

Mitteilung des Senats

Novellierung des Bremischen Krankenhausgesetzes

**Mitteilung des Senats
an die Bremische Bürgerschaft (Landtag)
vom 20. Oktober 2020**

Entwurf eines Bremischen Krankenhausgesetzes

1. Der Senat überreicht der Bremischen Bürgerschaft (Landtag) den Entwurf eines Bremischen Krankenhausgesetzes mit der Bitte um Beschlussfassung.
2. Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG), Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und sonstiger bundesgesetzlicher Änderungen, insbesondere zum Thema Qualität, erfordern eine Umsetzung der entsprechenden Regelungen im Bremischen Krankenhausgesetz. Des Weiteren besteht hinsichtlich des Bremischen Krankenhausdatenschutzgesetzes (BremKHDSG) Anpassungsbedarf aufgrund der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Daher soll eine Neufassung des Bremischen Krankenhausgesetzes erfolgen. Mit der Novellierung sollen zugleich fachliche Weiterentwicklungen aufgenommen und damit insbesondere der Qualitätsaspekt gestärkt werden.
3. Durch den Gesetzesentwurf werden voraussichtlich keine Kosten entstehen.

Bremisches Krankenhausgesetz

(BremKrhG)

Vom

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

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.

§ 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 krankenhausesübergreifenden Versorgung soll erleichtert werden.

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

§ 3

Sicherstellung der Krankenhausversorgung

(1) Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes und der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven nach Maßgabe 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 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.

§ 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 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 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.

§ 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 ist, aufgenommen werden, für die jeweils

- A. eine dauerhafte und bedarfsgerechte Vorhaltung gesichert ist,
- B. die durchgängige ärztliche und pflegerische Versorgung für das jeweilige Gebiet oder den jeweiligen Schwerpunkt gewährleistet ist,
- C. die ärztliche psychotherapeutische Leitung und deren Vertretung die für sie disziplinrelevante Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen haben,
- D. 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,

- E. 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
- F. 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

- 1. den Namen und den Standort des Krankenhauses und seiner Betriebsstellen,
- G. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
- H. die dauerhaft vorzuhaltenden Fachgebiete und Schwerpunkte,
- I. die Gesamtzahl der Planbetten,
- J. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie
- K. 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.

(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.

§ 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

- 1. die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen,
- L. der Landesausschuss der privaten Krankenversicherung,
- M. die Landeskrankenhausesgesellschaft sowie

N. 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,
- O. die Ärztekammer Bremen und
- P. 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 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.

§ 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,
- Q. ein Krankenhaus eine in einem erheblichen Maße unzureichende Qualität aufweist oder
- R. in mindestens drei aufeinander folgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes erhoben wurden.

(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
- S. 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.

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.

(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.

§ 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.

(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
- T. 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.

§ 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. 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.

§ 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.

§ 14

Zuschlag

(1) Für pauschal geförderte Investitionskosten oder Kosten nach § 9 Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und zur Regelung der Krankenhauspfllegesätze 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.

§ 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
- U. 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 zu belegen.

§ 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.

§ 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.

(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.

§ 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.

§ 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.

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 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.

§ 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,
- V. Aufklärung, Information und Transparenz im Behandlungsprozess,
- W. zeitnahe Dokumentation der Behandlung und Pflege,
- X. Selbstbestimmung bei Entscheidungen über Art und Umfang der Behandlung sowie über die Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen,
- Y. Einsicht in ihre Kranken- und Behandlungsunterlagen sowie gegen angemessene Kostenerstattung Anfertigung von Kopien hieraus,
- Z. 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,
- AA. 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 Patientensprecherinnen und Patientensprecher zu wenden. Das Recht nach Satz 1 steht auch nahen Angehörigen einer Patientin oder eines Patienten in deren oder dessen Angelegenheiten zu.

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

(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.

§ 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.

§ 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 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.

(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.

Fünfter Abschnitt Patientenschutz und Patientensicherheit

§ 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.

§ 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
- BB. 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.

§ 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.

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

CC. 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 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,
DD. Aufgaben, Bildung und Zusammensetzung einer Hygienekommission, sowie deren Aufgaben, wie die Erstellung von Berichten über besondere Vorkommnisse im Bereich des Infektionsschutzes im Krankenhaus,
EE. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachpersonal,
FF. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb von Krankenhäusern und
GG. Mindeststandards für die Bekämpfung insbesondere Antibiotika resistenter Keime und
im Einzelnen zu regeln.

Siebter 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.

(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.

§ 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. die Beschlüsse nicht ausgeführt werden dürfen und HH. 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.

(3) In besonders schweren Fällen findet § 8 Absatz 3 entsprechende Anwendung.

Achter 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.

§ 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.

(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

- I. zur Erfüllung des mit oder für eine Patientin oder einen Patienten abgeschlossenen Behandlungsvertrages, einschließlich der erforderlichen Dokumentation über die Versorgung,
- II. zur Gewährleistung einer nahtlosen ambulanten und stationären Behandlung der Patientin oder des Patienten nach § 115 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
- JJ. zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen,
- KK. zur Aus-, Fort- oder Weiterbildung eines Heilberufs oder Gesundheitsfachberufs im Krankenhaus,
- LL. zur Qualitätssicherung der Behandlung im Krankenhaus und zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen oder
- MM. 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.

(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,
- NN. 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
- OO. das berechnete 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 berechnete Interesse der Allgemeinheit an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Geheimhaltungsinteresse des Patienten erheblich überwiegt.

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

1. der Patient oder der Betroffene eingewilligt hat oder
PP. 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 bestimmbarer 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,
QQ. zum Zwecke einer erweiternden Diagnostik und Abklärung einer Therapieempfehlung an einen externen Dienstleister in pseudonymisierter Form,
RR. 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,
SS. 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,
TT. 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,
UU. 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,
VV. zur Wahrnehmung der Rechtsaufsicht über die Krankenhäuser nach § 33,
WW. zur Qualitätssicherung der medizinisch-pflegerischen Versorgung oder im Rahmen von Akkreditierungen und Zertifizierungen,
XX. 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
YY. 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
- ZZ. die Datenverarbeitung dadurch erheblich kostengünstiger gestaltet werden kann, oder
- AAA. die Datenverarbeitung vom Krankenhaus nicht oder nur mit einem großen Aufwand geleistet werden könnte, oder
- BBB. 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.

§ 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.

§ 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
- CCC. 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
DDD. 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.

Neunter 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,

EEE. 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,

FFF. die im Bescheid nach § 6 Absatz 4 ausgewiesenen medizinischen Gebiete, die Schwerpunkte der arbeitsteiligen Koordinierung sowie die Gesamtzahl der Planbetten nicht dauerhaft vorhält, ohne dass eine Genehmigung der zuständigen Behörde nach § 8 Absatz 4 Satz 1 vorliegt,

GGG. 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,

HHH. entgegen § 31 Absatz 1 oder einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 Nummer 1 die festgelegten Qualitätsstandards nicht einhält,

III. entgegen § 32 Absatz 1 oder einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 die festgelegten Hygienegrundsätze nicht einhält,

JJJ. 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,

KKK. entgegen § 34 Absatz 2 Nummer 2 eine beanstandete Maßnahme nicht fristgemäß rückgängig macht,

LLL. 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.

(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.

Zehnter 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.

§ 46

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig treten das Bremische Krankenhausgesetz 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, sowie das Bremische Krankenhausdatenschutzgesetz vom 25. April 1989 (Brem.GBl. S. 202 — 206-f-1), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (Brem.GBl. S. 522) geändert worden ist außer Kraft.

Begründung zum Bremischen Krankenhausgesetz

I. Allgemeiner Teil

Im Land Bremen bestehen bisher das Bremische Krankenhausgesetz (BremKrhG) vom 29.04.2011, zuletzt geändert am 02.08.2016, (Brem.GBl. 2011, 252) sowie das Bremische Krankenhausdatenschutzgesetz (BremKHDSG) vom 08.05.1989, zuletzt geändert am 01.12.2015, Brem.GBl. 1989, 202.

I. Wesentliche Gründe der Gesetzesnovellierung

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf sollen die zuvor genannten Gesetze aufgehoben und in einem neuen, weiterentwickelten Bremischen Krankenhausgesetz zusammengeführt werden. Für die Gesetzesnovellierung sind folgende Gründe maßgeblich:

Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) (BGBl I, 2015, 2229) und den sich daraus, aber auch weiteren, ergebenden Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und sonstiger bundesgesetzlicher Änderungen, insbesondere zum Thema Qualität, ist eine Umsetzung der (qualitätsbezogenen) Regelungen im Bremischen Krankenhausgesetz erforderlich. Des Weiteren besteht Anpassungsbedarf aufgrund der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) beim Bremischen Krankenhausdatenschutzgesetz (BremKHDSG). Im Rahmen der Anpassung im Bereich Datenschutz erfolgt zugleich eine Zusammenführung mit dem Bremischen Krankenhausgesetz. Folglich soll das aktuelle Bremische Krankenhausdatenschutzgesetz aufgehoben werden.

Darüber hinaus, sollen mit der Novellierung fachliche Weiterentwicklungen und zugleich redaktionelle und Änderungen im „technischen“ Sinne umgesetzt werden. Hierbei handelt es sich vor allem um Definitionen, Begriffsklarstellungen, Fragen der Gliederung und Strukturierung sowie beispielsweise Verfahrensbeschreibungen.

II. Zielsetzung und wesentlicher Inhalt des Referentenentwurfs

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf werden im Wesentlichen die folgenden Ziele verfolgt.

1. Stärkung des Qualitätsaspektes

Durch Regelungen an unterschiedlichen Stellen im Bremischen Krankenhausgesetz wird das Thema Qualität in unterschiedlichen Bereichen verankert und so das Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung im neuen Gesetz festgelegt.

Ergänzend wird klargestellt, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren dem Grundsatz nach auch für Krankenhäuser im Land in Bremen gelten. Bei wiederholten Verstößen in erheblichem Ausmaß kann dem Krankenhaus die Aufnahme in den Krankenhausplan für eine Fachabteilung oder bestimmte Leistungen entzogen werden. Zugleich soll die Möglichkeit geschaffen werden, Qualitätsindikatoren durch Rechtsverordnung auszuschließen. Darüber hinaus wird die Möglichkeit gestärkt, landeseigene Qualitätsmerkmale und -indikatoren festzulegen und zu überprüfen.

2. Stärkung der Patientensicherheit und einheitliche Vorgaben für Patientenfürsprecher

Zur gezielten Steuerung von Notfallpatienten in ein für die notwendige Versorgung geeignetes Krankenhaus mit freien Kapazitäten wird ein standardisiertes digitales Verfahren festgelegt. Der Versorgungsauftrag ist dabei für die Datenübermittlung der Krankenhäuser maßgeblich.

Zur Vermeidung einer Versorgungslücke unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, stellen Krankenhäuser notwendige Verordnungen nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen aus und koordinieren erforderliche Unterstützungsleistungen.

Es werden Fehlermeldesysteme eingeführt, um Fehler bei der Patientenversorgung aufzudecken. Zugleich haben Krankenhäuser regelmäßige Konferenzen abzuhalten, um über mögliche Fehler und Verbesserungen zu beraten.

Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz kann zukünftig durch Rechtsverordnung Rahmenarbeitsbedingungen schaffen, damit alle Patientenfürsprecher/innen unter denselben Mindestbedingungen arbeiten können. Zudem wird die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz die Deputation über die Arbeit der Patientenfürsprecher*innen unterrichten.

3. Leistungsgerechte Verteilung der Investitionsfördermittel

Nach dem aktuellen Bremischen Krankenhausgesetz besteht ausschließlich eine Pauschalförderung. Die Aufteilung der Krankenhausinvestitionsfördermittel beruht dabei zum Teil auf einem Verteilungsschlüssel, der veraltete Leistungszahlen zu Grunde legt. Änderungen im Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in den letzten Jahren werden nicht oder nur teilweise berücksichtigt. Um Investitionsfördermittel zukünftig zielgenau und entsprechend der jeweils aktuellen Leistungserbringung verteilen zu können, erfolgt ab dem 1. Januar 2021 eine Umstellung auf Investitionsbewertungsrelationen. Dabei werden kurz-, mittel- und langfristigen Investitionsfördermittel zu einem Pauschalförderbetrag zusammengefasst. Einzelheiten zum Verfahren sollen in einer Rechtsverordnung geregelt werden.

Zur Sicherung des zukünftigen Fachkräftebedarfs ist eine Stärkung der Ausbildung bei Gesundheitsfachberufen erforderlich. Daher werden die Fördermöglichkeiten für mit Krankenhäusern verbundene Ausbildungsstätten gestärkt. Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ist dies möglich, soweit Krankenhäuser mit über 50 % an der Ausbildungsstätte beteiligt sind.

Neben der Pauschalförderung wird zudem die Möglichkeit der Einzelförderung eingeführt. So können zukünftig gezielt einzelne Vorhaben gefördert werden.

4. Erleichterte Durchführung von Modellvorhaben/ neuen Versorgungsformen unter Beteiligungen von Krankenhäusern

Aufgrund seiner räumlichen/ geografischen Strukturen und Größe ist das Land Bremen besonders geeignet, um Modellvorhaben sowie neue Versorgungsformen zu erproben. Hierzu sollen Krankenhäuser zukünftig mit Genehmigung der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz von bestimmten Vorgaben des Bremischen Krankenhausgesetzes abweichen dürfen. Auch soll die Teilnahme an einem Modellvorhaben nicht zu einer Benachteiligung bei der Investitionsförderung führen.

5. Festlegung eines hohen Datenschutzstandards

Regelungen aus dem bisherigen Bremischen Krankenhausdatenschutzgesetz (BremKHDSG) und neue Regelungserfordernisse aufgrund der Datenschutzgrundverordnung werden zusammengefasst. Es wird die Anwendbarkeit des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) festgelegt.

II. Besonderer Teil

Erster Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

Zu § 1 (Geltungsbereich)

§ 1 legt den Geltungsbereich des Bremischen Krankenhausgesetzes fest. 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 (Ziele)

Absatz 1 der Vorschrift ist inhaltlich an § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes angelehnt und beschreibt die krankenhauspolitische Zielsetzung der bremischen Krankenhausfinanzierung. Danach soll dieses Gesetz eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Bevölkerung des Landes Bremens sicherstellen. Zu diesem Zweck sind die wirtschaftliche Sicherung, die Leistungsfähigkeit und die wirtschaftliche Eigenverantwortlichkeit der geförderten Krankenhäuser zu gewährleisten. Ein wesentlicher Gesichtspunkt des novellierten Bremischen Krankenhausgesetzes ist die Einhaltung einer hohen Qualität der Patientenversorgung. Hierfür sieht das Gesetz eine Reihe von Kriterien vor, die diese Qualität gewährleisten sollen. Diese sind zum einen die Voraussetzungen für die Zulassung und die finanzielle Förderung von Krankenhäusern, zum anderen aber auch Vorgaben von Qualitätssicherungsmaßnahmen, die im Einzelnen im Gesetz geregelt sind. Auch die Rechte der Patientinnen und Patienten, die ihnen im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung zustehen, sind zu gewährleisten.

Die in Absatz 2 geregelte Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander, mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens ist ein wesentliches Qualitätskriterium. Hierdurch wird eine sektorübergreifende Behandlung der Patientinnen und Patienten einschließlich des gegebenenfalls erforderlichen Übergangs in nachsorgende Einrichtungen (Rehabilitation, Pflege) sichergestellt, die ein funktionierendes Behandlungs- und Entlassungsmanagement voraussetzt.

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

Zu § 3 (Sicherstellung der Krankenhausversorgung)

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

Die öffentliche Aufgabe der Sicherstellung der Krankenhausversorgung wird auch in Zukunft unter Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger vom Land und den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven gemeinsam wahrgenommen. Die Ergänzung in Satz 2, zweiter Halbsatz dient der Anpassung des Landesrechts an die bundesgesetzliche Regelung des § 8 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

In Absatz 2 werden die entscheidenden Aufgaben und Instrumente benannt, die das Land zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung hat und die sich aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ergeben. Hierbei handelt es sich um den Krankenhausplan, das Investitionsprogramm sowie die Genehmigung der vereinbarten und festgesetzten Pflegesätze und die in § 14 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Basisfallwerte, Entgelte und Zuschläge. Die Konkretisierung, dass Krankenhausplan und Investitionsprogramm standortbezogen aufgestellt werden dient der Klarstellung, dass im Krankenhausplan jeder Standort ausgewiesen wird.

Absatz 3 trägt dem Auftrag des § 1 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Rechnung, die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Entsprechend der Praxis in Bremen werden gleichberechtigt die drei Trägergruppen genannt, die durch Betreiben von Krankenhäusern zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung beitragen. Satz 2 enthält eine Definition des Krankenhausträgers im Sinne dieses Gesetzes. 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 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 der Disziplinen und medizinischen Schwerpunkte nach § 6 Absatz 4 Nummer 3 zu errichten und zu betreiben oder einzurichten, soweit sich die in Absatz 3 Satz 1 genannten Träger hierzu nicht in der Lage sehen.

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

Absatz 6 dient der Anpassung des Landesrechts an die bundesgesetzliche Vorschrift des § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und ermächtigt die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zum Erlass einer Rechtsverordnung zu abweichenden oder ergänzenden Regelungen.

Zu § 4 (Zuständigkeiten)

Der neugefasste § 4 legt die Zuständigkeit der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz für die Durchführung des Bremischen Krankenhausgesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der aufgrund dieser Gesetze erlassenen Rechtsverordnungen fest.

Zweiter Abschnitt

Krankenhausplan

Zu § 5 (Ziele und Inhalte des Krankenhausplans)

Der Krankenhausplan des Landes Bremen ist das wichtigste Steuerungsinstrument zur Erreichung der in § 2 dieses Gesetzes genannten Ziele. Er schafft die Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bremer Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern.

Absatz 1 Satz 1 legt entsprechend der bundesgesetzlichen Vorgaben fest, dass die für das Gesundheitswesen zuständige Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz als Planungsbehörde den Krankenhausplan aufstellt. Krankenhausplanung ist ein dynamischer Prozess und kein statischer Zustand. Die Überprüfung der Aussagen des Krankenhausplanes auf der Grundlage der Entwicklung der Bedarfsdeterminanten und die Fortschreibung des Krankenhausplanes sind somit wesentliche Bestandteile der Krankenhausplanung.

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 gleichzeitig der gesamte Krankenhausplan fortgeschrieben werden muss.

Satz 3 stellt klar, dass der Krankenhausplan aus dem Krankenhausrahmenplan und den genehmigten Vorschlägen der Selbstverwaltung zu dessen Umsetzung besteht. Der Krankenhausrahmenplan enthält die vom Senat der Freien Hansestadt Bremen beschlossenen Vorgaben für die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Krankenhausträgern vereinbarten Vorschläge für Versorgungsaufträge, die den Krankenhausrahmenplan umsetzen. Nach Beschlussfassung des Krankenhausrahmenplanes und Genehmigung der Umsetzungsvorschläge wird der gesamte Krankenhausplan von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz im Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen veröffentlicht.

Nach Absatz 2 wird der Krankenhausrahmenplan im Benehmen mit den unmittelbaren und mittelbaren Beteiligten von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz erstellt und vom Senat der Freien Hansestadt Bremen beschlossen. Der Krankenhausrahmenplan enthält die Grundsätze der Krankenhausversorgung, also die Planungsgrundsätze und -kriterien sowie qualitative und quantitative Vorgaben für seine Umsetzung. Dazu zählt insbesondere die Bestimmung von Planungs-determinanten wie Fallzahlen, Verweildauer und Betten-nutzung. Auch die Wohnortnähe kann definiert und die Abstimmung benachbarter Versorgungsangebote geregelt werden. Weiter sind die Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und die Einwohnerzahl zu berücksichtigen. Ausgangspunkt der Aufstellung des Krankenhausplanes ist eine Ist-Analyse. Sie untersucht und beschreibt die bestehenden stationären und teilstationären Versorgungseinrichtungen und ihre Strukturen in den Planungsregionen Bremen und Bremerhaven sowie die Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen in Vergangenheit und Gegenwart. In Zukunftsprognosen werden sodann Entwicklungstendenzen

formuliert, z. B. die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer. Die Diagnose- und Disziplinentwicklung der Krankenhausplanung ist die entscheidende Grundlage für die Bedarfsanalyse und für die Bedarfsprognose. Entsprechend der bisherigen Praxis im Lande Bremen ist die arbeitsteilige Koordinierung, d. h. die zwischen den Krankenhäusern abgestimmte Vorhaltung medizinischer Schwerpunkte, grundsätzlicher Bestandteil des Krankenhausrahmenplanes. Die Planungen sind jeweils für die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven getrennt und unter Berücksichtigung der oberzentralen Funktion für die Umlandversorgung vorzunehmen. Der Krankenhausrahmenplan enthält weiter die Ausbildungsplätze der Ausbildungsstätten für die Gesundheitsfachberufe. Schließlich können auch die an den einzelnen Krankenhausstandorten in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen vorzuhaltenden Fachgebiete, Schwerpunkte und Versorgungsangebote, für die eine Zusatzweiterbildung erforderlich ist, sowie Qualitätsvorgaben nach § 31 Absatz 3 festgelegt werden.

Mit Einführung des Absatzes 3 wird das bremische Landesrecht an das Bundesrecht angepasst. Hier wird geregelt, dass planungsrelevante Qualitätsindikatoren (QI) grundsätzlich auch im Land Bremen gelten, wobei sie aber im Einzelfall von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz durch Rechtsverordnung ausgeschlossen werden können.

Durch Absatz 4 wird eine an die Regelung des § 2 Absatz 2 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes angelehnte Vorschrift in das Landesrecht aufgenommen. Danach können im Krankenhausplan Einrichtungen mit besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung ausgewiesen werden.

In Absatz 5 wird das Verfahren zur Fortschreibung des Krankenhausplans zwischen der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz und den nach § 7 Absatz 1 unmittelbar Beteiligten in einem Vertrag zur Intensivierung der Zusammenarbeit geregelt. Dabei sind die Erfordernisse der Notfallversorgung, einer sektorübergreifenden Versorgung und der Qualitätssicherung besonders zu berücksichtigen. Damit greift der Gesetzentwurf wesentliche Eckdaten einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung auf. Zudem wird die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz in den Sätzen 2 und 3 zum Erlass einer Rechtsverordnung ermächtigt.

Nach Absatz 6 vereinbaren die Krankenhausträger mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen Vereinbarungsvorschläge auf Grundlage des Krankenhausrahmenplans. Diese haben neben einer Konkretisierung des Versorgungsauftrages und ihrer jeweiligen Kapazitäten auch Regelungen über die Ausbildungsplatzzahlen je Ausbildungsstätte nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu enthalten. Da der Krankenhausrahmenplan einer konkreten Umsetzung für den einzelnen Krankenhausstandort bedarf, ist eine Konfliktregelung für den Fall erforderlich, dass sich die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen mit den Krankenhausträgern nicht auf eine konkrete Vereinbarung einigen können. In diesem Fall entscheidet die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz im Rahmen des Vertrags zur Intensivierung der Zusammenarbeit nach vorheriger Anhörung der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie der Krankenhausträger über die Umsetzung des Krankenhausrahmenplanes.

Zu § 6 (Aufnahme in den Krankenhausplan)

Krankenhauspläne sind nach der Rechtsprechung verwaltungsinterne Akte, die erst durch den Feststellungsbescheid gegenüber dem einzelnen, in den Krankenhausplan aufzunehmenden

Krankenhaus rechtlich verbindlich werden. Krankenhäuser, die für die bedarfsnotwendige Versorgung im Lande Bremen nicht notwendig sind und deshalb nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden, erhalten einen Bescheid über die Nichtaufnahme nur dann, wenn sie zuvor die Aufnahme beantragt hatten.

Absatz 1 legt fest, dass die Aufnahme eines Krankenhauses in den Landeskrankenhausplan vom Vorliegen der in den Absätzen 2 bis 5 genannten Voraussetzungen abhängig ist.

Ein Krankenhaus wird nach Absatz 2 nicht als Ganzes, sondern nur mit den einzelnen Fachgebieten, Schwerpunkten und Versorgungsangeboten, für die eine Zusatzweiterbildung erforderlich ist in den Krankenhausplan aufgenommen wird, für die die in den Nummern 1 bis 6 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Diese Regelung berücksichtigt, dass ein Krankenhaus möglicherweise nicht in allen Bereichen die nach dem Bremischen Krankenhausgesetz für die Aufnahme in den Krankenhausplan vorgesehenen Kriterien erfüllt.

Die Nummern 1 bis 6 legen die fachlichen Mindestvoraussetzungen fest, die neben der Erfüllung der grundsätzlichen Ziele des Krankenhausplanes im Rahmen des Versorgungsauftrages Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan sind. Diese Mindestanforderungen sollen gewährleisten, dass die bedarfsgerechte Versorgung der Bremer Bevölkerung umfassend und langfristig qualifiziert gesichert ist. Daneben sind qualitätsbezogene Voraussetzungen zu erfüllen, die sich auf die abgeschlossene Weiterbildung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leitung und deren Vertretung, die Zulassung des Krankenhauses als Weiterbildungsstätte und die Weiterbildungsbefugnis des leitenden Arztes, bzw. der leitenden Ärztin beziehen. Zudem ist der Facharztstandard im Sinne des § 31 Absatz 1, eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft und die Notfallversorgung im Rahmen des Versorgungsauftrages dauerhaft sicherzustellen. Schließlich ist die Einhaltung der Auflagen der Qualitätssicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, sowie den Qualitätsstandards nach dem Bremischen Krankenhausgesetz zu gewährleisten.

Nach Satz 2 kann in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag von den zuvor genannten Voraussetzungen abgewichen werden. Diese Vorschrift dient der Förderung von Innovationen durch Modellvorhaben. In Fällen, in denen der Grundsatz ambulant vor stationär durch Modellvorhaben in neuen Bereichen erprobt wird, soll dem Krankenhausträger die Teilnahme am Modell nicht krankenhauplanerisch erschwert werden. Der Krankenhausträger hat eine solche Abweichung zu beantragen und das Modellvorhaben dabei ausführlich zu erläutern. Zudem ist die Art, der Umfang und die Erforderlichkeit der Abweichung der Voraussetzungen des Satz 1 Nr. 1 - 6 darzulegen.

Die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 müssen gemäß Absatz 3 einmalig vor der Aufnahme in den Krankenhausplan nachgewiesen werden. Der Krankenhausträger hat alle Änderungen und beabsichtigte Trägerwechsel unverzüglich gegenüber der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz anzuzeigen. Diese wiederum unterrichtet die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen über die mitgeteilten Änderungen.

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

Nach Absatz 5 kann der Feststellungsbescheid Nebenbestimmungen enthalten, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplanes, zur Qualitätssicherung oder zur dauerhaften Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von besonderen Leistungen erforderlich ist.

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

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

Mit der Regelung in Absatz 8 wird im öffentlichen Interesse einer schnelleren Umsetzung der für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Krankenhausleistungen von der Möglichkeit nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 VwGO Gebrauch gemacht, die aufschiebende Wirkung von Rechtsmitteln konkurrierender Krankenhausträger entfallen zu lassen. Ein Verlust von Rechtsschutzmöglichkeiten ist damit nicht verbunden. Den Konkurrenten bleibt es unbenommen, einstweiligen Rechtsschutz beim zuständigen Verwaltungsgericht zu beantragen.

Zu § 7 (Mitwirkung der Beteiligten)

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

Die Bestimmung regelt, dass mit den unmittelbar Beteiligten bei der Krankenhausplanung und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms Einvernehmen anzustreben ist. Für die qualifizierte und rechtzeitige Vorbereitung sind die unmittelbar Beteiligten frühzeitig von den Planungsabsichten der Senatorin für 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.

Die Vorschrift wurde neu gegliedert und es wird im Rahmen der Absätze 1 und 2 eine klare Abgrenzung zwischen den mittelbar und den unmittelbar Beteiligten vorgenommen. Absatz 2 Satz 4 stellt klar, dass den mittelbar Beteiligten in den Übrigen, nicht in den Sätzen 2 und 3 geregelten Fällen, die gleichen Mitwirkungsrechte zukommen, wie den weiteren Beteiligten.

Absatz 3 nennt die weiteren Beteiligten und sieht eine Anhörung der Genannten in den sie unmittelbar betreffenden Fragen durch den Planungsausschuss vor.

Absatz 4 regelt die Berufung einer Patientenvertreterin bzw. eines Patientenvertreters als Mitglied des Planungsausschusses.

Nach Absatz 5 ist mit den an der Krankenhausversorgung unmittelbar Beteiligten bei der Durchführung dieses Gesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eng zusammenzuarbeiten. Zudem ist das betroffene Krankenhaus anzuhören.

Absatz 6 sieht vor, dass die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz den Beteiligten nach § 7 die für die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms notwendigen Unterlagen übersendet.

Zu § 8 (Rücknahme und Widerruf der Aufnahme in den Krankenhausplan)

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

Nach Absatz 1 ist die Aufnahme in den Krankenhausplan zurückzunehmen, wenn bei Erlass des Feststellungsbescheides nicht alle Voraussetzungen nach § 6 Absatz 2 vorgelegen haben.

Absatz 2 regelt, dass bei nachträglichem Wegfall einzelner Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan oder bei Nichterfüllung der Pflichten nach § 6 Absatz 2 der Feststellungsbescheid zu widerrufen ist oder widerrufen werden kann, je nachdem, welche der Aufnahmevoraussetzung weggefallen oder welche Pflicht nicht erfüllt ist. Beide Regelungen gewährleisten somit eine gleichbleibend hohe Qualität der Krankenhausversorgung im Interesse der zu behandelnden Patientinnen und Patienten als dem vorrangigen Ziel des Bremischen Krankenhausgesetzes. Die Erweiterung der bestehenden Regelung dient als Rechtsgrundlage für krankenhauserische Maßnahmen, soweit lediglich einzelne Qualitätskriterien nicht eingehalten werden, aber eine Schließung der Fachabteilung unverhältnismäßig und/oder versorgungspolitisch nicht möglich ist. Der teilweise Widerruf kann darin bestehen, dass Einschränkungen des Leistungsspektrums innerhalb einer Fachrichtung erfolgen oder einzelne Leistungen innerhalb einer Fachrichtung vom Versorgungsauftrag und damit von der Aufnahme in den Krankenhausplan ausgenommen werden.

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

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

Absatz 5 sieht vor, dass den unmittelbar Beteiligten im Sinne des § 7 Absatz 1 vor der Rücknahme oder dem Widerruf eines Feststellungsbescheides – bezogen auf ein ganzes Krankenhaus oder eine einzelne Disziplin eines Krankenhauses – die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen ist, um bei der Entscheidung durch die zuständige Behörde auch die Sichtweise der unmittelbar Beteiligten einzubeziehen.

Aus Absatz 6 ergibt sich, dass eine Aufhebung des Feststellungsbescheides nach anderen Vorschriften unberührt bleibt.

Dritter Abschnitt

Krankenhausförderung

Zu § 9 (Allgemeine Förderungsbestimmungen)

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz legt den Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf Fördermittel fest und gibt die Grundsätze der von den Ländern zu regelnden Krankenhausförderung vor. Der Förderanspruch der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser leitet sich insbesondere aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 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 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 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 Krankenhausfinanzierungsgesetzes müssen nach § 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Kosten eines Krankenhauses durch die öffentliche Förderung (Übernahme der Vorhaltekosten) und durch die von den Kostenträgern zu übernehmenden Pflegesätze sowie die in § 14 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Basisfallwerte, Entgelte und Zuschläge finanziert werden. Die Investitionsförderung ist deshalb grundsätzlich in Form von Zuschüssen und nicht als freiwillige Zuwendung zu gewähren. 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.

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

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

Durch Absatz 8 wird die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ermächtigt, das Nähere zum Verfahren nach Absatz 1, zum Antrag nach Absatz 1 Satz 2, 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.

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 beantragen die Krankenhäuser bei der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz unter Angabe der Bedarfsnotwendigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der geschätzten Kosten ihre beabsichtigten Investitionsprojekte. Nach Feststellung der Förderfähigkeit erfolgt eine Bestätigung gegenüber dem jeweiligen Krankenhaus. Ausnahmen vom Antragserfordernis können sich aus der auf Grundlage des § 9 Absatz 8 erlassenen Rechtsverordnung ergeben.

Damit die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz Kenntnis darüber erlangt, welche Investitionsprojekte von den einzelnen Krankenhausträgern wann begonnen werden, teilen die Krankenhäuser bis zum 30. September eines jeden Jahres mit, welche Investitionsprojekte im folgenden Kalenderjahr mit Fördermitteln nach § 11 finanziert werden sollen. Diese Frist dient der Optimierung der Planungen. Die Krankenhäuser erhalten damit das Recht, ihre Investitionsvorhaben mit Mitteln des § 11 in eigener Verantwortung und aufgrund ihrer ökonomischen Entscheidung in entsprechender Reihenfolge zu realisieren. Satz 5 ermächtigt die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zur Regelung des Näheren durch Rechtsverordnung.

Nach den Absätzen 2 und 3 stellt die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ein Investitionsprogramm im Rahmen der Haushaltsplanung auf, wobei das Einvernehmen mit allen Beteiligten nach § 7 anzustreben ist.

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 d KHG neu. 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.

§ 11 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 d KHG, d. h. Kosten für die Nutzung von Anlagegütern (§ 2 Nummer 3 Buchstabe a KHG), Darlehenslasten (§ 2 Nummer 3 Buchstabe b KHG), Kosten für gemeinschaftliche Einrichtungen der Krankenhäuser (§ 2 Nummer 3 Buchstabe c KHG), wie beispielsweise Apotheke, Wäscherei oder Labor, und Kapitalkosten (§ 2 Nummer 3 Buchstabe d 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. Zudem wird die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zur Höhe und der Bemessungsgrundlage der jährlichen Pauschalbeträge zu regeln.

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 zusätzliche Finanzmittel auch eine Einzelförderung zu betreiben. Eine solche Einzelförderung kann insbesondere zur Umsetzung von krankenhauserplanerischen 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.

Die Förderung erfolgt nach Absatz 3 durch einen Festbetrag, wobei sich das Nähere aus dem Bewilligungsbescheid ergibt.

Absatz 4 ermächtigt die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zum Erlass einer Rechtsverordnung zur weiteren Regelung.

Zu § 13 (Investitionsförderung von Ausbildungsstätten)

Nach dem neu gefassten § 13 ist der dritte Abschnitt „Krankenhausförderung“ auf im Bescheid nach § 6 Absatz 4 ausgewiesene Ausbildungsstätten entsprechend anwendbar. Hierdurch ist nunmehr die gesonderte Förderung von Ausbildungsstätten möglich. Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz wird ermächtigt, das Nähere durch Rechtsverordnung zu regeln. Diese Regelungsbefugnis umfasst insbesondere das Antragsverfahren sowie die Art und Höhe der Förderung.

Zu § 14 (Zuschlag)

Absatz 1 benennt den vorgegebenen bundesrechtlichen Fördertatbestand des § 9 Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 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 Betriebsmittelrücklagen aufbringen. Dabei sollen in der Regel Rücklagen für bestimmte Ersatzinvestitionen außer Betracht bleiben. Eine Betriebsgefährdung, die eine Förderung nach dieser Vorschrift rechtfertigt, liegt somit erst dann vor, wenn das Krankenhaus ausreichende Eigenmittel hierfür nicht aufbringen und den ihm vom Krankenhausplan zugewiesenen Aufgaben nicht nachkommen kann. 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.

Absatz 5 ermächtigt die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zum Erlass einer Rechtsverordnung zur weiteren Regelung.

Zu § 15 (Ausgleich für Eigenmittel)

Der Fördertatbestand des § 9 Absatz 2 Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird präzisiert. Der dort verankerte Ausgleichsanspruch des Krankenhausträgers für die Abnutzung der mit Eigenmitteln beschafften Anlagegüter soll dafür entschädigen, dass der Träger mit der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz die Möglichkeit verloren hat, die mit Eigenmitteln beschafften Anlagegüter abzuschreiben.

Nach den 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 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 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 z. B. selbstständiger Betriebsstätten, aus dem Krankenhausplan zu erleichtern.

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

Zu § 17 (Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen)

Absatz 1 stellt klar, dass die Senatorin 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 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes her.

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

Zu § 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 Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes über den Widerruf und die Rücknahme von Verwaltungsakten erübrigt sich eine eigene detaillierte Regelung mit Ausnahme einiger spezifischer, nur die Krankenhausförderung betreffender Vorschriften. Hierzu gehört auch die Klarstellung in Satz 2, dass die Zweckbindung der Förderung auch im Rahmen der Förderung nach § 15 zu beachten ist. Im Übrigen sind Bewilligungsbescheide ganz oder teilweise nur zu widerrufen, wenn das Krankenhaus seine durch den Krankenhausplan vorgegebenen Aufgaben nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt.

Für die Rückerstattung von Fördermitteln und die Verzinsung des Erstattungsanspruchs verweist Absatz 2 auf § 49 a des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes. Scheidet ein Krankenhaus im Einvernehmen mit der Senatorin für 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 soll sicherstellen, dass für ein Krankenhaus, das ohne eigenes Verschulden (z. B. durch Brand) die ihm zugewiesenen Aufgaben nicht mehr erfüllen kann, der Rückerstattungsbetrag den Liquidationswert nicht übersteigt.

Der Senatorin für 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 ergänzt worden. Dies dient der Absicherung des Verwendungsnachweises und der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel. Zudem wird die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ermächtigt, das Nähere zum Nachweis durch Rechtsverordnung zu regeln.

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)

Der neu eingeführte § 20 eröffnet den Krankenhäusern, die durch die Teilnahme an einem genehmigten Modellvorhaben eine geringere Investitionsförderung erhalten haben, die Möglichkeit, eine pauschale Ausgleichszahlung zu beantragen. Satz 2 ermächtigt die Senatorin

für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, das Nähere zum Verfahren und der Förderhöhe bei Modellvorhaben durch Rechtsverordnung zu regeln

Vierter Abschnitt

Grundsätze der Krankenhausbehandlung

Zu § 21 (Leistungspflicht der Krankenhäuser)

Absatz 1 regelt die vorrangige Leistungspflicht der Krankenhäuser, Patientinnen und Patienten, die stationäre Leistungen benötigen, aufzunehmen und nach Art und Schwere ihrer Krankheit medizinisch zweckmäßig und ausreichend zu versorgen. Besonders betont wird die Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten. Ihre Behandlung hat Vorrang gegenüber der Behandlung anderer Patientinnen und Patienten. Soweit eine umgehende Behandlung und Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten erforderlich ist, hat das Krankenhaus die medizinische Behandlung durchzuführen und die Patientin oder den Patienten aufzunehmen, auch wenn das Krankenhaus zum Zeitpunkt des Notfallgeschehens belegt ist.

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 Patienten in das für die Versorgung geeignete Krankenhaus erfolgt derzeit durch das webbasierte Meldesystem IVENA. Die Notfallversorgung im Rahmen des digitalisierten Verfahrens ist grundsätzlich am aktuell gültigen Versorgungsauftrag des Krankenhauses auszurichten. Dies dient dem Zweck, dass Patientinnen und Patienten direkt in das jeweils am besten geeignete Krankenhaus eingesteuert werden können und somit unnötige Verlegungen vermieden werden.

Die psychiatrische Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) ist nach Absatz 1 Satz 7 grundsätzlich Bestandteil der allgemeinen psychiatrischen Krankenhausversorgung, auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Pflichtversorgung kann jede psychiatrische vollstationäre Einrichtung leisten.

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

Durch den neu eingefügten Absatz 3 ist zur Vermeidung einer Versorgungslücke beim Übergang in die ambulante Versorgung, im Bedarfsfall eine Verordnung im Krankenhaus auszustellen. Dies gilt nicht, soweit Erkenntnisse vorliegen, dass die ambulante Versorgung gesichert ist, beispielsweise falls benötigte Arzneimittel in der eigenen Häuslichkeit bereits vorhanden sind oder Angehörige unterstützend helfen können. Die Verordnungspflicht gilt nicht, soweit eine solche Verordnung aufgrund anderer gesetzlicher und vertraglicher Bestimmungen auf Bundesebene unzulässig ist.

Krankenhäuser dürfen nach Absatz 4 auch weiterhin gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen) erbringen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass hierdurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht

beeinträchtigt wird und Wahlleistungspatientinnen und Wahlleistungspatienten gegenüber anderen Patientinnen und Patienten nicht bevorzugt behandelt werden.

Der Grundsatz der menschenwürdigen Behandlung spielt im Krankenhaus eine besondere Rolle. Er verwirklicht sich im Umgang mit Kranken und erfordert eine entsprechende Gestaltung der Betriebsabläufe. Daher ist nach Absatz 5 besonderer Wert auf patientenfreundliche Organisationsstrukturen zu legen. Dem Bedürfnis nach Schonung und Entspannung kommt der Krankenhausträger durch Aufenthaltsräume, angemessene Besuchszeiten und ähnliche Maßnahmen nach.

Nach Absatz 6 sind geeignete Maßnahmen zu treffen, um den Bedürfnissen von Migrantinnen und Migranten nach selbstbestimmter Mitwirkung in ihren gesundheitlichen Belangen Rechnung zu tragen. Hierbei wird insbesondere auf Bemühungen zur Förderung der sprachlichen Verständigung zwischen Patient/innen und Personal Bezug genommen.

Zu § 22 (Rechte von Patientinnen und Patienten)

Absatz 1 enthält eine – nicht abschließende – Aufzählung der Rechte, die Patientinnen und Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes zustehen. Hierzu gehört in erster Linie das Recht auf eine Behandlung entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen und pflegewissenschaftlichen Stand sowie auf eine umfassende schmerztherapeutische und palliativmedizinische Versorgung und die erforderliche Nachsorge (Nummer 1).

Die Recht nach Nummer 2 steht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Behandlungsprozess. Die Aufklärung und Information ist insbesondere für die Abgabe einer rechtswirksamen Einwilligung in Behandlungsmaßnahmen erforderlich. Darüber hinaus ist es notwendig, den gesamten Behandlungsprozess für die Patientinnen und Patienten transparent zu gestalten, damit diese nicht nur als Objekt behandelt werden, sondern auf einer fundierten Grundlage selbstverantwortlich Entscheidungen im Behandlungsprozess treffen können.

Die Nummern 3 und 5 betreffen die Notwendigkeit zeitnaher Dokumentation nach Behandlung und Pflege sowie das Recht des Patienten, Einsicht in seine Kranken- und Behandlungsunterlagen zu nehmen und sich hieraus Kopien anfertigen zu lassen. Entsprechende Einsichtsrechte werden den Patienten seit vielen Jahren von der Rechtsprechung zugestanden. Sie werden hier ausdrücklich aufgenommen, um die Durchsetzung für die Patientinnen und Patienten zu erleichtern. Um einen häufigen Streitpunkt zu beseitigen, wird ausdrücklich geregelt, dass das Anfertigen von Kopien aus der Krankenakte nur gegen angemessene Kostenerstattung durch die Patientin oder den Patienten erfolgt.

Nummer 4 betrifft die Selbstbestimmung bei Entscheidungen über Art und Umfang der Behandlung und über die Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen. Die Beachtung von Patientenverfügungen, in denen Patientinnen und Patienten ihren Willen formuliert haben, ist Aufgabe der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass bekannte Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten in die ärztlichen Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

Nummer 6 greift die Änderungen in § 39 Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zum Entlassmanagement auf.

Nummer 7 regelt das Recht des Patienten auf Aushändigung eines zumindest vorläufigen Arztbriefes und die Anforderungen an dessen Mindestinhalt.

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

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

Zu § 23 (Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf)

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sie sind daher nach Absatz 1 grundsätzlich in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderkliniken) zu behandeln, in denen sichergestellt ist, dass speziell für die Behandlung von Kindern aus- und weitergebildetes ärztliches und pflegerisches Personal zur Verfügung steht. Können bestimmte Erkrankungen von Kindern nicht in Kinderkliniken behandelt werden, sind die Kinder nur in Kliniken zu behandeln, die hinsichtlich der besonderen Qualifikation in der Pflege, in der ärztlichen Versorgung und bei der Unterbringung Kinderkliniken entsprechen. Möglich ist auch eine gemeinsame Behandlung von Kindern in Spezial- und Kinderklinik. Mit dieser Regelung soll der besonderen Behandlungssituation von kranken Kindern Rechnung getragen werden. Kranke Kinder benötigen besondere Zuwendung. Die Krankenhäuser sind daher verpflichtet, den Belangen kranker Kinder so weit wie möglich zu entsprechen und die Sorgeberechtigten angemessen zu beteiligen, da diese die Bedürfnisse ihres kranken Kindes am besten einschätzen und das ärztliche und pflegerische Personal zum Nutzen des Kindes unterstützen können. Aus diesem Grunde haben die Krankenhäuser auch im Rahmen ihrer Möglichkeiten bei der stationären Aufnahme eines Kindes eine diesem vertraute Begleitperson mit aufzunehmen, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist. Die schulische Förderung eines kranken Kindes wird regelhaft in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger durchgeführt.

Nach Absatz 2 sind auch bei der Behandlung behinderter, alter und dementer Patientinnen und Patienten deren besonderen Belange vom Krankenhaus zu berücksichtigen. Behinderte, alte und demente Patientinnen und Patienten fühlen sich im Krankenhaus besonders unsicher. Ihnen soll geholfen werden, diese Unsicherheit zu überwinden und in der für sie ungewohnten Umgebung des Krankenhauses ein – mit Einschränkung durch die krankenhausspezifischen Notwendigkeiten – selbstbestimmtes Leben fortzuführen. Daher sind für die Behandlung behinderter, alter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten angemessene Behandlungskonzepte im Krankenhaus vorzuhalten. Die Konzepte sind der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zur Verfügung zu stellen und zu veröffentlichen. Zusätzlich sind auf Grundlage der Konzepte regelmäßige Schulungen des Personals durchzuführen. Die Indikation für eine geriatrische Frührehabilitation (Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) soll so früh wie möglich gestellt werden. Soweit erforderlich, sollen geeignete Patientinnen und Patienten in geriatrische Einrichtungen in Wohnortnähe verlegt oder entlassen werden, um eine fachgerechte sektorübergreifende Versorgung unter Einbeziehung der wohnortnahen ambulanten Dienste zu gewährleisten.

Das Krankenhaus soll die Angehörigen nach Absatz 3 bei der Suche nach einem geeigneten Heimplatz unterstützen, soweit eine Rückkehr in die Wohnung der Patientin oder des Patienten nicht mehr möglich ist. In diesem Zusammenhang soll das Krankenhaus den Trägern der nachsorgenden sozialen, psychosozialen, pflegenden und rehabilitativen Hilfen frühzeitig die Möglichkeit einräumen, Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und dessen Angehörigen aufzunehmen, um die eigenen Einrichtungen vorzustellen und – falls von der Patientin oder vom Patienten oder nahen Angehörigen gewünscht – eine Übernahme vorbereiten. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige allein vor der für sie oft mühsamen Aufgabe stehen, im Anschluss an eine bevorstehende Krankenhausentlassung kurzfristig einen geeigneten Heimplatz zu finden. Zudem soll das Krankenhaus den Patientinnen und Patienten im Rahmen des Möglichen Informationen über Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zur Verfügung stellen, damit diese in die Lage versetzt werden, entsprechende Willenserklärungen abzugeben.

Sterben und Tod gehören zum Krankenhausalltag. Viele Menschen beenden ihr Leben dort. Absatz 4 regelt daher, dass ihre Würde angemessen über den Tod hinaus zu respektieren ist. Zum Abschiednehmen soll den Hinterbliebenen ausreichend Raum und Zeit zur Verfügung stehen. Das Krankenhauspersonal ist verpflichtet, insoweit besonders rücksichtsvoll und einfühlsam zu handeln. Dies gilt auch für Patientinnen und Patienten, die sich bei ihrer Einlieferung in das Krankenhaus bereits im Sterbeprozess befinden.

Zu § 24 (Aufgaben des Krankenhausträgers)

Absatz 1 enthält die allgemeine Regelung, dass der Krankenhausträger für die Anwendung der Regelungen dieses Gesetzes verantwortlich ist. Er hat die von ihm angestellten behandelnden Personen zu verpflichten, die Rechte der Patientinnen und Patienten im Rahmen der medizinischen Behandlung und der Pflege in seinem Krankenhaus einzuhalten. Diese Verpflichtung stellt somit das Gegenstück zu den Patientinnen und Patienten im Rahmen der Krankenhausbehandlung eingeräumten Rechten dar.

Absatz 2 enthält eine allgemein gehaltene Regelung über die Leitung des Krankenhauses sowie die Struktur und medizinische Organisation des Krankenhauses. Hier wird dem Krankenhausträger entsprechend seiner Organisationshoheit viel Freiraum gelassen. Gleiches gilt für die Organisation der Disziplinen. Ausdrücklich geregelt wird allerdings, dass psychotherapeutische Organisationseinheiten auch von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten geleitet werden können.

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

Ebenfalls zu den wichtigen Aufgaben des Krankenhausträgers zählt nach Absatz 4 die Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der verschiedenen Professionen im Krankenhaus. Der Krankenhausträger hat insofern die erforderlichen Maßnahmen zu treffen. Hierüber berichtet er in einem Aus-, Fort- und Weiterbildungsbericht alle zwei Jahre der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz. Dieser Bericht gehört zu den Instrumenten der Rechtsaufsicht durch die senatorische Dienststelle. Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz kann das Nähere dieses Berichts regeln, insbesondere zur Vergleichbarkeit der Berichte der verschiedenen Krankenhäuser eine Gliederung vorgeben.

Der Krankenhausträger hat nach Absatz 5 einen Sozialdienst im Krankenhaus zu unterhalten. Dieser hat die Aufgabe, seine Hilfe bei der sozialen Betreuung der Patientinnen und Patienten oder ihrer Angehörigen während des Krankenhausaufenthalts anzubieten, um insbesondere bei der Vermittlung nachsorgender Dienste behilflich zu sein. Die Patientinnen und Patienten sind vom Krankenhausträger hierüber zu informieren. Diese Hilfe dient auch dazu, pflegebedürftige Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus fehlplatziert sind, möglichst bald an ansprechende Pflegeeinrichtungen oder in die häusliche Pflege zu vermitteln. Wichtig ist es, dazu beizutragen, dass rechtzeitig eine notwendige Anschlussbetreuung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt. Weiter wird das Recht der Patientinnen und Patienten auf seelsorgerische Betreuung im Krankenhaus formuliert. Soweit Patientinnen und Patienten den Wunsch äußern, seelsorgerisch betreut zu werden, hat das Krankenhaus eine solche Betreuung zu vermitteln. Den Religionsgemeinschaften ist Gelegenheit zu geben, Patientinnen und Patienten auf deren Wunsch im Krankenhaus seelsorgerisch zu betreuen.

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

Nach Absatz 7 wird der Krankenhausträger zur Berücksichtigung von Belangen des Umwelt- und Klimaschutzes beim Betrieb seines Krankenhauses sowie zur regelmäßigen Zertifizierung in diesem Bereich verpflichtet. Zudem hat er für die gesunde Ernährung der Patientinnen und Patienten Sorge zu tragen. Hierfür kommt – auch unter Nachhaltigkeitsaspekten – unter anderem eine Verwendung von Lebensmitteln aus der ökologischen Landwirtschaft im Krankenhauspeiseplan in Betracht.

Zu § 25 (Zusammenarbeit der Krankenhäuser)

Zur Erfüllung der Versorgungsaufträge ist die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit im Rahmen des Krankenhausplans notwendig. Dadurch soll jederzeit die Patientenaufnahme, vor allem von Nottfällen, sichergestellt werden. Durch gemeinsame Nutzung von kostenintensiver medizinischer Technik und wirtschaftlichen Versorgungseinrichtungen soll die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser verbessert werden. Zur Erreichung dieses Ziels sollen die Krankenhäuser nach Absatz 1 nicht nur untereinander, sondern auch mit den sonstigen Beteiligten im Gesundheitswesen, insbesondere den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst, den Krankenkassen und dem oder der Landesopferbeauftragten zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit soll eine umfassende Versorgung kranker Menschen und die Vermeidung unwirtschaftlicher Mehrfachdiagnostik und -behandlung sicherstellen. Insbesondere hinsichtlich der Nutzung kostenintensiver Medizintechnik ist eine enge Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich erforderlich.

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

Der Gedanke der Kooperation hat zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dies spiegelt sich in engen Absprachen über die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens wider. Insbesondere psychiatrische Versorgungsstrukturen, rehabilitative Maßnahmen sowie die ambulante und stationäre Pflege einschließlich der Hospize ergänzen das Versorgungsangebot für die Bevölkerung. Die Krankenhäuser und die übrigen Beteiligten am Gesundheits- und Sozialwesen sollen Konkurrenzdenken in den Hintergrund stellen und gemeinsames Handeln zum Nutzen der Allgemeinheit fördern. Vor diesem Hintergrund will die Vorschrift die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens forcieren. Die Zusammenarbeit soll auch zur Rationalisierung des Verwaltungs-, Versorgungs- und sonstigen Aufwands führen. Die Möglichkeit ergibt sich in vielen Bereichen, z. B. bei Laborleistungen, Prosekturen, Apotheken, Wäschereien und Küchen bis hin zu zentralem Einkauf. Dem Gestaltungsspielraum der Kooperationspartner sind dabei wenig Grenzen gesetzt. Zwar kann jeder Krankenhausträger im Rahmen seiner Organisationshoheit den Grad der Verzahnung selbst bestimmen, das Gesetz bezweckt allerdings eine qualitativ bessere und wirtschaftlichere Nutzung gemeinsamer Einrichtungen. Vom Krankenhausrecht unabhängige Gesichtspunkte, wie etwa vergabe- oder wettbewerbsrechtliche Aspekte, bleiben unberührt, sind also nach Lage des Einzelfalles gesondert zu berücksichtigen.

Zu § 26 (Zusammenarbeit der Berufsgruppen)

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

Im Krankenhaus ist es seit langem üblich, dass Angehörige der Gesundheitsfachberufe, insbesondere Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger im Rahmen der Delegation ärztliche Aufgaben, wie z. B. Blutabnahmen und Injektionen, übernehmen. Dabei müssen selbstverständlich die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien für eine wirkungsvolle Delegation vorliegen. Absatz 2 bringt diesen Grundsatz zum Ausdruck, indem er regelt, dass Maßnahmen auch von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe vorgenommen werden dürfen, ohne dass eine ärztliche oder psychotherapeutische Anweisung im Einzelfall vorliegt, wenn sichergestellt ist, dass die handelnde Person über eine ärztlich oder psychotherapeutisch bestätigte Qualifikation verfügt. Damit kann z. B. durch einen Arzt oder eine Ärztin bzw. eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten bestätigt werden, dass einzelne Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Krankenpfleger bestimmte, genau umrissene Aufgaben bei einer Vielzahl von Patientinnen und Patienten durchführen können, etwa das Säubern von Wunden im Aufnahmebereich, das Blutentnehmen oder das Injizieren.

Zu § 27 (Großschadensereignisse und außergewöhnliche Situationen)

Diese Vorschrift regelt in Ausfüllung des § 29 Absatz 2 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes, dass jedes Krankenhaus im Lande Bremen verpflichtet ist, an der Bewältigung von Großschadensereignissen mitzuwirken. § 29 Absatz 2 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes

besagt, dass die Mitwirkung nach Vorgaben der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zu erfolgen hat. Die Regelung in diesem Gesetz konkretisiert die Bestimmung des § 29 Absatz 2 des Bremischen Hilfeleistungsgesetzes über die zu treffenden Vorgaben. Danach regelt die Senatorin für 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 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 neuartige Coronavirus 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.

Fünfter Abschnitt

Patientenschutz und Patientensicherheit

Zu § 28 Fehlermeldesystem

Mit der Regelung des neu gefassten § 28 Absatz 1 werden alle Krankenhäuser verpflichtet, ein anonymes Fehlermeldesystem einzuführen. Es soll Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 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 „Beinahefehler“). Von besonderer Bedeutung ist es, dass dabei keine Rückschlüsse auf ihre Identität gezogen werden können. Wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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 Patientinnen und Patienten 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.

Absatz 3 ermächtigt die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zum Erlass von Rechtsverordnungen zur Konkretisierung.

Zu § 29 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 Verbesserungspotential. Auch sollen jedoch Situationen erörtert werden, die nicht zu Schäden geführt haben, in denen die Patientensicherheit jedoch akut gefährdet war. Darüber hinaus ist die krankenhauserne 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.

Absatz 4 ermächtigt die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zum Erlass von Rechtsverordnungen zur Konkretisierung.

Zu § 30 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

Im Rahmen der Berufung der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher wird das bisher praktizierte Vorschlagsverfahren durch ein Ausschreibungsverfahren ersetzt.

Absatz 1 regelt, dass nach erfolgter Ausschreibung für jedes Krankenhaus für die Dauer von jeweils vier Jahren eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher zu berufen ist. Die Ausschreibung erfolgt durch den bzw. 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 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher vorzubeugen. Aus welchem Personenkreis Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher vom Krankenhausträger zu bestellen sind, wird ausdrücklich nicht geregelt.

Nach Absatz 2 ist Aufgabe der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher die Entgegennahme und Bearbeitung von Wünschen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten sowie deren naher Angehöriger und deren Vertretung gegenüber dem Krankenhaus.

Entsprechend der Regelung im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, wonach die danach eingerichtete Besuchskommission in regelmäßigen Abständen über ihre Tätigkeit berichtet, sollen auch die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher aller Krankenhäuser im Lande Bremen gegenüber der Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz jährlich einen gemeinsamen Bericht über die Lage der Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern im Lande Bremen erstellen. Sie können hierzu einen Arbeitskreis gründen. Durch den gemeinsamen Bericht wird auch die Arbeit der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher transparent gemacht. Unabhängig hiervon haben die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher über alle Sachverhalte, von denen sie im Rahmen ihrer Tätigkeit Kenntnis erhalten, Stillschweigen zu bewahren. Sinnvoll ist, dass die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher mit den Einrichtungen der Patientenberatung kooperieren, da diese Einrichtungen große Erfahrung in der Bearbeitung von Patientenbeschwerden aufweisen.

Absatz 3 stuft das Amt der Patientenfürsprecherin und des Patientenfürsprechers als Ehrenamt ein. Die Erstattung der notwendigen Auslagen und für Zeitversäumnis, aus dem sich der Ausfall von Lohn- oder Vergütungszahlungen ergibt, erfolgt durch das Krankenhaus, da es dessen Aufgabe ist, mit Patientenbeschwerden umzugehen und berechnete Wünsche von Patientinnen und Patienten 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 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 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern sowie über die Einhaltung der Vorgaben aus dieser Rechtsverordnung.

Sechster Abschnitt

Qualitätssicherung

Zu § 31 Qualitätsstandards, Qualitätsbeauftragte oder Qualitätsbeauftragter

Absatz 1 schreibt für alle Krankenhäuser bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten die Einhaltung der nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen geltenden Qualitätsstandards, sowie den Qualitätsvorgaben nach den §§ 135a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, sowie dieses Gesetzes vor. Insbesondere ist – entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung – bei der Behandlung der Facharztstandard im jeweiligen Gebiet einzuhalten. Hieraus folgt, dass bei der Behandlung aller Patientinnen und Patienten der Kenntnisstand und die Fähigkeiten eines in dem jeweiligen Gebiet weitergebildeten Arztes vorausgesetzt werden. Gleiches gilt für die gängigen Methoden der Qualitätssicherung nach § 6 Absatz 1 Nummer 5, der auf das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch verweist. Die ergänzende Bezugnahme auf die Qualitätsvorgaben des § 135a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dient der Anpassung des Landesrechts an eine Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch das Krankenhausstrukturgesetz. Die durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgesetzten unterschiedlichen qualitativen Anforderungen sind durch die Krankenhäuser zu beachten. Der Verweis auf Qualitätsvorgaben dieses Gesetzes trägt dem Umstand Rechnung, dass auch landeseigene Qualitätsvorgaben über Abs. 3 i.V.m. einer Rechtsverordnung erfolgen können, die sodann zu beachten sind.

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

Absatz 3 ermächtigt die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zum Erlass von Rechtsverordnungen. Nach Ziffer 1 können durch Rechtsverordnung weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung, sowie Qualitätsmerkmale und –indikatoren zur Umsetzung der Ziele nach § 2 Absatz 1 festgelegt werden, soweit sich diese aus anerkannten fachlichen Standards oder Leitlinien begründen lassen. Nach Nummer 2 kann auch das Nähere zum Verfahren der Überprüfung der Qualitätsstandards durch Rechtsverordnung geregelt werden. Auch durch diese Regelungen soll erreicht werden, dass die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern im Lande Bremen noch weiter gestärkt wird.

Zu § 32 Einhaltung der Hygienegrundsätze

Krankenhausinfektionen sind nachweisbar an der Verlängerung der Verweildauer beteiligt und erhöhen nach wissenschaftlichen Untersuchungen zudem das Mortalitätsrisiko der Patientinnen und Patienten. Die wirksame Bekämpfung von Krankenhausinfektionen, die im Übrigen nach dem 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 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.

Absatz 2 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 der Rechtsverordnung regeln.

Siebter Abschnitt

Rechtsaufsicht

Zu § 33 (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 Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug neben der Rechtsaufsicht nach den auch der Fachaufsicht nach § 13 Absatz 1 Satz 8 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen unterliegen. Dabei ist auch auf 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 Patientinnen und Patienten im Strafvollzug und im Rahmen des Maßregelvollzuges bleiben unberührt. Ein Instrument der Aufsicht werden die Berichte der einzelnen Krankenhäuser sein, die nach diesem Gesetz der Senatorin für 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. Absatz 3 erlegt den Krankenhäusern daher eine Duldungsverpflichtung auf. Im Rahmen der Aufsichts- und Kontrolltätigkeit dürfen die hiermit beauftragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde auch Einsicht in Patientenunterlagen nehmen, wenn dies im überwiegenden Allgemeininteresse erforderlich ist. Diese Bestimmung entspricht § 67 c Absatz 3 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch. Zur Unterbindung von mit den gesetzlichen Vorschriften nicht im Einklang stehenden Verhaltensweisen kann die Aufsichtsbehörde bei Gefahr im Verzug auch vorläufige Anordnungen treffen.

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

Zu § 34 (Maßnahmen der Rechtsaufsicht)

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

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

Zu § 35 (Unerlaubte Zuweisung gegen Entgelt)

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

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

Absatz 3 verweist für besonders schwere Fälle auf § 8 Absatz 3. Nach dieser Vorschrift kann der Bescheid über die Aufnahme eines Krankenhauses im Krankenhausplan ganz oder teilweise widerrufen werden.

Achter Abschnitt

Datenschutz

Zu § 36 (Anwendungsbereich)

Hier wird der Geltungsbereich der datenschutzrechtlichen Regelungen im Rahmen dieses Gesetzes festgelegt. 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, z. B. einer GmbH, bedienen, ein Selbstbestimmungsrecht, nämlich ihre eigenen Angelegenheiten selbständig 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 zur gewährleisten, sind die Religionsgemeinschaften aufgefordert diesem Abschnitt entsprechend Datenschutzregelungen zu treffen, soweit sie keinen Regeln unterliegen, die den Anforderungen des Art. 91 DSGVO genügen.

Zu § 37 (Definition)

In Absatz 1 werden alle personenbezogenen Angaben über die Patientinnen und Patienten 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. Dieses 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 § 38 (Verarbeitung)

Nach Art. 9 Abs. 1 DSGVO ist die Verarbeitung von Patientendaten untersagt. Dies gilt jedoch nicht, sofern die Verarbeitung für Zwecke der Gesundheitsvorsorge oder der Arbeitsmedizin, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, für die medizinische Diagnostik, die 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 (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO) oder sofern 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 (Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO), erforderlich ist. In § 38 dieses Gesetzes wird der in der DSGVO gesetzte Rahmen ergänzt. Dabei wird der Grundsatz des Art. 5 Absatz 1 c DSGVO beachtet. Danach müssen personenbezogene Daten dem Zweck angemessen und erheblich sowie auf das für die Zwecke der Verarbeitung notwendige Maß beschränkt sein („Datenminimierung“).

Damit die Verarbeitung von Patientendaten rechtmäßig ist, dürfen sie nur aufgrund einer Rechtsgrundlage verarbeitet werden oder, wenn die betroffene Person eingewilligt hat.

In Absatz 1, Ziffern 1 und 2 wird die Verarbeitung personenbezogener Daten als rechtmäßig angesehen, weil sie erforderlich ist, um lebenswichtige Interessen der Patientin oder des Patienten zu schützen (Erwägungsgrund 46). Die medizinische Dokumentationspflicht umfasst alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen wie z.B. Ärzte und Ärztinnen, Pfleger und Pflegerinnen, Sozialdienst, Psychologen und Psychologinnen etc. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Diese Dokumentationspflicht gilt auch für externe Dienstleister (z.B. Ärzte und Ärztinnen von außen).

Ziffer 3 erlaubt die Datenverarbeitung zu lebenswichtigen Interessen der betroffenen Person. So kann beispielsweise die Verarbeitung für humanitäre Zwecke einschließlich der Überwachung von Epidemien und deren Ausbreitung oder in humanitären Notfällen insbesondere bei Naturkatastrophen oder vom Menschen verursachten Katastrophen erforderlich sein (Erwägungsgrund 46).

Ziffer 4 erlaubt die Datenverarbeitung im Zusammenhang mit der Ausbildung in Gesundheitsbereichen. Die Ausbildung von Personal in Heil- und Pflegeberufen kann nur an einer Patientin oder am Patienten erfolgen.

Ziffer 5 erlaubt die Verarbeitung von Daten, wenn sie der Qualitätssicherung dient. Zu den qualitätssichernden Maßnahmen gehören auch Zertifizierungen.

Ziffer 6 erlaubt die Verarbeitung von Daten, wenn sie zur verwaltungsmäßigen Abwicklung des Behandlungsverhältnisses, insbesondere zur Abrechnung der erbrachten Leistungen, einschließlich belegärztlicher und wahlärztlicher Leistungen, erfolgt.

Nach Satz 2 soll 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.

Absatz 2 stellt sicher, dass nur die in dem Krankenhaus tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Patientendaten einsehen und verarbeiten dürfen, soweit dies für die rechtmäßige Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben erforderlich ist.

Zu § 39 (Verarbeitung von Patientendaten zu Forschungszwecken)

§ 39 enthält die grundlegende Regelung für die Verarbeitung von Patientendaten für Forschungsvorhaben.

Die Verwendung von Patientendaten zur Eigenforschung stellt einen Grundrechtseingriff dar. Eine Verwendung von Patientendaten durch Krankenhausärzte, Krankenhausärztinnen oder sonstiges wissenschaftliches Personal der Einrichtung ohne Einwilligung des Patienten oder der Patientin ist nur unter den einschränkenden Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 2 erlaubt.

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 des Patienten oder der Patientin 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 § 40 (Übermitteln von Patientendaten an Stellen außerhalb des Krankenhauses)

Nach Artikel 9 Abs. 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 (vgl. 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/Albers/Veit, 27. Ed. 1.5.2018, DS-GVO Art. 9 Rn. 77). 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/Albers/Veit, 27. Ed. 1.5.2018, DS-GVO Art. 9 Rn. 79).

Nach Artikel 9 Abs. 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. Die Übermittlung dient der medizinischen Diagnostik, der Versorgung oder Behandlung von Patientinnen und Patienten sowie der Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- oder Sozialbereich. Darüber hinaus wird die Übermittlung von Daten an Dritte 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 für zulässig erklärt. Das Krankenhauspersonal unterliegt 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 bzw. des betroffenen Patienten zulässig ist.

Zu § 41 (Datenverarbeitung im Auftrag)

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 Fallgestaltungen einer Auftragsdatenverarbeitung geregelt. Hierbei handelt es sich um alternative Voraussetzungen einer Auftragsverarbeitung.

In Absatz 2 wird klargestellt, dass der Auftragsverarbeiter die Datenschutzbestimmungen dieses Gesetzes und die Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch 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 § 42 (Betriebsaufgabe)

In § 42 wird der Fall einer Betriebsaufgabe eines Krankenhauses geregelt.

In Absatz 1 wird sichergestellt, dass die Daten im Falle einer Insolvenz nach Maßgabe dieses Gesetzes weiterverarbeitet werden.

Nach Absatz 2 sind die datenschutzrechtlichen Vorschriften dieses Gesetzes im Rahmen der weiteren Verarbeitung der Patientendaten einzuhalten. Zudem sind die Einsichts- und Auskunftsrechte der Patientinnen und Patienten für die Dauer von mindestens zehn Jahren weiterhin unter den gleichen Voraussetzungen wie im Krankenhaus sicherzustellen.

Zu § 43 (Löschung und Einschränkung der Verarbeitung)

In § 43 werden ergänzende Regelungen zur Löschung und Einschränkung der Verarbeitung im Sinne von Artikel 18 der DSGVO aufgenommen.

Neunter Abschnitt

Ordnungswidrigkeiten

Zu § 44 (Ordnungswidrigkeiten)

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

Nach Absatz 2 kann die Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße bis zu 50 000 Euro geahndet werden. Eine derartige Bußgeldhöhe kann im Landesrecht festgesetzt werden. Sie wird als erforderlich, aber auch als ausreichend angesehen, um Verstöße gegen die in Absatz 1 genannten Ordnungswidrigkeitstatbestände durch die verantwortliche Leiterin oder den verantwortlichen Leiter eines Krankenhauses zu ahnden.

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

Zehnter Abschnitt

Schlussbestimmungen

Zu § 45 (Übergangsregelungen)

Um einen reibungslosen Übergang auf die Vorschriften des neuen Bremischen Krankenhausgesetzes zu ermöglichen, gilt nach Absatz 1 bei Inkrafttreten dieses Gesetzes der Krankenhausplan zur Neuerstellung oder Fortschreibung nach dem neuen Gesetz weiter. Damit ist sichergestellt, dass im Rahmen der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung keine zeitliche Lücke entsteht. Zudem sind nach Absatz 2 für Investitionsprojekte, die in das Investitionsprogramm 2020 aufgenommen worden sind, die §§ 8 – 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, weiter anzuwenden.

Zu § 46 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Diese Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes sowie das Außerkrafttreten 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 und des Bremischen Krankenhausdatenschutzgesetzes.

Beschlussempfehlung: