher Straftaten, die geeignet sind, Zweifel an der beruflichen Zuverlässigkeit oder Eignung der betroffenen Person zu begründen. Hierzu können insbesondere Straftaten gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die sexuelle Selbstbestimmung, die persönliche Freiheit sowie sonstige Straftaten zählen, die einen unmittelbaren Bezug zur Berufsausübung oder zum Umgang mit Patientinnen und Patienten aufweisen.

Die Unterrichtungspflicht setzt voraus, dass das Krankenhaus auf rechtmäßige Weise Kenntnis von dem Strafverfahren erlangt hat. Eine eigenständige Befugnis zur Datenerhebung oder zur Einholung entsprechender Informationen bei Strafverfolgungsbehörden wird durch die Vorschrift nicht begründet.

Absatz 2 verpflichtet die Krankenhäuser, ein verbindliches Schutz- und Handlungskonzept für den Umgang mit dem Verdacht oder dem Vorliegen von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung vorzuhalten und dieses bei Bedarf fortzuschreiben. Ziel der Regelung ist es, den Schutz von Patientinnen und Patienten sowie anderer besonders schutzbedürftiger Personen

zu stärken und ein einheitliches, transparentes und verlässliches Vorgehen innerhalb der Einrichtungen sicherzustellen.

Das Schutz- und Handlungskonzept soll insbesondere klare Zuständigkeiten, Melde- und Dokumentationswege, Maßnahmen zum Schutz betroffener Personen, Vorgaben für den Umgang mit Verdachtsfällen sowie Regelungen zur Zusammenarbeit mit den zuständigen Strafverfolgungs- und Fachbehörden enthalten. Darüber hinaus sollen Maßnahmen zur Sensibilisierung und Qualifizierung der Beschäftigten sowie zur Prävention und Nachsorge Bestandteil des Konzepts sein.

Die Verpflichtung zur bedarfsorientierten Weiterentwicklung trägt dem Umstand Rechnung, dass sich rechtliche Anforderungen, fachliche Standards und Erkenntnisse im Bereich des Gewaltschutzes fortlaufend weiterentwickeln. Die Krankenhäuser haben ihre Konzepte daher regelmäßig auf Aktualität und Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen.

Die Abstimmung mit der zuständigen Behörde dient der Sicherstellung einheitlicher Qualitätsstandards und einer landesweit vergleichbaren Ausgestaltung der Schutzkonzepte. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die Konzepte den fachlichen und rechtlichen Anforderungen entsprechen, ohne den Krankenhäusern eine bestimmte organisatorische Ausgestaltung vorzugeben. Die Verantwortung für die Erstellung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung des Schutz- und Handlungskonzepts verbleibt bei den Krankenhäusern.

In Absatz 3 wird auf den § 31 Absatz 3 verwiesen, um die Rechte der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zu definieren, um eine umfangreiche Sachverhaltsaufklärung und ggf. die Einleitung notwendiger Maßnahmen gewährleisten zu können.

Zu § 29 Sozialer Dienst

Der Krankenhausträger hat einen Sozialdienst im Krankenhaus zu unterhalten. Dieser hat die Aufgabe, seine Hilfe bei der sozialen Betreuung der Patient:innen oder ihrer Angehörigen während des Krankenhausaufenthalts anzubieten, um insbesondere bei der Vermittlung nachsorgender Dienste behilflich zu sein. Die Patient:innen sind vom Krankenhausträger hierüber zu informieren. Diese Hilfe dient auch dazu, pflegebedürftige Patient:innen, 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 Patient:innen auf seelsorgerische Betreuung im Krankenhaus formuliert. Soweit Patient:innen den Wunsch äußern, seelsorgerisch betreut zu werden, hat das Krankenhaus eine solche Betreuung zu vermitteln. Den Religionsgemeinschaften ist Gelegenheit zu geben, Patient:innen auf deren Wunsch im Krankenhaus seelsorgerisch zu betreuen.

Zu § 30 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher; Verordnungsermächtigung

Absatz 1 regelt, dass nach erfolgter Ausschreibung für jedes Krankenhaus für die Dauer von jeweils vier Jahren eine Patientenfürsprecher:in zu berufen ist. Die Ausschreibung erfolgt durch den beziehungsweise die Krankenhausträger. Die Berufung obliegt der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz im Benehmen mit dem jeweiligen Krankenhausträger. Bedienstete des Krankenhausträgers können nicht berufen werden, um Zweifeln an der Neutralität und Unabhängigkeit der Patientenfürsprecher:innen vorzubeugen. Aus welchem Personenkreis Patientenfürsprecher:innen vom Krankenhausträger zu bestellen sind, wird ausdrücklich nicht geregelt.

Nach Absatz 2 ist Aufgabe der Patientenfürsprecher:innen die Entgegennahme und Bearbeitung von Wünschen und Beschwerden der Patient:innen 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 Patientenfürsprecher:innen aller Krankenhäuser im Lande Bremen gegenüber der Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz jährlich einen gemeinsamen Bericht über die Lage der Patient:innen in den Krankenhäusern im Lande Bremen erstellen. Sie können hierzu einen Arbeitskreis gründen. Durch den gemeinsamen Bericht wird auch die Arbeit der Patientenfürsprecher:innen transparent gemacht. Unabhängig hiervon haben die Patientenfürsprecher:innen über alle Sachverhalte, von denen sie im Rahmen ihrer Tätigkeit Kenntnis erhalten, Stillschweigen zu bewahren. Sinnvoll ist, dass die Patientenfürsprecher:innen mit den Einrichtungen der Patientenberatung kooperieren, da diese Einrichtungen große Erfahrung in der Bearbeitung von Patientenbeschwerden aufweisen.

Absatz 3 stuft das Amt der Patientenfürsprecher:in 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 berechnete Wünsche von Patient:innen umzusetzen. In Satz 3 wird die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ermächtigt, zur Gewährleistung einheitlicher Rahmenbedingungen eine Rechtsverordnung zu erlassen. Damit wird das Ziel verfolgt, die Patientenfürsprecher:innen dauerhaft darin zu unterstützen, dass sie ihr Amt unabhängig und mit angemessener Ausstattung wahrnehmen können. Damit korrespondierend berichtet die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz der staatlichen Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz jährlich über die Ausstattung der Krankenhäuser mit Patientenfürsprecher:innen sowie über die Einhaltung der Vorgaben aus dieser Rechtsverordnung.

Sechster Abschnitt

Rechtsaufsicht

Zu § 31 Rechtsaufsicht

Absatz 1 unterstellt alle Krankenhäuser im Lande Bremen, ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen und die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten der Rechtsaufsicht. Satz 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 Patient:innen im Maßregelvollzug neben der Rechtsaufsicht auch der Fachaufsicht nach § 13 Absatz 1 Satz 8 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen unterliegen. Dabei ist auch die Verpflichtung zur Umsetzung der Psychiatrie-Personal-Verordnung zu beachten.

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 Patient:innen 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 Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz 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. Hiervon ausgenommen sind jedoch die Zimmer von Patientinnen oder Patienten. Absatz 3 erlegt den Krankenhäusern daher eine Duldungsverpflichtung auf. Im Rahmen der Aufsichts- und Kontrolltätigkeit dürfen die hiermit beauftragten Mitarbeiter:innen der Aufsichtsbehörde auch Einsicht in Patientenunterlagen nehmen, wenn dies im überwiegenden Allgemeininteresse erforderlich ist. Diese Bestimmung entspricht § 67 Absatz 4 Satz 1 SGB X. 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 Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz als Aufsichtsbehörde und damit als die für die Rechtsaufsicht über die Krankenhäuser zuständige Behörde.

Zu § 32 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.

Siebter Abschnitt

Datenschutz

Zu § 33 Anwendungsbereich

Dieser Abschnitt regelt den Geltungsbereich der datenschutzrechtlichen Regelungen im Rahmen dieses Gesetzes. Das Gesetz gilt für alle Krankenhäuser im Lande Bremen, soweit nichts anderes bestimmt ist.

In Absatz 1 wird klargestellt, dass die Regelungen dieses Gesetzes keine Anwendung finden, soweit das Recht der Europäischen Union, im Besonderen die Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. EU Nr. L 119 S. 1) in der jeweils geltenden Fassung, unmittelbar gilt. Da die Krankenhäuser im Land Bremen unabhängig davon, welche Rechtsform sie haben und ob sie in öffentlicher oder privater Trägerschaft stehen, durch die Sicherstellung der Krankenhausversorgung Aufgaben der öffentlichen Verwaltung wahrnehmen, kommen -ergänzend zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen dieses Gesetzes- die Vorschriften des Bremischen Ausführungsgesetzes zur EU-Datenschutz- Grundverordnung (BremDSGVOAG) zur Anwendung.

In Absatz 2 werden hinsichtlich des Anwendungsbereiches dieses Gesetzes notwendigerweise Einschränkungen vorgenommen. Es wird klargestellt, dass die Vorschriften dieses Gesetzes nicht für Krankenhäuser gelten, deren Träger der Bund ist sowie, wenn die Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern dem Straf- und Maßregelvollzug dienen. Hierfür fehlt die Gesetzgebungskompetenz des Landes.

Absatz 3 bezieht sich auf Krankenhäuser, die von kirchlichen oder religiösen Vereinigungen oder Gemeinschaften, oder diesen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden. Für diese Krankenhäuser, gilt Artikel 140 Grundgesetz in Verbindung mit Artikel 137 Absatz 3 der Weimarer Reichsverfassung. Danach wird den Kirchen und ihren Organisationen und zwar unabhängig von ihrer Rechtsform, also auch wenn sich die Träger einer Rechtsform nach

staatlichem Recht, zum Beispiel einer GmbH, bedienen, ein Selbstbestimmungsrecht, nämlich ihre eigenen Angelegenheiten selbstständig im Rahmen der für alle geltenden Gesetze zu ordnen und zu verwalten, garantiert. Dazu gehört auch der Datenschutz. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung gilt selbstverständlich auch in Krankenhäusern, die den Religionsgemeinschaften zugeordnet sind. Um einen gleichrangigen Schutz zu gewährleisten, sind die Religionsgemeinschaften aufgefordert diesem Abschnitt entsprechend Datenschutzregelungen zu treffen, soweit sie keinen Regeln unterliegen, die den Anforderungen des Artikels 91 DSGVO genügen.

Zu § 34 Patientendaten

In Absatz 1 werden alle personenbezogenen Angaben über die Patient:innen unabhängig von der Art der Verarbeitung dem Datenschutz unterstellt. Auch die Daten von begleitenden Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen werden in den Schutz miteinbezogen. Der Schutz wird auf die Verarbeitung aller personenbezogenen Daten ausgeweitet, die im Zusammenhang mit einer Behandlung im Krankenhaus verarbeitet werden. Dies ist geboten, weil Krankenhäuser in zunehmendem Maße auch beispielsweise ambulante Leistungen erbringen.

Nach Artikel 4 Absatz 7 der Datenschutzgrundverordnung ist „Verantwortlicher“ die natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, die allein oder gemeinsam mit anderen über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten entscheidet; sind die Zwecke und Mittel dieser Verarbeitung durch das Unionsrecht oder das Recht der Mitgliedstaaten vorgegeben, so können der Verantwortliche beziehungsweise die bestimmten Kriterien seiner Benennung nach dem Unionsrecht oder dem Recht der Mitgliedstaaten vorgesehen werden. In Absatz 2 wird bestimmt, dass das Krankenhaus verantwortlich für die Datenverarbeitung ist.

Zu § 35 Verarbeitung von Patientendaten

Nach Artikel 9 Absatz 1 DSGVO ist die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten und damit Patientendaten gehören, grundsätzlich untersagt. Hiervon bestehen jedoch Ausnahmen. Die Verarbeitung ist insbesondere zulässig, wenn sie für Zwecke der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- oder Sozialbereich auf der Grundlage des Unionsrechts oder des Rechts eines Mitgliedstaats oder aufgrund eines Vertrags mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs erforderlich ist (Artikel 9 Absatz 2 lit. h DSGVO). Darüber hinaus ist die Verarbeitung zulässig, wenn sie aus Gründen des öffentlichen Interesses im Bereich der öffentlichen Gesundheit, insbesondere dem Schutz vor schwerwiegenden Gesundheitsgefahren oder zur Gewährleistung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei der Gesundheitsversorgung, erforderlich ist (Artikel 9 Absatz 2 lit. i DSGVO).

Mit § 35 werden die durch Artikel 9 Absatz 2 Buchstaben h und i DSGVO eröffneten Regelungsspielräume für den Krankenhausbereich konkretisiert. Zugleich werden durch die Vorgaben zur Datenminimierung sowie die besonderen Anforderungen an einzelne Verarbeitungszwecke ergänzende Schutzmaßnahmen für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen vorgesehen. Insoweit macht der Landesgesetzgeber auch von der Ermächtigung des Artikels 9 Absatz 4 DSGVO Gebrauch, zusätzliche Bedingungen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten festzulegen.

Damit die Verarbeitung von Patientendaten rechtmäßig erfolgt, bedarf sie einer gesetzlichen Grundlage oder einer wirksamen Einwilligung der betroffenen Person.

Absatz 1 Nummer 1 konkretisiert die Zulässigkeit der Verarbeitung von Patientendaten für Zwecke der medizinischen Versorgung und Behandlung einschließlich der erforderlichen Dokumentation. Die Regelung dient der Durchführung des Behandlungsvertrages und stützt sich auf Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h DSGVO. Die medizinische Dokumentationspflicht umfasst alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen, insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Psychologinnen und Psychologen, Mitarbeitende des Sozialdienstes sowie sonstige an der Versorgung beteiligte Personen. Soweit externe Leistungserbringer oder sonstige an der Behandlung beteiligte Gesundheitsberufe in die Versorgung von Patientinnen und Patienten eingebunden sind, richtet sich die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit nach den Vorgaben der DSGVO.

Absatz 1 Nummer 2 konkretisiert die Zulässigkeit der Verarbeitung von Patientendaten zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen. Die Regelung dient dem Schutz der öffentlichen Gesundheit sowie der Gewährleistung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards in der Gesundheitsversorgung und stützt sich auf Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe i DSGVO.

Absatz 1 Nummer 3 ermöglicht die Verarbeitung von Patientendaten für Zwecke der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen der Heil- und Gesundheitsfachberufe. Die praktische Ausbildung kann in vielen Fällen nur unter Einbeziehung realer Behandlungssituationen erfolgen. Die Regelung konkretisiert die in Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h DSGVO vorgesehene Datenverarbeitung für Zwecke der Gesundheitsversorgung. Zum Schutz der betroffenen Personen wird ergänzend vorgesehen, dass überwiegende Interessen der betroffenen Person der Verarbeitung im Einzelfall nicht entgegenstehen dürfen.

Absatz 1 Nummer 4 erlaubt die Verarbeitung von Patientendaten zur Qualitätssicherung der Behandlung sowie zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen. Hierzu gehören insbesondere interne und externe Qualitätssicherungsverfahren sowie Zertifizierungen. Die Regelung dient der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und stützt sich auf Artikel 9 Absatz 2 Buchstaben h und i DSGVO.

Absatz 1 Nummer 5 ermöglicht die Verarbeitung von Patientendaten zur verwaltungsmäßigen Abwicklung des Behandlungsverhältnisses, insbesondere zur Leistungsabrechnung einschließlich belegärztlicher und wahlärztlicher Leistungen. Die Regelung konkretisiert die in Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h DSGVO vorgesehene Verarbeitung für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheitsbereich.

Nach Satz 2 soll insbesondere in den Fällen der Nummern 3 und 4 vor der Verarbeitung geprüft werden, ob der jeweilige Zweck auch durch die Verwendung anonymisierter oder pseudonymisierter Daten erreicht werden kann. Hierdurch wird dem Grundsatz der Datenminimierung nach Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe c DSGVO Rechnung getragen.

Absatz 2 konkretisiert das Erforderlichkeitsprinzip und stellt sicher, dass Patientendaten nur von denjenigen im Krankenhaus tätigen Personen eingesehen und verarbeitet werden dürfen, die diese Daten zur rechtmäßigen Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

Zu § 36 Verarbeitung von Patientendaten zu Forschungszwecken

Die Verwendung von Patientendaten zur Eigenforschung stellt einen Grundrechtseingriff dar. Eine Verwendung von Patientendaten durch Krankenhausärzt:innen oder sonstiges wissenschaftliches Personal der Einrichtung ohne Einwilligung des Patient:in ist nur unter den einschränkenden Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 2 erlaubt. Entsprechend der Regelung in Absatz 2 für den Fall einer Übermittlung an Dritte ist auch bei einem eigenen Forschungsvorhaben des behandelnden Krankenhauses die Einwilligung schriftlich oder elektronisch einzuholen.

Für die Datenübermittlung an Dritte für Forschungszwecke gelten in Abgrenzung zur Eigenforschung nach Absatz 2 weitere erhöhte Anforderungen (Genehmigung der für das Krankenhaus zuständigen Aufsichtsbehörde). Die Übermittlung der Daten an Dritte, die die Daten noch nicht im Besitz haben, stellt einen höheren Eingriff in die Selbstbestimmung der Patient:in dar. Die Genehmigung der Aufsichtsbehörde bezeichnet den Dritten, an den die Daten übermittelt werden, die Art der zu übermittelnden Daten und das bestimmte wissenschaftliche Forschungsvorhaben.

Absatz 3 enthält eine Regelung über die Anforderungen an eine Veröffentlichung von Patientendaten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung.

Absatz 4 enthält spezifische Regelungen über die Verwendung von Forschungsdaten (Gebot der Anonymisierung, Gewährleistung sonstiger spezifischer Maßnahmen zur Wahrung der Interessen der betroffenen Personen).

Zu § 37 Übermittlung von Patientendaten an Dritte

Nach Artikel 9 Absatz 2 lit. h der DSGVO ist die Verarbeitung sensibler Daten zulässig, wenn sie für die Zwecke der Gesundheitsvorsorge oder Arbeitsmedizin, zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, für die medizinische Diagnostik, die Versorgung oder Behandlung im Gesundheitsbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- oder Sozialbereich erforderlich ist. Der Zulässigkeitstatbestand trägt der Bedeutung der Gesundheit für den Betroffenen sowie der Gesellschaft insgesamt Rechnung (vergleiche EG 53 S. 1) und rechtfertigt sich aus dem Umstand, dass im Gesundheitswesen in hohem Maße sensible Daten verarbeitet und zwischen verschiedenen Akteuren bewegt werden und dies für die Funktionalität der medizinischen Versorgung und den medizinischen Fortschritt auch notwendig ist (BeckOK DatenschutzR/AlbersNeit, 27.-. Ed. 1.5.2018, DS-GVO Artikel 9 Rn. 7-7-). Inhaltlich vom Begriff der medizinischen Versorgung erfasst sind sämtliche gesundheitsbezogenen Handlungen und Leistungen, insbesondere solche präventiver diagnostischer, kurativer und nachsorgender Art. Erfasst ist auch die im Kontext der Erbringung und Abrechnung von Gesundheitsleistungen erforderliche Verwaltung von Systemen und Diensten des Gesundheits- und Sozialbereichs, also die infrastrukturelle Dimension des Gesundheitswesens. Der Tatbestand umfasst auch den Tatbestand privatrechtlich gestaltete Verfahren der Kostenübernahme (BeckOK DatenschutzR/AlbersNeit, 27.-. Ed. 1. Mai 2018, DS-GVO Artikel 9 Rn. 7-9).

Nach Artikel 9 Absatz 2 lit. i der DSGVO ist die Verarbeitung aus Gründen des öffentlichen Interesses im Bereich der öffentlichen Gesundheit, wie dem Schutz vor schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren oder zur Gewährleistung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei der Gesundheitsversorgung und bei Arzneimitteln und Medizinprodukten, auf der Grundlage des Unionsrechts oder des Rechts eines Mitgliedstaats, das angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Freiheiten der betroffenen Person, insbesondere des Berufsgeheimnisses, vorsieht.

Nach Artikel 9 Absatz 3 der DSGVO dürfen Gesundheitsdaten zu den in Absatz 2 Buchstabe h genannten Zwecken verarbeitet werden, wenn diese Daten von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet werden und dieses Fachpersonal nach dem Unionsrecht oder dem Recht eines Mitgliedstaats oder den Vorschriften nationaler zuständiger Stellen dem Berufsgeheimnis unterliegt, oder wenn die Verarbeitung durch eine andere Person erfolgt, die ebenfalls nach dem Unionsrecht oder dem Recht eines Mitgliedstaats oder den Vorschriften nationaler zuständiger Stellen einer Geheimhaltungspflicht unterliegt.

In Absatz 1 werden die Fälle der Übermittlung personenbezogener Daten durch Krankenhäuser an andere Stellen aufgelistet. Das Krankenhauspersonal unterliegt dabei dem Datengeheimnis.

Nach Absatz 2 dürfen Stellen oder Personen, denen personenbezogene Daten nach den Vorschriften dieses Gesetzes befugt übermittelt worden sind, diese Daten nur im Rahmen des

Übermittlungszwecks verwenden. Im Übrigen sind die Dritten unbeschadet sonstiger Datenschutzbestimmungen, zur Geheimhaltung im gleichen Umfang verpflichtet, wie das Fachpersonal, das die Daten im Krankenhaus verarbeitet.

Absatz 3 stellt klar, dass eine Übermittlung in sonstigen Fällen nur aufgrund einer Einwilligung der betroffenen Patientin beziehungsweise des betroffenen Patienten zulässig ist.

Zu § 38 Datenverarbeitung im Auftrag

Mit der Regelung macht der Landesgesetzgeber von der Möglichkeit des Artikels 9 Absatz 4 DSGVO Gebrauch, für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten zusätzliche Anforderungen vorzusehen. Werden personenbezogene Daten im Auftrag eines Krankenhauses durch andere Dritte verarbeitet, hat das Krankenhaus für die Einhaltung der Vorschriften dieses Gesetzes zu sorgen.

In Absatz 1 werden die Voraussetzungen geregelt, unter denen die Verarbeitung von Patientendaten einem Auftragsverarbeiter übertragen werden darf. Die Nummern 1 bis 4 enthalten die hierfür zulässigen Fallgestaltungen. Die Regelung trägt dem besonderen Schutzbedürfnis von Patientendaten Rechnung und konkretisiert die Anforderungen an die Auftragsverarbeitung im Krankenhausbereich. Satz 2 dient der Wahrung des Grundsatzes der Erforderlichkeit. Satz 3 konkretisiert den Grundsatz der Datenminimierung, indem vorrangig anonymisierte und, soweit dies nicht möglich ist, pseudonymisierte Daten zu verwenden sind.

In Absatz 2 wird klargestellt, dass der Auftragsverarbeiter die Datenschutzbestimmungen dieses Gesetzes und die Schweigepflicht nach § 203 des Strafgesetzbuches einzuhalten hat. Der Auftragsverarbeiter darf die ihm überlassenen Patientendaten nur im Rahmen des Auftrags und der Weisungen des Krankenhauses verarbeiten. Im Übrigen wird ergänzend auf die Regelungen zur Auftragsverarbeitung in Artikel 28 der DSGVO verwiesen.

Zu § 39 Betriebsaufgabe

In Absatz 1 wird sichergestellt, dass die Daten im Falle einer Betriebsaufgabe nach Maßgabe dieses Gesetzes weiterverarbeitet werden und legt die Voraussetzungen geeigneter Maßnahmen fest.

Nach Absatz 2 sind die datenschutzrechtlichen Vorschriften dieses Gesetzes im Rahmen der weiteren Verarbeitung der Patientendaten einzuhalten. Zudem sind die Einsichts- und Auskunftsrechte der Patient:innen weiterhin unter den gleichen Voraussetzungen wie im Krankenhaus sicherzustellen.

Zu § 40 Löschung und Einschränkung der Verarbeitung

Diese Vorschrift enthält ergänzende Regelungen zur Löschung und Einschränkung der Verarbeitung im Sinne von Artikel 18 der DSGVO.

Achter Abschnitt

Ordnungswidrigkeiten

Zu § 41 Ordnungswidrigkeiten

Zur Durchsetzung der Vorschriften des Bremischen Krankenhausgesetzes und damit insbesondere zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Behandlung der Patient:innen, aber auch zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses sieht Absatz 1 eine Reihe von Ordnungswidrigkeitstatbeständen vor.

Absatz 2 regelt die Ahndung von Ordnungswidrigkeitstatbeständen mit einer Bußgeldhöhe bis zu 50.000 Euro. Diese Bußgeldhöhen werden 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 Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz.

Zu Artikel 2

Dieser Artikel regelt das Außerkrafttreten des Bremischen Krankenhausgesetzes vom 24. November 2020 (Brem.GBl., S. 1444).

Zu Artikel 3

Dieser Artikel regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.

Bremisches Krankenhausgesetz – BremKrhG

(Stand: 13.08.2026)

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
Erster Abschnitt: Allgemeine Vorschriften	
§ 1 Geltungsbereich Dieses Gesetz gilt für alle Krankenhäuser im Lande Bremen, soweit nichts anderes bestimmt ist. Die Vorschriften des Dritten Abschnitts gelten nur für Krankenhäuser, die nach dem Zweiten Abschnitt in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind.	§ 1 Geltungsbereich Dieses Gesetz gilt für alle Krankenhäuser im Land Bremen, die der voll- und teilstationären sowie ambulanten Versorgung der Bevölkerung dienen. Die Vorschriften des Dritten Abschnitts gelten nur für Krankenhäuser, die nach dem Zweiten Abschnitt in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind.
§ 2 Ziele (1) Ziel des Gesetzes ist es, die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten Krankenhausversorgung von Patientinnen und Patienten mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich und wirtschaftlich handelnden Krankenhäusern im Land Bremen 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 im Sinne einer sektorübergreifenden Versorgung sollen gefördert werden. Die Kooperation von Krankenhäusern zur krankenhäuserübergreifenden Versorgung soll erleichtert werden.	§ 2 Ziele (1) Ziel des Gesetzes ist, die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern im Land Bremen und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Die Qualität der Versorgung wird durch die Aufnahme in den Krankenhausplan, die finanzielle Förderung von Krankenhäusern sowie durch die Gewährleistung der Rechte von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Krankenhausbehandlung sichergestellt. (2) Eine bedarfsgerechte Versorgung erfordert insbesondere die Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl von Krankenhäusern, welche die Grund- und Notfallversorgung sicherstellen; hiervon umfasst sind auch ausreichende intensivmedizinische Kapazitäten. Planbare Krankenhausleistungen sollen zeitnah zur Verfügung stehen. (3) Dieses Gesetz soll außerdem das Zusammenwirken der Krankenhäuser untereinander, mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie den gesetzlichen Krankenversicherungen und anderen Kostenträgern fördern und damit zur Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens beitragen.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(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.	(4) Ziel des Gesetzes ist ferner die Gewährleistung der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Berufsgruppen, der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in enger Zusammenarbeit mit den hieran Beteiligten. (5) Zur Erreichung der in den Absätzen 3 und 4 genannten Ziele sollen Krankenhäuser bei einer Zusammenarbeit untereinander oder mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens Kooperationsverträge schließen. Die Kooperationsverträge sollen insbesondere Art, Umfang und Ausgestaltung der Zusammenarbeit sowie die jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Beteiligten festlegen.
§ 3 Sicherstellung der Krankenhausversorgung (1) Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes und der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven nach Maßgabe bundesrechtlicher Vorschriften, insbesondere des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes, sowie nach Maßgabe dieses Gesetzes. Dabei ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu fördern, sofern die Qualität der erbrachten oder zu erwartenden Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist. (2) Das Land stellt den Krankenhausplan und das Investitionsprogramm nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes standortbezogen 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. Krankenhausträger ist, wer ein Krankenhaus betreibt. 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) 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	§ 3 Sicherstellung der Krankenhausversorgung (1) Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes und der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven nach Maßgabe bundesrechtlicher Vorschriften sowie nach Maßgabe dieses Gesetzes. Bei der Durchführung dieses Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten, sofern die Qualität der erbrachten oder zu erwartenden Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist. (2) Die zuständige Behörde stellt zur Verwirklichung der in § 2 Absatz 1 genannten Ziele einen Krankenhausplan und ein Investitionsprogramm nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf. Der Krankenhausplan und das Investitionsprogramm können standortbezogene Vorgaben enthalten. (3) Krankenhausträger ist, wer ein Krankenhaus betreibt. Krankenhäuser können von geeigneten kommunalen, freigemeinnützigen oder privaten Trägern betrieben werden. 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) 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

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
selbst zu errichten und zu betreiben. (5) 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. (6) Die zuständige Behörde nach § 4 Absatz 1 ist für die Prüfung eines Antrags nach § 5 Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes zuständig. Sie wird aufgrund von § 5 Absatz 2 Satz 2 und 3 des Krankenhausentgeltgesetzes ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen.	selbst zu errichten und zu betreiben. (5) 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. (6) Die zuständige Behörde prüft auf Antrag, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlages gemäß § 5 Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes erfüllt sind. (7) Für Modellvorhaben nach den §§ 63 bis 65 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag eines Krankenhausträgers von den Regelungen dieses Gesetzes abgewichen werden.
§ 4 Zuständige Behörde Die Senatorin oder der Senator für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ist die zuständige Behörde im Sinne dieses Gesetzes. Sie oder er ist zudem die zur Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der aufgrund dieser Gesetze erlassenen Rechtsverordnungen zuständige Behörde.	§ 4 Zuständige Behörde Die Senatorin oder der Senator für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ist die zuständige Behörde im Sinne dieses Gesetzes. Sie oder er ist zudem die zur Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der aufgrund dieser Gesetze erlassenen Rechtsverordnungen zuständige Behörde.
Zweiter Abschnitt: Krankenhausplan	
§ 5 Ziele und Inhalte des Krankenhausplans (1) Zur Verwirklichung der in § 2 genannten Ziele stellt die zuständige Behörde als Planungsbehörde für das Land einen Krankenhausplan nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf und schreibt ihn bei Abweichung der tatsächlichen Entwicklung von der zugrunde gelegten Bedarfsentwicklung nach Absatz 5 fort. Der Krankenhausplan kann, soweit erforderlich, teilweise angepasst werden. Der	§ 5 Ziele und Inhalte des Krankenhausplans; Verordnungsermächtigung (1) Die zuständige Behörde stellt für das Land Bremen einen Krankenhausplan nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf und schreibt ihn regelmäßig entsprechend der tatsächlichen Entwicklung fort. Der Krankenhausplan kann, soweit erforderlich, teilweise angepasst werden. Er ist in der jeweils aktuellen Fassung im Internet zu veröffentlichen. Der Krankenhausplan wird vom Senat der Freien Hansestadt Bremen beschlossen.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
Krankenhausplan besteht aus dem Krankenhausrahmenplan nach Absatz 2 und den genehmigten Vereinbarungsvorschlägen zu dessen Umsetzung nach Absatz 6. Die zuständige Behörde veröffentlicht den Krankenhausplan in der jeweils aktuellen Fassung im Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen. (2) Der Krankenhausrahmenplan wird im Benehmen mit den Beteiligten nach § 7 Absatz 1 und 2 von der zuständigen Behörde erstellt und vom Senat der Freien Hansestadt Bremen beschlossen. 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 Krankenhauskapazitäten sowie der Gesamtzahl der bedarfsgerechten Planbetten jeweils für die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven unter Berücksichtigung der oberzentralen Funktion für die Umlandversorgung. Er kann auch die an den einzelnen Krankenhausstandorten in Anlehnung an die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammer Bremen und der Psychotherapeutenkammer Bremen vorzuhaltenden Fachgebiete, Schwerpunkte und Versorgungsangebote, für die eine Zusatzweiterbildung erforderlich ist, sowie Qualitätsvorgaben nach § 31 Absatz 3 festlegen. Der Krankenhausrahmenplan enthält die Standorte der Ausbildungsstätten. (3) Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Bestandteil des Krankenhausplanes. Die zuständige Behörde kann durch Rechtsverordnung bestimmen, dass die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach Satz 1 in begründeten Ausnahmefällen ganz oder teilweise ausgeschlossen ist. (4) Der Krankenhausplan kann Einrichtungen mit besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung ausweisen. (5) Das Verfahren zur Fortschreibung des Krankenhausplans wird zwischen der zuständigen Behörde und den unmittelbar Beteiligten nach § 7 Absatz 1 in einem Vertrag zur Intensivierung der Zusammenarbeit unter besonderer Berücksichtigung der Notfallversorgung, der Anforderungen an die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung sowie sektorenübergreifender Versorgungsbedarfe geregelt. Die zuständige Behörde wird ermächtigt, das Nähere zum Verfahren und den inhaltlichen Vorgaben nach Satz 1 durch Rechtsverordnung zu regeln. Endet ein bestehender Vertrag nach Satz 1 und kommt ein neuer Vertrag innerhalb eines angemessenen Zeitraumes nicht	(2) Der Krankenhausplan weist die zur Erreichung seiner Ziele erforderlichen Krankenhäuser nach gegenwärtigem und zukünftigem Versorgungsauftrag aus. Die Versorgungsaufträge der bedarfsgerechten Krankenhäuser können beschrieben und festgesetzt werden nach 1. den vorzuhaltenden Leistungsgruppen, Leistungsbereichen, Fachgebieten oder weiteren speziellen Leistungsangeboten, 2. den voll- und teilstationären Behandlungskapazitäten (Planbetten, Behandlungsplätze), 3. nach Fallzahlen oder Planfallzahlen oder mehreren der in den Nummern 1 bis 3 genannten Kriterien. Die Festsetzungen zu den Versorgungsaufträgen können inhaltlich und zeitlich beschränkt werden, soweit dies zur Erfüllung der Ziele des Krankenhausplans geboten ist. Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seiner Einzelfestsetzungen sowie im Falle von Auswahlentscheidungen zwischen mehreren bedarfsgerechten Krankenhäusern wird der verlässlichen Teilnahme eines Krankenhauses an der Notfallversorgung und der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzte besonders Rechnung getragen. Der Krankenhausplan kann weitere Kriterien vorsehen, die bei der Planaufstellung und der Auswahl zwischen mehreren bedarfsgerechten Krankenhäusern im Rahmen von Auswahlentscheidungen besonders berücksichtigt werden sollen.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
zustande, kann die zuständige Behörde auch das Nähere zum Verfahren zur Fortschreibung des Krankenhausplans nach Satz 2 regeln. (6) Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen vereinbaren mit den Krankenhausträgern unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen auf der Grundlage des Krankenhausrahmenplans nach Absatz 2 für den jeweiligen Krankenhausstandort Vorschläge für einen Versorgungsauftrag (Vereinbarungsvorschläge) mit Ausweisung der standortbezogenen Gesamtbettenzahl sowie der Notfallversorgung und der Intensivmedizin. In den Vereinbarungsvorschlägen erfolgt eine Konkretisierung des Versorgungsauftrages hinsichtlich der einzelnen Fachgebiete, Schwerpunkte und Versorgungsangebote, für die eine Zusatzweiterbildung erforderlich ist und ihre jeweiligen Kapazitäten. Die Vereinbarungsvorschläge haben zudem Regelungen über die Ausbildungsplatzzahlen je Ausbildungsstätte nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu enthalten. Die Vereinbarungsvorschläge bedürfen der Genehmigung durch die zuständige Behörde. Kommt zwischen den in Satz 1 genannten Einrichtungen keine Einigung zustande, entscheidet nach vorheriger Anhörung die zuständige Behörde. Die genehmigten Vereinbarungsvorschläge bilden die Grundlage für die den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser konkretisierenden Feststellungsbescheide.	(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Land Bremen vereinbaren mit den Krankenhausträgern, unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen, auf der Grundlage des Krankenhausplans nach Absatz 2 für das jeweilige Krankenhaus einen Vorschlag für einen Versorgungsauftrag (Vereinbarungsvorschlag). In den Vereinbarungsvorschlägen für die Krankenhäuser erfolgt eine Konkretisierung des Versorgungsauftrages auf Grundlage der Kriterien nach Absatz 2. Die Vereinbarungsvorschläge haben zudem Regelungen über die Notfallversorgung, die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie weitere spezifische Versorgungsstrukturen zu enthalten. Die Vereinbarungsvorschläge unterstützen die Versorgungsentscheidung und können eine Grundlage für die Feststellungsbescheide der zuständigen Behörde bilden, durch die der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses bestimmt wird. (4) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, das Nähere zu den Inhalten des Krankenhausplans und zum Verfahren der Aufstellung durch Rechtsverordnung zu regeln.
§ 6 Aufnahme in den Krankenhausplan (1) Ein Krankenhaus kann nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5 in den Krankenhausplan aufgenommen werden. (2) Ein Krankenhaus, dessen Träger geeignet im Sinne des § 3 Absatz 3 Satz 3 ist, kann im Rahmen des Planungsverfahrens nach § 5 auf Antrag und nur mit den Fachgebieten, Schwerpunkten und Versorgungsangeboten, für die eine Zusatzweiterbildung erforderlich	§ 6 Aufnahme in den Krankenhausplan (1) Ein Krankenhaus kann in den Krankenhausplan aufgenommen werden, wenn es bedarfsgerecht, leistungsfähig und wirtschaftlich im Sinne des § 1 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
ist, aufgenommen werden, für die jeweils 1. eine dauerhafte und bedarfsgerechte Vorhaltung gesichert ist, 2. die durchgängige ärztliche und pflegerische Versorgung für das jeweilige Gebiet oder den jeweiligen Schwerpunkt gewährleistet ist, 3. die ärztliche psychotherapeutische Leitung und deren Vertretung die für sie disziplinrelevante Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen haben, 4. einer Fachärztin oder einem Facharzt eine Weiterbildungsbefugnis im Umfang der in der betreffenden Klinik angebotenen Leistungen von der Ärztekammer Bremen erteilt und das Krankenhaus von der Ärztekammer Bremen als Weiterbildungsstätte zugelassen worden ist, 5. durchgehend die entsprechende fachärztliche Versorgung (Facharztstandard im Sinne des § 31 Absatz 1), eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft sowie eine Notfallversorgung im Rahmen ihres Versorgungsauftrags gewährleistet ist und 6. die Einhaltung von Maßnahmen der geltenden Qualitätssicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und den Qualitätsstandards nach diesem Gesetz nachgewiesen wird. Für Modellvorhaben nach den §§ 63 bis 65 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag eines Krankenhausträgers von den Voraussetzungen des Satz 1 Nummer 1 bis 6 abgewichen werden. (3) Der Krankenhausträger hat die Voraussetzungen nach Absatz 2 nachzuweisen. Er ist verpflichtet, alle Änderungen und einen beabsichtigten Trägerwechsel der zuständigen Behörde unverzüglich mitzuteilen. Diese unterrichtet die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen im Lande Bremen über die nach Satz 2 mitgeteilten Änderungen. (4) Die Aufnahme eines Krankenhauses mit bestimmten Fachgebieten, Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen in den Krankenhausplan erfolgt durch schriftlichen Bescheid der zuständigen Behörde. Der Bescheid enthält zur Bestimmung des Versorgungsauftrages	(2) Der Krankenhausträger hat die Voraussetzungen nach Absatz 1 gegenüber der zuständigen Behörde nachzuweisen. Er ist verpflichtet, alle Änderungen in den Voraussetzungen zur Aufnahme in den Krankenhausplan nach Absatz 1, Abweichungen vom festgestellten Versorgungsauftrag nach Absatz 3 und einen beabsichtigten Trägerwechsel nach Absatz 7 der zuständigen Behörde unverzüglich mitzuteilen. (3) Die Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan erfolgt auf Antrag des Krankenhausträgers durch schriftlichen oder elektronischen Bescheid nach § 8 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch die zuständige Behörde.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
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 Fachgebiete und Schwerpunkte, 4. die Gesamtzahl der Planbetten, 5. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie 6. die Feststellung zur Anwendung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit diese gelten und das Krankenhaus betreffen. (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.	(4) Der Bescheid nach Absatz 3 enthält zur Bestimmung des Versorgungsauftrages mindestens 1. den Namen und den Standort oder die Standorte des Krankenhauses nach § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, 2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses, 3. die Struktur und den Umfang des dauerhaft vorzuhaltenden Versorgungsauftrages nach § 5 Absatz 3, 4. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, 5. die Einstufung als Fachkrankenhaus gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch sowie 6. nachrichtlich die vereinbarte Stufe des Systems von Notfallstrukturen gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. (5) Der Bescheid kann Nebenbestimmungen enthalten, soweit dies im Rahmen der Verwirklichung der in § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder in § 2 genannten Ziele oder zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich ist. Dazu gehören Auflagen, die auch nachträglich aufgenommen, geändert oder ergänzt werden können. Die Nebenbestimmungen können auch die befristete Aufnahme eines Krankenhauses oder einzelner Bestandteile seines Versorgungsauftrages in den Krankenhausplan vorsehen. Für Krankenhäuser, die zum Teil oder ganz aus dem Krankenhausplan ausscheiden, kann ein bestimmter Zeitpunkt des Ausscheidens vorgesehen werden.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(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) Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist Voraussetzung für die Förderung nach dem Abschnitt 3. Ein Rechtsanspruch auf die Aufnahme in den Krankenhausplan besteht nicht. (7) Wechselt die Trägerschaft eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses, so ist ein neuer Bescheid nach Absatz 3 erforderlich. Die hinreichend konkrete Absicht zum Wechsel in der Trägerschaft ist der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen; dies gilt auch für Veränderungen in der Trägerstruktur. (8) Rechtsbehelfe gegen einen Feststellungsbescheid haben keine aufschiebende Wirkung. (9) Das Krankenhaus ist verpflichtet, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die Dauer der zu erbringenden ärztlichen, psychotherapeutischen und pflegerischen Leistungen bereitzustellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Ausbildungsberufen nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mitzuwirken. Hierzu hat das Krankenhaus auf die Einhaltung der Vorschriften der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Land Bremen in der jeweils geltenden Fassung zu achten und im Einvernehmen mit der zuständigen berufsvertretenden Kammer verbindliche Vorgaben für die Durchführung der Weiterbildung zu treffen. Zur Förderung dieser Aufgaben und zur Gewährleistung einer verlässlichen sowie digital unterstützten Durchführung der Weiterbildung soll das Krankenhaus mindestens eine Weiterbildungsbeauftragte oder einen Weiterbildungsbeauftragten bestellen. Die Krankenhäuser sollen Weiterbildungsverbünde gründen, soweit kein geltendes Recht dem entgegensteht.
§ 7 Mitwirkung der Beteiligten (1) Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms hat die zuständige Behörde Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. Unmittelbar Beteiligte im Sinne dieses Gesetzes sind	§ 7 Mitwirkung der Beteiligten (1) Mit den an der Krankenhausversorgung gemäß Absatz 2 und Absatz 3 Beteiligten ist bei der Durchführung dieses Gesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eng zusammenzuarbeiten. (2) Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms hat die zuständige Behörde Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. Unmittelbar Beteiligte im Sinne dieses Gesetzes sind

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
1. die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, 2. der Landesausschuss der privaten Krankenversicherung, 3. die Landeskrankenhausgesellschaft sowie 4. die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven. Sie bilden einen Planungsausschuss unter der Geschäftsführung der zuständigen Behörde. (2) Mittelbar Beteiligte im Sinne dieses Gesetzes sind 1. die Kassenärztliche Vereinigung, 2. die Ärztekammer Bremen und 3. die Psychotherapeutenkammer Bremen. Soweit die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, ist die Kassenärztliche Vereinigung einzubeziehen. Soweit die ärztliche Weiterbildungsordnung und ihre Anwendung im Rahmen dieses Gesetzes betroffen sind, ist die Ärztekammer Bremen einzubeziehen. Soweit die psychotherapeutische Weiterbildungsordnung und ihre Anwendung im Rahmen dieses Gesetzes betroffen sind, ist die Psychotherapeutenkammer Bremen einzubeziehen. Im Übrigen sind sie in den sie unmittelbar betreffenden Fragen vom Planungsausschuss anzuhören. (3) Weitere Beteiligte im Sinne dieses Gesetzes sind die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, der Marburger Bund, die Psychotherapeutenkammer, die Arbeitnehmerkammer und je eine von der staatlichen Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz zu bestimmende Vertretung der Pflegeberufe und der Patientinnen und Patienten. Diese weiteren Beteiligten sind bei den sie unmittelbar betreffenden Fragen vom	1. die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, 2. der Landesausschuss der privaten Krankenversicherung, 3. die Landeskrankenhausgesellschaft sowie 4. die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven. Sie bilden einen Planungsausschuss unter der Geschäftsführung der zuständigen Behörde. (3) Mittelbar Beteiligte im Sinne dieses Gesetzes sind 1. die Kassenärztliche Vereinigung, 2. die Ärztekammer Bremen und 3. die Psychotherapeutenkammer Bremen. Soweit die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung oder die Einrichtung integrierter Notfallstrukturen betroffen sind, die ganz oder teilweise in den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen fallen, ist die Kassenärztliche Vereinigung Bremen einzubeziehen. Soweit die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen und ihre Anwendung im Rahmen dieses Gesetzes betroffen sind, ist die Ärztekammer Bremen einzubeziehen. Soweit die Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Land Bremen und ihre Anwendung im Rahmen dieses Gesetzes betroffen sind, ist die Psychotherapeutenkammer Bremen einzubeziehen. Im Übrigen sind die mittelbar Beteiligten nach Satz 1 in den sie unmittelbar betreffenden Fragen vom Planungsausschuss anzuhören. (4) Weitere Beteiligte im Sinne dieses Gesetzes sind die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, der Marburger Bund, die Arbeitnehmerkammer Bremen und je eine von der staatlichen Deputation für Gesundheit, Pflege und Verbraucherschutz zu bestimmende Vertretung der Pflegeberufe und der Patientinnen und Patienten. Diese

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
Planungsausschuss nach Absatz 1 Satz 3 anzuhören. (4) Die zuständige Behörde beruft auf Vorschlag der staatlichen Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz aus dem Kreis der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher oder als Vertreter oder Vertreterin einer Patientenberatungsstelle für die Dauer von vier Jahren eine Patientenvertreterin oder einen Patientenvertreter sowie eine Stellvertretung zum Mitglied des Planungsausschusses nach Absatz 1 Satz 3 mit beratender Stimme. Die Patientenvertreterin oder der Patientenvertreter ist ehrenamtlich tätig und nicht weisungsgebunden. Für notwendige Auslagen und für Zeitversäumnis ist der Patientenvertreterin oder dem Patientenvertreter von der zuständigen Behörde eine angemessene Entschädigung zu zahlen. (5) 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. (6) Den Beteiligten nach den Absätzen 1 bis 4 sind die für die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms notwendigen Unterlagen durch die zuständige Behörde zu übersenden.	weiteren Beteiligten sind bei den sie unmittelbar betreffenden Fragen vom Planungsausschuss nach Absatz 2 Satz 3 anzuhören. (5) Die zuständige Behörde beruft auf Vorschlag der staatlichen Deputation für Gesundheit, Pflege und Verbraucherschutz aus dem Kreis der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher oder aus dem Kreis der Vertreterinnen und Vertreter von Patientenberatungsstellen für die Dauer von vier Jahren eine Patientenvertreterin oder einen Patientenvertreter sowie eine Stellvertretung zum Mitglied des Planungsausschusses nach Absatz 2 Satz 3 mit beratender Stimme. Die Patientenvertreterin oder der Patientenvertreter ist ehrenamtlich tätig und nicht weisungsgebunden. Für notwendige Auslagen und für Zeitversäumnis ist der Patientenvertreterin oder dem Patientenvertreter von der zuständigen Behörde eine angemessene Entschädigung zu zahlen.
§ 8 Rücknahme und Widerruf der Aufnahme in den Krankenhausplan (1) Die Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 6 Absatz 4 ist zurückzunehmen, wenn bei Erlass des Bescheides eine der in § 6 Absatz 2 genannten Voraussetzungen nicht vorgelegen hat. (2) Die Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 6 Absatz 4 ist zu widerrufen, wenn 1. nicht nur vorübergehend nachträglich eine der Voraussetzungen nach § 6 Absatz 2 Nummer 1, 2, 4, 5 oder 6 wegfällt, 2. ein Krankenhaus eine in einem erheblichen Maße unzureichende Qualität aufweist oder 3. in mindestens drei aufeinander folgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes erhoben wurden.	§ 8 Nichtaufnahme und Herausnahme aus dem Krankenhausplan

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(3) Die Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 6 Absatz 4 kann ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn 1. nachträglich die Voraussetzung nach § 6 Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 wegfällt oder 2. die Nachweise oder Mitteilungen nach § 6 Absatz 3 nicht nur vorübergehend, nicht rechtzeitig, nicht vollständig oder fehlerhaft erbracht werden. (4) Wenn ein Krankenhaus von den Feststellungen in einem Bescheid nach § 6 Absatz 4 abweichen will, hat es diese Abweichungen bei der zuständigen Behörde vorher zu beantragen. Diese hat in sinngemäßer Anwendung des § 5 das Planungsverfahren für die Anträge mit wesentlicher Bedeutung erneut in Gang zu setzen. Weicht ein Krankenhaus von den Feststellungen im Bescheid nach § 6 Absatz 4 ab, ohne dass eine Genehmigung nach Satz 2 vorliegt, kann der Bescheid ganz oder teilweise widerrufen werden. Gleiches gilt auch bei sonstigen erheblichen Pflichtverletzungen nach diesem Gesetz. Ein im Krankenhausplan nicht ausgewiesenes Versorgungsangebot kann nur zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung von der Planungsbehörde befristet genehmigt werden. (5) Die Rücknahme oder der Widerruf der Aufnahme in den Krankenhausplan durch Bescheid nach § 6 Absatz 4 kann sich auf einzelne Fachgebiete, Schwerpunkte oder Versorgungsangebote eines Krankenhauses, für die eine Zusatzweiterbildungen erforderlich ist, beziehen, wenn die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 3 nur insoweit erfüllt sind. (6) Vor Rücknahme oder Widerruf ist den unmittelbar Beteiligten nach § 7 Absatz 1 Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. (7) Die Möglichkeit der Aufhebung des Bescheides nach § 5 Absatz 4 nach anderen Rechtsvorschriften bleibt unberührt.	(1) Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise zurückgenommen werden, wenn die Voraussetzungen nach § 6 Absatz 1 für die Aufnahme in den Krankenhausplan zum Zeitpunkt des Bescheiderlasses nicht vorgelegen haben. (2) Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn die

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
	Voraussetzungen nach § 6 Absatz 1 für die Aufnahme in den Krankenhausplan nicht nur vorübergehend nicht mehr vorliegen, das Krankenhaus vom zugewiesenen Versorgungsauftrag nach § 6 Absatz 4 abweicht oder planwidrige Leistungen anbietet. Der teilweise Widerruf kann auch darin bestehen, dass einzelne Leistungen vom Versorgungsauftrag ausgenommen werden. (3) Die Nichtaufnahme und die Herausnahme aus dem Krankenhausplan wird durch schriftlichen oder elektronischen Bescheid nach § 8 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch die zuständige Behörde festgestellt.
Dritter Abschnitt: Krankenhausförderung	
§ 9 Allgemeine Förderungsbestimmungen (1) Krankenhäuser und mit ihnen notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, 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 entsprechend den nachfolgenden Regelungen. Sie kann auch auf Antrag durch Bescheid der zuständigen Behörde als zuständige Förderbehörde erfolgen. Ein Rechtsanspruch auf Förderung entsteht erst mit der Bewilligung der Fördermittel. (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 oder des Versorgungsauftrages nach § 6 Absatz 2 verwendet werden. (3) Die Förderung wird grundsätzlich in Form von Zuschüssen pauschal durch feste jährliche Beträge für mittel-, lang- und kurzfristige Anlagegüter gewährt.	§ 9 Allgemeine Förderungsbestimmungen; Verordnungsermächtigung (1) Krankenhäuser und mit ihnen notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, 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 kann auch auf Antrag durch Bescheid der zuständigen Behörde als zuständige Förderbehörde erfolgen. Ein Rechtsanspruch auf Förderung entsteht erst mit der Bewilligung der Fördermittel. (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 oder des Versorgungsauftrages nach § 6 Absatz 4 verwendet werden. (3) Die Förderung wird grundsätzlich in Form von Zuschüssen pauschal durch feste jährliche Beträge für mittel-, lang- und kurzfristige Anlagegüter gewährt.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(4) Ein Krankenhaus kann eine Bürgschaft des Landes oder einer Stadtgemeinde beantragen. Hierüber wird unter Berücksichtigung des jeweiligen Bürgschaftsrahmens und entsprechender Richtlinien der Senatorin oder des Senators für Finanzen entschieden. (5) Krankenhäuser, die Fördermittel nach diesem Gesetz beantragen und erhalten, sind gegenüber der zuständigen Behörde zur Auskunft über alle Umstände verpflichtet, deren Kenntnis zur Feststellung der Förderungsvoraussetzungen notwendig ist. Krankenhäuser können die ihnen bewilligten oder gewährten 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 zuständigen Behörde vorzulegen. Sie kann den Abtretungsvertrag innerhalb von zwei Monaten beanstanden. (6) Erträge aus Vermietung und Verpachtung, Zinserträge aus noch nicht zweckentsprechend verwendeten Pauschalbeträgen sowie Erträge aus der Veräußerung geförderter Anlagegüter sind den Pauschalbeträgen nach Absatz 3 zuzuführen und entsprechend zu verwenden. Soweit ambulante Leistungen erbracht werden, sind deren Kosten zu erfassen und den Leistungspreisen Investitionskosten anteilig zuzurechnen. Das Krankenhaus hat die zuständige Behörde unaufgefordert über die Höhe der Zurechnung zu den Pauschalbeträgen zu unterrichten. (7) Die Mitnutzung von geförderten Anlagegütern durch Dritte oder durch Krankenhäuser außerhalb der Zweckbestimmung ist zulässig, wenn investive Anteile der erzielten oder erzielbaren Einnahmen aus der Mitnutzung den Pauschalbeträgen nach Absatz 3 zugerechnet und entsprechend verwendet werden. (8) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, das Nähere zum Verfahren nach Absatz 1, zum Antrag nach Absatz 1 Satz 3, zur Anzeige nach Absatz 2 Satz 2, sowie zum Wegfall der Nutzung nach Absatz 6 und zur Mitnutzung nach Absatz 7 durch Rechtsverordnung zu regeln.	(4) Ein Krankenhaus kann eine Bürgschaft des Landes oder einer Stadtgemeinde beantragen. Hierüber wird unter Berücksichtigung des jeweiligen Bürgschaftsrahmens und entsprechender Richtlinien der Senatorin oder des Senators für Finanzen entschieden. (5) Krankenhäuser, die Fördermittel nach diesem Gesetz beantragen und erhalten, sind gegenüber der zuständigen Behörde zur Auskunft über alle Umstände verpflichtet, deren Kenntnis zur Feststellung der Förderungsvoraussetzungen notwendig ist. Ein Krankenhausträger kann die ihm bewilligten oder gewährten Fördermittel ganz oder teilweise an ein anderes Krankenhaus desselben oder eines anderen Krankenhausträgers innerhalb des Landes Bremen übertragen oder an einen anderen Krankenhausträger abtreten, wenn dadurch eine wirtschaftlichere oder bedarfsnotwendige Krankenhausinvestition realisiert werden kann und die Erfüllung der Versorgungsaufträge der beteiligten Krankenhäuser nicht gefährdet wird. Die Übertragung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung durch die zuständige Behörde. (6) Erträge aus Vermietung und Verpachtung, Zinserträge aus noch nicht zweckentsprechend verwendeten Pauschalbeträgen sowie Erträge aus der Veräußerung geförderter Anlagegüter sind den Pauschalbeträgen nach Absatz 3 zuzuführen und entsprechend zu verwenden. Soweit ambulante Leistungen erbracht werden, sind deren Kosten zu erfassen und den Leistungspreisen Investitionskosten anteilig zuzurechnen. Das Krankenhaus hat die zuständige Behörde unaufgefordert jährlich über die Höhe der Zurechnung zu den Pauschalbeträgen zu unterrichten. (7) Die Mitnutzung von geförderten Anlagegütern durch Dritte oder durch Krankenhäuser außerhalb der Zweckbestimmung ist zulässig, wenn investive Anteile der erzielten oder erzielbaren Einnahmen aus der Mitnutzung den Pauschalbeträgen nach Absatz 3 zugerechnet und entsprechend verwendet werden. (8) Die Fördermittel sind bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf einem eigens für Fördermittel eingerichteten Bankkonto zinsgünstig anzulegen. Die Kontobezeichnung ist so zu wählen, dass eine eindeutige Zuordnung als Fördermittel für Dritte erkennbar ist. Zinserträge, Erträge aus Veräußerung und Versicherungsleistungen sind dem jeweiligen Bankkonto zuzuführen. Eine Vermischung der Fördermittel auf den jeweiligen Bankkonten mit dem übrigen Vermögen des Krankenhauses ist unzulässig. Im Falle einer Insolvenz des Krankenhausträgers unterliegen die Fördermittel auf den jeweiligen Bankkonten grundsätzlich der Aussonderung.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
	(9) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, das Nähere 1. zum Verfahren nach Absatz 1 und zur Mitnutzung nach Absatz 7, 2. zur Prüfung sowie zum Antrag und zur Anzeige von Investitionsprojekten in das Investitionsprogramm nach § 10 Absatz 2, 3. zur Höhe, den Zahlungsmodalitäten und der Bemessungsgrundlage der jährlichen Pauschalbeträge im Sinne des § 11 Absatz 2, 4. zu Einzelförderungen von Investitionen gemäß § 12, insbesondere zur Höhe und den Zahlungsmodalitäten, 5. zum Antragsverfahren, insbesondere zur Höhe und den Zahlungsmodalitäten der Investitionsförderung von Ausbildungsstätten nach § 13, 6. zum Verfahren, der Höhe und den Zahlungsmodalitäten von Zuschlägen gemäß § 14, 7. zum Verwendungsnachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel mit dem Testat eines Wirtschaftsprüfers nach § 19 Absatz 1 und 8. zum Verfahren und der Förderhöhe bei Modellvorhaben nach § 20 durch Rechtsverordnung zu regeln.
§ 10 Investitionsprogramm (1) Die Krankenhäuser beantragen bei der zuständigen Behörde ihre geplanten Investitionsprojekte, soweit sich aus der Rechtsverordnung nach § 9 Absatz 8 nichts anderes ergibt. Die Bedarfsnotwendigkeit, die Wirtschaftlichkeit und die geschätzten Kosten der Maßnahme sind vom Krankenhaus darzulegen. Die zuständige Behörde prüft die grundsätzliche Förderfähigkeit der beantragten Investitionsprojekte und bestätigt diese gegenüber dem jeweiligen Krankenhaus. Das Krankenhaus beantragt die Investitionsbeträge nach Satz 1 bei der zuständigen Behörde beziehungsweise zeigt dieser die Investitionsbeträge nach § 9 Absatz 1 dieses Gesetzes jeweils zum 30. September an. Die zuständige Behörde wird ermächtigt, das Nähere zur Prüfung nach Satz 3 sowie zum Antrag und zur Anzeige nach Satz 4 durch Rechtsverordnung zu regeln.	§ 10 Investitionsprogramm (1) Die zuständige Behörde stellt im Rahmen der Haushaltsplanung ein Investitionsprogramm nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf. (2) Die Krankenhäuser beantragen jährlich bei der zuständigen Behörde für ihre geplanten Investitionsprojekte die Aufnahme in das Investitionsprogramm, soweit sich aus der Rechtsverordnung nach § 9 Absatz 9 nichts anderes ergibt. Die Bedarfsnotwendigkeit, die Wirtschaftlichkeit und die geschätzten Kosten der Maßnahme sind vom Krankenhaus darzulegen. Die zuständige Behörde prüft die grundsätzliche Förderfähigkeit der Investitionsprojekte, für die eine Aufnahme in das Investitionsprogramm beantragt wurde und stellt die Förderfähigkeit durch Aufnahme in das Investitionsprogramm fest.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(2) Die zuständige Behörde stellt im Rahmen der Haushaltsplanung ein Investitionsprogramm nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf. (3) Über das aufzustellende Investitionsprogramm ist mit allen Beteiligten nach § 7 Einvernehmen anzustreben.	
§ 11 Pauschale Investitionsförderung (1) Die zuständige Behörde fördert 1. Investitionskosten im Sinne des § 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und 2. den Investitionskosten gleichstehende Kosten im Sinne des § 2 Nummer 3 Buchstabe a bis d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel wirtschaften kann. (2) Die jährlichen Pauschalbeträge nach Absatz 1 bemessen sich nach den erbrachten Leistungen des jeweiligen Krankenhauses. Die zuständige Behörde wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung Näheres zur Höhe, den Zahlungsmodalitäten und der Bemessungsgrundlage der jährlichen Pauschalbeträge zu regeln. (3) Nicht gefördert werden Investitionsprojekte, 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 können auf nachfolgende Kalenderjahre übertragen werden. Das Krankenhaus meldet der zuständigen Behörde jeweils bis zum 31. Januar den vorhandenen Bestand noch nicht verwendeter Fördermittel zum 31. Dezember des Vorjahres. (5) Von den Pauschalbeträgen nach Absatz 2 werden Mietförderungen an ein Krankenhaus aufgrund eines zu diesem Zeitpunkt bestandskräftigen Förderbescheides abgezogen, höchstens jedoch bis zur Höhe der Pauschalbeträge.	§ 11 Pauschale Investitionsförderung (1) Die zuständige Behörde fördert 1. Investitionskosten im Sinne des § 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und 2. den Investitionskosten gleichstehende Kosten im Sinne des § 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 3. durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel wirtschaften kann. (2) Die jährlichen Pauschalbeträge nach Absatz 1 bemessen sich nach den erbrachten Leistungen des jeweiligen Krankenhauses. (3) Nicht gefördert werden Investitionsprojekte, die vor der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm durchgeführt oder begonnen wurden, sowie der Erwerb oder die Anmietung bereits in den Krankenhausplan aufgenommener Krankenhäuser. (4) Nicht verausgabte Investitionsmittel können auf nachfolgende Kalenderjahre übertragen werden. Das Krankenhaus meldet der zuständigen Behörde jeweils bis zum 31. Januar den vorhandenen Bestand noch nicht verwendeter Fördermittel zum 31. Dezember des Vorjahres. (5) Von den Pauschalbeträgen nach Absatz 2 werden Mietförderungen an ein Krankenhaus aufgrund eines zu diesem Zeitpunkt bestandskräftigen Förderbescheides abgezogen, höchstens jedoch bis zur Höhe der Pauschalbeträge.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
§ 12 Einzelförderung von Investitionen (1) Über die Pauschalförderung hinaus können Investitionsmaßnahmen nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 einzeln gefördert werden, wenn und soweit das Investitionsprogramm entsprechende Förderschwerpunkte ausweist und dass Vorhaben die dort aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. Eine Förderung der Maßnahme kann nur erfolgen, wenn die Gesamtfinanzierung der Maßnahme gesichert ist. Förderungsfähig sind nur die entstehenden und nachzuweisenden Kosten der bewilligten Investition, die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigt und für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus notwendig sind. (2) Die Einzelförderung nach Absatz 1 wird auf Antrag bewilligt. Investitionen müssen in das Investitionsprogramm des Landes aufgenommen sein. Die Förderung von Investitionen kann nur im Rahmen der hierfür bereitstehenden Haushaltsmittel bewilligt werden. Ein Rechtsanspruch auf Förderung entsteht erst mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel. Eine Förderung ist ausgeschlossen, wenn vor Bewilligung der Förderung bereits mit der Maßnahme begonnen worden ist. Im Einzelfall können Ausnahmen zugelassen werden. (3) Die Förderung erfolgt durch einen Festbetrag. Das Nähere ist im Bewilligungsbescheid festzulegen. (4) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere, insbesondere zur Höhe und den Zahlungsmodalitäten zu bestimmen.	§ 12 Einzelförderung von Investitionen (1) Über die Pauschalförderung hinaus können Investitionsmaßnahmen nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 einzeln gefördert werden, wenn und soweit das Investitionsprogramm entsprechende Förderschwerpunkte ausweist und das Vorhaben die dort aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. Eine Förderung der Maßnahme kann nur erfolgen, wenn die Gesamtfinanzierung der Maßnahme gesichert ist. Förderfähig sind nur die entstehenden und nachzuweisenden Kosten der bewilligten Investition, die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigt und für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus notwendig sind. (2) Die Einzelförderung nach Absatz 1 wird auf Antrag bewilligt. Investitionen müssen in das Investitionsprogramm des Landes aufgenommen sein. Die Förderung von Investitionen kann nur im Rahmen der hierfür bereitstehenden Haushaltsmittel bewilligt werden. Ein Rechtsanspruch auf Förderung entsteht erst mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel. Eine Förderung ist ausgeschlossen, wenn vor Bewilligung der Förderung bereits mit der Maßnahme begonnen worden ist. Im Einzelfall können Ausnahmen zugelassen werden. (3) Die Förderung erfolgt durch einen Festbetrag. Das Nähere ist im Bewilligungsbescheid festzulegen. Insbesondere kann im Förderbescheid festgelegt werden, ob und wenn ja, in welchem Umfang die Einzelförderung in einem der Folgejahre auf die Pauschalförderung des einzelnen Krankenhauses angerechnet wird.
§ 13 Investitionsförderung von Ausbildungsstätten Ausbildungsstätten im Sinne des § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden gefördert, soweit und solange sie in dem Bescheid nach § 6 Absatz 4 ausgewiesen sind. Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten entsprechend. Grundlage der Förderung ist die Zahl der Ausbildungsplätze, die im Bescheid nach § 6 Absatz 4 dieses Gesetzes ausgewiesen sind oder, sofern diese nicht ausgewiesen werden, tatsächlich betrieben werden. Die zuständige Behörde wird ermächtigt, das Nähere zum Antragsverfahren, insbesondere zur Höhe und den Zahlungsmodalitäten der Förderung durch Rechtsverordnung zu regeln.	§ 13 Investitionsförderung von Ausbildungsstätten Ausbildungsstätten im Sinne des § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden gefördert, soweit und solange sie in dem Bescheid nach § 6 Absatz 3 ausgewiesen sind. Hiervon umfasst sind auch Mietförderungen für den Betrieb von Ausbildungsstätten. Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten entsprechend. Grundlage der Förderung ist die Zahl der Ausbildungsplätze, die im Bescheid nach § 6 Absatz 3 ausgewiesen ist oder, sofern diese nicht ausgewiesen wird, die Zahl der tatsächlich betriebenen Ausbildungsplätze.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
§ 14 Zuschlag (1) Für pauschal geförderte Investitionskosten oder Kosten nach § 9 Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze kann auf Antrag im Einzelfall zusätzlich ein Zuschlag gewährt werden, wenn dies zur Abwehr einer Betriebsgefährdung eines Krankenhauses und zur Sicherstellung der bedarfsgerechten stationären Versorgung erforderlich ist. Der Zuschlag muss wirtschaftlich vertretbar sein und wird als Festbetrag gewährt. Das Krankenhaus hat die zur Beurteilung erforderlichen Angaben zu machen. (2) Eine Betriebsgefährdung im Sinne des Absatz 1 Satz 1 liegt nur vor, wenn die genannten Kosten nicht in zumutbarer Weise aus Rücklagen oder dem Vermögen des Krankenhauses finanziert werden können und deshalb eine erhebliche Beeinträchtigung einer ausreichenden stationären Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses zu befürchten ist. (3) Beabsichtigt das Krankenhaus eine Förderung nach Absatz 1 in Verbindung mit einer Investition nach den §§ 11 und 12 zu beantragen, so soll es die zuständige Behörde bereits bei der Antragstellung nach den §§ 11 und 12 über diese Absicht unterrichten. (4) Nicht verwendete, nicht zweckgemäß verwendete oder ohne einschlägigen Verwendungsnachweis verausgabte Fördermittel sind einschließlich der Zinserträge zurückzuzahlen. (5) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, das Nähere zum Verfahren, der Höhe und den Zahlungsmodalitäten durch Rechtsverordnung zu regeln.	§ 14 Zuschlag (1) Für pauschal geförderte Investitionskosten oder Kosten nach § 9 Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes kann auf Antrag im Einzelfall zusätzlich ein Zuschlag gewährt werden, wenn dies zur Abwehr einer Betriebsgefährdung eines Krankenhauses und zur Sicherstellung der bedarfsgerechten stationären Versorgung erforderlich ist. Der Zuschlag muss wirtschaftlich vertretbar sein und wird als Festbetrag gewährt. Das Krankenhaus hat die zur Beurteilung erforderlichen Angaben zu machen. (2) Eine Betriebsgefährdung im Sinne des Absatz 1 Satz 1 liegt nur vor, wenn die genannten Kosten nicht in zumutbarer Weise aus Rücklagen oder dem Vermögen des Krankenhauses finanziert werden können und deshalb eine schwerwiegende Beeinträchtigung einer ausreichenden stationären Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses absehbar ist. (3) Beabsichtigt das Krankenhaus eine Förderung nach Absatz 1 in Verbindung mit einer Investition nach den §§ 11 und 12 zu beantragen, so soll es die zuständige Behörde bereits bei der Antragstellung nach den §§ 11 und 12 über diese Absicht unterrichten. (4) Nicht verwendete, nicht zweckgemäß verwendete oder ohne einschlägigen Verwendungsnachweis verausgabte Fördermittel sind einschließlich der Zinserträge zurückzuzahlen.
§ 15 Ausgleich für Eigenmittel (1) Einem Krankenhaus, das vollständig oder teilweise aus dem Krankenhausplan ausscheidet, wird auf Antrag ein Ausgleich für Eigenmittel gewährt, soweit 1. diese vor Beginn der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zur Finanzierung von der Abnutzung unterliegenden förderfähigen Anlagegütern eingesetzt wurden und 2. die gewöhnliche Nutzungsdauer der förderfähigen Anlagegüter zu Beginn der Förderung noch nicht abgelaufen war.	§ 15 Ausgleich für Eigenmittel (1) Einem Krankenhaus, das vollständig oder teilweise aus dem Krankenhausplan ausscheidet, wird auf Antrag ein Ausgleich für Eigenmittel gewährt, soweit 1. diese vor Beginn der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zur Finanzierung von der Abnutzung unterliegenden förderfähigen Anlagegütern eingesetzt wurden und 2. die gewöhnliche Nutzungsdauer der förderfähigen Anlagegüter zu Beginn der Förderung noch nicht abgelaufen war.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
Eigenmittel im Sinne von Satz 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers. (2) Die Höhe des Ausgleichsanspruchs nach Absatz 1 Satz 1 ist anhand der während der Zeit der Förderung erfolgten Abnutzung der förderfähigen Anlagegüter zu bemessen. 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.	Eigenmittel im Sinne von Satz 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers. (2) Die Höhe des Ausgleichsanspruchs nach Absatz 1 Satz 1 ist anhand der während der Zeit der Förderung erfolgten Abnutzung der förderfähigen Anlagegüter zu bemessen. 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 nachzuweisen.
§ 16 Ausgleichszahlung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben (1) Krankenhäuser, die aus Gründen des fehlenden Bedarfs im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde 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 Ausgleichszahlung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben (1) Krankenhäuser, die aus Gründen des fehlenden Bedarfs im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde aus dem Krankenhausplan ausscheiden, können auf Antrag Ausgleichszahlungen erhalten, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern, sofern keine anderweitigen Fördermöglichkeiten in Betracht kommen. (2) Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhausträgers auch pauschal geleistet werden.
§ 17 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.	§ 17 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.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(2) Die zuständige Behörde 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.	(2) Die zuständige Behörde 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.
§ 18 Widerruf von Bescheiden, Erstattung und Verzinsung (1) Bewilligungsbescheide nach den §§ 11 bis 16 dieses Gesetzes 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 wird. Eine nicht zweckentsprechende Verwendung liegt auch dann vor, wenn nach der Gewährung von Fördermitteln nach § 16 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 § 49a des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes. Von einer Rückerstattung kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus oder einzelne Fachgebiete im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde aus dem Krankenhausplan ausscheiden. Dies gilt insbesondere bei einer Förderung mit Mitteln aus dem Strukturfonds nach §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. (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 Widerruf von Bescheiden, Erstattung und Verzinsung (1) Bewilligungsbescheide nach den §§ 11 bis 16 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 wird. Eine nicht zweckentsprechende Verwendung liegt auch dann vor, wenn nach der Gewährung von Fördermitteln nach § 16 die Umstellung auf andere Aufgaben oder die Einstellung des Krankenhausbetriebes nicht erfolgt. Im Übrigen gilt § 1 Absatz 1 Satz 1 des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes in Verbindung mit § 49 des Verwaltungsverfahrensgesetzes. (2) Die Rückerstattung von Fördermitteln und die Verzinsung des Erstattungsanspruchs erfolgen nach § 1 Absatz 1 Satz 1 des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes in Verbindung mit § 49a des Verwaltungsverfahrensgesetzes. Von einer Rückerstattung kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus oder einzelne Leistungsgruppen, Leistungsbereiche oder Fachgebiete im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde aus dem Krankenhausplan ausscheiden. Dies gilt insbesondere bei einer Förderung mit Mitteln aus dem Strukturfonds nach §§ 12 und 12a sowie aus dem Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. (3) Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter beschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel auf den Restbuchwert der jeweils geförderten Anlagegüter. Werden Anlagegüter bei einer Verlagerung von Leistungsgruppen, Leistungsbereichen und Fachgebieten sowie besonderen Versorgungsangeboten am neuen Standort weiterverwendet, kann die Verpflichtung zur Erstattung auf Antrag aufgehoben werden. 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.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
§ 19 Verwendungsnachweis (1) Die geförderten Krankenhäuser haben der zuständigen Behörde jährlich einen Verwendungsnachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel mit dem Testat eines Wirtschaftsprüfers vorzulegen. (2) Die zuständige Behörde 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. (3) Soweit es die Überprüfung erfordert, sind die Prüfungsberechtigten nach Absatz 2 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 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.	§ 19 Verwendungsnachweis (1) Die geförderten Krankenhäuser haben der zuständigen Behörde jährlich einen Verwendungsnachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel mit dem Testat eines Wirtschaftsprüfers vorzulegen. (2) Die zuständige Behörde 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. (3) Soweit es die Überprüfung erfordert, sind die Prüfungsberechtigten nach Absatz 2 zu den üblichen Geschäftszeiten 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 Betreten von Zimmern von Patientinnen und Patienten ist von der Befugnis nach Satz 1 ausgenommen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes wird insoweit eingeschränkt.
§ 20 Investitionsförderung bei Modellvorhaben Erhält ein Krankenhaus durch die Teilnahme an einem von der zuständigen Behörde genehmigten Modellvorhaben eine geringere Investitionsförderung, so kann auf Antrag eine pauschale Ausgleichszahlung erfolgen. Im Übrigen wird die zuständige Behörde ermächtigt, durch Rechtsverordnung Näheres zum Verfahren und der Förderhöhe bei Modellvorhaben zu regeln.	§ 20 Investitionsförderung bei Modellvorhaben; Verordnungsermächtigung Erhält ein Krankenhaus durch die Teilnahme an einem von der zuständigen Behörde genehmigten Modellvorhaben eine geringere Investitionsförderung, so kann die zuständige Behörde auf Antrag eine Ausgleichszahlung bewilligen. Im Übrigen wird die zuständige Behörde ermächtigt, durch Rechtsverordnung Näheres zum Verfahren und der Förderhöhe bei Modellvorhaben zu regeln.
Vierter Abschnitt: Grundsätze der Krankenhausbehandlung	
§ 21 Leistungspflicht der Krankenhäuser (1) Krankenhäuser 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 hat Vorrang. Die Zuweisung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten durch	

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
den Rettungsdienst erfolgt nach einem von der zuständigen Behörde im Einvernehmen mit der Senatorin oder dem Senator für Inneres und der Bremischen Krankenhausgesellschaft festgelegten digitalisierten Verfahren im Rahmen der jeweiligen Versorgungsaufträge. Die Krankenhäuser sind befugt, Versorgungsengpässe im Rahmen dieses Verfahrens aufzuzeigen. Sie sind jedoch verpflichtet, Notfallpatientinnen und Notfallpatienten bei unmittelbarer Gefahr für Leib und Leben im Sinne einer klinischen Erstversorgung zu behandeln. 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) Im Rahmen des Entlassmanagements erfolgt nach Maßgabe der rechtlichen Vorgaben die Verordnung von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln, soweit ein individueller Versorgungsbedarf besteht und eine ambulante Verordnung nicht sichergestellt werden kann. (4) 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. (5) 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. (6) Dem Bedürfnis von Migrantinnen und Migranten nach selbstbestimmter Mitwirkung in ihren gesundheitlichen Belangen vor allem im Hinblick auf sprachliche Verständigung zwischen Patientin oder Patient und dem Krankenhauspersonal ist durch geeignete Maßnahmen Rechnung zu tragen.	

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
§ 22 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 dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand und den anerkannten Pflegestandards, 2. Aufklärung, Information und Transparenz im Behandlungsprozess, 3. zeitnahe Dokumentation der Behandlung und Pflege, 4. Selbstbestimmung bei Entscheidungen über Art und Umfang der Behandlung sowie über die Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen, 5. Einsicht in ihre Kranken- und Behandlungsunterlagen sowie gegen angemessene Kostenerstattung Anfertigung von Kopien hieraus, 6. ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Krankenhaus hat der Patientin oder dem Patienten den voraussichtlich notwendigen Hilfebedarf mitzuteilen und erforderliche nachstationäre Unterstützungsleistungen einzuleiten, 7. Aushändigung eines zumindest vorläufigen Arztbriefes am Entlassungstag im Falle einer geplanten Entlassung. Der Arztbrief hat dabei mindestens die Diagnosen, die durchgeführte Therapie sowie die Entlassungsmedikation und die notwendigen Maßnahmen zur Weiterversorgung zu enthalten. 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 haben das Recht, sich mit Wünschen oder Beschwerden in Angelegenheiten, die sie betreffen, an die nach § 30 Absatz 1 zu berufenden Patientenförsprecherinnen und Patientenförsprecher zu wenden. Das Recht nach Satz 1 steht auch nahen Angehörigen einer Patientin oder eines Patienten in deren oder dessen Angelegenheiten zu.	

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
§ 23 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) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den Belangen behinderter, alter und dementer Patientinnen und Patienten im Rahmen der medizinischen Behandlung und der sonstigen Betreuung sowie mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens Rechnung zu tragen. Dazu haben sie angemessene Behandlungskonzepte vorzuhalten. Auf Basis dieser Konzepte sollen regelmäßig Schulungen des Personals erfolgen. Die Konzepte sind der zuständigen Behörde in der jeweils aktuellen Fassung in zur Veröffentlichung geeigneter Weise zur Verfügung zu stellen. 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. (3) Grundsätzlich ist der Vorrang ambulanter vor stationärer Versorgung und von Rehabilitation vor Pflege zu beachten. Den Trägern der nachsorgenden sozialen, psychosozialen, pflegenden und rehabilitativen Hilfen sowie den karitativen Organisationen ist 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. Das Krankenhaus soll Patientinnen und Patienten Informationen über Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zur Verfügung stellen. (4) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Würde sterbender Patientinnen und Patienten zu beachten und über den Tod hinaus zu wahren. Die Krankenhäuser sollen Maßnahmen dafür treffen, dass Hinterbliebene angemessen Abschied nehmen können.	
§ 24 Aufgaben des Krankenhausträgers	

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(1) Der Krankenhausträger verpflichtet die behandelnden Personen, die Rechte der Patientinnen und Patienten nach § 22 Absatz 1 zu beachten. (2) Der Krankenhausträger regelt die Leitung des Krankenhauses und gibt unter Beachtung der ärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildungsgebiete und des erforderlichen Facharztstandards im Sinne des § 31 Absatz 1 die Struktur und medizinische Organisation des Krankenhauses vor. Entsprechend der Aufgabenstellung nach den durch Bescheid nach § 6 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 zuständigen Behörde bis zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres zu übermitteln und zu veröffentlichen. Das Nähere kann die zuständige Behörde durch Rechtsverordnung regeln. (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 der Sozialgesetzgebung 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 zuständigen Behörde unverzüglich vorzulegen. (7) Der Krankenhausträger verpflichtet die Leitung seines Krankenhauses zur Beachtung der Belange des Umwelt- und Klimaschutzes sowie zur regelmäßigen Zertifizierung nach hierzu bundesweit anerkannten Standards. Zudem ist für eine gesunde Ernährung der Patientinnen und Patienten Sorge zu tragen.	

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
§ 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, der oder dem Landesopferbeauftragten, 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 zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zusammenschließen. Die Abläufe des Krankenhausbetriebes dürfen hierdurch nicht beeinträchtigt werden.	
§ 26 Zusammenarbeit der Berufsgruppen (1) Unbeschadet der ärztlichen oder psychotherapeutischen Verantwortung für die Aufnahme, Versorgung und Entlassung der Patientinnen und Patienten haben die Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihr Handeln mit den übrigen an der Behandlung Beteiligten abzustimmen. Soweit ärztlich-fachliche oder psychotherapeutisch-fachliche Belange betroffen sind, hat die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt, die behandelnde Psychotherapeutin oder der behandelnde Psychotherapeut ein Letztentscheidungsrecht. (2) Soweit eine Versorgung im Krankenhaus nicht von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten wahrgenommen wird, kann diese auch ohne ärztliche Anweisung im Einzelfall erfolgen, wenn eine entsprechende ärztlich beziehungsweise psychotherapeutisch bestätigte Qualifikation der handelnden Person vorliegt.	
	Vierter Abschnitt: Notfallversorgung und Großschadensereignisse, Meldepflichten
	§ 21 Notfallversorgung

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
	(1) Die Teilnahme an der Notfallversorgung der Krankenhäuser richtet sich nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch des Gemeinsamen Bundesausschusses. (2) Die Träger von Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, haben sicherzustellen, dass diese in der Lage sind, Notfalleleistungen entsprechend ihrer Notfallversorgungsstufe im Sinne des Absatzes 1 zu erbringen. (3) Die Behandlung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten hat Vorrang vor nicht dringend medizinisch notwendigen Behandlungen und Eingriffen. Eine klinische Erstversorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten hat der Krankenhausträger bei Gefahr für Leib und Leben stets zu gewährleisten. (4) Die Zuweisung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten durch den Rettungsdienst erfolgt unter Nutzung eines von der zuständigen Behörde festgelegten digitalisierten Verfahrens im Rahmen der jeweiligen Versorgungsaufträge. Der Krankenhausträger ist verpflichtet, dauerhaft das Verfahren nach Satz 1 für die Erfüllung seiner Verpflichtung nach § 2 Absatz 5 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes zu nutzen. Hierbei ist die ordnungsgemäße Nutzung des Verfahrens nach Satz 1 unter Zugrundelegung der tatsächlichen Auslastung der notfallmedizinischen Versorgung des jeweiligen Krankenhauses sicherzustellen. Die zuständige Behörde kann die ordnungsgemäße Nutzung nach Satz 2 prüfen und dies zum Gegenstand der Krankenhausplanung nach § 5 Absatz 2 machen.
§ 27 Großschadensereignisse und außergewöhnliche Situationen (1) 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 zuständige Behörde nach § 29 Absatz 2 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes im Einvernehmen mit der Senatorin oder dem Senator für Inneres und Sport durch Rechtsverordnung. Satz 2 gilt für die Zusammenarbeit mit der Landesopferbeauftragten oder dem Landesopferbeauftragten entsprechend, wobei das Einvernehmen mit der Senatorin oder dem Senator für Justiz und Verfassung herzustellen ist.	§ 22 Großschadensereignisse und außergewöhnliche Situationen; Verordnungsermächtigung (1) Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, an der Bewältigung von Großschadensereignissen mitzuwirken. Die zuständige Behörde wird ermächtigt, im Einvernehmen mit der Senatorin oder dem Senator für Inneres und Sport 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 unter Berücksichtigung des § 29 Absatz 2 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes durch Rechtsverordnung zu regeln. Satz 2 gilt für die Zusammenarbeit mit der Landesopferbeauftragten oder dem Landesopferbeauftragten entsprechend, wobei das Einvernehmen mit der Senatorin oder dem Senator für Justiz und Verfassung herzustellen ist.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(2) Im Falle einer außergewöhnlichen Situation, die geeignet ist, die Gesundheitsversorgung im Land Bremen oder in Teilbereichen nicht unwesentlich zu gefährden, kann die zuständige Behörde einem Krankenhausträger schriftlich genehmigen, von einzelnen Vorgaben dieses Gesetzes abzuweichen. Zeitraum und Umfang einer Ausnahmegenehmigung sind in einem Bescheid zu bestimmen	(2) Im Falle einer außergewöhnlichen Situation, die geeignet ist, die Gesundheitsversorgung im Land Bremen oder in Teilbereichen nicht unwesentlich zu gefährden, kann die zuständige Behörde einem Krankenhausträger schriftlich genehmigen, von einzelnen Vorgaben dieses Gesetzes abzuweichen. Zeitraum und Umfang einer Ausnahmegenehmigung sind in einem Bescheid zu bestimmen. (3) Jedes Krankenhaus ist zur Aufstellung und Fortschreibung von Krankenhausalarm- und Einsatzplänen (KAEP) nach den Vorgaben des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe verpflichtet. (4) Jedes Krankenhaus hat regelmäßig Übungen zur Überprüfung der Alarm- und Einsatzpläne in eigener Verantwortung durchzuführen. (5) Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, auf Anweisung der zuständigen Behörde an Übungen, zum Beispiel bei Massenanfällen Verletzter (MANV-Übungen) teilzunehmen. (6) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, das Nähere zum Verfahren und zur Kostentragung der durchzuführenden Übungen zur Überprüfung der Alarm- und Einsatzpläne durch Rechtsverordnung zu regeln.
	§ 23 Meldepflichten Die Träger der nach § 108 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch zugelassenen Krankenhäuser haben auf Anforderung der zuständigen Behörde, soweit dies vor allem für Zwecke des Katastrophenschutzes, des Zivilschutzes, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere des Infektionsschutzes, oder für andere Zwecke der Gefahrenabwehr erforderlich ist, jeweils die aktuellen Behandlungskapazitäten, die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit und ohne maschineller Beatmungsmöglichkeit sowie weitere Belegungs- und Strukturdaten des Krankenhauses zu melden. Die zuständige Behörde legt mit der Anforderung jeweils Inhalt, Zeitpunkt, Umfang und Dauer der Meldepflicht nach Satz 1 sowie das dafür anzuwendende Meldeverfahren fest und bestimmt die Stelle, an die die Meldung zu richten ist.
Fünfter Abschnitt: Patientenschutz und Patientensicherheit	Fünfter Abschnitt: Rechte, Schutz und Sicherheit von Patientinnen und Patienten

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
	§ 24 Bedarfsgerechte Pflege, Betreuung und Behandlung, Diskriminierungsschutz; Verordnungsermächtigung (1) Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses sind an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nach Schonung, Ruhe und einer aktivierenden Genesung anzupassen und angemessen zu gestalten. Die besonderen Bedarfe von Kindern, alten und sterbenden Patientinnen und Patienten sind ebenso zu berücksichtigen, wie die speziellen Bedarfe von Patientinnen und Patienten aufgrund einer Behinderung, Demenz oder anderer Faktoren. (2) Der Krankenhausträger hat erforderliche Unterstützungsleistungen zu koordinieren. Dies betrifft insbesondere Unterstützungsleistungen aufgrund einer Behinderung oder Problemen in der sprachlichen Verständigung. (3) 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. Das Krankenhaus unterstützt in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger die schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden. (4) Niemand darf in seiner medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie Unterbringung im Krankenhaus aufgrund von Nationalität, Glauben, politischer Einstellung, Hautfarbe, Alter, Geschlecht einschließlich Geschlechtsidentität, sexueller und romantischer Orientierung, körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen oder der sozialen Stellung benachteiligt werden. (5) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, Näheres zu Art und Umfang der Unterstützungsleistungen von Krankenhausträgern durch Rechtsverordnung zu regeln.
	§ 25 Einhaltung der Hygienegrundsätze; Verordnungsermächtigung (1) Die Krankenhäuser haben entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft die erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen im Krankenhaus zu treffen. Soweit entsprechende Richtlinien und Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beim Robert-Koch-Institut vorliegen, wird der Stand der medizinischen Wissenschaft auf dem Gebiet der Hygiene eingehalten, wenn die jeweils geltenden Fassungen beachtet werden.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
	(2) Die Krankenhäuser haben die Aufzeichnung gemäß § 23 Absatz 4 des Infektionsschutzgesetzes über das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen sowie Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs jährlich an das Robert Koch-Institut (RKI) zu übermitteln. (3) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung Vorschriften zur Einhaltung der Hygienegrundsätze zu erlassen, insbesondere 1. Maßnahmen zur Erfassung und Bekämpfung von Infektionen im Krankenhaus, 2. Bildung und Zusammensetzung einer Hygienekommission, sowie deren Aufgaben, wie die Erstellung von Berichten über besondere Vorkommnisse im Bereich des Infektionsschutzes im Krankenhaus, 3. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachpersonal, 4. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb von Krankenhäusern und 5. Mindeststandards für die Bekämpfung insbesondere Antibiotika resistenter Keime.
§ 28 Fehlermeldesystem (1) In jedem Krankenhaus ist ein Fehlermeldesystem einzuführen. Dieses muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einfach zugänglich sein. Das Fehlermeldesystem muss gewährleisten, dass Meldungen anonym erfolgen können. Den Personen, die eine Meldung abgeben, dürfen daraus keine Nachteile entstehen. (2) Das Krankenhaus hat die Meldungen mit dem Ziel einer fortlaufenden Verbesserung der Patientenversorgung auszuwerten. Meldungen, die auf eine besondere Gefährdung der Patientensicherheit schließen lassen, hat das Krankenhaus der zuständigen Behörde unverzüglich mitzuteilen. Auf Verlangen hat das Krankenhaus zur Aufklärung des Sachverhaltes ergänzende Angaben zu machen.	§ 26 Fehlermeldesystem (1) In jedem Krankenhaus ist ein Fehlermeldesystem einzuführen. Dieses muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einfach zugänglich sein. Das Fehlermeldesystem muss gewährleisten, dass Meldungen anonym erfolgen können. Den Personen, die eine Meldung abgeben, dürfen daraus keine Nachteile entstehen. (2) Das Krankenhaus hat die Meldungen mit dem Ziel einer fortlaufenden Verbesserung der Patientenversorgung auszuwerten. Meldungen, die auf eine besondere Gefährdung der Patientensicherheit schließen lassen, hat das Krankenhaus der zuständigen Behörde unverzüglich mitzuteilen. Auf Verlangen hat das Krankenhaus zur Aufklärung des Sachverhaltes ergänzende Angaben zu machen.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
§ 29 Konferenzen (1) In jedem Krankenhaus sind regelmäßig Konferenzen durchzuführen, um Entwicklungen in der Patientenversorgung zu beobachten und Risiken frühzeitig zu erkennen (Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen). (2) Gegenstand der Konferenzen sollen insbesondere 1. die Erörterung von Todesfällen und besonderen Krankheitsverläufen sowie 2. die Bewertung der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken des Krankenhauses mit dem Ziel einer fortlaufenden Verbesserung der Patientenversorgung sein. (3) Auf Verlangen sind die Morbiditäts-, und Mortalitätsstatistiken des Krankenhauses der zuständigen Behörde vorzulegen.	§ 27 Konferenzen (1) In jedem Krankenhaus sind regelmäßig Konferenzen durchzuführen, um Entwicklungen in der Patientenversorgung zu beobachten und Risiken frühzeitig zu erkennen (Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen). (2) Gegenstand der Konferenzen sollen insbesondere 1. die Erörterung von Todesfällen und besonderen Krankheitsverläufen sowie 2. die Bewertung der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken des Krankenhauses mit dem Ziel einer fortlaufenden Verbesserung der Patientenversorgung sein. (3) Auf Verlangen sind die Morbiditäts-, und Mortalitätsstatistiken des Krankenhauses der zuständigen Behörde vorzulegen.
	§ 28 Umgang mit dem Verdacht des Vorliegens von Straftaten (1) Erlangt ein Krankenhaus Kenntnis darüber, dass gegen im Krankenhaus eingesetztes medizinisches oder therapeutisches Personal ein Strafverfahren wegen des Verdachts einer Straftat eingeleitet wurde, die Zweifel an der beruflichen Zuverlässigkeit oder Eignung begründen kann, hat es die zuständige Behörde unverzüglich zu unterrichten, soweit dies zur Prüfung berufsrechtlicher, approbationsrechtlicher oder sonstiger aufsichtsrechtlicher Maßnahmen erforderlich ist. (2) Das Krankenhaus hat ein verbindliches Schutz- und Handlungskonzept für den Umgang mit dem Verdacht oder dem Vorliegen von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung vorzuhalten und bei Bedarf weiterzuentwickeln. Das Konzept soll mit der zuständigen Behörde abgestimmt werden. (3) § 31 Absatz 3 gilt entsprechend.
	§ 29 Sozialer Dienst Der Krankenhausträger hat in seinem Krankenhaus einen sozialen Dienst und seelsorgerische Betreuung sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. Dieser hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung der

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
	Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, in sozialen Fragen zu beraten sowie bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch und von Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch zu unterstützen. Zu den Aufgaben nach Satz 2 gehört auch die Vermittlung von Hilfen, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, insbesondere im Bereich der häuslichen Krankenpflege.
§ 30 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher (1) Für jedes Krankenhaus beruft die zuständige Behörde im Benehmen mit dem jeweiligen Krankenhausträger nach erfolgter Ausschreibung für die Dauer von vier Jahren mindestens eine Patientenfürsprecherin oder einen Patientenfürsprecher und deren Stellvertretung. Bedienstete des Krankenhausträgers werden nicht berufen. Die zuständige Behörde berichtet der staatlichen Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz jährlich über die Ausstattung der Krankenhäuser mit Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher sowie über die Einhaltung der Vorgaben aus der Rechtsverordnung nach Absatz 3. (2) Die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher prüfen Wünsche und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und deren naher Angehöriger nach § 22 Absatz 2 und vertreten deren Anliegen gegenüber dem Krankenhaus. Sie berichten den jeweils zuständigen Krankenhausgremien und legen der Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz jährlich einen gemeinsamen Erfahrungsbericht vor. Sie können sich mit Einverständnis der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten jederzeit unmittelbar an den Krankenhausträger und die zuständige Behörde 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. Das Nähere zu einheitlichen Rahmenbedingungen regelt die zuständige Behörde durch Rechtsverordnung mit dem Ziel, Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher wie auch ihre Stellvertretungen in die Lage zu versetzen, ihr Amt unabhängig und mit angemessener Ausstattung wahrzunehmen.	§ 30 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher; Verordnungsmächtigung (1) Für jedes Krankenhaus beruft die zuständige Behörde im Benehmen mit dem jeweiligen Krankenhausträger nach erfolgter Ausschreibung für die Dauer von vier Jahren mindestens eine Patientenfürsprecherin oder einen Patientenfürsprecher und deren Stellvertretung. Bedienstete des Krankenhausträgers werden nicht berufen. Die zuständige Behörde berichtet der staatlichen Deputation für Gesundheit, Pflege und Verbraucherschutz jährlich über die Ausstattung der Krankenhäuser mit Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher sowie über die Einhaltung der Vorgaben aus der Rechtsverordnung nach Absatz 3. (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 Deputation für Gesundheit, Pflege und Verbraucherschutz jährlich einen gemeinsamen Erfahrungsbericht vor. Sie können sich mit Einverständnis der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten jederzeit unmittelbar an den Krankenhausträger und die zuständige Behörde 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. Das Nähere zu einheitlichen Rahmenbedingungen regelt die zuständige Behörde durch Rechtsverordnung mit dem Ziel, Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher wie auch ihre Stellvertretungen in die Lage zu versetzen, ihr Amt unabhängig und mit angemessener Ausstattung wahrzunehmen.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
Sechster Abschnitt: Qualitätssicherung	
§ 31 Qualitätsstandards, Qualitätsbeauftragte oder Qualitätsbeauftragter (1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, bei der Behandlung aller Patientinnen und Patienten die aus den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammer Bremen und der Psychotherapeutenkammer Bremen folgenden Qualitätsmerkmale und die Qualitätsvorgaben nach § 135a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie die Qualitätsvorgaben nach diesem Gesetz 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 gesetzlichen Vorschriften zur Qualitätssicherung sowie die Unterstützung der Klinikleitung bei deren Umsetzung nach den wissenschaftlichen Vorgaben. (3) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, 1. weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung, Qualitätsmerkmale und -indikatoren (Qualitätsstandards nach diesem Gesetz) zur Umsetzung der Ziele nach § 2 Absatz 1, soweit sich diese aus anerkannten fachlichen Standards oder Leitlinien begründen lassen und 2. das Nähere zum Verfahren der Überprüfung der Qualitätsstandards zu regeln.	
§ 32 Einhaltung der Hygienegrundsätze (1) Die Krankenhäuser haben entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft die erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen im Krankenhaus zu treffen. Soweit entsprechende Richtlinien und Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beim Robert-Koch-Institut vorliegen, wird der Stand der medizinischen Wissenschaft auf dem Gebiet der	

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
Hygiene eingehalten, wenn die jeweils geltenden Fassungen beachtet werden. (2) Die zuständige Behörde wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung insbesondere 1. Maßnahmen zur Erfassung und Bekämpfung von Infektionen im Krankenhaus, 2. Aufgaben, Bildung und Zusammensetzung einer Hygienekommission, sowie deren Aufgaben, wie die Erstellung von Berichten über besondere Vorkommnisse im Bereich des Infektionsschutzes im Krankenhaus, 3. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachpersonal, 4. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb von Krankenhäusern und 5. Mindeststandards für die Bekämpfung insbesondere Antibiotika resistenter Keime im Einzelnen zu regeln.	
Siebter Abschnitt: Rechtsaufsicht	Sechster Abschnitt: Rechtsaufsicht
§ 33 Rechtsaufsicht (1) Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sowie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegen der Rechtsaufsicht. Psychiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen unterliegen zudem der besonderen Fachaufsicht gemäß § 13 Absatz 1 Satz 8 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. (2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für die in Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden Vorschriften. Die Vorschriften über die Aufsicht über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.	§ 31 Rechtsaufsicht (1) Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sowie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegen der Rechtsaufsicht. Psychiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen unterliegen zudem der besonderen Fachaufsicht gemäß § 48 Absatz 1 Satz 3 des Bremischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. (2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für die in Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden Vorschriften. Die Vorschriften über die Aufsicht über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(3) Die in Absatz 1 genannten Einrichtungen sowie die Versorgungseinheiten nach § 25 Absatz 2 sind verpflichtet, der 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 zuständige Behörde.	(3) Die in Absatz 1 genannten Einrichtungen sind verpflichtet, der 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 jederzeit zu gestatten. Das Betreten von Zimmern von Patientinnen und Patienten ist von der Befugnis nach Satz 1 ausgenommen. 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 zuständige Behörde.
§ 34 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. § 33 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. 1. die Beschlüsse nicht ausgeführt werden dürfen und 2. 2. Maßnahmen, die aufgrund eines beanstandeten Beschlusses bereits getroffen worden sind, binnen einer angemessenen Frist rückgängig zu machen sind.	§ 32 Maßnahmen der Rechtsaufsicht (1) Die Aufsichtsbehörde kann jederzeit von den Krankenhäusern Auskunft über deren Angelegenheiten verlangen, wenn konkrete Anhaltspunkte für ein rechtswidriges Verhalten der Krankenhäuser vorliegen. §31 Absatz 3 bleibt im Übrigen unberührt. (2) Die Aufsichtsbehörde kann rechtswidrige Beschlüsse der Leitung des Krankenhauses oder dessen Gremien mit der Wirkung beanstanden, dass 3. die Beschlüsse nicht ausgeführt werden dürfen und 4. Maßnahmen, die aufgrund eines beanstandeten Beschlusses bereits getroffen worden sind, binnen einer angemessenen Frist rückgängig zu machen sind.
§ 35 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, anzunehmen oder sich versprechen zu lassen. (2) Die Aufsichtsbehörde kann die Durchführung einer dem Absatz 1 widersprechenden Vereinbarung untersagen. Widerspruch und Anfechtungsklage haben keine aufschiebende Wirkung.	

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(3) In besonders schweren Fällen findet § 8 Absatz 3 entsprechende Anwendung.	
Achter Abschnitt: Datenschutz	Siebter Abschnitt: Datenschutz
§ 36 Anwendungsbereich (1) Die datenschutzrechtlichen Vorschriften dieses Gesetzes finden keine Anwendung, soweit das Recht der Europäischen Union, im Besonderen die Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. EU Nr. L 119 S. 1) in der jeweils geltenden Fassung, unmittelbar gilt. Ergänzend zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen dieses Gesetzes finden die Vorschriften des Bremischen Ausführungsgesetzes zur EU-Datenschutz-Grundverordnung Anwendung. (2) Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten nicht für Krankenhäuser oder Teile eines Krankenhauses, deren Träger der Bund ist oder die dem Straf- und Maßregelvollzug dienen. (3) Bei Krankenhäusern, die von kirchlichen oder religiösen Vereinigungen oder Gemeinschaften oder diesen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden, gelten die Vorschriften dieses Abschnitts nur soweit die kirchlichen oder religiösen Vereinigungen oder Gemeinschaften keinen Regeln unterliegen, die den Anforderungen des Artikels 91 der Verordnung (EU) 2016/679 genügen.	§ 33 Anwendungsbereich (1) Die datenschutzrechtlichen Vorschriften dieses Gesetzes finden keine Anwendung, soweit das Recht der Europäischen Union, im Besonderen die Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S.1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2; L 74 vom 4.3.2021, S. 35) in der jeweils geltenden Fassung, unmittelbar gilt. Ergänzend zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen dieses Gesetzes finden die Vorschriften des Bremischen Ausführungsgesetzes zur EU-Datenschutz-Grundverordnung Anwendung. (2) Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten nicht für Krankenhäuser oder Teile eines Krankenhauses, deren Träger der Bund ist oder die dem Straf- und Maßregelvollzug dienen. (3) Bei Krankenhäusern, die von kirchlichen oder religiösen Vereinigungen oder Gemeinschaften oder diesen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden, gelten die Vorschriften dieses Abschnitts nur soweit die kirchlichen oder religiösen Vereinigungen oder Gemeinschaften keinen Regeln unterliegen, die den Anforderungen des Artikels 91 der Verordnung (EU) 2016/679 genügen.
§ 37 Definition (1) Patientendaten sind alle personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten des Krankenhauses. Als Patientendaten gelten auch personenbezogene Daten von verstorbenen Patientinnen und Patienten, Angehörigen oder anderen Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten sowie sonstiger Dritter, die dem Krankenhaus im Zusammenhang mit der Behandlung des Patienten oder der Patientin bekannt werden. Patientendaten in diesem Sinne sind auch Daten, die im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung stehen, die das Krankenhaus im Rahmen einer Ambulanz oder einer institutionellen Ermächtigung erbringt.	§ 34 Patientendaten (1) Patientendaten sind alle personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten des Krankenhauses. Als Patientendaten gelten auch personenbezogene Daten von verstorbenen Patientinnen und Patienten, Angehörigen oder anderen Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten sowie sonstiger Dritter, die dem Krankenhaus im Zusammenhang mit der Behandlung der Patientin oder des Patienten bekannt werden. Patientendaten in diesem Sinne sind auch Daten, die im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung stehen, die das Krankenhaus im Rahmen einer Ambulanz oder einer institutionellen Ermächtigung erbringt.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(2) Für die Verarbeitung von Patientendaten ist das Krankenhaus, in welchem die Daten verarbeitet werden, Verantwortlicher im Sinne von Artikel 4 Nummer 7 der Verordnung (EU) 2016/679.	(2) Für die Verarbeitung von Patientendaten ist das Krankenhaus, in welchem die Daten verarbeitet werden, Verantwortlicher im Sinne von Artikel 4 Nummer 7 der Verordnung (EU) 2016/679.
§ 38 Verarbeitung (1) Die Verarbeitung von Patientendaten ist zulässig, wenn dies durch Rechtsvorschrift zugelassen ist, die betroffene Person eingewilligt hat oder soweit dies 1. zur Erfüllung des mit oder für eine Patientin oder einen Patienten abgeschlossenen Behandlungsvertrages, einschließlich der erforderlichen Dokumentation über die Versorgung, 2. zur Gewährleistung einer nahtlosen ambulanten und stationären Behandlung der Patientin oder des Patienten nach § 115 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, 3. zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen, 4. zur Aus-, Fort- oder Weiterbildung eines Heilberufs oder Gesundheitsfachberufs im Krankenhaus, 5. 5. zur Qualitätssicherung der Behandlung im Krankenhaus und zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen oder 6. 6. zur verwaltungsmäßigen Abwicklung des Behandlungsverhältnisses, insbesondere zur Abrechnung der erbrachten Leistungen, einschließlich belegärztlicher und wahlärztlicher Leistungen, erforderlich ist. Insbesondere in Fällen des Satzes 1 Nummern 4 und 5 soll vor der Verarbeitung geprüft werden, ob der Zweck auch mit pseudonymisierten oder anonymisierten Daten erreicht werden kann. Für Nummer 4 gilt darüber hinaus die Voraussetzung, dass der Datenverarbeitung im Einzelfall überwiegende Interessen der betroffenen Person nicht entgegenstehen dürfen.	§ 35 Verarbeitung von Patientendaten (1) Die Verarbeitung von Patientendaten ist zulässig, wenn dies durch Rechtsvorschrift zugelassen ist, die betroffene Person eingewilligt hat oder soweit dies erforderlich ist zur 1. Erfüllung des mit oder für eine Patientin oder einen Patienten abgeschlossenen Behandlungsvertrages, einschließlich der erforderlichen Dokumentation über die Versorgung, 2. Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen, 3. Aus-, Fort- oder Weiterbildung eines Heilberufs oder Gesundheitsfachberufs im Krankenhaus, 4. Qualitätssicherung der Behandlung im Krankenhaus und zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen oder 5. verwaltungsmäßigen Abwicklung des Behandlungsverhältnisses, insbesondere zur Abrechnung der erbrachten Leistungen, einschließlich belegärztlicher und wahlärztlicher Leistungen. Vor der Verarbeitung soll geprüft werden, ob der Zweck auch mit pseudonymisierten oder anonymisierten Daten erreicht werden kann; dies gilt insbesondere in den Fällen des Satzes 1 Nummer 3 und 4. Für Satz 1 Nummer 3 gilt darüber hinaus die Voraussetzung, dass der Datenverarbeitung im Einzelfall überwiegende Interessen der betroffenen Person nicht entgegenstehen dürfen.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(2) Die in dem Krankenhaus tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dürfen Patientendaten nur einsehen und verarbeiten, soweit dies für die rechtmäßige Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben erforderlich ist.	(2) Die in dem Krankenhaus tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dürfen Patientendaten nur einsehen und verarbeiten, soweit dies für die rechtmäßige Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben erforderlich ist.
§ 39 Verarbeitung von Patientendaten zu Forschungszwecken (1) Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte dürfen Patientendaten, die innerhalb ihrer Fachabteilung verarbeitet worden sind, für eigene wissenschaftliche Forschungsvorhaben verwenden, wenn der Patient hinreichend aufgeklärt wurde und in die Datenverarbeitung für ein bestimmtes Forschungsprojekt eingewilligt hat. Eine Einwilligung ist nicht erforderlich, wenn 1. im Rahmen der Krankenhausbehandlung erhobene und gespeicherte Patientendaten vor ihrer weiteren Verarbeitung anonymisiert werden, 2. die Einholung der Einwilligung des Patienten unzumutbar ist, der Forschungszweck auf andere Weise nicht erreicht werden kann und schutzwürdige Interessen des Patienten nicht betroffen sind oder 3. 4. das berechtigte Interesse der Allgemeinheit an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Geheimhaltungsinteresse des Patienten erheblich überwiegt. Die Sätze 1 und 2 gelten für sonstiges wissenschaftliches Personal der Einrichtung, das einer strafrechtlich sanktionierten Schweigepflicht unterliegt, entsprechend. (2) Zu Zwecken eines bestimmten wissenschaftlichen Forschungsvorhabens ist die Übermittlung von Patientendaten an Dritte zulässig, soweit der Patient schriftlich eingewilligt hat. Der Einwilligung des Patienten bedarf es nicht, wenn es nicht zumutbar ist, die Einwilligung einzuholen, und der Zweck eines bestimmten Forschungsvorhabens nicht auf andere Weise erfüllt werden kann. Im Fall des Satzes 2 bedarf die Übermittlung der Patientendaten der Zustimmung der zuständigen Behörde; die Zustimmung darf nur erteilt werden, wenn das berechtigte Interesse der Allgemeinheit an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Geheimhaltungsinteresse des Patienten erheblich überwiegt.	§ 36 Verarbeitung von Patientendaten zu Forschungszwecken (1) Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte dürfen Patientendaten, die innerhalb ihrer Fachabteilung verarbeitet worden sind, für eigene wissenschaftliche Forschungsvorhaben verwenden, wenn die Patientin oder der Patient hinreichend aufgeklärt wurde und in die Datenverarbeitung für ein bestimmtes Forschungsprojekt schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Eine Einwilligung ist nicht erforderlich, wenn 1. im Rahmen der Krankenhausbehandlung erhobene und gespeicherte Patientendaten vor ihrer weiteren Verarbeitung anonymisiert werden, 2. die Einholung der Einwilligung der Patientin oder des Patienten unzumutbar ist, der Forschungszweck auf andere Weise nicht erreicht werden kann und schutzwürdige Interessen der Patientin oder des Patienten nicht betroffen sind oder 3. das berechtigte Interesse der Allgemeinheit an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Geheimhaltungsinteresse der Patientin oder des Patienten erheblich überwiegt. Die Sätze 1 und 2 gelten für sonstiges wissenschaftliches Personal der Einrichtung, das einer strafrechtlich sanktionierten Schweigepflicht unterliegt, entsprechend. (2) Zu Zwecken eines bestimmten wissenschaftlichen Forschungsvorhabens ist die Übermittlung von Patientendaten an Dritte zulässig, soweit die Patientin oder der Patient schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Der Einwilligung der Patientin oder des Patienten bedarf es nicht, wenn es nicht zumutbar ist, die Einwilligung einzuholen, und der Zweck eines bestimmten Forschungsvorhabens nicht auf andere Weise erfüllt werden kann. Im Fall des Satzes 2 bedarf die Übermittlung der Patientendaten der Zustimmung der zuständigen Behörde; die Zustimmung darf nur erteilt werden, wenn das berechtigte Interesse der Allgemeinheit an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Geheimhaltungsinteresse der Patientin oder des Patienten erheblich überwiegt.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(3) Die Veröffentlichung von Patientendaten durch wissenschaftliche Forschung betreibende Stellen ist zulässig, soweit 1. der Patient oder der Betroffene eingewilligt hat oder 2. dies für die Darstellung von Forschungsergebnissen über Ereignisse der Zeitgeschichte unerlässlich ist. (4) Die Verarbeitung von Patientendaten und die Auswahl und Gestaltung von Datenverarbeitungssystemen im Krankenhaus muss an den Grundsätzen der Datenminimierung ausgerichtet sein. Die Patientendaten sind zu anonymisieren, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist. Bis dahin sind die Merkmale gesondert zu speichern, mit denen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren Person zugeordnet werden können. Sie dürfen mit den Einzelangaben nur zusammengeführt werden, soweit der Forschungszweck dies erfordert. Die Merkmale sind zu löschen, sobald der Forschungszweck erreicht ist und die Merkmale für den Zweck einer notwendigen internen Wissenschaftskontrolle nicht mehr benötigt werden. Die Datenübermittlung an Dritte setzt voraus, dass diese sich verpflichten, die Daten nicht für andere Zwecke zu verarbeiten und die Vorgaben nach den Sätzen 2 bis 5 sowie nach Absatz 3 zu erfüllen.	(3) Die Veröffentlichung von Patientendaten durch wissenschaftliche Forschung betreibende Stellen ist zulässig, soweit 1. die Patientin oder der Patient oder die betroffene Person eingewilligt hat oder 2. dies für die Darstellung von Forschungsergebnissen über Ereignisse der Zeitgeschichte unerlässlich ist. (4) Die Verarbeitung von Patientendaten und die Auswahl und Gestaltung von Datenverarbeitungssystemen im Krankenhaus muss an den Grundsätzen der Datenminimierung ausgerichtet sein. Die Patientendaten sind zu anonymisieren, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist. Bis dahin sind die Merkmale gesondert zu speichern, mit denen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren Person zugeordnet werden können. Sie dürfen mit den Einzelangaben nur zusammengeführt werden, soweit der Forschungszweck dies erfordert. Die Merkmale sind zu löschen, sobald der Forschungszweck erreicht ist und die Merkmale für den Zweck einer notwendigen internen Wissenschaftskontrolle nicht mehr benötigt werden. Die Datenübermittlung an Dritte setzt voraus, dass diese sich verpflichten, die Daten nicht für andere Zwecke zu verarbeiten und die Vorgaben nach den Sätzen 2 bis 5 sowie nach Absatz 3 zu erfüllen.
§ 40 Übermitteln von Patientendaten an Stellen außerhalb des Krankenhauses (1) Die Übermittlung von Patientendaten an Dritte ist zulässig soweit dieses erforderlich ist, 1. zur Durchführung der Mit-, Weiter- und Nachbehandlung und die Patientin oder der Patient der Übermittlung zugestimmt hat oder der mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten nicht entgegensteht, 2. zum Zwecke einer erweiternden Diagnostik und Abklärung einer Therapieempfehlung an einen externen Dienstleister in pseudonymisierter Form,	§ 37 Übermittlung von Patientendaten an Stellen außerhalb des Krankenhauses (1) Wenn kein Fall des § 36 Absatz 4 Satz 6 vorliegt, ist die Übermittlung von Patientendaten an Dritte zulässig, soweit dies erforderlich ist, 1. zur Durchführung der Mit-, Weiter- und Nachbehandlung und die Patientin oder der Patient der Übermittlung zugestimmt hat oder der mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten nicht entgegensteht, 2. zur Gewährleistung einer nahtlosen ambulanten und stationären Behandlung der Patientin oder des Patienten nach § 115 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch,

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
3. zur Unterrichtung der einen Krankentransport durchführenden und legitimierten Person, soweit dieses für die Patientensicherheit erforderlich ist und die Patientin oder der Patient der Übermittlung zugestimmt hat oder der mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten nicht entgegensteht, 4. im Versorgungsinteresse der Patientin oder des Patienten durch Unterrichtung des Krankenhauses, der Rehabilitationseinrichtung oder Pflegeeinrichtung, in die die Patientin oder der Patient verlegt wird und die Patientin oder der Patient der Übermittlung zugestimmt hat oder der mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten nicht entgegensteht, 5. zur Einleitung einer sozialen oder psychosozialen Betreuung der Patientinnen oder des Patienten, soweit eine Einwilligung wegen offenkundiger Hilflosigkeit oder mangelnder Einsichtsfähigkeit bei ansonsten bestehender Geschäftsfähigkeit nicht eingeholt werden kann und der mutmaßliche Wille der Patientinnen oder des Patienten nicht entgegensteht, 6. zum Zweck der Rechnungsprüfung durch den Krankenhausträger, einer von ihm beauftragten Wirtschaftsprüferin oder eines von ihm beauftragten Wirtschaftsprüfers oder den Landesrechnungshof und zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch Beauftragte im Rahmen des § 113 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der gesetzlich vorgeschriebenen Rechnungsprüfung durch den Rechnungshof, 7. zur Wahrnehmung der Rechtsaufsicht über die Krankenhäuser nach § 33, 8. zur Qualitätssicherung der medizinisch-pflegerischen Versorgung oder im Rahmen von Akkreditierungen und Zertifizierungen, 9. zur Kontrolle der Qualität der Erbringung der Leistungen im Rettungsdienst an den ärztlichen Leiter beziehungsweise die ärztliche Leiterin Rettungsdienst nach Maßgabe des § 62 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes oder	3. zur Unterrichtung der einen Krankentransport durchführenden und legitimierten Person, soweit dieses für die Patientensicherheit erforderlich ist und die Patientin oder der Patient der Übermittlung zugestimmt hat oder der mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten nicht entgegensteht, 4. im Versorgungsinteresse der Patientin oder des Patienten durch Unterrichtung des Krankenhauses, der Rehabilitationseinrichtung oder Pflegeeinrichtung, in die die Patientin oder der Patient verlegt wird und die Patientin oder der Patient der Übermittlung zugestimmt hat oder der mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten nicht entgegensteht, 5. zur Einleitung einer sozialen oder psychosozialen Betreuung der Patientin oder des Patienten, soweit eine Einwilligung wegen offenkundiger Hilflosigkeit oder mangelnder Einsichtsfähigkeit bei ansonsten bestehender Geschäftsfähigkeit nicht eingeholt werden kann und der mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten nicht entgegensteht, 6. zum Zweck der Rechnungsprüfung durch den Krankenhausträger, einer von ihm beauftragten Wirtschaftsprüferin oder eines von ihm beauftragten Wirtschaftsprüfers oder den Landesrechnungshof und zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch Beauftragte im Rahmen des § 113 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch und der gesetzlich vorgeschriebenen Rechnungsprüfung durch den Rechnungshof, 7. zur Wahrnehmung der Rechtsaufsicht über die Krankenhäuser nach § 31, 8. zur Qualitätssicherung der medizinisch-pflegerischen Versorgung oder im Rahmen von Akkreditierungen und Zertifizierungen, 9. zur Kontrolle der Qualität der Erbringung der Leistungen im Rettungsdienst an den ärztlichen Leiter beziehungsweise die ärztliche Leiterin Rettungsdienst nach Maßgabe des § 84 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes oder

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
10. zur Erfüllung einer gesetzlichen Mitteilungspflicht. (2) Stellen oder Personen, denen nach diesem Gesetz personenbezogene Daten befugt übermittelt worden sind, dürfen diese nur zu dem Zweck verwenden, zu dem sie ihnen befugt übermittelt worden sind. Im Übrigen haben sie diese Daten unbeschadet sonstiger Datenschutzbestimmungen in demselben Umfang geheim zu halten, wie das Fachpersonal, das die Daten im Krankenhaus verarbeitet. (3) Darüber hinaus ist eine Übermittlung nur aufgrund einer Einwilligung der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten zulässig.	10. zur Erfüllung einer gesetzlichen Mitteilungspflicht. (2) Stellen oder Personen, denen nach diesem Gesetz personenbezogene Daten befugt übermittelt worden sind, dürfen diese nur zu dem Zweck verwenden, zu dem sie ihnen befugt übermittelt worden sind. Im Übrigen haben sie diese Daten unbeschadet sonstiger Datenschutzbestimmungen in demselben Umfang geheim zu halten, wie das Fachpersonal, das die Daten im Krankenhaus verarbeitet. (3) Darüber hinaus ist eine Übermittlung nur aufgrund einer Einwilligung der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten zulässig.
§ 41 Datenverarbeitung im Auftrag (1) Der oder die Verantwortliche nach § 38 Absatz 2 darf die Verarbeitung von Patientendaten einem Auftragsverarbeiter insbesondere übertragen, wenn 1. Störungen im Betriebsablauf insbesondere in der Patientenversorgung sonst nicht vermieden werden können, oder 2. die Datenverarbeitung dadurch erheblich kostengünstiger gestaltet werden kann, oder 3. die Datenverarbeitung vom Krankenhaus nicht oder nur mit einem großen Aufwand geleistet werden könnte, oder 4. Patientenakten oder ähnliche Unterlagen in Papierform einzuscannen und zu digitalisieren sind. (2) Der Auftragsverarbeiter hat die Datenschutzbestimmungen dieses Gesetzes und die nach § 203 Strafgesetzbuch geltende Schweigepflicht einzuhalten. Die Ausgestaltung der Datenverarbeitung durch den Auftragsverarbeiter regelt Artikel 28 der Verordnung (EU) 2016/679.	§ 38 Datenverarbeitung im Auftrag (1) Der oder die Verantwortliche nach § 34 Absatz 2 darf die Verarbeitung von Patientendaten einem Auftragsverarbeiter insbesondere übertragen, wenn 1. Störungen im Betriebsablauf insbesondere in der Patientenversorgung sonst nicht vermieden werden können, oder 2. die Datenverarbeitung dadurch erheblich kostengünstiger gestaltet werden kann, oder 3. die Datenverarbeitung vom Krankenhaus nicht oder nur mit einem großen Aufwand geleistet werden könnte, oder 4. Patientenakten oder ähnliche Unterlagen in Papierform einzuscannen und zu digitalisieren sind. Dem Auftragnehmer dürfen Patientendaten nur insoweit offenbart werden, als dies für die Auftragserfüllung erforderlich ist. Soweit dies für den Auftragszweck ausreichend ist, sind dem Auftragsverarbeiter anonymisierte Daten zur Verfügung zu stellen; ist eine Anonymisierung nicht möglich, sind die Daten zu pseudonymisieren. (2) Der Auftragsverarbeiter hat die Datenschutzbestimmungen dieses Gesetzes und die nach § 203 des Strafgesetzbuches geltende Schweigepflicht einzuhalten. Die Ausgestaltung der Datenverarbeitung durch den Auftragsverarbeiter regelt Artikel 28 der Verordnung (EU) 2016/679.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
§ 42 Betriebsaufgabe (1) Stellt ein Krankenhaus den Betrieb ein, hat der Krankenhausträger beziehungsweise der Insolvenzverwalter beziehungsweise die Insolvenzverwalterin dafür zu sorgen, dass die Daten nach den Maßgaben dieses Abschnitts verarbeitet werden. (2) Hinsichtlich der weiteren Verarbeitung der Patientendaten sind die Vorschriften dieses Abschnitts einzuhalten. Es ist sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten für die Dauer von mindestens zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung oder Untersuchung auf Verlangen in gleicher Weise wie bisher beim Krankenhaus Auskunft und Einsicht erhalten.	§ 39 Betriebsaufgabe (1) Der Krankenhausträger hat durch angemessene Maßnahmen sicherzustellen, dass im Falle einer Betriebsaufgabe die Patientendaten entsprechend ihrer Aufbewahrungsdauer nach Maßgabe dieses Abschnitts verarbeitet werden. Maßnahmen im Sinne von Satz 1 sind insbesondere Maßnahmen der Datensicherheit, die einen Zugang zu, einen Zugriff auf und eine Offenlegung von Patientendaten durch beziehungsweise gegenüber unbefugten Personen verhindern. (2) Es ist sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten für die Dauer der Aufbewahrung ihrer Patientendaten auf Verlangen in gleicher Weise wie bisher beim Krankenhaus Einsicht erhalten und ihre Rechte nach der Verordnung (EU) 2016/679 nicht beeinträchtigt werden.
§ 43 Löschung und Einschränkung der Verarbeitung (1) Ist eine Speicherung der Patientendaten für die Zwecke, für die sie rechtmäßig verarbeitet werden, nicht mehr erforderlich, tritt an Stelle der Löschung eine Beschränkung der Verarbeitung im Sinne von Artikel 18 der Verordnung (EU) 2016/679, soweit und solange 1. der Löschung eine durch Rechtsvorschrift oder durch die ärztliche Berufsordnung vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist entgegensteht oder 2. Grund zu der Annahme besteht, dass durch die Löschung schutzwürdige Belange der Patientinnen und Patienten beeinträchtigt würden.	§ 40 Löschung und Einschränkung der Verarbeitung (1) Ist eine Speicherung der Patientendaten für die Zwecke, für die sie rechtmäßig verarbeitet werden, nicht mehr erforderlich, tritt an Stelle der Löschung eine Einschränkung der Verarbeitung im Sinne von Artikel 18 der Verordnung (EU) 2016/679, soweit und solange 1. der Löschung eine durch Rechtsvorschrift oder durch die ärztliche Berufsordnung vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist entgegensteht oder 2. Grund zu der Annahme besteht, dass durch die Löschung schutzwürdige Belange der Patientinnen und Patienten beeinträchtigt würden.

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(2) Wurde die Verarbeitung eingeschränkt, sind diese Patientendaten gesondert zu speichern. Soweit dies nicht möglich ist, sind die Patientendaten mit einem Sperrvermerk zu versehen. Neben den in Artikel 18 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2016/679 aufgeführten Fällen, ist eine Verarbeitung der Patientendaten auch dann zulässig, wenn die Verarbeitung 1. 1. für die Durchführung einer Behandlung, mit der die frühere Behandlung in einem medizinischen Sachzusammenhang steht, erforderlich ist oder 2. 2. zur Erfüllung der Zwecke aus § 38 und § 40 erforderlich ist. (3) Soweit die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten in automatisierten Verfahren mit der Möglichkeit des Direktabrufs gespeichert werden, ist nach Abschluss der Behandlung, die notwendigen Dokumentationen und die damit zusammenhängenden Zahlungsvorgänge abgeschlossen sind und das Krankenhaus den Bericht über die Behandlung erstellt hat, die Möglichkeit des Direktabrufs zu sperren. (4) Die Daten können anstelle der Löschung anonymisiert werden, wenn sichergestellt ist, dass der Personenbezug in keiner Weise wiederhergestellt werden kann.	(2) Wurde die Verarbeitung eingeschränkt, sind diese Patientendaten gesondert zu speichern. Soweit dies nicht möglich ist, sind die Patientendaten mit einem Sperrvermerk zu versehen. Neben den in Artikel 18 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2016/679 aufgeführten Fällen, ist eine Verarbeitung der Patientendaten auch dann zulässig, wenn die Verarbeitung 1. für die Durchführung einer Behandlung, mit der die frühere Behandlung in einem medizinischen Sachzusammenhang steht, erforderlich ist oder 2. zur Erfüllung der Zwecke aus § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis Nummer 5 und § 37 erforderlich ist. (3) Soweit die Patientendaten in automatisierten Verfahren mit der Möglichkeit des Direktabrufs gespeichert werden, ist die Möglichkeit des Direktabrufs zu sperren, nachdem die Behandlung und die erforderlichen Dokumentationen und die damit zusammenhängenden Zahlungsvorgänge abgeschlossen sowie der Behandlungsbericht durch das Krankenhaus erstellt worden sind. (4) Die Daten können anstelle der Löschung anonymisiert werden, wenn sichergestellt ist, dass der Personenbezug in keiner Weise wiederhergestellt werden kann.
Neunter Abschnitt: Ordnungswidrigkeiten	Achter Abschnitt: Ordnungswidrigkeiten
§ 44 Ordnungswidrigkeiten (1) Ordnungswidrig handelt, wer als verantwortliche Leiterin oder verantwortlicher Leiter eines Krankenhauses vorsätzlich oder fahrlässig 1. entgegen § 5 Absatz 6 Satz 4 die genehmigten Vereinbarungsvorschläge nicht einhält, 2. entgegen § 6 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 die im Bescheid nach § 6 Absatz 4 vorgegebene Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft oder die dort vorgegebene Notfallversorgung nicht sicherstellt, 3. die im Bescheid nach § 6 Absatz 4 ausgewiesenen medizinischen Gebiete, die Schwerpunkte der arbeitsteiligen Koordinierung sowie die Gesamtzahl der	§ 41 Ordnungswidrigkeiten (1) Ordnungswidrig handelt, wer als verantwortliche Leiterin oder verantwortlicher Leiter eines Krankenhauses vorsätzlich oder fahrlässig

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
Planbetten nicht dauerhaft vorhält, ohne dass eine Genehmigung der zuständigen Behörde nach § 8 Absatz 4 Satz 1 vorliegt, 4. entgegen § 9 Absatz 2 Satz 2 Fördermittel nicht zur Erfüllung der im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses oder des Versorgungsauftrages nach § 6 Absatz 2 verwendet, 5. entgegen § 31 Absatz 1 oder einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 Nummer 1 die festgelegten Qualitätsstandards nicht einhält, 6. entgegen § 32 Absatz 1 oder einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 die festgelegten Hygienegrundsätze nicht einhält, 7. entgegen § 33 Absatz 3 oder § 34 Absatz 1 der Aufsichtsbehörde eine Auskunft nicht erteilt, deren Beauftragten den Zutritt zu den Grundstücken und Betriebsräumen nicht gewährt oder die Einsicht in die den Krankenhausbetrieb betreffende Schriftstücke und Datenträger verweigert, 8. entgegen § 34 Absatz 2 Nummer 2 eine beanstandete Maßnahme nicht fristgemäß rückgängig macht, 9. entgegen § 35 Absatz 1 für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten zu einem Krankenhaus ein Entgelt oder einen anderen Vorteil gewährt oder verspricht oder für das Krankenhaus oder seinen Träger annimmt oder versprechen lässt.	1. den Mitteilungspflichten nach § 6 Absatz 2 Satz 2 nicht nachkommt, 2. entgegen § 9 Absatz 2 Satz 2 Fördermittel nicht zur Erfüllung des Versorgungsauftrages verwendet, 3. entgegen § 9 Absatz 2 Satz 2 Fördermittel nicht zur Erfüllung der im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses verwendet,

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
	4. entgegen § 21 Absatz 2 die dort vorgegebene Notfallversorgung nicht sicherstellt, 5. entgegen § 21 Absatz 4 Satz 2 das von der zuständigen Behörde festgelegte digitalisierte Verfahren für die Zuweisung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten nicht dauerhaft nutzt, 6. entgegen § 21 Absatz 4 Satz 3 das von der zuständigen Behörde festgelegte Verfahren nicht ordnungsgemäß nutzt, 7. entgegen § 22 Absatz 1 nicht ausreichend bei der Bewältigung von Großschadensereignissen mitwirkt, 8. einer nach § 22 Absatz 6 erlassenen Rechtsverordnung zuwiderhandelt, soweit sie für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist, 9. die festgelegten Hygienegrundsätze nach § 25 Absatz 1 missachtet, 10. den Übermittlungspflichten nach § 25 Absatz 2 nicht nachkommt, 11. einer Rechtsverordnung nach § 25 Absatz 3 zuwiderhandelt, 12. der Unterrichtungspflicht nach § 28 Absatz 1 nicht unverzüglich nachkommt, 13. entgegen § 31 Absatz 3 oder § 32 Absatz 1 der Aufsichtsbehörde eine Auskunft nicht erteilt, deren Beauftragten den Zutritt zu den Grundstücken und Betriebsräumen zu den üblichen Geschäftszeiten nicht gewährt oder die Einsicht in die den Krankenhausbetrieb betreffende Schriftstücke und Datenträger verweigert,

BremKrhG – aktuelle Fassung	BremKrhG – neue Fassung
(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 50 000 Euro geahndet werden. (3) Sachlich zuständige Verwaltungsbehörde für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 ist die Senatorin oder der Senator für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz.	14. entgegen § 32 Absatz 2 Nummer 2 eine beanstandete Maßnahme nicht fristgemäß rückgängig macht. (2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro geahndet werden. (3) Sachlich zuständige Verwaltungsbehörde für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 ist die Senatorin oder der Senator für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz.
Zehnter Abschnitt: Schlussbestimmungen	Neunter Abschnitt: Schlussbestimmungen
§ 45 Übergangsregelungen (1) Der Krankenhausplan gilt in der bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Fassung bis zur Neuerstellung oder Fortschreibung nach diesem Gesetz weiter. Das Investitionsprogramm 2020 endet am 31. Dezember 2020. (2) Für Investitionsprojekte, die in das Investitionsprogramm 2020 aufgenommen worden sind, sind die §§ 8 bis 19 des Bremischen Krankenhausgesetzes vom 12. April 2011 (Brem.GBl. S. 252 - 2128-b-1), das zuletzt durch das Gesetz vom 23. Oktober 2012 (Brem.GBl. S. 466) geändert worden ist, anzuwenden. (3) 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 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) geändert worden ist, sinngemäß anzuwenden, bis eine spezifische landesrechtliche Regelung in Kraft getreten ist.	

Synopse zu den eingegangenen Stellungnahmen im Rahmen des förmlichen Beteiligungsverfahrens zum Bremischen Krankenhausgesetz

<u>Einrichtung/ Behörde</u>	<u>Inhalt Stellungnahme</u>	<u>Bewertung</u>	<u>Übernahme ja/nein</u>
Klinikum Bremerhaven Rein- kenheide	Zu § 22 Abs. 5: MANV-Übungen oder auch andere größere Übungen würden nicht unerhebliche personelle Ressourcen benötigen, deren Kosten nicht durch die Kliniken getragen werden könnten. Genauso entstünden durch die Vorgabe, Maßnahmen der Vorsorge und Abwehr für den Bevölkerungsschutz zu treffen, ebenfalls Kosten, die nicht gegenfinanziert seien. Dies müsse in einer Rechtsverordnung entsprechend klar geregelt werden und mit den notwendigen finanziellen Mitteln hinterlegt werden.	<i>Für die Neufassung des Bremischen Krankenhausgesetzes spielt dieser Aspekt der Stellungnahme keine Rolle, sondern wäre im Rahmen des Beteiligungsverfahrens zur Bremischen Katastrophen- und Krisenbewältigungsverordnung zu berücksichtigen. – Keine Stellungnahme zur Übernahme oder Ablehnung im BremKrhG notwendig.</i>	-
	Es wird die Aufnahme einer Regelung entsprechend § 21 KHGG NRW vorgeschlagen; diese sieht vor, dass die Kliniken erhaltene Fördermittel auf einem gesonderten Konto zu erfassen haben. Hintergrund ist ein Fall einer Regelinsolvenz, bei dem es aufgrund nicht eindeutig deklarerter Fördermittel zu Problemen kam, was eine Gesetzesänderung zur Folge hatte.	<i>Der Vorschlag wird aus fachlicher Sicht für sinnvoll gehalten. Zur Verbesserung der Nachvollziehbarkeit und insolvenzrechtlichen Absicherung von Fördermitteln wurde eine entsprechende Regelung als neuer § 9 Absatz 8 BremKrhG in den Gesetzentwurf aufgenommen.</i>	Ja
vdek	Zu § 2 Abs. 3 und 4: Der in der Gesetzesbegründung genannte Zweck könne nur erreicht werden, wenn eindeutig geregelt werde, dass die Kooperationsgeber:innen verpflichtet seien, entsprechende Kooperationsverträge zu	<i>Der Vorschlag wird fachlich grundsätzlich unterstützt. Gleichwohl wird die Regelung als Soll-Vorschrift in das BremKrhG mit aufgenommen, da den Einrichtungen auch über</i>	Ja

	schließen. Auch die Aus- und Weiterbildung müsse Inhalt einer Kooperationsvereinbarung sein.	<i>Kooperationsverträge hinaus Möglichkeiten eröffnet sein sollen, eine Zusammenarbeit zu regeln.</i>	
	Zu § 5 Abs. 3 Satz 4: Es wird angemerkt, dass die Vereinbarungsvorschläge die Versorgungsentscheidung unterstützen würden und damit eine Grundlage für die Feststellungsbescheide der zuständigen Behörde bilden könnten, durch die der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses bestimmt werde. Daher wird eine Formulierung wie folgt vorgeschlagen: Formulierungsvorschlag: ... „können“ ... streichen. „Die Vereinbarungsvorschläge unterstützen die Versorgungsentscheidung und bilden eine Grundlage ...“	<i>Der Einwand des vdek sowie der Formulierungsvorschlag zu § 5 Abs. 3 Satz 4 BremKrhG wird fachlich als sinnvoll betrachtet und damit übernommen.</i>	Ja
	Zu § 6 Abs. 4 Nr. 3: Der enthaltene Verweis müsse auch § 5 Absatz 2 erfassen (Struktur = Leistungsgruppen, Fallzahlen, etc.).	<i>Dem Einwand wird zugestimmt und im Entwurf berücksichtigt.</i>	Ja
	Zu § 7 Abs. 4 Satz 2: Der Verweis müsste Absatz 2 Satz 3 lauten.	<i>Dem Einwand kann zugestimmt werden.</i>	Ja
	Zu § 21 Abs. 4: Die Verweise auf Satz 2 und Satz 3 seien nicht nachvollziehbar.	<i>Der Einwand ist berechtigt; die Verweise müssen auf Satz 1 und Satz 2 lauten.</i>	Ja
Ärzttekammer Bremen	Die Ärztekammer Bremen betont, dass die Neuregelung des Bremischen Krankenhausgesetzes den hohen Stellenwert der ärztlichen Weiterbildung für die Nachwuchssicherung und damit für eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung betone (hierbei wird	<i>Kenntnisnahme – Keine Bewertung notwendig, ob Übernahme im BremKrhG oder nicht.</i>	-

	auf die Begründung zu § 5 Abs. 2 des Entwurfs Bezug genommen).		
	Positiv wird die gemeinsame Verantwortung für die ärztliche Weiterbildung der Ärztekammer, der Weiterbildungsbefugten und der Krankenhäuser hervorgehoben, den § 6 Abs. 9 des Gesetzesentwurfs aufgreife. Die Begründung mache hierbei deutlich, dass Krankenhäuser für den erfolgreichen und zeitgerechten Abschluss von ärztlichen Weiterbildungen (mit-)verantwortlich seien.	<i>Kenntnisnahme – Keine Bewertung notwendig, ob Übernahme im BremKrhG oder nicht.</i>	-
	Die „Soll-Regelung“ in § 6 Absatz 9 Satz 3 des Entwurfs, Weiterbildungsverbünde – auch länderübergreifend – einzugehen, trage der geänderten Krankenhauslandschaft Rechnung. Dass Verbünde nur im Rahmen des geltenden Rechts eingegangen werden könnten, sei eine Selbstverständlichkeit und müsse daher im Gesetz nicht ausdrücklich erwähnt werden. Ohne diese selbstverständliche Einschränkung habe die Regelung aus Sicht der Ärztekammer eine stärkere Signalwirkung.	<i>Die SGFV folgt dem Vorschlag nicht. Die Formulierung „soweit kein geltendes Recht dem entgegensteht“ wird bewusst beibehalten. Sie dient der Klarstellung, dass die Vorschrift die Bildung von Weiterbildungsverbünden zwar ausdrücklich unterstützt, hierdurch jedoch keine von sonstigen rechtlichen Vorgaben losgelöste Verpflichtung oder eigenständige Rechtsgrundlage geschaffen wird. Dies betrifft insbesondere berufsrechtliche, datenschutzrechtliche und krankenhaushausplanungsrechtliche Anforderungen. Die Klarstellung soll Fehlinterpretationen vermeiden. Es bleibt daher bei der Formulierung des Entwurfs.</i>	Nein
	Die Regelung zur Mitwirkung der Ärztekammer als mittelbar Beteiligte (gem. § 7 Abs. 3 des Entwurfs) spiegle die Stellung wider, die das BremKrhG der ärztlichen Weiterbildung zuschreibe, und entspreche im Übrigen der bisherigen Rechtslage.	<i>Kenntnisnahme – Keine Bewertung notwendig, ob Übernahme im BremKrhG oder nicht.</i>	-

Magistrat Bremerhaven	Der Magistrat der Stadt Bremerhaven führt aus, dass sich im Rahmen der letzten Novellierung des Bremischen Krankenhausgesetzes Probleme hinsichtlich der Förderfähigkeit der Arche-Klinik Bremerhaven ergeben hätten. Seinerzeit sei vereinbart worden, diese Problematik im Zuge der nächsten Novellierung zu berücksichtigen. Dem übersandten Entwurf der Neufassung sei bedauerlicherweise nicht zu entnehmen, dass die Arche-Klinik künftig wieder „regelmäßig“ bei der Krankenhausinvestitionsförderung berücksichtigt werde. Es wird daher angeregt, diesen Punkt entsprechend anzupassen.	<i>Die Arche-Klinik ist ein sehr wichtiger Bestandteil der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Bremerhaven und der umliegenden Region. Dementsprechend wurde (und wird auch weiterhin) die Tagesklinik bei der Krankenhausinvestitionsförderung berücksichtigt. Die Höhe der Investitionsförderung von Krankenhäusern richtet sich grundsätzlich nach den sog. Investitionsbewertungsrelationen (IBR). Dadurch wird der Arche die Weiterführung des bestehenden Mietvertrages ermöglicht. Zusätzlich werden in geringem Umfang Investitionsmittel, z.B. für Einrichtungsgegenstände, bewilligt, um den Klinikbetrieb aufrecht zu erhalten.</i>	Nein
	Des Weiteren sei zu berücksichtigen, dass MANV-Übungen sowie andere größere Übungen im Sinne des § 22 Absätze 5 und 6 nicht unerhebliche personelle Ressourcen binden werden, deren hierdurch entstehende Kosten von den Kliniken nicht getragen werden könnten. Ebenso entstünden durch die Vorgabe, Maßnahmen der Vorsorge und Abwehr für den Bevölkerungsschutz zu treffen, zusätzliche Kosten, für die bislang keine Gegenfinanzierung vorgesehen sei. Entsprechende Regelungen seien zwingend in der gemäß § 22 Absatz 6 zu erlassenden Rechtsverordnung zum Verfahren sowie zur Kostentragung zu regeln, um eine auskömmliche Ausstattung mit den erforderlichen finanziellen Mitteln sicherzustellen.	<i>Für die Neufassung des Bremischen Krankenhausgesetzes spielt dieser Aspekt der Stellungnahme keine Rolle, sondern wäre im Rahmen des Beteiligungsverfahrens zur Bremischen Katastrophen- und Krisenbewältigungsverordnung zu berücksichtigen. – Keine Stellungnahme zur Übernahme oder Ablehnung im BremKrhG notwendig.</i>	-
LfDI	Der LfDI begrüßt die punktuell vorgenommenen systematischen Klarstellungen, etwa in § 35 und § 37 Entwurfs.	<i>Kenntnisnahme – Keine Bewertung notwendig, ob Übernahme im BremKrhG oder nicht.</i>	-

	In der Gesetzesbegründung des genannten Abschnitts ergebe sich jedoch noch Überarbeitungsbedarf hinsichtlich der Öffnungsklauseln der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), von denen der Gesetzgeber Gebrauch mache. So sei beispielsweise zu § 35 Abs. 1 Ziffer 1 und 2 angegeben, die Regelung erfolge zum Schutz lebenswichtiger Interessen der betroffenen Person. Dies suggeriere, dass der Gesetzgeber die Regelung auf Art. 9 Abs. 2 lit. c DSGVO stütze. Bei der genannten Vorschrift aus der DSGVO handele es sich jedoch nicht um eine Öffnungsklausel, die den Mitgliedstaaten gesetzgeberischen Spielraum verleihe. Die Verarbeitung von Patientendaten zur Erfüllung des Behandlungsvertrags (§ 35 Abs. 1 Ziffer 1 BremKrhG-E) sei eine Ausfüllung von Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO, welcher die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten für Zwecke medizinischer Versorgung und Diagnostik auf der Grundlage eines Vertrags mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs erlaube. Der Gesetzgeber solle daher deutlich machen, auf welche konkreten Öffnungsklauseln die jeweiligen Regelungen gestützt werden. In Bezug auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und anderer besonderer Kategorien personenbezogener Daten sei zudem erkenntlich zu machen, in welchen Fällen der Gesetzgeber von der Befugnis gemäß Art. 9 Abs. 4 DSGVO Gebrauch mache, zusätzliche Bedingungen für die Verarbeitung dieser Datenarten zu schaffen.	<i>Der Einwand des Landesdatenschutzbeauftragten ist fachlich berechtigt und sollte berücksichtigt werden. Die Herleitung in der Begründung erfolgt teilweise nicht korrekt und ist zu korrigieren. Die Begründung wurde entsprechend angepasst.</i>	Ja

	Zu § 28: Aus § 28 ergebe sich nicht, zu welchen Zwecken die Übermittlung der entsprechenden personenbezogenen Daten an die Behörde erforderlich ist. Auch der Gesetzesbegründung würden sich keine Ausführungen zum Zweck oder zur Erforderlichkeit der geforderten Übermittlung entnehmen lassen. Dort werde lediglich ausgeführt, dass für die Krankenhäuser klare Vorgaben festgelegt werden sollten, welche Strafverfahren zu welchem Zeitpunkt zwingend zu melden sind. Eine weitere Konkretisierung erfolge jedoch nicht. Die Vorschrift erfülle damit nicht die Voraussetzungen einer Verpflichtungsnorm im Sinne des Art. 6 Abs. 1 Buchst. c) DSGVO i.V.m. Art. 6 Abs. 2 und 3 DSGVO. Insbesondere sei diese nicht klar, präzise und für die Rechtsunterworfenen vorhersehbar (vgl. Erwägungsgrund 41 DSGVO). Sofern mit der Vorschrift erreicht werden solle, dass der zuständigen Behörde die Voraussetzungen für das Ruhen der Approbation nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 Bundesärzteordnung zeitnah bekannt werde, so seien die Straftaten, aus der sich die Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergeben könne, zu konkretisieren. Hier könne es nicht den einzelnen Krankenhäusern überlassen werden, eine entsprechende Einschätzung vorzunehmen. Darüber hinaus solle sich der Zweck der Übermittlungspflicht aus der Vorschrift ergeben. Nicht nachvollziehbar sei ferner, wie die Krankenhäuser Kenntnis von möglich Strafverfahren erlangten. Eine eigene Datenerhebungsbefugnis bestünde für die Krankenhäuser als Arbeitgeber in diesem Zusammenhang nicht.	<i>Der Einwand des Landesdatenschutzbeauftragten ist fachlich berechtigt und sollte berücksichtigt werden. Der Gesetzestext sowie der Begründungstext wurden angepasst. Der Gesetzestext wurde um den Zweck der Übermittlung erweitert und in der Begründung wurde der Kreis der relevanten Straftaten näher bestimmt.</i>	Ja
--	--	---	-----------

	Zu § 31: § 31 Abs. 3 S. 1 des Entwurfs sehe vor, dass die Aufsichtsbehörde im Rahmen ihrer Aufsichtstätigkeit Einsicht in Patientendaten nehmen dürfe, wenn dies im überwiegenden Allgemeininteresse erforderlich sei. In der Begründung werde diesbezüglich auf § 67c Absatz 3 Satz 1 SGB X verwiesen. Die genannte Vorschrift betreffe den Einsatz von KI durch Sozialleistungsträger. Es wird darauf hingewiesen, dass der Verweis voraussichtlich auf § 67 Absatz 4 Satz 1 SGB X hätte erfolgen sollen. Es wird daher eine entsprechende Änderung in der Begründung angeregt.	<i>Der Einwand des Landesdatenschutzbeauftragten ist zutreffend und eine Korrektur in der Begründung wurde vorgenommen.</i>	Ja
	Zu § 34: Teilweise werde statt von „Patientendaten“ gemäß der Definition des § 34 Abs. 1 der Begriff personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten verwendet, wie in § 40 Abs. 3, obwohl möglicherweise das gleiche gemeint sei. Es wird eine einheitliche Verwendung der Begrifflichkeiten angeregt.	<i>Der Einwand des Landesdatenschutzbeauftragten ist zutreffend und eine Überprüfung der Begrifflichkeiten wurde durchgeführt. Insbesondere bezogen auf § 40 Absatz 3 wurde Anpassung vorgenommen.</i>	Ja
	Zu § 35: Ausweislich der Begründung zu § 35 des vorliegenden Entwurfs soll die Regelung auch für „externe Dienstleister (zum Beispiel Ärzt:innen von außen)“ gelten. Diese Formulierung wirft aus datenschutzrechtlicher Sicht Fragen auf. Zum einen ist unklar, inwiefern Ärzt:innen, die nicht dem Krankenhaus angehören, in den Anwendungsbereich des BremKrhG fallen. Zum anderen erscheint der Begriff „externe Dienstleister“ in diesem Zusammenhang nicht ganz treffend, da es sich bei mit- oder nachbehandelnden Ärzt:innen aus	<i>Der Einwand des Landesdatenschutzbeauftragten wurde aufgegriffen und es ist eine entsprechende Konkretisierung in der Begründung vorgenommen worden.</i>	Ja

	datenschutzrechtlicher Sicht um eigene Verantwortliche im Sinne von Art. 4 Nr. 7 DSGVO handeln dürfte.		
	Zu § 36: Der Landesdatenschutzbeauftragte begrüßt die sprachliche Klarstellung in § 36 des Entwurfs, wonach die Einwilligung in Verarbeitung von Patientendaten zu Forschungszwecken gegenüber den Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten schriftlich oder elektronisch erteilt werden kann. Damit würden die Anforderungen an die Einwilligung an diejenigen angeglichen, die für die Übermittlung an Dritte zu Forschungszwecken gelten würden.	<i>Kenntnisnahme – Keine Bewertung notwendig, ob Übernahme im BremKrhG oder nicht.</i>	-
	Zu § 37: Um Auslegungsschwierigkeiten vorzubeugen, wird angeregt, die Begrifflichkeiten in der Überschrift mit denen des Normtextes zu vereinheitlichen und die Überschrift folgendermaßen zu fassen: „Übermittlung von Patientendaten an Dritte“	<i>Der Einwand des Landesdatenschutzbeauftragten wird aufgegriffen und die Überschrift wurde sprachlich angepasst.</i>	Ja
	Zu § 38: § 38 enthalte eine nicht abschließende Auflistung an Szenarien, bei denen die Übertragung von Datenverarbeitungsvorgängen auf einen Auftragsverarbeiter als zulässig erachtet werde. Es erschließe sich nicht vollständig, dass der Gesetzgeber die Alternativen als nicht abschließende Auflistung aufführe („insbesondere“). Sofern der Gesetzgeber mit dieser Regelung von der Öffnungsklausel in Art. 9 Abs. 4 DSGVO Gebrauch mache und beabsichtige, zusätzliche Beschränkungen bezüglich der Möglichkeit der Auftragsverarbeitung einzuführen, wird empfohlen, die Zwecke für eine	<i>Dem Vorschlag des Landesdatenschutzbeauftragten wird gefolgt und das Wort „insbesondere“ wurde gestrichen und eine Konkretisierung in der Begründung zu § 38 Absatz 1 vorgenommen.</i>	Ja

	Auftragsverarbeitung abschließend zu benennen und das Wort „insbesondere“ zu streichen.		
	Zu § 39: Der Landesdatenschutzbeauftragte begrüßt, dass der Gesetzgeber die Regelung im Hinblick auf die Betriebsaufgabe eines Krankenhauses überarbeitet hat. Mit der geplanten Fassung werde nun konkretisiert, dass auch in einem solchen Szenario Patientendaten für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen bezüglich der Sicherheit der Datenverarbeitung weiterverarbeitet würden. Hierfür habe der Krankenhausträger bereits vorsorglich Maßnahmen zu treffen. Empfehlenswert wäre aus Sicht des LfDI eine Verpflichtung für den Krankenhausträger, die vorsorglich getroffenen Maßnahmen regelmäßig gegenüber der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz nachzuweisen.	<i>Der Empfehlung wird nicht gefolgt. Mit § 39 werden die Krankenhausträger bereits verpflichtet, für den Fall einer Betriebsaufgabe angemessene Maßnahmen zur datenschutzkonformen Verarbeitung und Sicherung der Patientendaten zu treffen. Eine darüberhinausgehende regelmäßige Nachweispflicht gegenüber der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz würde zusätzlichen Verwaltungsaufwand verursachen, ohne dass hierdurch ein entsprechender Mehrwert für die Aufsicht gewährleistet wäre. Vor dem Hintergrund der Bestrebungen zum Abbau von Berichts- und Dokumentationspflichten wird von einer gesetzlichen Nachweispflicht abgesehen. Unabhängig davon bestehen im Rahmen der Rechtsaufsicht bereits ausreichende Möglichkeiten, bei Bedarf entsprechende Nachweise anzufordern. Es bleibt daher bei der Formulierung des Entwurfs.</i>	Nein
	Zu § 40: Nach der gegenwärtigen Fassung verweise § 40 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 für die Zwecke auf die Zwecke gemäß § 35. Da § 35 seinerseits auf alle „Rechtsvorschriften“ verweise, liege hier eine nicht mehr beschränkte Zweckbestimmung vor. Hier sei es sachgerecht, den Verweis auf § 35 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 zu beschränken.	<i>Der Einwand des Landesdatenschutzbeauftragten wird aufgegriffen und eine Anpassung wurde entsprechend des Vorschlags des LfDI vorgenommen.</i>	Ja

LBB	Leider würden Eingaben bei der LBB sowie wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass die gegenwärtige Situation die rechtlichen Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention keinesfalls entspreche. Sowohl in der ambulanten, als auch in der stationären Gesundheitsversorgung würde keine qualitativ gleichwertige barrierefreie Versorgung gewährleistet sein: § 24 BremKrhG genüge den einleitend dargestellten Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention nicht in vollem Umfang. Die Regelung beschränke sich auf die konkreten Pflege-, Betreuungs- und Behandlungsprozesse (Abs. 1) sowie auf die bloße Koordination von Unterstützungsleistungen (Abs. 2) und greife damit zu kurz. Auch fehle in § 24 Abs. 4 BremKrhG das Verbot der Benachteiligung aufgrund von Behinderung. Dies sei zu ergänzen. Vor dem Hintergrund des beschränkten Anwendungsbereichs von § 24 BremKrhG werde zusätzlich eine grundlegende verpflichtende Regelung dringend empfohlen. Dabei sei nicht nur der Inhalt der Regelung, sondern auch deren systematische Verortung von entscheidender Bedeutung.	<i>Der Anregung wird insoweit gefolgt, als eine Anpassung des § 24 Absatz 4 vorgenommen wurde; im Übrigen wird dem Einwand nicht gefolgt. Die Belange von Menschen mit Behinderungen werden im Gesetzentwurf bereits umfassend berücksichtigt. § 24 Absatz 1 verpflichtet die Krankenhäuser, Pflege, Betreuung, Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anzupassen. Dabei werden die besonderen Bedarfe von Patientinnen und Patienten aufgrund einer Behinderung ausdrücklich hervorgehoben. Die Regelung beschränkt sich somit nicht allein auf den unmittelbaren Behandlungsprozess, sondern erfasst sämtliche für den Krankenhausaufenthalt relevanten Abläufe.</i> <i>Darüber hinaus verpflichtet § 24 Absatz 2 die Krankenhausträger, erforderliche Unterstützungsleistungen zu koordinieren. Dies umfasst insbesondere Unterstützungsleistungen aufgrund einer Behinderung sowie bei Kommunikationsbarrieren. Die Vorschrift trägt damit den unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen von Patientinnen und Patienten Rechnung und soll eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen.</i> <i>Auch ein Diskriminierungsschutz für Menschen mit Behinderungen wird nunmehr gewährleistet. Nach § 24 Absatz 4 darf niemand aufgrund körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen benachteiligt werden. Der Schutzbereich der Vorschrift erfasst damit nun auch ausdrücklich</i>	Teilweise ja
-----	---	--	--------------

		<i>Menschen mit Behinderungen. Die Regelung hebt den verfassungsrechtlich gebotenen Diskriminierungsschutz im Bereich der Krankenhausversorgung ausdrücklich hervor.</i> <i>Vor diesem Hintergrund wird kein weiterer gesetzgeberischer Anpassungsbedarf gesehen. Die Ziele der gleichberechtigten Teilhabe und der bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit Behinderungen werden durch die bestehenden Regelungen des § 24 hinreichend berücksichtigt.</i>	
	Ferner erscheine sachgerecht, die Verpflichtung zur Sicherstellung gleichberechtigter Teilhabe bereits auf der Ebene der gesetzlichen Zielbestimmung zu verankern. Denn Barrierefreiheit und diskriminierungsfreier Zugang würden keine bloßen Teilaspekte der Leistungserbringung darstellen, sondern querschnittliche Anforderungen, die sämtliche Bereiche der Krankenhausversorgung betreffen. Um der Bedeutung der UN-BRK hinreichend Rechnung zu tragen, schlägt der LBB folgende Regelung in § 2 BremKrhG vor: <i>(5) Krankenhäuser sind verpflichtet, die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sicherzustellen. Sie haben insbesondere Barrierefreiheit zu gewährleisten und angemessene Vorkehrungen zu treffen, um einen diskriminierungsfreien Zugang zu allen Leistungen der Krankenhausversorgung zu ermöglichen.</i>	<i>Der Anregung wird nicht gefolgt.</i> <i>Der Einwand des LBB wird sehr ernst genommen und es hat eine intensive Auseinandersetzung mit dem Vortrag stattgefunden. Gleichwohl ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und diskriminierungsfreien Versorgung von Menschen mit Behinderungen bereits Gegenstand des Gesetzentwurfs. Insbesondere verpflichtet § 24 Absatz 1 die Krankenhäuser, Pflege, Betreuung, Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anzupassen und dabei die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen ausdrücklich zu berücksichtigen. Ergänzend verpflichtet § 24 Absatz 2 zur Koordinierung erforderlicher Unterstützungsleistungen, während § 24 Absatz 4 ein ausdrückliches Benachteiligungsverbot enthält. Die Zielbestimmung des § 2 dient der Beschreibung der allgemeinen krankenhauspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes. Eine gesonderte</i>	Nein

	Dieser Absatz solle in § 2 BremKrhG und nicht in § 24 BremKrhG aufgenommen werden, weil eine dortige Verankerung die Anforderungen an Barrierefreiheit und Teilhabe auf den Bereich der Pflege, Betreuung und Behandlung nach Auffassung des LBB verengen würde. Die Verpflichtung zur Barrierefreiheit sei jedoch struktureller Natur und betreffe insbesondere auch bauliche und technische Infrastruktur, Organisationsabläufe, Kommunikationsformen sowie Zugangs- und Aufnahmeverfahren. Eine isolierte Regelung in § 24 BremKrhG liefere daher Gefahr, als bloße Ausprägung der Bedarfsgerechtigkeit verstanden zu werden. Demgegenüber gewährleiste die Verortung in der Zielbestimmung: - eine bereichsübergreifende Geltung für das gesamte Krankenhausrecht, - eine leitende Auslegungsfunktion für alle nachfolgenden Vorschriften, - sowie die systematische Gleichordnung mit anderen grundlegenden Strukturprinzipien der Krankenhausversorgung. Zugleich würden mit den Begriffen „Barrierefreiheit“ und „angemessene Vorkehrungen“ zentrale Kategorien der UN-BRK ausdrücklich in das nationale Recht überführt und als verbindliche Leitprinzipien normativ verankert. Sie würden unmittelbar an die diesbezüglichen Gewährleistungen im Landesrecht, insbesondere im Bremischen	<i>Hervorhebung einzelner Patientengruppen oder spezifischer Anforderungen in den Zielbestimmungen erscheint vor diesem Hintergrund nicht erforderlich. Die Belange von Menschen mit Behinderungen werden bereits durch die speziellen Regelungen des § 24 sowie die einschlägigen Vorgaben des Behindertengleichstellungsrechts hinreichend berücksichtigt. Es bleibt daher im Ergebnis bei der Formulierung des Entwurfs.</i>	
--	--	--	--

	Behindertengleichstellungsgesetz (§§ 5, 7 Abs. 3 BremBGG) anknüpfen und seien dem Rechtsanwender insofern nicht fremd. Auch andere landesgesetzliche Vorschriften hätten eine entsprechende Umsetzung bereits vorgenommen, so § 4 Abs. 6 BremHochschulG.		
HBKG	Die HBKG bemängelt, dass auch mit der nun vorliegenden Gesetzesänderung keine Möglichkeit in das Gesetz mit aufgenommen worden sei, die Förderung von sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen finanziell fördern zu können. Nach wie vor könnten die Fördermittel nur für den vollstationären Bereich eingesetzt werden. Allerdings sei dies spätestens mit der gesetzgeberischen Forderung nach einer zunehmenden Anzahl an Hybrid-DRGs und steigenden ambulanten Operationen überholt. Hier habe es das Land Bremen versäumt, als Vorreiter unter den Bundesländern diese Option gesetzlich zu regeln und eine Strukturveränderung der Krankenhauslandschaft auch aktiv finanziell zu unterstützen.	<i>Die Investitionsförderung dient der Förderung der nach dem Krankenhausplan bedarfsnotwendigen Krankenhäuser und ihrer Versorgungsaufträge. Die von der HBKG angesprochenen Entwicklungen hin zu stärker sektorenübergreifenden Versorgungsformen weisen auf ein strukturelles Problem der Krankenhausfinanzierung hin, das auch von der SGFV gesehen wird. Leider besteht jedoch derzeit keine Möglichkeit, die bestehende Förderkulisse um einen eigenständigen Fördertatbestand für sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen zu erweitern. Eine entsprechende Regelung würde zu einer Ausweitung der Förderverpflichtungen des Landes führen und zusätzliche Haushaltsmittel erfordern. Eine solche Erweiterung der Krankenhausförderung ist gegenwärtig nicht darstellbar. Es wird daher vorgeschlagen, die Formulierung des Entwurfs beizubehalten.</i>	Nein
	ZU den Regelungen über die Ordnungswidrigkeiten: Die vom Land Bremen getroffenen Regelungen zu den Ordnungswidrigkeiten im BremKrHG ist für die HBKG nicht nachvollziehbar und sei in dem getroffenen Ausmaß	<i>Der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Die Regelungen zu Ordnungswidrigkeiten dienen der Sicherstellung der Einhaltung wesentlicher gesetzlicher Pflichten und der Wirksamkeit der mit</i>	Nein

	bundesweit einmalig. Auf die HBKG wirkten die geregelten Ordnungswidrigkeitentatbestände wie ein Misstrauen gegenüber den Krankenhäusern im Land Bremen und sei im Hinblick auf eine konstruktive Zusammenarbeit vielmehr eine Belastung.	<i>dem Gesetz verfolgten Ziele. Hierzu zählen insbesondere die Gewährleistung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung, die Einhaltung krankenhauplanerischer Vorgaben sowie der sachgerechte Einsatz öffentlicher Fördermittel.</i> <i>Die Vorschriften sind nicht Ausdruck eines besonderen Misstrauens gegenüber den Krankenhäusern, sondern tragen der besonderen Verantwortung der Krankenhausträger im Rahmen der Daseinsvorsorge sowie der Verwendung öffentlicher Mittel Rechnung. Die Möglichkeit, Verstöße gegen wesentliche gesetzliche Verpflichtungen als Ordnungswidrigkeit zu ahnden, dient der Rechtsdurchsetzung und einer gleichmäßigen Anwendung der gesetzlichen Vorgaben.</i> <i>Es bleibt daher bei den Regelungen des Entwurfs.</i>	
	Zu § 5: Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) habe der Bundesgesetzgeber die Krankenhausplanung grundlegend umgestaltet. Statt Fachgebieten und Planbetten sollten nunmehr Leistungsgruppen und Fallzahlen geplant werden. Ergänzend würden weiterhin Fachgebiete, spezialisierte Leistungsangebote sowie voll- und teilstationären Behandlungskapazitäten ausgewiesen. Die HBKG begrüßt die Entscheidung des Gesetzgebers grundsätzlich.	<i>Der Anregung wird nicht gefolgt.</i> <i>Die Möglichkeit, Versorgungsaufträge inhaltlich oder zeitlich zu beschränken, dient der erforderlichen Flexibilität der Krankenhausplanung. Die Krankenhausplanung muss auf Veränderungen des Versorgungsbedarfs, medizinische Entwicklungen, bundesrechtliche Vorgaben sowie strukturelle Veränderungen in der Krankenhausversorgung reagieren können. Hierfür bedarf es geeigneter planerischer Steuerungsinstrumente.</i>	Nein

	Die inhaltliche und zeitliche Beschränkung von Versorgungsaufträgen werde allerdings abgelehnt. Mit der Erfüllung der sachlichen und personellen Qualitätsanforderungen der neuen Leistungsgruppen gehe ein erheblicher Investitionsaufwand in Anlagegüter und Personal einher. Aus Gründen der Investitionssicherheit solle der Feststellungsbescheid daher grundsätzlich unbeschränkt erteilt werden, zumal § 8 BremKrhG zusätzlichen den Widerruf von Feststellungsbescheiden vorsehe. Dem Landesgesetzgeber stünde es frei, über die in der Anlage 1 zum SGB V enthaltenen Auswahlkriterien hinaus, eigene landesrechtliche Auswahlkriterien zu regeln. Dies stärke die Planungshoheit der Bundesländer. Die Teilnahme an der Notfallversorgung und die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten seien berechnigte Auswahlkriterien. Auch bestünden grundsätzlich keine Bedenken gegen die Einführung weiterer Auswahlkriterien durch den Krankenhausplan, soweit diese transparent seien und nicht willkürlich einzelne Träger bevor- oder benachteiligten. Gegen die Verordnungsermächtigung in § 5 Abs. 4 bestünden grundsätzlich keine Einwände. Allerdings sei es wünschenswert, wenn die erstmalige Erstellung einer Rechtsverordnung parallel zum Gesetzgebungsverfahren erfolgen würde und nicht nachträglich. Dieses Vorgehen erschwere unnötig die vollumfängliche Bewertung des vorliegenden Gesetzesentwurfes. Vorschlag für eine Neufassung des § 5 BremKrhG:	<i>Die Regelung begründet keine Verpflichtung zur Befristung oder inhaltlichen Beschränkung von Versorgungsaufträgen, sondern eröffnet der Planungsbehörde die Möglichkeit, hiervon im Einzelfall Gebrauch zu machen, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung erforderlich ist. Die Entscheidung hierüber erfolgt nach pflichtgemäßem Ermessen und unter Berücksichtigung der jeweiligen Umstände des Einzelfalls. Eine uneingeschränkte und dauerhaft festgeschriebene Zuweisung von Versorgungsaufträgen würde die notwendige Anpassungsfähigkeit der Krankenhausplanung erheblich einschränken. Die vorgesehene Regelung ermöglicht demgegenüber eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und kann im Einzelfall auch den Krankenhäusern zugutekommen.</i> <i>Die Ausführungen der HBKG zur Zulässigkeit zusätzlicher landesrechtlicher Auswahlkriterien werden zur Kenntnis genommen.</i> <i>Hinsichtlich der Verordnungsermächtigung teilt die SGFV grundsätzlich die Auffassung, dass eine parallele Abstimmung von Gesetz und den hierzu vorgesehenen Rechtsverordnungen für die Beteiligten sachgerecht ist und eine umfassende Bewertung der vorgesehenen Regelungen erleichtert. Aufgrund noch andauernder fachlicher Abstimmungsprozesse war es jedoch nicht möglich, den Gesetzentwurf gemeinsam mit den</i>	
--	--	---	--

	§ 5 Abs. 2 wird wie folgt gefasst: „Der Krankenhausplan weist die zur Erreichung seiner Ziele erforderlichen Krankenhäuser nach gegenwärtigem und zukünftigem Versorgungsauftrag aus. Die Versorgungsaufträge der bedarfsgerechten Krankenhäuser können beschrieben und festgesetzt werden nach 1. den vorzuhaltenden Leistungsgruppen, Leistungsbereichen, Fachgebieten oder weiteren speziellen Leistungsangeboten, 2. den voll- und teilstationären Behandlungskapazitäten (Planbetten, Behandlungsplätze), 2. nach Fallzahlen oder Planfallzahlen. oder mehreren der in den Nummern 1 bis 3 genannten Kriterien. Die Festsetzungen zu den Versorgungsaufträgen können inhaltlich und zeitlich beschränkt werden, soweit dies zur Erfüllung der Ziele des Krankenhausplans geboten ist. Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seiner Einzelfestsetzungen sowie im Falle von Auswahlentscheidungen zwischen mehreren bedarfsgerechten Krankenhäusern wird der verlässlichen Teilnahme eines Krankenhauses an der Notfallversorgung und der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzte besonders Rechnung getragen. Der Krankenhausplan kann weitere Kriterien vorsehen, die bei der Planaufstellung und der Auswahl zwischen mehreren bedarfsgerechten	vorgesehenen Rechtsverordnungen in das förmliche Beteiligungsverfahren einzubringen. Ungeachtet dessen war die SGFV bestrebt, die Verordnungsentwürfe schnellstmöglich fertigzustellen und auf den Weg zu bringen. Die entsprechenden Verordnungen befinden sich nunmehr ebenfalls im förmlichen Beteiligungsverfahren, sodass den Beteiligten Gelegenheit gegeben wird, hierzu Stellung zu nehmen. Es bleibt daher bei der Formulierung des Entwurfs.	
--	--	--	--

	<i>Krankenhäusern im Rahmen von Auswahlentscheidungen besonders berücksichtigt werden sollen.“</i>		
	Zu § 6: Nach den Regelungen des Bundesrechts vereinbaren die Vertragsparteien auf Ortsebene die Stufe der Notfallversorgung im Rahmen der jährlich neu zu führenden Budgetverhandlung. Im Streitfall entscheide die Schiedsstelle. Eine konstitutive Festlegung der Notfallstufe durch Feststellungsbescheid sei daher nicht möglich. Es sollte daher in § 6 Abs. 4 Nr. 6 eingefügt werden, dass die Ausweisung der Notfallstufe nur nachrichtlich erfolgt. Die nachträgliche Aufnahme von Auflagen und die Befristung von Festlegungen sei ferner mit der notwendigen Investitionssicherheit der Krankenhausträger nicht zu vereinbaren. § 6 Abs. 5 Sätze 2 und 3 seien daher zu streichen. Weiter führt die HBKG aus, dass nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und Bundesverwaltungsgerichts in verfassungskonformer Auslegung von § 8 KHG ein gebundener Rechtsanspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan bestehe, wenn die Voraussetzungen hierfür vorlägen und keine Auswahlentscheidung getroffen werden müsse. § 6 Abs. 6 Satz 2 sei daher missverständlich und zu streichen. Der Wegfall der aufschiebenden Wirkung in § 6 Abs. 8 wird von der HBKG -insbesondere bei der erstmaligen Einführung der neuen Leistungsgruppen- für nicht	<i>Der Stellungnahme wird teilweise gefolgt.</i> <i>Dem Vorschlag zu § 6 Absatz 4 Nummer 6 wird gefolgt. Die Regelung wird dahingehend angepasst, dass die vereinbarte Stufe des Systems von Notfallstrukturen gemäß § 136c Absatz 4 SGB V im Krankenhausplan lediglich nachrichtlich ausgewiesen wird. Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Festlegung der Notfallstufe nach Bundesrecht erfolgt.</i> <i>Im Übrigen wird den vorgeschlagenen Änderungen nicht gefolgt.</i> <i>Die vorgeschlagene Streichung der Regelungen zur Befristung und zu Auflagen wird nicht übernommen. Ein Anspruch auf eine unbefristete und uneingeschränkte Aufnahme in den Krankenhausplan besteht nicht. Die vorgesehenen Regelungen dienen der erforderlichen Flexibilität der Krankenhausplanung und ermöglichen es, auf Veränderungen der Versorgungsbedarfe, rechtlicher Rahmenbedingungen oder medizinischer Entwicklungen angemessen zu reagieren.</i> <i>Auch die Anregung zur Streichung von § 6 Absatz 6 Satz 2 wird nicht aufgegriffen. Die Regelung</i>	Teilweise

	geboten gehalten. Der Rechtsschutz in der Übergangsphase zu den Leistungsgruppen werde damit unverhältnismäßig erschwert. Zudem regelt bereits das KHG den Wegfall der aufschiebenden Wirkung bei der Zuweisung oder dem Entzug von Leistungsgruppen (Verweis auf §§ 6a Abs. 1 Satz 6, Abs. 5 Satz 7 KHG). Für eine landesrechtliche Regelung bestehe daher kein Bedürfnis. § 6 Abs. 9 solle dahingehend ergänzt werden, dass auch andere Akteure in die Weiterbildung miteinbezogen werden (Verweis für die Ärztekammer auf § 7 Abs. 3 Satz 3 und 4). Dass die Krankenhäuser nunmehr Weiterbildungsverbünde gründen sollten, ohne dass hier weitere Institutionen wie die Ärztekammer, die niedergelassenen Ärzte und auch das Land selber mit in die Verpflichtung aufgenommen würden, sei nicht nachvollziehbar und wenig zielführend. <i>Änderungsvorschlag:</i> 1. § 6 Abs. 4 Nr. 6 wird wie folgt gefasst: „nachrichtlich die vereinbarte Stufe des Systems von Notfallstrukturen gemäß § 136c Absatz 4 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch“ 2. § 6 Abs. 5 Sätze 2 und 3 werden gestrichen. 3. § 6 Abs. 6 Satz 2 wird gestrichen. 4. § 6 Abs. 8 wird gestrichen.	<i>dient der Klarstellung des gesetzgeberischen Willens und begegnet keinen rechtlichen Bedenken.</i> <i>Der vorgeschlagenen Streichung von § 6 Absatz 8 wird ebenfalls nicht gefolgt. Die Regelung dient der Klarstellung und ist zur Sicherstellung einer geordneten Umsetzung krankenhauplanerischer Entscheidungen geboten.</i> <i>Die vorgeschlagene Ergänzung des § 6 Absatz 9 wird nicht übernommen. Die bestehende Formulierung ist bereits hinreichend weit gefasst und ermöglicht die Einbeziehung weiterer Akteure des Gesundheitswesens in Weiterbildungsverbünde. Einer ausdrücklichen Benennung einzelner Institutionen bedarf es daher nicht.</i> <i>Im Ergebnis bleibt es mit Ausnahme der Anpassung in § 6 Absatz 4 Nummer 6 bei der Formulierung des Entwurfs.</i>	
--	---	--	--

	5. § 6 Abs. 9 letzter Satz wird wie folgt geändert: <i>„Die Krankenhäuser sollen Weiterbündlungsverbünde auch mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens gründen, soweit kein geltendes Recht dem entgegensteht.“</i>		
	Zu § 8: Abzulehnen sei darüber hinaus die schon bislang bestehende Widerrufsmöglichkeit für den Fall der Abweichung vom Planaufnahmebescheid (§ 8 Abs. 2 Satz 1). Das Krankenhaus brauche für die zeitlich ohnehin begrenzte Geltungsdauer des Feststellungsbescheids Rechtssicherheit. Ein ständiges Arbeiten unter der Ungewissheit des Zulassungsentzugs -auch bei geringfügigen Verstößen gegen die zahlreichen Berichts-, Qualitäts- und sonstigen Vorschriften- verschaffe den Bremischen Krankenhäusern zudem einen deutlichen Wettbewerbsnachteil gegenüber den niedersächsischen Krankenhäusern. Die Einhaltung der Gesetzesvorschriften könne ausreichend durch die Mittel der Rechtsaufsicht nach § 31 gewährleistet werden. Vorschlag: § 8 Abs. 2 wird wie folgt gefasst: <i>„Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen nach § 6 Absatz 1 für die Aufnahme in den Krankenhausplan nicht nur vorübergehend nicht mehr vorliegen, das Krankenhaus vom</i>	<i>Der Anregung wird nicht gefolgt.</i> <i>Die Widerrufsmöglichkeit dient der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und rechtmäßigen Krankenhausplanung. Sie ermöglicht es der Planungsbehörde, auf wesentliche Veränderungen der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse sowie auf erhebliche Abweichungen von den krankenhauplanerischen Vorgaben zu reagieren. Die Vorschrift begründet keine automatische Rechtsfolge. Über einen Widerruf ist vielmehr unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Dabei sind insbesondere die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit und des Vertrauensschutzes zu beachten. Ein Widerruf kommt daher nicht bereits bei geringfügigen Verstößen in Betracht.</i> <i>Die Möglichkeit des Widerrufs steht zudem nicht im Widerspruch zum Interesse der Krankenhäuser an Planungs- und Investitionssicherheit. Die Krankenhausplanung ist kein statisches System, sondern muss auf Veränderungen der Versorgungsstrukturen und auf Abweichungen von den</i>	Nein

	zugewiesenen Versorgungsauftrag nach § 6 Absatz 4 abweicht oder planwidrige Leistungen anbietet. Der teilweise Widerruf kann auch darin bestehen, dass einzelne Leistungen vom Versorgungsauftrag ausgenommen werden.“	festgelegten Versorgungsaufträgen reagieren können. Die Rechtsaufsicht nach § 31 und die Widerrufsmöglichkeit nach § 8 verfolgen unterschiedliche Zwecke und stehen nebeneinander. Die Rechtsaufsicht ersetzt daher nicht die krankenhaushausplanerischen Steuerungsinstrumente. Es bleibt daher bei der Formulierung des Entwurfs.	
	Zum Dritten Abschnitt – Krankenhausförderung Die HBKG regt an, in der Begründung bzw. ergänzend im Gesetz klarzustellen, dass das Land Bremen die Möglichkeit habe, für sinnvolle sektorenübergreifende Versorgungen die Verwendung von Fördermitteln in Einzelfällen zuzulassen. Die Fördermittel könnten weiterhin nur für den vollstationären Bereich eingesetzt werden. Allerdings sei dies spätestens mit der gesetzgeberischen Forderung nach einer zunehmenden Anzahl an Hybrid-DRGs und steigenden Ambulanten Operationen überholt.	Die Anregung wird aus fachlicher Sicht durchaus begrüßt, jedoch kann ihr aus rechtlichen sowie aus finanziellen Gründen nicht gefolgt werden. Die Ausführungen der HBKG entsprechen inhaltlich dem bereits vorgetragenen Anliegen, die Krankenhausförderung für sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen zu öffnen. Die Vorschriften des Dritten Abschnitts orientieren sich an den Vorgaben und der Systematik des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Krankenhausförderung dient der Förderung der nach dem Krankenhausplan bedarfsnotwendigen Krankenhäuser und ihrer Versorgungsaufträge. Die von der HBKG angesprochenen Entwicklungen im Bereich der Hybrid-DRGs sowie der ambulanten Operationen werden gesehen. Hieraus	Nein

		<i>ergibt sich jedoch derzeit keine Möglichkeit, den Anwendungsbereich der Krankenhausförderung zu erweitern oder eine entsprechende Öffnungsklausel in das Gesetz aufzunehmen. Eine solche Regelung würde über eine bloße Klarstellung hinausgehen und eine inhaltliche Ausweitung der Fördermöglichkeiten bewirken. Es bleibt daher bei der Formulierung des Entwurfs.</i>	
	Zu § 9 [Abs. 6]: Die HBKG führt aus, dass mit der Aufnahme einer zeitlichen Vorgabe die Bürokratie für die Krankenhäuser erhöht würde. Die HBKG könne nicht nachvollziehen, warum die bisherige Regelung angepasst werden müsse.	<i>Der Anregung wird nicht gefolgt.</i> <i>Die Aufnahme des Begriffs „jährlich“ führt nicht zu einer Erweiterung der bestehenden Pflichten der Krankenhäuser. Die betreffenden Angaben waren bereits bislang im Rahmen der regelmäßig vorzulegenden Verwendungsnachweise jährlich zu erbringen. Die Regelung dient daher lediglich der Klarstellung und erhöht den bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser nicht. Es bleibt daher bei der Formulierung des Entwurfs.</i>	Nein
	Zu § 11: Zwar wurde hier keine neue Regelung getroffen, denn weist die HBKG darauf hin, dass für die Krankenhausträger insgesamt die Verwendung der pauschalen Fördermittel einfacher und sinnhafter einzusetzen seien, wenn die Mittel jeweils nicht auf das einzelne Krankenhaus eines Trägers bezogen seien, sondern auf den Krankenhausträger.	<i>Der Anregung wird nicht gefolgt.</i> <i>Die Krankenhausförderung ist eng mit der Krankenhausplanung verknüpft. Die Planung erfolgt krankenhaushaus- und standortbezogen auf Grundlage der jeweiligen Versorgungsaufträge. Dementsprechend knüpft auch die Förderung an die</i>	Nein

	Änderungsvorschlag § 11 Absätze 1 bis 5 werden wie folgt gefasst: 1) Die zuständige Behörde fördert 1. Investitionskosten im Sinne des § 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und den Investitionskosten gleichstehende Kosten im Sinne des § 2 Nummer 3 Buchstabe a bis e des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 2. durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus der Krankenhausträger im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel wirtschaften kann. 2) Die jährlichen Pauschalbeträge nach Absatz 1 bemessen sich nach den erbrachten Leistungen des jeweiligen Krankenhausesträgers. Die zuständige Behörde wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung Näheres zur Höhe, den Zahlungsmodalitäten und der Bemessungsgrundlage der jährlichen Pauschalbeträge zu regeln. (3) Nicht gefördert werden Investitionsprojekte, die vor der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm durchgeführt oder begonnen wurden, sowie der Erwerb oder die Anmietung bereits in den Krankenhausplan aufgenommener Krankenhäuser. (4) Nicht verausgabte Investitionsmittel können auf nachfolgende Kalenderjahre übertragen werden. Das	im Krankenhausplan ausgewiesenen Krankenhäuser und deren planerische Aufgaben an. Eine Umstellung auf eine ausschließlich trägerbezogene Förderung würde die unmittelbare Zuordnung der Fördermittel zu den jeweiligen Versorgungsaufträgen und Investitionsbedarfen der einzelnen Krankenhäuser auflösen. Die Förderung dient der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung an den jeweiligen Krankenhausstandorten und folgt insoweit den Festlegungen der Krankenhausplanung. Darüber hinaus besteht bereits die Möglichkeit, Fördermittel mit Zustimmung der zuständigen Behörde auf andere Vorhaben oder Standorte zu übertragen. Hierdurch wird die notwendige Flexibilität gewährleistet und zugleich sichergestellt, dass die Verwendung der Fördermittel weiterhin mit den krankenhauplanerischen Zielsetzungen und Versorgungsaufträgen vereinbar bleibt. Eine vollständige Freigabe der Mittelverwendung auf Ebene des Krankenhausträgers würde diese planerische Steuerungsmöglichkeit erheblich einschränken. Es bleibt daher bei der Formulierung des Entwurfs.	
--	--	--	--

	Krankenhaus Der Krankenhausträger meldet der zuständigen Behörde jeweils bis zum 31. Januar den vorhandenen Bestand noch nicht verwendeter Fördermittel zum 31. Dezember des Vorjahres. (5) Von den Pauschalbeträgen nach Absatz 2 werden Mietförderungen an ein Krankenhaus einen Krankenhausträger aufgrund eines zu diesem Zeitpunkt bestandskräftigen Förderbescheides abgezogen, höchstens jedoch bis zur Höhe der Pauschalbeträge.		
	Zu § 12: Eine Anrechnung der Einzelförderung auf die Pauschalförderung sei nicht nachzuvollziehen. In der Regel sind es Baumaßnahmen, die langfristig finanziert würden und daher auch langfristig über die Annuität zu Liquiditätsabflüssen führten. Die Einzelförderung selbst sei am Anfang einer solchen Maßnahme zwar nicht sofort erforderlich, aber die Krankenhäuser würden dann über einen Bescheid Rechtssicherheit haben, was generell notwendig sei, statt über die Bescheide über die pauschalen Fördermittel im Jahr.	<i>Der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Die Regelung soll unverändert beibehalten werden. Die Einzelförderung nach § 12 ergänzt die grundsätzlich pauschal ausgestaltete Investitionsförderung und dient insbesondere der Umsetzung besonderer krankenhauserplanerischer Zielsetzungen. Die Möglichkeit einer Anrechnung auf die Pauschalförderung dient dazu, eine Doppelförderung von Investitionen als Regelfall zu vermeiden.</i> <i>Eine Anrechnung erfolgt dabei nicht zwingend. Vielmehr entscheidet die zuständige Behörde im Rahmen ihres pflichtgemäßen Ermessens, ob und in welchem Umfang eine Anrechnung erfolgt. Hierdurch bleibt es möglich, den Besonderheiten des Einzelfalls Rechnung zu tragen, unbillige Härten zu vermeiden und die Anrechnung zeitlich oder der Höhe nach sachgerecht auszugestalten. Die Regelung trägt zugleich dazu bei, eine zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel</i>	Nein

		sicherzustellen und zu vermeiden, dass durch eine zusätzliche Einzelförderung neben der Pauschalförderung faktisch eine Doppelförderung einzelner Investitionsmaßnahmen erfolgt. Die erforderliche Planungssicherheit erhalten die Krankenhäuser bereits durch den jeweiligen Förderbescheid über die Einzelförderung. Es bleibt daher bei der Formulierung des Entwurfs.	
	Zu § 14: Zwar handele es sich hierbei nicht um eine Neuregelung im Rahmen der Novellierung des BremKrhG, dennoch weist die HBKG darauf hin, dass die „Regelung der Krankenhauspflegesätze“ mit Blick auf den Grundsatz der dualen Krankenhausfinanzierung nicht Gegenstand der Investitionsförderung sein könne. Dieser Passus sei daher zu streichen. <i>Änderungsvorschlag</i> § 14 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Für pauschal geförderte Investitionskosten oder Kosten nach § 9 Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze kann auf Antrag im Einzelfall zusätzlich ein Zuschlag gewährt werden, wenn dies zur Abwehr einer Betriebsgefährdung eines Krankenhauses und zur	Der Anregung wird gefolgt. Die vorgeschlagene Änderung dient der Klarstellung im Hinblick auf den Grundsatz der dualen Krankenhausfinanzierung. Die Bezugnahme auf die Regelung der Krankenhauspflegesätze wird aus § 14 Absatz 1 Satz 1 gestrichen. Der Gesetzesentwurf wird entsprechend angepasst.	Ja

	<i>Sicherstellung der bedarfsgerechten stationären Versorgung erforderlich ist.“</i>		
	Zu § 16: Die HBKG führt aus, dass die Gefahr bestünde, dass bei der Beantragung von Schließungs- oder Umstellungsfördermitteln zu Lasten des betroffenen Krankenhauses auf anderweitige Fördermöglichkeiten verwiesen werde, ohne dass gesichert sei, dass ein etwaiger anderweitiger Anspruch des Krankenhauses überhaupt bestehe bzw. sich im Ergebnis auch durchsetzen ließe, da die Regelung auf die bloße Möglichkeit einer anderweitigen Förderung abstelle. Es sei daher auf den Erhalt anderweitiger Fördermittel abzustellen. <i>Änderungsvorschlag</i> § 16 Abs. 1 wird wie folgt gefasst: „Krankenhäuser, die aus Gründen des fehlenden Bedarfs im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde aus dem Krankenhausplan ausscheiden, können auf Antrag Ausgleichszahlungen erhalten, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern, sofern sie keine anderweitigen Fördermöglichkeiten in Betracht kommen Fördermittel erhalten.“	<i>Der Anregung wird nicht gefolgt.</i> <i>Die Regelung soll unverändert beibehalten werden. Ziel der Vorschrift ist es, Ausgleichszahlungen nur dann vorzusehen, wenn eine Förderung über andere hierfür vorgesehene Förderinstrumente nicht in Betracht kommt. Hierdurch sollen Doppelförderungen vermieden und die verfügbaren Fördermittel wirtschaftlich eingesetzt werden. Die vorgeschlagene Änderung würde dazu führen, dass Ausgleichszahlungen bereits dann gewährt werden könnten, obwohl anderweitige Fördermöglichkeiten bestehen und deren Inanspruchnahme noch nicht abschließend geprüft oder beschieden wurde. Dies würde das finanzielle Risiko einseitig auf das Land verlagern.</i> <i>Zudem handelt es sich bei § 16 Absatz 1 um eine Kann-Vorschrift. Die zuständige Behörde kann daher im Rahmen der Entscheidung über den jeweiligen Einzelfall berücksichtigen, ob und in welchem Umfang anderweitige Fördermöglichkeiten tatsächlich zur Verfügung stehen und welche Erfolgsaussichten für deren Inanspruchnahme bestehen.</i> <i>Es bleibt daher bei der Formulierung des Entwurfs.</i>	Nein

	Zu § 18: Da die Planung von Leistungsbereichen und Fachgebieten mit der grundlegenden Umgestaltung der Krankenhausplanung durch das KHVVG zukünftig entfallen sollten, seien auch die entsprechenden Regelungen zur Rückerstattung von Fördermitteln zu streichen. Würden die Mittel aber aus dem Transformationsfond stammen und es sich um die Schließung eines Krankenhauses handeln, solle generell eine Rückzahlung dieser Mittel erforderlich sein. <i>Änderungsvorschlag</i> 1. § 18 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst: <i>Leistungsgruppen, Leistungsbereiche oder Fachgebiete im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde aus dem Krankenhausplan ausscheiden.“</i> 2. § 18 Abs. 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst: <i>„Werden Anlagegüter bei einer Verlagerung von Leistungsgruppen, Leistungsbereichen und Fachgebieten sowie besonderen Versorgungsangeboten am neuen Standort weiterverwendet, kann die Verpflichtung zur Erstattung auf Antrag aufgehoben werden.“</i> Zu § 19: Unter § 19 Abs. 2 sei erneut ein Hinweis auf weitere Regelungen durch Rechtsverordnung enthalten. Die HBKG regt an, kritisch zu überprüfen, inwieweit hier wirklich alle aufgeführten Sachverhalte per Rechtsverordnung geregelt werden müssen. Für einige Sachverhalte brauche es keine Rechtsverordnungen.	<i>Dem Einwand der HBKG wird nicht gefolgt.</i> <i>Die Möglichkeit, im Einzelfall von einer Rückerstattung abzusehen, soll weiterhin bestehen bleiben. Die Regelung dient dazu, bei planmäßigen Strukturveränderungen, insbesondere im Zusammenhang mit Maßnahmen nach dem Krankenhausplan, sachgerechte Lösungen zu ermöglichen und unbillige Härten zu vermeiden. Dies gilt auch für Förderungen aus dem Krankenhausstrukturfonds und dem Transformationsfonds.</i> <i>Die Ermessensregelung hat sich als geeignet erwiesen, um den unterschiedlichen Fallgestaltungen im Bereich der Krankenhausplanung und -förderung Rechnung zu tragen. Es bleibt daher insoweit bei der Formulierung des Entwurfs.</i> <i>Der Anregung wird nicht gefolgt.</i> <i>Die Verordnungsermächtigung soll unverändert beibehalten werden. Sie dient dazu, bei Bedarf nähere Vorgaben zum Verwendungsnachweis sowie zu dessen Ausgestaltung regeln zu können,</i>	Nein Nein
--	---	---	-------------------------

		<i>ohne dass hierfür jeweils eine gesetzliche Änderung erforderlich wird.</i> <i>Die Vorschrift verpflichtet die zuständige Behörde nicht zum Erlass einer Rechtsverordnung, sondern eröffnet lediglich die Möglichkeit, auf zukünftige Entwicklungen und praktische Anforderungen flexibel reagieren zu können. Solange von der Verordnungsermächtigung kein Gebrauch gemacht wird, entstehen den Krankenhäusern hierdurch keine zusätzlichen Pflichten oder Belastungen.</i> <i>Es bleibt daher bei der Formulierung des Entwurfs.</i>	
	Zu § 22: Die HBKG weist darauf hin, dass die in § 22 Abs. 1 genannte Rechtsverordnung zwischen der Senatorin für Inneres und der Senatorin für Gesundheit bereits seit längerer Zeit erstellt werden sollte, um das Nähere zur Mitwirkung der Kliniken an der Bewältigung von Großschadensereignissen zu regeln und es wird bedauert, dass es bisher keine entsprechenden Regelungen gibt. Die in den Absätzen 4 und 5 genannten Übungen von Krankenhäusern zur Überprüfung von KAEP und bei MANV seien unerlässlich. Die HBKG fordert aber, dass das Land Bremen hier sinnvolle Intervalle für die Durchführung dieser Übungen ansetze, die Übungen zu MANV	<i>Für die Neufassung des Bremischen Krankenhausgesetzes spielt dieser Aspekt der Stellungnahme keine Rolle, sondern wäre im Rahmen des Beteiligungsverfahrens zur Bremischen Katastrophen- und Krisenbewältigungsverordnung zu berücksichtigen. – Keine Stellungnahme zur Übernahme oder Ablehnung im BremKrhG notwendig.</i>	-

	gemeinsam mit der Behörde für Inneres organisiere und koordiniere und zudem eine regelhafte Refinanzierung der durch die Übungen entstehenden Kosten bei den Krankenhäusern übernommen werde. Die Stärkung der Katastrophenvorsorge durch verpflichtende KAEP nach den Vorgaben des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe und regelmäßige Übungen werden durch die HBKG unterstützt. Aus Sicht der Krankenhäuser sei jedoch der zusätzliche Ressourcen- und Kostenaufwand erheblich. Es wird daher angeregt, in der Rechtsverordnung zu § 22 Abs. 6 die Kostentragung eindeutig zu regeln und Möglichkeiten vorzusehen, Übungen mit bestehenden Qualitäts- und Sicherheitsmaßnahmen zu verzahnen, um Mehrarbeit zu vermeiden.		
	Zu § 28: Die Unterrichtung der Behörde bei Kenntnis von Verdacht auf Strafverfahren bei eingesetztem Personal wird seitens der HBKG inhaltlich unterstützt, es wird allerdings auf mögliche datenschutzrechtliche Probleme verwiesen und auf die immer auch geltende Unschuldsvermutung der betroffenen Mitarbeitenden.	<i>Der Einwand wird zur Kenntnis genommen und aufgrund der eingegangenen Stellungnahme hierzu des LfDI wurden bereits entsprechende datenschutzrechtliche Anpassungen vorgenommen.</i>	-
	Zu § 41: Wir halten diesen Katalog für zu weitgehend. Es ist aus unserer Sicht unverhältnismäßig, Krankenhäuser für ein Verhalten, das bereits anderweitig sanktioniert bzw. geregelt wird, auch noch mit einer Geldbuße zu belegen. So ist das Krankenhaus beispielsweise im Falle der nicht zweckentsprechenden Mittelverwendung von	<i>Der Anregung wird nicht gefolgt.</i> <i>Die Regelungen zu den Ordnungswidrigkeiten dienen der Sicherstellung der Einhaltung wesentlicher gesetzlicher Pflichten und der Wirksamkeit der mit dem Gesetz verfolgten Ziele. Hierzu zählen insbesondere die Gewährleistung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen</i>	Nein

	Fördermitteln im Sinne von § 9 Abs. 2 Satz 2 bereits zur Rückzahlung der erhaltenen Mittel verpflichtet (§ 18). Die zusätzliche Verhängung eines Bußgeldes ist unverhältnismäßig. Schon hinsichtlich der Vorgängervorschrift war für die HBKG nicht nachvollziehbar, aufgrund welcher Beschwerden aus dem politischen Raum oder in Bezug auf die administrative Zusammenarbeit diese Regelungen in das Gesetz aufgenommen wurden, welche bis heute bundesweit einmalig sind. Das darin zum Ausdruck kommende Misstrauen gegenüber den Krankenhäusern im Land Bremen erweist sich immer wieder als Belastung für eine konstruktive Zusammenarbeit. Die Vorschrift vermittelt den Eindruck, dass die Krankenhäuser im Land Bremen umfassend staatlicher Überwachung unterstellt werden sollen und darüber hinaus auch kriminalisiert werden. Die abweichende bundesweite Praxis belegt, dass die Bestimmung des § 44 unverhältnismäßig ist. Dieser Paragraph sollte daher gestrichen werden.	<i>Krankenhausversorgung, die Einhaltung krankenhauplanerischer Vorgaben sowie die zweckentsprechende Verwendung öffentlicher Fördermittel.</i> <i>Die Rückforderung von Fördermitteln und die Ahndung als Ordnungswidrigkeit verfolgen unterschiedliche Zwecke. Während die Rückforderung der Wiederherstellung des rechtmäßigen Zustands dient, bezweckt die Möglichkeit der Verhängung einer Geldbuße die Ahndung und Prävention von Pflichtverstößen. Eine unzulässige Doppelsanktionierung liegt daher nicht vor.</i> <i>Die Vorschriften sind nicht Ausdruck eines besonderen Misstrauens gegenüber den Krankenhäusern, sondern tragen der besonderen Verantwortung der Krankenhausträger im Rahmen der Daseinsvorsorge sowie der Verwendung öffentlicher Mittel Rechnung. Die Möglichkeit, Verstöße gegen wesentliche gesetzliche Verpflichtungen als Ordnungswidrigkeit zu ahnden, dient der Rechtsdurchsetzung und einer gleichmäßigen Anwendung der gesetzlichen Vorgaben. Es bleibt daher bei der Formulierung des Entwurfs.</i>	
ver.di	Der Gesetzentwurf formuliere das Ziel einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Versorgung, stelle jedoch keine verbindliche Verbindung zu den Arbeitsbedingungen des Krankenhauspersonals her.	Anzumerken ist, dass die Stellungnahme nach Ablauf der Beteiligungsfrist eingegangen (Eingang der Stellungnahme am 15.05.2026;	Nein

	Voraussetzung für Versorgungsqualität sei ausreichendes und gut qualifiziertes Personal. Mit der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) sei ein weithin anerkanntes und von Krankenhausgesellschaft, Pflegerat und ver.di erarbeitetes Instrument zur bedarfsgerechten Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs eingeführt worden. Allerdings fehle eine verbindliche Vorgabe zur Umsetzung der Richtlinie bzw. Folgemaßnahmen bei Unterschreitung der Personalschlüssel. Die Erfahrung von ver.di und den gesetzlichen Interessenvertretungen sei, dass die Vorgaben der PPR 2.0 in weiten Teilen nicht eingehalten würden; dies weise darauf hin, dass nicht ausreichend Personal für eine durchgängig bedarfsgerechte Versorgung vorhanden sei. Der Gesetzgeber müsse hier tätig werden, damit eine weitere Flucht aus den Krankenhausbereichen und eine übermäßige Belastung der Pflege verhindert werden könne. Schließlich sei die verbindliche Einhaltung der PPR 2.0 Voraussetzung für eine hinreichende Versorgungsqualität und solle somit als Kriterium für die Aufnahme in den Krankenhausplan eingeführt gelten.	<i>Fristende war am 08.05.2026). Gleichwohl wurden die vorgetragenen Argumente fachlich geprüft.</i> <i>Der Anregung wird nicht gefolgt.</i> <i>Die Sicherstellung einer ausreichenden personellen Ausstattung der Krankenhäuser ist für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung von wesentlicher Bedeutung. Die hierfür maßgeblichen Personalvorgaben, einschließlich der Pflegepersonalbemessung, sind jedoch bereits Gegenstand bundesrechtlicher Regelungen.</i> <i>Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel, die bundesrechtlichen Vorgaben des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVVG) auf Landesebene umzusetzen und die Krankenhausplanung entsprechend auszugestalten. Die Aufnahme in den Krankenhausplan richtet sich nach den hierfür maßgeblichen gesetzlichen Kriterien. Eine zusätzliche Verknüpfung der Krankenhausplanung mit der Einhaltung einzelner Personalbemessungsinstrumente ist nicht vorgesehen.</i> <i>Darüber hinaus bestehen bereits bundesrechtliche Regelungen und Verfahren zur Überwachung und Durchsetzung entsprechender Personalvorgaben. Zusätzliche landesrechtliche Regelungen würden zu Doppelstrukturen und Abgrenzungsproblemen führen.</i>	
--	--	---	--

		<i>Es bleibt daher bei der Fassung des Entwurfs.</i>	
	Der Entwurf verzichte auf eine Verknüpfung von der Förderung sowie Aufnahme in den Krankenhausplan einerseits mit Tarifbindung und sozialen Mindeststandards andererseits. Öffentliche Mittel, Investitionsmittel, Pflegebudgets dürften nur solchen Einrichtungen zugutekommen, die tarifgebunden seien. Hierbei auf die sozialen Gestaltungsmöglichkeiten als Gesetzgeber zu verzichten, sei politisch fahrlässig. Hier bestünde ein erheblicher Nachbesserungsbedarf.	<i>Der Anregung wird nicht gefolgt.</i> <i>Die Krankenhausplanung dient der Sicherstellung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung der Bevölkerung. Die Voraussetzungen für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan orientieren sich an den hierfür maßgeblichen bundes- und landesrechtlichen Vorgaben. Tarifrechtliche Fragestellungen sind demgegenüber grundsätzlich Gegenstand des Arbeits- und Tarifrechts.</i> <i>Auch die Krankenhausförderung verfolgt vorrangig das Ziel, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sowie die hierfür erforderlichen Investitionen sicherzustellen. Die Förderfähigkeit knüpft deshalb an die Aufnahme in den Krankenhausplan und die Erfüllung des jeweiligen Versorgungsauftrages an.</i> <i>Der Gesetzentwurf berücksichtigt die Bedeutung des Krankenhauspersonals bereits durch Regelungen zur Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser sowie zur Sicherstellung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe. Eine zusätzliche Verknüpfung der Krankenhausplanung oder der Investitionsförderung mit einer Tarifbindung</i>	Nein

		oder weiteren tarifrechtlichen Voraussetzungen ist nicht vorgesehen. Es bleibt daher bei der Fassung des Gesetzentwurfs.	
Die wiederholte Betonung der wirtschaftlichen Betriebsführung berge die Gefahr, dass ökonomische Interessen zulasten der Beschäftigten und der Versorgungsqualität gingen. Wichtig sei hingegen eine klare Priorisierung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung als integraler Bestandteil öffentlicher Daseinsvorsorge und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wirtschaftlicher Druck dürfe nicht erhöht, sondern müsse von den Krankenhäusern genommen werden. Die Formulierung "sozial tragbarer Pflegesätze" als ausdrückliches Ziel des Gesetzes stehe dem entgegen und sei schlicht nicht nachvollziehbar. Die Höhe des Pflegebudgets sei gesetzlich geregelt und dürfe nicht als Druckmittel zur Kostensenkung missbraucht werden. Es müsse den realen und pflegerisch notwendigen Ausgaben entsprechen und zu einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen. Eine willkürliche Senkung oder politisch verordnete Begrenzung des Pflegebudgets gehe zwangsläufig zulasten der Beschäftigten und damit der Versorgung – dies sei nicht "sozial tragbar". Aus Sicht von ver.di seien zudem bei der Anzeige eines Trägerwechsels erwartbare Veränderungen der	Der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Die im Gesetzentwurf verwendeten Begriffe der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen den bundesrechtlichen Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsrechts und dienen der Sicherstellung einer dauerhaft tragfähigen und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung. Eine Vorrangstellung wirtschaftlicher Interessen gegenüber der Versorgungsqualität ist hiermit nicht verbunden. Der Gesetzentwurf stellt die patienten- und bedarfsgerechte Versorgung ausdrücklich in den Mittelpunkt. Eine Verknüpfung der Krankenhausplanung oder der Investitionsförderung mit der Tarifbindung eines Krankenhausträgers ist nicht vorgesehen. Die Aufnahme in den Krankenhausplan richtet sich nach den bundes- und landesrechtlich vorgegebenen Planungskriterien. Die Tarifbindung gehört nicht zu den gesetzlichen Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan. Darüber hinaus bestehen bereits umfangreiche Anzeige- und Mitteilungspflichten bei Trägerwechseln. Weitergehende Anforderungen hinsichtlich	Nein	

	Tarifgebundenheit anzuzeigen sowie darzulegen, welche Intention der neue Träger in der Leistungserbringung mittel- und langfristig verfolge und in welcher Form der Versorgungsauftrag zukünftig umgesetzt werden solle.	<i>der Tarifbindung oder der strategischen Ausrichtung eines neuen Trägers sind für die krankhausplanerische Entscheidung nicht erforderlich. Im Übrigen wird die Formulierung zu den sozial tragbaren Pflegesätzen unverändert beibehalten, da sie den Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entspricht.</i> <i>Auch wenn die Sicherstellung guter Arbeitsbedingungen und einer angemessenen Personalausstattung als wichtiger Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung angesehen wird, werden die hierfür maßgeblichen Regelungen jedoch überwiegend auf Bundesebene getroffen und sind nicht Gegenstand des Krankenhausplanungsrechts.</i>	
	Der Gesetzentwurf enthalte Regelungen zur Umstrukturierung und Herausnahme von Krankenhäusern aus dem Krankenhausplan, jedoch ohne dies mit einer ausreichenden Absicherung für die Beschäftigten zu flankieren. Notwendig seien verbindliche Regelungen zur Beschäftigungssicherung, Qualifizierung und sozialverträglichen Gestaltung von Strukturveränderungen. Hierbei werde vom Gesetzgeber erwartet, dass dieser in die soziale Verantwortung gehe und festlege, dass bei Krankenhausschließungen oder Zusammenlegungen Folgendes zu gewährleisten ist: - Ausschluss von Tariffucht und Ausgliederungen,	<i>Die Bedeutung sozialverträglicher Strukturveränderungen und die berechtigten Interessen der Beschäftigten werden anerkannt.</i> <i>Gleichwohl wird der Stellungnahme nicht gefolgt. Die vorgeschlagenen Regelungen betreffen überwiegend arbeits-, tarif- und betriebsverfassungsrechtliche Fragestellungen. Diese Bereiche werden bereits umfassend durch bundesrechtliche Vorschriften sowie durch tarifvertragliche und mitbestimmungsrechtliche Regelungen erfasst.</i>	Nein

	- Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen, - Beschäftigungsanspruch zu mindestens gleichwertigen Bedingungen bei einem anderen Krankenhausträger und - Nachteilsausgleich (bei Umzug, längeren Fahrtwegen, weiteren Nachteilen).	<i>Gegenstand des Bremischen Krankenhausgesetzes sind insbesondere die Krankenhausplanung, die Krankenhausförderung sowie die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung. Die vorgeschlagenen Regelungen stehen nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit diesen Regelungsgegenständen.</i> <i>Darüber hinaus bestehen bereits gesetzliche Schutzmechanismen für Beschäftigte bei Betriebsänderungen, Umstrukturierungen und Trägerwechseln, insbesondere im Kündigungsschutz-, Betriebsverfassungs- und Tarifrecht.</i> <i>Es bleibt daher bei der Fassung des Gesetzentwurfs.</i>	
	Die Digitalisierung sei in weiten Teilen unumgänglich und könne zur Entlastung von Beschäftigten und zu einer guten Versorgung beitragen. Der Gesetzentwurf enthalte hierzu allerdings keine ausreichenden Vorgaben. ver.di fordert verbindliche Qualifizierungs- und Entlastungsregelungen sowie eine konsequente Einbindung der betrieblichen Beschäftigtenvertretungen in Digitalisierungsprozessen.	<i>Der Stellungnahme wird nicht gefolgt.</i> <i>Die Digitalisierung der Krankenhausversorgung ist bereits als Ziel des Gesetzentwurfs verankert. Mit der ausdrücklichen Zielsetzung einer Versorgung durch leistungsfähige und digital ausgestattete Krankenhäuser wird der Bedeutung der Digitalisierung für die zukünftige Gesundheitsversorgung Rechnung getragen.</i> <i>Die darüber hinaus geforderten Regelungen zu Qualifizierung, Arbeitsentlastung und der Beteiligung von Beschäftigtenvertretungen betreffen überwiegend arbeits-, tarif- und</i>	Nein

		<i>personalvertretungsrechtliche Fragestellungen. Für diese Bereiche bestehen bereits eigenständige gesetzliche Regelungen und Beteiligungsrechte.</i> <i>Der Schwerpunkt des Bremischen Krankenhausgesetzes liegt auf der Krankenhausplanung, der Krankenhausförderung sowie der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung. Weitergehende arbeits- und mitbestimmungsrechtliche Regelungen sind daher nicht vorgesehen.</i> <i>Es bleibt bei der Fassung des Gesetzentwurfs.</i>	
	Der Gesetzesentwurf stelle einen notwendigen Schritt dar in der Umsetzung und Begleitung bundesrechtlicher Vorgaben, bleibe jedoch hinter den Anforderungen einer sozial gerechten Krankenhauspolitik zurück. ver.di fordert daher insbesondere: - verbindliche Personalvorgaben, - Stärkung der Tarifbindung und Mitbestimmung, - soziale Absicherung bei Strukturveränderungen sowie - eine durchgängig klare Priorisierung zugunsten einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung als zentraler Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge.	<i>Der Stellungnahme wird nicht gefolgt.</i> <i>Die vorgetragenen Forderungen wurden bereits im Rahmen der Stellungnahmen zu den jeweiligen Einzelregelungen geprüft. Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung und trägt damit dem Charakter der Krankenhausversorgung als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge Rechnung.</i> <i>Die darüber hinaus geforderten Regelungen zu Personalvorgaben, Tarifbindung, Mitbestimmung sowie sozialer Absicherung bei Strukturveränderungen betreffen überwiegend Bereiche des Arbeits-, Tarif-, Personalvertretungs- und</i>	Nein

		<i>Sozialrechts oder sind bereits Gegenstand bundesrechtlicher Regelungen. Eine zusätzliche Regelung im Bremischen Krankenhausgesetz ist daher nicht vorgesehen.</i> <i>Es bleibt bei der Fassung des Gesetzentwurfs.</i>	
KVHB	Im aktuellen Entwurf sei in § 7 Abs. 3 BremKrhG geregelt, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bremen zu den mittelbar Beteiligten gehöre, sie sei in das Verfahren "einzubeziehen", soweit die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung betroffen sei. Mit Blick auf die bevorstehenden Änderungen aber auch bereits in der aktuellen Situation sei diese Vorgabe aus Sicht der KVHB jedoch aus mehreren Gründen ungenügend: 1. Der Begriff "einzubeziehen" sei nicht definiert. Mit den unmittelbar Beteiligten ist hingegen "Einvernehmen" "anzustreben" - auch dies sei inhaltlich zu unbestimmt. 2. Die Bezugnahme auf die Bedarfsplanung genüge nicht - so sei z.B. die Planung von Standorten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes nicht Gegenstand der Bedarfsplanung. 3. Die Formulierung "Im Übrigen sind sie [Einfügung durch die KVHB: u.a. die Kassenärztliche Vereinigung] in den sie unmittelbar betreffenden Fragen	<i>Der Stellungnahme wird teilweise gefolgt. Der Hinweis der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen auf die zunehmende Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen stationärer und vertragsärztlicher Versorgung, insbesondere im Bereich integrierter Notfallstrukturen, wird aufgegriffen. Vor diesem Hintergrund wird § 7 Absatz 3 ergänzt. Künftig ist die Kassenärztliche Vereinigung Bremen nicht nur bei Fragen der ambulanten vertragsärztlichen Bedarfsplanung, sondern auch dann einzubeziehen, wenn die Einrichtung integrierter Notfallstrukturen betroffen ist, die ganz oder teilweise in ihren Sicherstellungsauftrag fallen.</i> <i>Im Übrigen wird der Stellungnahme nicht gefolgt. Eine Aufnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen in den Kreis der unmittelbar Beteiligten sowie die gesetzliche Verpflichtung zur Herstellung des Einvernehmens würden die Beteiligungsrechte der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen erheblich über die bisherige Systematik des Krankenhausplanungsrechts hinaus erweitern und die Planungshoheit des Landes</i>	Teilweise

	vom Planungsausschuss anzuhören." sei zu unbestimmt. Begründung: Die Kassenärztliche Vereinigung sei als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit eigenständiger Haushaltsführung u.a. für die Planung und Umsetzung der Standorte für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst zuständig. Dies erfolge nicht im Rahmen der Bedarfsplanung. Auf Grund der zu erwartenden Neuregelungen durch das in Arbeit befindliche Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) sei es beabsichtigt, sog. Integrierte Notfallzentren aus den heutigen stationären Notfallambulanzen und Standorten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KV an konkreten Standorten und unter bestimmten Voraussetzungen zu etablieren. Hierbei werde ggf. auch den Planungsbehörden auf der regionalen Ebene Gestaltungshoheit zukommen. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen gehe davon aus, dass diese Gestaltungshoheit in Bremen auch bzw. insbesondere auf Grundlage der Bestimmungen des BremKrhG durch Vorgaben (insbesondere zu den Standorten der Notfallversorgung der Krankenhäuser) im Rahmen der Planungsfestlegungen Umsetzung erfahren werde. Hierdurch würden in verschiedener Hinsicht Planungs- und Haushaltsentscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen unmittelbar betroffen sein - das unterscheide sie in diesem Kontext auch von den übrigen unmittelbar Beteiligten durch ein höheres Maß der Einbeziehung in die Umsetzungsverantwortung.	<i>unverhältnismäßig einschränken. Dies würde überdies über die bundesrechtlichen Regelungen hinausgehen. Es verbleibt daher bei einer Beteiligung im Rahmen der Einbeziehung nach § 7 Absatz 3.</i> <i>Insgesamt greifen die Ergänzungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen dem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vor. Nur unter der Maßgabe, dass das Gesetz tatsächlich in Kraft tritt, sind die Änderungen haltbar. Aus diesem Grund verbleibt es im Übrigen bei der bestehenden Formulierung.</i>	
--	--	---	--

	Aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen sei es deshalb geboten, dass Sie 1. in den Kreis der unmittelbar Planungsbeteiligten aufgenommen werde und 2. mit Blick auf Planungen im Kontext der Notfallversorgung, also allen Bereichen, in denen unmittelbar für den Haushalt der KVHB relevante Planungen erfolgten und Entscheidungen getroffen würden, ihr ein Beteiligungs- und Mitentscheidungsrecht gesetzlich eingeräumt werde. Deshalb schlägt die KVHB für diese Maßnahmen im Sinne des BremKrhG die Festlegung vor, dass bei derartigen Maßnahmen regelhaft das Einvernehmen mit der KVHB herzustellen sei. Dies sei dann in § 7 Abs. 2 BremKrhG zu verankern. <i>Formulierungsvorschlag:</i> <i>"§ 7 wird wie folgt geändert:</i> <i>a. in Abs. 2 Nr. 4 entfällt das Satzzeichen "." stattdessen wird ergänzt um "und"</i> <i>b. es wird in Abs. 2 eine neue Nr. 5 aufgenommen:</i> <i>"5. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen."</i> <i>c. nach Abs. 2 wird folgender neue Absatz aufgenommen:</i>		
--	--	--	--

	<i>"(3) Zu allen Belangen der Notfallversorgung im Zusammenhang mit Einrichtungen, die ganz oder teilweise in den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen fallen, ist mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen das Einvernehmen herzustellen."</i>		
--	---	--	--