

Sächsischer Landtag
7. Wahlperiode

Gesetzentwurf

der **Staatsregierung**

Thema: **Sächsisches Krankenhausgesetz (SächsKHG)**

Vorblatt

zum Entwurf des Sächsischen Krankenhausgesetzes (SächsKHG)

A. Zielstellung

Das Sächsische Krankenhausgesetz soll novelliert werden. Gleichzeitig wird das bisherige Gesetz zur Neuordnung des Krankenhauswesens (Sächsisches Krankenhausgesetz – SächsKHG) außer Kraft gesetzt, welches seit dem 1. September 1993 in Kraft ist und seitdem lediglich kleinere Änderungen in verschiedenen Paragraphen erfahren hat.

Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf aktuelle Entwicklungen und zukünftige Bedarfe – wie zum Beispiel Demografie, Fachkräftebedarf, Digitalisierung und vielem mehr – gilt es daher, die stationäre Versorgung im Freistaat Sachsen weiter zu entwickeln und das Sächsische Krankenhausgesetz nach nun beinahe 30 Jahren umfassend zu novellieren.

Entsprechend dem von der Sächsischen Union, den sächsischen Bündnisgrünen und der Sozialdemokratie Sachsen für die 7. Legislaturperiode geschlossenen Koalitionsvertrag hat dabei im Zeitraum vom Januar bis Mai 2021 zunächst die „Zukunftswerkstatt für ein neues Krankenhausgesetz“ stattgefunden, deren Ergebnisse im Rahmen der Novellierung des sächsischen Krankenhausgesetzes Berücksichtigung finden sollen. Dabei handelte es sich um einen transparenten Prozess, in dem verschiedene Akteure insbesondere aus Bereichen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens gemeinsam mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt offen und kreativ über Probleme sowie Lösungen diskutiert haben. Im Rahmen der Zukunftswerkstatt wurden von den Teilnehmern verschiedene Kernpunkte wie ein gemeinsames Zielbild, eine gelebte Vernetzung, eine Stärkung der Digitalisierung, eine Regionalisierung, eine Patientenfokussierung, die Qualitätsaspekte, eine ausreichende Finanzierung sowie eine transparente Kommunikation als prioritäre Erfordernisse herausgearbeitet.

Der Zukunftswerkstatt folgte mit dem „Zielbild 2030 – Sächsische Krankenhausversorgungslandschaft im Wandel“ ein weiterer wichtiger Schritt. Dieses wurde von der Krankenhausgesellschaft Sachsen, Krankenkassen, der Sächsischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, dem Sächsischen Landkreistag und dem Sächsischen Städte- und Gemeindetag erarbeitet und beschreibt, wie die Gesundheitsversorgung in Sachsen bis 2030 aussehen soll.

Parallel zum Anhörungsverfahren wurde am 23. März 2022 zudem ein weiterer Workshop veranstaltet, in dem im Sinne einer Werkstatt-Nachlese auf das zurückgeblickt wurde, was seit der „Zukunftswerkstatt für ein neues Sächsisches Krankenhausgesetz“ passiert ist. So wurden sowohl das Zielbild als auch der Referentenentwurf beleuchtet und Raum für Fragen und einen offenen Meinungs austausch geboten.

Sämtliche Unterlagen der Zukunftswerkstatt, einschließlich der Dokumente zur Nachlese vom 23. März 2022, können im Beteiligungsportal des Freistaates Sachsen unter dem folgenden Link eingesehen werden: <https://mitdenken.sachsen.de/-MaKdv4K2>

Im Rahmen der Novellierung des Sächsischen Krankenhausgesetzes werden die Kernpunkte der Zukunftswerkstatt und das Zielbild aufgegriffen, soweit dies im Rahmen der Erarbeitung gesetzlicher Regelungen möglich ist.

Ziel ist es, im Freistaat Sachsen auch im Jahre 2030 und darüber hinaus eine gute Krankenhausversorgung vorzuhalten, die insbesondere auf Leistungsfähigkeit, Vernetzung sowie Patientenorientierung beruht. Ausgerichtet an diesen Kriterien wird der Freistaat Sachsen weiterhin über eine effiziente, leistungsfähige und attraktive mit anderen Leistungserbringern gut vernetzte Krankenhauslandschaft verfügen, die eine hohe Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten bietet. Dafür ist die Krankenhauslandschaft durch eine aktiv gestaltende Krankenhausplanung und eine sachgerechte Investitionskostenförderung in Verantwortung des Freistaates Sachsen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Der Freistaat Sachsen wird damit weiterhin eine Pionierrolle einnehmen und für Strukturen sorgen, die – wie bisher – deutschlandweit als Benchmark dienen können.

Mit dem Sächsischen Krankenhausgesetz wird dafür der rechtliche Rahmen geschaffen.

B. Wesentlicher Inhalt

Mit dem Sächsischen Krankenhausgesetz werden vor allem nähere Regelungen für die Krankenhausplanung und die Investitionskostenförderung erlassen. Das Gesetz enthält darüber hinaus Vorgaben an die innere Organisation der Krankenhäuser und besondere Verpflichtungen wie zum Beispiel zum Patientendatenschutz.

Dabei greift es schwerpunktmäßig folgende Regelungen neu auf beziehungsweise behält folgende bewährte Regelungen bei:

- Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer wird stärker in den Vordergrund gerückt und damit der Blick auf sektorenübergreifende Strukturen und Kooperationen gerichtet. Ein Nebeneinanderher-Agieren wird künftig immer weniger funktionieren; der Ausbau und das Leben von Kooperationen wird immer wichtiger werden, um die Versorgung sicherzustellen. Das hat auch die Corona-Pandemie gezeigt. Digitale Lösungen sollen dabei Schnittstellen- und Kommunikationshemmnisse überwinden helfen.
- Beibehalten wird der Grundsatz einer abgestuften Krankenhauslandschaft, d.h. eines funktional abgestuften Netzes möglichst gleichmäßig über das Gebiet des Freistaates Sachsen verteilter einander ergänzender Krankenhäuser.
- Beibehalten werden daher die Versorgungsstufen der Krankenhäuser der Regel-, Schwer- und Maximalversorgung sowie der Fachkrankenhäuser. Darüber hinaus wird eine Möglichkeit zur Ausweisung von Gesundheitszentren im Krankenhausplan geschaffen. Es bedarf zwar unbedingt bundesrechtlicher Rahmenbedingungen von Gesundheitszentren, auf Landesebene soll aber bereits jetzt ein wichtiger Impuls gesetzt werden. Regelungen, die in die Planung, Zulassung und Finanzierung des ambulanten Bereiches (darunter auch Medizinische Versorgungszentren, Poliklinik) eingreifen, sind dem Landesgesetzgeber versperrt.
- Beibehalten wird auch die grundsätzlich auf Betten und Fachrichtungen basierende Planungssystematik. Es wird aber auch eine Krankenhausplanung auf der Grundlage einer anderen Planungssystematik wie zum Beispiel auf Basis von Leistungen und Leistungsbereichen ermöglicht.
- Beibehalten wird die Möglichkeit zur Aufstellung von Fachprogrammen und deren Integration in die Krankenhausplanung. Auch ohne eine grundlegend veränderte Planungssystematik bleibt es so möglich, in einzelnen Leistungsbereichen Versorgungsaufträge krankenhauplanerisch stärker zu differenzieren.
- Neu werden Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren eingeführt und auch die Möglichkeit für weitere Qualitätsanforderungen des Landes geschaffen.
- Neu werden Regionalkonferenzen ermöglicht und in die Krankenhausplanung einbezogen, in denen die Akteure vor Ort regionale Entwicklungsstrategien in Bezug auf konkrete planerischen Schwerpunkte ihrer jeweiligen Region gemeinsam erörtern und entwickeln können.
- Beibehalten wird die klassische Investitionskostenförderung mit den beiden Säulen – der Einzel- und der Pauschalförderung.
- Dabei wird die Digitalisierung explizit berücksichtigt. Investitionsmittel zur Verbesserung der Informationssicherheit und des Digitalisierungs- und Vernetzungsgrades der Krankenhäuser werden als Teil der Pauschalförderung in die Investitionsfinanzierung des Landes aufgenommen. Außerdem können Investitionen vom Stand der Digitalisierung des Krankenhauses abhängig gemacht werden.
- Im Rahmen der Pauschalförderung werden durch Zuschläge zudem finanzielle Anreize für Kooperationen mit anderen Krankenhäusern sowie die Aufgaben der Weiterbildung und der Qualitätssicherung geschaffen.
- Neu ist auch eine Rechtsgrundlage für Modellvorhaben von Krankenhausträgern. So können neue Vorhaben, die noch nicht von der Regelfinanzierung umfasst sind, gefördert und erprobt werden.

- Insgesamt wird stärker hervorgehoben, dass die Patientin und der Patient im Zentrum der Versorgung stehen, und so wird zum Beispiel der Sozialdienst gestärkt.

C. Alternativen

Es gibt keine anderen Möglichkeiten, das Regelungsziel zu erreichen. Die unveränderte Fortgeltung oder lediglich punktuelle Anpassungen des aktuell gültigen Sächsischen Krankenhausgesetzes sind keine ernsthaften Alternativen.

D. Folgewirkungen und Kosten

I. Ergebnis des Demografietests

Es besteht eine direkte Wirkbeziehung zwischen der bisherigen und prognostizierten Bevölkerungsentwicklung und dem Sächsischen Krankenhausgesetz. Die demografische Entwicklung macht es erforderlich, dass die Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft ständige Aufgabe ist und bleibt. Grundsätzlich lassen sich dabei vor allem Handlungsbedarfe im Rahmen der Entwicklung der zu versorgenden Bevölkerung sowie des dafür zur Verfügung stehenden Fachkräftepotentials identifizieren.

Ziel des Sächsischen Krankenhausgesetzes ist es, dass der Freistaat Sachsen – trotz der demografischen Herausforderungen – auch in Zukunft über eine effiziente, leistungsfähige und attraktive mit anderen Leistungserbringern gut vernetzte Krankenhauslandschaft verfügt, die eine hohe Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten bietet.

II. Haushaltsauswirkungen ohne Erfüllungsaufwand (vgl. Kostenblatt)

Es ergeben sich keine unmittelbaren Haushaltsauswirkungen aufgrund des Gesetzes. Die Mittel der Krankenhaus-Investitionskostenförderung sind im Haushaltsplan veranschlagt. Hierbei handelt es sich um eine gesetzliche Aufgabe des Landes.

III. Darstellung des Erfüllungsaufwands, sofern ein Prüfungsrecht des SächsNKR besteht (andernfalls Begründung, warum das Prüfungsrecht entfällt)

1. Erfüllungsaufwand für Bürger

Die Regelungen haben zwar indirekt Folgewirkungen für die Bevölkerung des Freistaates Sachsen, es entsteht jedoch kein Erfüllungsaufwand für die Bürger.

2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Regelungen gelten auch für Krankenhäuser in privater Trägerschaft.

Die Pflicht, schriftliche Vereinbarungen über die Zusammenarbeit zu schließen (§ 3 Absatz 3 des Entwurfes), ist mit Erfüllungsaufwand verbunden. Zwischen Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern finden jedoch bereits bisher Kooperationen statt und es sind auch bereits bisher Vereinbarungen zu treffen (§ 27 Absatz 1 Satz 2 des derzeit gültigen SächsKHG). Dabei wird davon ausgegangen, dass Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern bereits bisher in der Regel schriftlich abgeschlossen wurden, um die jeweiligen Rechte und Pflichten zu verankern. Ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand fällt somit kaum an. Die Pflicht ist jedoch erforderlich, um das Erfordernis von Zusammenarbeit als solches hervorzuheben. Zudem können formlose, mündliche, nicht nachweisbare Vereinbarungen als Kriterium einer rechtssicheren Auswahlentscheidung nicht genügen.

Im Bereich der Krankenhausplanung kann sich der Erfüllungsaufwand erhöhen, wenn Regionalkonferenzen gebildet werden (§ 8 des Entwurfes). Hier gehören als Mitglieder die Träger der Krankenhäuser in dem jeweiligen Landkreis oder der jeweiligen Kreisfreien Stadt sowie weitere Akteure an. Es entsteht somit Erfüllungsaufwand für die Mitarbeit. Die Regionalkonferenzen befassen sich jedoch mit Schwerpunkten anstatt generell formell in den Planungsprozess einge-

bunden zu sein und sind somit auch nicht flächendeckend zu bilden. Der Grad des Erfüllungsaufwandes ist daher abhängig von der Anzahl der Regionalkonferenzen sowie der Intensität derer Beratungen und kann daher nicht näher beziffert werden.

Mit der Anzeigepflicht von krankenhauserisch bedeutsamen Maßnahmen (§ 10 Absatz 1 des Entwurfes) geht eine Fristsetzung aber kein nennenswerter Erfüllungsaufwand einher, da diese Maßnahmen spätestens dem krankenhauserischen Verfahren unterliegen.

Im Übrigen ist das Verfahren der Krankenhausplanung bereits bisher mit entsprechendem Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser verbunden (insbesondere Antragsstellung einschließlich Erarbeitung von Konzepten, Darlegung der für die Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit und ggf. auch für Auswahlentscheidungen erforderlichen Kriterien [vgl. § 9 Absatz 2 des Entwurfes]).

Im Bereich der Krankenhausinvestitionsförderung erhöht sich der Erfüllungsaufwand für die Krankenhauserträger nicht. Neu ist zwar die Pflicht zur Übermittlung der strukturierten Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Umsetzungsstandes digitaler Maßnahmen nach § 14b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (§ 13 Absatz 2 des Entwurfes) sowie die Pflicht zur Vorlage der Zielplanung (§ 14 Absatz 2 des Entwurfes). Mit der Ausgestaltung des bisherigen Fördergegenstandes „Digitale Ertüchtigung von Krankenhäusern“ nach Großbuchstabe B der Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur nachhaltigen Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Freistaat Sachsen (RL eHealthSax) vom 5. März 2019 als Zuschlag der Pauschalförderung (§ 15 Absatz 4 Nummer 4 des Entwurfes) fällt jedoch für die Krankenhauserträger die Antragstellung nach der Richtlinie weg.

Für die Durchführung von nach § 22 geförderten Modellvorhaben kann ggf. Erfüllungsaufwand entstehen.

Bereits bisher hatte jedes Krankenhaus bei Kleinkindern den größtmöglichen Kontakt mit den Erziehungsberechtigten zu gewähren. Diese Regelung wird auf Kinder und Jugendliche erweitert (§ 25 Absatz 4). Hierdurch entsteht nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand (organisatorischer Mehraufwand).

Mit der Vorhaltung von Stellen zur Entgegennahme von Beschwerden und Anzeigen von Patienten und Mitarbeitern sowie deren Mitteilung an die Aufsichtsbehörde und Information auf der Internetseite (§ 25 Absatz 5) entsteht kein nennenswerter zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Die Krankenhauserträger waren bisher bereits dazu verpflichtet, Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Beschwerden von Patientinnen und Patienten durch eine unabhängige Stelle zu treffen. Die Regelung zu der Stelle zur Entgegennahme und Bearbeitung von Mängelanzeigen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kann im Übrigen dazu beitragen, dass unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Diagnose und Behandlung von Erkrankungen vermieden und damit Kosten eingespart werden können.

Für den Sozialdienst in den Krankenhäusern werden in § 26 Absatz 3 Qualifikationsanforderungen für die Beschäftigten festgelegt und auf die laut den Fachgesellschaften erforderliche Anzahl verwiesen, jedoch auf die bisher starr normierte Zahl von i.d.R. wenigstens einem hauptamtlichen Mitarbeiter je 400 Patienten (§ 23 Absatz 6 Satz 2 des derzeit gültigen SächsKHG) verzichtet. Ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand fällt somit nicht an.

§ 31 Absatz 3 wurde laut Gesetzesbegründung um die Pflicht der Krankenhäuser zur Vorlage von Unterlagen an die zuständige Aufsichtsbehörde ergänzt. Hierdurch entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand, da bereits bisher die Verpflichtung zur Auskunft in aller Regel durch die Vorlage von Unterlagen erfüllt wurde.

Für die in § 34 vorgeschriebene Evaluation entsteht für die Krankenhäuser kein Erfüllungsaufwand.

3. Erfüllungsaufwand der Verwaltung

a) Freistaat Sachsen

Betroffen sind zum einen die Krankenhäuser in Trägerschaft des Freistaates sowie die Universitätsklinika. Es gelten die gleichen Ausführungen wie zu den Krankenhäusern in privater Trägerschaft (siehe oben unter b) zu § 3, zur Krankenhausplanung inklusive § 8, zur Krankenhausinvestitionsförderung (außer Universitätsklinika), zu §§ 22, 25, 26 und 34.

Betroffen ist zum anderen das zuständige Staatsministerium.

Im Bereich der Krankenhausplanung erhöht sich der Verwaltungsaufwand nicht unmittelbar, da die Planungssystematik (Betten, Fachrichtungen) grundsätzlich beibehalten wird.

Der Aufwand kann sich jedoch (ggf. auch erheblich) erhöhen, wenn eine andere Planungssystematik eingeführt wird. Der Grad des Erfüllungsaufwandes ist abhängig von der Art der durch Rechtsverordnung zu regelnden Systematik und kann daher nicht näher beziffert werden.

Die Durchführung von Regionalkonferenzen kann ebenfalls zu einer Erhöhung des Verwaltungsaufwandes führen. Der Grad des Erfüllungsaufwandes ist dabei abhängig von der Anzahl der Regionalkonferenzen, der Intensität derer Beratungen sowie der Anzahl der Teilnahme des Sozialministeriums und kann daher nicht näher beziffert werden.

Die Regelung in § 9 Absatz 6 (Rechtsbehelfe gegen den Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan haben keine aufschiebende Wirkung) führt zu einer Aufwandsminderung, da andernfalls die Anordnung des sofortigen Vollzuges gesondert zu erfolgen hat.

Im Bereich der Krankenhausinvestitionskostenförderung erhöht sich der Verwaltungsaufwand nicht, da die Einzel- und Pauschalförderung beibehalten wird und eine Verfahrensoptimierung insbesondere im Rahmen der neu zu erlassenden Pauschalförderungsverordnung angestrebt wird. Die Regelung zu den Modellvorhaben (§ 22) erhöht den Verwaltungsaufwand nicht, da Zuwendungen bereits bisher im Rahmen des üblichen Haushaltsrechts möglich sind.

Für die in § 34 vorgeschriebene Evaluation entsteht ein Erfüllungsaufwand. Dieser ist nicht quantifizierbar, da er sich insbesondere danach bemisst, ob Regionalkonferenzen gebildet wurden und wenn ja, wie viele und in welchem Ausmaß. Zudem ist dies abhängig von: Detaillierungsgrad der Evaluierung, interne oder externe Evaluierung, Wahl des Untersuchungsdesigns und der Erhebungsverfahren.

b) Kommunen

Betroffen sind die Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft. Es gelten die gleichen Ausführungen wie zu den Krankenhäusern in privater Trägerschaft (siehe oben unter b) zu § 3, zur Krankenhausplanung inklusive § 8, zur Krankenhausinvestitionsförderung, zu §§ 22, 25, 26 und 34.

Darüber hinaus gehören die Landkreise und Kreisfreien Städte den Regionalkonferenzen (§ 8) als Mitglieder an. Auch die kommunalen Spitzenverbände können beteiligt werden. Es entsteht somit Erfüllungsaufwand für die Mitarbeit. Der Grad des Erfüllungsaufwandes ist dabei abhängig von der Anzahl der Regionalkonferenzen sowie der Intensität derer Beratungen und kann daher nicht näher beziffert werden.

c) Sonstige

Den Regionalkonferenzen (§ 8) gehören auch die Landesverbände der Krankenkassen in Sachsen, der Verband der Ersatzkassen in Sachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen an. Weitere Institutionen und Personen, wie zum Beispiel die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Sächsische Landesärztekammer, können beteiligt werden. Es entsteht somit Erfüllungsaufwand für die Mitarbeit. Der Grad des Erfüllungsaufwandes ist dabei abhängig von der Anzahl der Regionalkonferenzen sowie der Intensität derer Beratungen und kann daher nicht näher beziffert werden.

IV. Weitere Wirkungen, insbesondere sonstige Kosten für die Wirtschaft oder soziale Sicherungssysteme sowie Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau

Es ergeben sich indirekte Folgewirkungen auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung. Über die Gestaltung effizienter, leistungsfähiger und attraktiver Krankenhausstrukturen kann der Freistaat Sachsen zu sozial tragbaren Pflegesätzen und Entgelten beitragen.

E. Gleichstellungspolitische Relevanz

In den Regelungen des Sächsischen Krankenhausgesetzes wurde die sprachliche Gleichbehandlung von Frauen und Männern berücksichtigt.

F. Zuständigkeit

Kostenblatt zum „Sächsischen Krankenhausgesetz (SächsKHG)“

Übersicht über die Auswirkungen

- auf den Staatshaushalt (I.),
- die Mittelfristige Finanzplanung (I.),
- die kommunalen Haushalte (II.) und
- Bürger und Unternehmen (IV.).

I. Auswirkungen auf den Landeshaushalt/Mittelfristige Finanzplanung

Kosten der vorgeschlagenen Maßnahme und damit verbundene Einnahmen (in T€):

Haushalts-/Planungsjahr	Ausgaben		Einnahmen	
	insgesamt	davon bereits im Haushalt/Mipla enthalten	insgesamt	davon bereits im Haushalt/Mipla enthalten
2022	119.450,00	119.450,00	0	0
2023	119.450,00	119.450,00	0	0
2024	119.450,00	119.450,00	0	0
2025	119.450,00	119.450,00	0	0

II. Auswirkungen auf die Haushalte der Gemeinden, Landkreise und Kreisfreien Städte (in T€):

Jahr	Gemeinden		Landkreise		Kreisfreie Städte	
	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen
2022	0	0	0	0	0	0
2023	0	0	0	0	0	0
2024	0	0	0	0	0	0
2025	0	0	0	0	0	0

III. Stellen

Für die vorgeschlagenen Maßnahmen sind folgende Stellen erforderlich:

2022	2023	2024	2025
0	0	0	0

davon bereits im Haushalt oder Mipla enthalten:

2022	2023	2024	2025
0	0	0	0

IV. Bemerkungen

--

Sächsisches Krankenhausgesetz (SächsKHG)

Vom ...

Der Sächsische Landtag hat am ... das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1

Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Grundsätze
- § 2 Anwendungsbereich
- § 3 Zusammenarbeit

Abschnitt 2

Krankenhausplanung

- § 4 Aufgabe der Krankenhausplanung
- § 5 Krankenhausplan
- § 6 Versorgungsstufen für Allgemeinkrankenhäuser und Fachkrankenhäuser
- § 7 Sächsischer Krankenhausplanungsausschuss
- § 8 Regionalkonferenzen
- § 9 Aufnahme in den Krankenhausplan
- § 10 Sicherung der Krankenhausplanung

Abschnitt 3

Investitionskostenförderung und Modellvorhaben

- § 11 Grundsätze der Förderung
- § 12 Beteiligung an der Aufbringung der Mittel
- § 13 Investitionsprogramm
- § 14 Einzelförderung
- § 15 Pauschale Förderung
- § 16 Förderung der Nutzung von Anlagegütern
- § 17 Ausgleich für Eigenkapital
- § 18 Förderung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben
- § 19 Pflichten der Krankenhausträger, Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen
- § 20 Rücknahme und Widerruf von Bewilligungsbescheiden, Erstattung von Fördermitteln
- § 21 Verwendungsnachweisprüfung
- § 22 Modellvorhaben

Abschnitt 4

Innere Organisation und besondere Pflichten der Krankenhäuser

- § 23 Innere Organisation
- § 24 Arzneimittelkommission
- § 25 Patientinnen und Patienten im Krankenhaus
- § 26 Sozialdienst
- § 27 Dienst- und Aufnahmebereitschaft, Alarm- und Einsatzpläne
- § 28 Datenschutz

- § 29 Datenschutz bei Forschungsvorhaben
- § 30 Einschränkung von Grundrechten

Abschnitt 5

Krankenhausaufsicht, Zuständigkeiten und Kosten

- § 31 Krankenhausaufsicht
- § 32 Zuständigkeiten
- § 33 Kosten

Abschnitt 6

Schlussbestimmungen

- § 34 Evaluation
- § 35 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Abschnitt 1

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Grundsätze

(1) Bei der Anwendung dieses Gesetzes sind folgende Grundsätze zu beachten:

1. im Freistaat Sachsen soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern gewährleistet und dadurch zu sozial tragbaren Pflegesätzen und Entgelten beigetragen werden,
2. die Patientenversorgung soll unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte, der Morbidität und der demografischen Entwicklung durch ein funktional abgestuftes Netz möglichst gleichmäßig über das Gebiet des Freistaates Sachsen verteilter einander ergänzender Krankenhäuser sichergestellt und patientenzentriert organisiert werden.

(2) Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe. Findet sich kein anderer geeigneter Träger, sind die Landkreise oder Kreisfreien Städte verpflichtet, bedarfsgerechte Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben oder weiterzuentwickeln.

§ 2

Anwendungsbereich

(1) Soweit nichts anderes bestimmt ist, gilt dieses Gesetz für alle Krankenhäuser im Freistaat Sachsen, die förderfähig sind nach § 8 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 473) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Dieses Gesetz gilt mit Ausnahme des Abschnittes 3 und des § 23 auch für Universitätsklinika und deren klinische Einrichtungen, soweit sie der Versorgung der Bevölkerung dienen. Die Vorschriften des Universitätsklinika-Gesetzes vom 6. Mai 1999 (Sächs-GVBl. S. 207), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 21. Mai 2021 (Sächs-GVBl. S. 578) geändert worden ist, bleiben unberührt.

(3) § 23 Absatz 2 gilt nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden.

(4) Die Abschnitte 1 bis 3 gelten mit Ausnahme von § 15 Absatz 1 und 4 bis 7 sowie der §§ 17 und 18 für die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten im Sinne von § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.

§ 3

Zusammenarbeit

(1) Die Krankenhäuser, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, andere Leistungserbringer der gesundheitlichen Versorgung, der öffentliche Gesundheitsdienst, die sonstigen Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens, der Rettungsdienst, die integrierten Regionalleitstellen sowie die Krankenkassen und anderen Leistungsträger der gesundheitlichen Versorgung sollen zusammenwirken.

(2) Die Leistungserbringer und Leistungsträger der gesundheitlichen Versorgung sind zur Zusammenarbeit mit dem Ziel einer patientenzentrierten und patientenfreundlichen sowie qualitativ hochwertigen Versorgung verpflichtet. Sie sollen sicherstellen, dass Schnittstellen- und Kommunikationshemmnisse durch die Nutzung digitaler Lösungen, die dem aktuellen Stand der Technik entsprechen, vermieden und abgebaut werden.

(3) Die Krankenhäuser sind ihrem Versorgungsauftrag entsprechend zur Zusammenarbeit untereinander und mit anderen in Absatz 1 genannten Personen und Institutionen verpflichtet. Über die Zusammenarbeit sind schriftliche Vereinbarungen zu schließen. Die Zusammenarbeit soll der Steigerung der Qualität, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit dienen und sich insbesondere erstrecken auf

1. die Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten,
2. die Wahrnehmung besonderer Aufgaben im Zusammenhang mit der Dokumentation und der Nachsorge im Zusammenwirken mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten,
3. die Verteilung der aufzunehmenden Patientinnen und Patienten,
4. die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,
5. die Mitwirkung bei der Schwangerenbetreuung,
6. die Aufnahme- und Dienstbereitschaft sowie deren Erweiterungsfähigkeit bei einem Großschadensereignis nach § 11 Absatz 2 und 3 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz vom 24. Juni 2004 (Sächs-GVBl. S. 245, 647), das zuletzt durch das Gesetz vom 25. Juni 2019 (Sächs-GVBl. S. 521) geändert worden ist,
7. die Mitwirkung an der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst nach § 28 Absatz 3 Satz 1 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz,
8. Rationalisierungsmaßnahmen,
9. die Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte,
10. die Nutzung medizinischer oder wirtschaftlicher Einrichtungen,
11. die Aus-, Fort- und Weiterbildung in ärztlichen, psychotherapeutischen und vergleichbaren akademischen Berufen sowie Gesundheitsfachberufen,
12. die Errichtung und den Betrieb zentraler Krankenhausapotheken,
13. die vorübergehende personelle Unterstützung eines Krankenhauses insbesondere unter Nutzung telemedizinischer oder ähnlicher durch Informations- und Kommunikationstechnologien gestützter Netzwerkstrukturen.

(4) Wenn eine besondere Gefährdungslage für die gesundheitliche Versorgung auftritt, kann das zuständige Staatsministerium anordnen, dass ein oder mehrere Krankenhäuser zeitlich befristet bestimmte koordinierende Aufgaben zur Bewältigung der besonderen Gefährdungslage erfüllen und andere Krankenhäuser mit ihnen zusammenarbeiten haben. Eine solche Gefährdungslage liegt insbesondere vor im Fall

1. einer epidemischen Lage im Sinne des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 473) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung,
2. von kurzfristig erforderlichen Evakuierungen von Krankenhäusern oder
3. einer aus sonstigen Gründen weit über das übliche Maß hinausgehenden Anzahl stationär zu versorgender Patientinnen und Patienten in mindestens einem Landkreis oder einer Kreisfreien Stadt.

(5) Die Universitätsklinika nehmen im Rahmen ihres Versorgungsauftrages und über die Absätze 1 bis 3 hinausgehend sowie unbeschadet der Aufgaben anderer Leistungserbringer folgende vernetzende und konzeptionelle Aufgaben im und für das Gesundheitssystem (System- und Zukunftsaufgaben) wahr:

1. Beiträge zur Qualitätssicherung der Versorgung durch die Entwicklung und Modifizierung klinischer Leitlinien,
2. Beiträge zur Vernetzung von Versorgung und versorgungsrelevanter Forschung,
3. Beiträge zur Entwicklung und Erprobung innovativer Behandlungsverfahren, medizinischer Technologien und Versorgungsformen durch klinische Forschung und Versorgungsforschung gemeinsam mit den Medizinischen Fakultäten und
4. die konzeptionelle Unterstützung des zuständigen Staatsministeriums sowie des Krankenhausplanungsausschusses zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung.

A b s c h n i t t 2

K r a n k e n h a u s p l a n u n g

§ 4

Aufgabe der Krankenhausplanung

Das zuständige Staatsministerium stellt einen Krankenhausplan für das Gebiet des Freistaates Sachsen gemäß § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf und schreibt ihn in der Regel im Dreijahresrhythmus fort. Der Krankenhausplan kann durch Fachprogramme, die besondere Teile des Krankenhausplanes sind, ergänzt werden.

§ 5

Krankenhausplan

(1) Der Krankenhausplan weist aus:

1. den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach
 - a) Krankenhausstandort,
 - b) Krankenhausträger,
 - c) Gesamtbettenzahl,
 - d) Fachrichtungen und

- e) den folgenden drei Versorgungsstufen für Allgemeinkrankenhäuser
 - aa) Krankenhäuser der Regelversorgung mit und ohne Zusatz Gesundheitszentrum,
 - bb) Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung,
 - cc) Krankenhäuser der Maximalversorgung
oder als Fachkrankenhaus,
- 2. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
- 3. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten entsprechend § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.
 - (2) Der Krankenhausplan kann
 - 1. Bettenzahlen je Fachrichtung ausweisen,
 - 2. einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche innerhalb von Fachrichtungen vom Versorgungsauftrag ausnehmen, soweit es aus Gründen der Qualitätssicherung notwendig ist,
 - 3. die vorgehaltenen und tatsächlich belegten Ausbildungskapazitäten der Ausbildungsstätten enthalten,
 - 4. abweichend von Nummer 1 und Absatz 1 Nummer 1 anstelle einer auf Bettenzahlen und Fachrichtungen ausgerichteten Systematik auf der Grundlage einer anderen Planungssystematik, zum Beispiel auf Basis von Leistungen und Leistungsbereichen, aufgestellt und fortgeschrieben werden.
 - (3) Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes sind
 - 1. die Grundsätze des § 1 Absatz 1,
 - 2. die Erfordernisse der Raumordnung und der Landesplanung sowie regionale Versorgungsbelange,
 - 3. bei Universitätsklinika und akademischen Lehrkrankenhäusern die Belange der Forschung und Lehre angemessen
zu berücksichtigen.
 - (4) Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes können
 - 1. die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 473) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, ganz oder teilweise Bestandteil des Krankenhausplanes werden,
 - 2. weitere Qualitätsanforderungen in ausgewählten Versorgungsbereichen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden,
 - 3. die Ergebnisse der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung berücksichtigt werden, wobei die Krankenhausträger diese Ergebnisse dem zuständigen Staatsministerium auf Verlangen vorzulegen haben,
 - 4. Empfehlungen des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen berücksichtigt werden.

(5) Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes haben Krankenhäuser Vorrang, die eine ununterbrochene Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sowie eine interdisziplinäre Behandlung sicherstellen und mindestens die Fachgebiete Chirurgie und Innere Medizin abdecken. Fachkrankenhäuser sollen nur in den Krankenhausplan aufgenommen werden, wenn sie bedarfsgerecht sind und glaubhaft machen, dass ihr Leistungsspektrum und die Qualität ihrer Leistung die Versorgung der Bevölkerung verbessern.

(6) Im Rahmen der Aufstellung des Krankenhausplanes wird über die Zulassung von Transplantationszentren nach den §§ 9 und 10 des Transplantationsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 15d des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, entschieden. Bei der Entscheidung über die Zulassung sind Schwerpunkte für die Übertragung von Organen zu bilden, um eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten sowie die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern.

(7) Das zuständige Staatsministerium regelt durch Rechtsverordnung das Nähere zur Planungssystematik nach Absatz 2 Nummer 4, insbesondere die Kapazitäten definierenden Parameter und die darüber hinaus nachrichtlich auszuweisenden Parameter, sowie Übergangsregelungen aufgrund des Wechsels der Planungssystematik.

(8) Der Krankenhausplan wird im Sächsischen Amtsblatt veröffentlicht. Daneben kann er auf der Internetseite des zuständigen Staatsministeriums veröffentlicht werden.

§ 6

Versorgungsstufen für Allgemeinkrankenhäuser und Fachkrankenhäuser

(1) Krankenhäuser der Regelversorgung nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe e Doppelbuchstabe aa müssen die Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin umfassen. Besteht ein entsprechender Bedarf, können sie daneben insbesondere die Fachrichtungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Urologie vorhalten. Ausnahmen von dem Fachgebietsspektrum nach Satz 1 sind zulässig, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung erforderlich ist und das Krankenhaus mindestens eine weitere Fachrichtung nach Satz 2 vorhält.

(2) In Ausnahmefällen können Krankenhäuser der Regelversorgung mit dem Zusatz Gesundheitszentrum im Krankenhausplan ausgewiesen werden. Dabei handelt es sich um Krankenhäuser der Regelversorgung, die nur noch entweder die Fachrichtung Chirurgie oder die Fachrichtung Innere Medizin oder beide Fachrichtungen in eingeschränktem Umfang umfassen. Sie können bei nicht anderweitig gedecktem Bedarf Fachrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 vorhalten.

(3) Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe e Doppelbuchstabe bb erfüllen in Diagnose und Therapie auch überörtliche Schwerpunktaufgaben. Sie umfassen die Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin und Urologie. Ausnahmen von dem Fachgebietsspektrum nach Satz 2 sind zulässig, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung erforderlich ist. Besteht ein entsprechender Bedarf, können sie auch weitere Fachrichtungen vorhalten, insbesondere Dermatologie, Neurochirurgie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie.

(4) Krankenhäuser der Maximalversorgung nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe e Doppelbuchstabe cc müssen im Rahmen des Bedarfs mit ihren Leistungsangeboten über Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung wesentlich hinausgehen. Sie sollen die entsprechenden hochdifferenzierten medizinisch-technischen Einrichtungen vorhalten.

(5) Universitätsklinika nehmen Aufgaben der Maximalversorgung wahr. Im Übrigen weist das zuständige Staatsministerium die Versorgungstufen nach pflichtgemäßem Ermessen zu. Dabei sind die zugewiesenen und wahrgenommenen Versorgungsaufgaben, die Belange der Raumordnung und Landesplanung sowie die Erreichbarkeit von Leistungsangeboten der Schwerpunkt- und Maximalversorgung zu berücksichtigen und eine möglichst gleichmäßige Verteilung einander ergänzender Krankenhäuser anzustreben.

(6) Fachkrankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe e sind Krankenhäuser, in denen überwiegend einer bestimmten Fachrichtung zugehörige Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden.

(7) Das zuständige Staatsministerium kann durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Voraussetzungen des Ausweises mit dem Zusatz Gesundheitszentrum nach Absatz 2 regeln.

§ 7

Sächsischer Krankenhausplanungsausschuss

(1) Unter dem Vorsitz des zuständigen Staatsministeriums wird ein Krankenhausplanungsausschuss gebildet, dem als unmittelbar Beteiligte im Sinne von § 7 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes angehören:

1. die Krankenhausgesellschaft Sachsen mit fünf Vertreterinnen oder Vertretern, bei deren Benennung die privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhausträger sowie die Universitätsklinika zu berücksichtigen sind,
2. die Landesverbände der Krankenkassen in Sachsen und der Verband der Ersatzkassen in Sachsen mit insgesamt vier Vertreterinnen oder Vertretern,
3. der Landesausschuss der privaten Krankenversicherung mit einer Vertreterin oder einem Vertreter,
4. der Sächsische Landkreistag mit einer Vertreterin oder einem Vertreter,
5. der Sächsische Städte- und Gemeindetag mit einer Vertreterin oder einem Vertreter,
6. die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen mit einer Vertreterin oder einem Vertreter und
7. die Sächsische Landesärztekammer mit einer Vertreterin oder einem Vertreter.

(2) Neben den unmittelbar Beteiligten können die für das Innere, für Finanzen, für Wissenschaft, für Kultus sowie für Regionalentwicklung zuständigen Staatsministerien mit jeweils einer Vertreterin oder einem Vertreter beratend teilnehmen. Darüber hinaus kann das nach diesem Gesetz zuständige Staatsministerium zu den Sitzungen weitere Institutionen beratend hinzuziehen.

(3) Die Geschäfte des Krankenhausplanungsausschusses führt das zuständige Staatsministerium. Der Krankenhausplanungsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung. Er kann Arbeitsgruppen bilden, deren Mitglieder auch Beteiligte nach Absatz 2 sein können.

(4) Bei der Krankenhausplanung nach § 4, der Aufstellung des Investitionsprogramms nach § 13 und der Förderung von Modellvorhaben nach § 22 ist der Krankenhausplanungsausschuss zu beteiligen. Dabei sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben.

§ 8

Regionalkonferenzen

(1) Zur Unterstützung der Krankenhausplanung können Regionalkonferenzen zu konkreten planerischen Schwerpunkten gebildet werden. Eine Regionalkonferenz erstreckt sich in der Regel auf das Gebiet eines Landkreises oder einer Kreisfreien Stadt.

(2) Den Regionalkonferenzen gehören als Mitglieder an:

1. die jeweiligen Landkreise und Kreisfreien Städte, auch soweit sie nicht zugleich Krankenhausträger sind,
2. die Träger der Krankenhäuser in dem jeweiligen Landkreis oder der jeweiligen Kreisfreien Stadt,
3. die Landesverbände der Krankenkassen in Sachsen, der Verband der Ersatzkassen in Sachsen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie
4. die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen.

Die in Satz 1 genannten Institutionen haben gemeinsam das Initiativrecht zur Bildung einer Regionalkonferenz im Benehmen mit dem zuständigen Staatsministerium. Dieses kann Empfehlungen zur Bildung einer Regionalkonferenz aussprechen.

(3) Die Mitglieder können gemeinsam weitere Personen und Institutionen beteiligen, insbesondere:

1. die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die kommunalen Spitzenverbände,
2. die Sächsische Landesärztekammer,
3. angrenzende Landkreise und Kreisfreie Städte,
4. Träger von Krankenhäusern in angrenzenden Landkreisen und Kreisfreien Städten und das Krankenhaus der Maximalversorgung in der Region,
5. das zuständige Staatsministerium und
6. weitere regionale Vertreterinnen oder Vertreter des Sozial- und Gesundheitswesens oder des Rettungsdienstes.

(4) Den Vorsitz und die Geschäfte der Regionalkonferenz führt ein Mitglied im Sinne von Absatz 2 Satz 1. Die Regionalkonferenz kann sich eine Geschäftsordnung geben.

(5) Die Regionalkonferenz entwickelt auf Empfehlung des Krankenhausplanungsausschusses regionale Entwicklungsstrategien in Bezug auf konkrete planerische Schwerpunkte und legt sie dem zuständigen Staatsministerium vor. Darüber hinaus kann sie diesem Vorschläge für die Krankenhausplanung im betreffenden Gebiet insbesondere im Vorfeld der Aufstellung oder Fortschreibung des Krankenhausplanes unterbreiten.

(6) Die Entwicklungsstrategien und Vorschläge der Regionalkonferenz nach Absatz 5 sind für das zuständige Staatsministerium und den gemäß § 7 zu beteiligenden Krankenhausplanungsausschuss nicht bindend.

§ 9

Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Das zuständige Staatsministerium stellt gegenüber dem Krankenhausträger durch Bescheid fest, ob und mit welchen Einzelfestlegungen im Sinne des § 5 Absatz 1, 2 und 6 sowie des § 6 sein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird. Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann mit Nebenbestimmun-

gen versehen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplanes geboten ist. Für Krankenhäuser, die zum Teil oder ganz aus dem Krankenhausplan ausscheiden, kann im Feststellungsbescheid ein Zeitpunkt dafür festgelegt werden.

(2) Auf die Aufnahme in den Krankenhausplan besteht kein Anspruch. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet das zuständige Staatsministerium unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen, insbesondere der Zusammenarbeit nach § 3, der krankenhausesinternen interdisziplinären Zusammenarbeit, der personellen Ausstattung, des Fachgebietsspektrums, der Aus- und Weiterbildungsangebote, der Erfüllung der Pflichten nach § 10 Absatz 1 sowie der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Grundsätzen nach § 1 Absatz 1 und den Zielen der Krankenhausplanung des Freistaates Sachsen am besten gerecht wird. Die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist.

(3) Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise zurückgenommen werden, wenn und soweit die Voraussetzungen für die Aufnahme nicht vorgelegen haben.

(4) Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme nicht nur vorübergehend nicht mehr vorliegen oder das Krankenhaus entgegen § 10 Absatz 1 von den Feststellungen nach Absatz 1 abweicht. Der teilweise Widerruf kann auch darin bestehen, dass einzelne Leistungen innerhalb einer Fachrichtung vom Versorgungsauftrag und damit von der Aufnahme in den Krankenhausplan ausgenommen werden.

(5) Der Träger des betroffenen Krankenhauses ist vor der Aufnahme sowie vor der Rücknahme oder dem Widerruf der Aufnahme schriftlich anzuhören.

(6) Rechtsbehelfe gegen den Feststellungsbescheid im Sinne des Absatzes 1 haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 10

Sicherung der Krankenhausplanung

(1) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, dem zuständigen Staatsministerium die beabsichtigte Einstellung des Betriebes oder die beabsichtigte Änderung der Aufgabenstellung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandortes anzuzeigen. Das zuständige Staatsministerium beteiligt den Krankenhausplanungsausschuss und stellt gegenüber dem Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Anzeige fest, ob die Maßnahme krankenhausesplanerisch bedenklich ist. Die Maßnahmen nach Satz 1 dürfen nur dann umgesetzt werden, wenn innerhalb der in Satz 2 bezeichneten Frist keine Bedenken festgestellt worden sind. Andernfalls ist der Versorgungsauftrag entsprechend den Feststellungen nach § 9 Absatz 1 umfassend zu erfüllen.

(2) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, dem zuständigen Staatsministerium auf Verlangen die für die Krankenhausplanung erforderlichen Angaben zu übermitteln und über alle dafür bedeutsamen Angelegenheiten Auskunft zu erteilen.

(3) Die Krankenhausträger haben dem zuständigen Staatsministerium Baumaßnahmen, die krankenhausesplanerisch bedeutsam sein können, mitzuteilen.

Abschnitt 3

Investitionskostenförderung und Modellvorhaben

§ 11

Grundsätze der Förderung

Investitionskosten von Krankenhäusern werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnittes gefördert. Die Grundsätze gemäß § 1 Absatz 1 sowie der Krankenhausplan gemäß § 5 sind zu beachten. Die Krankenhäuser sollen in struktureller, funktioneller, bautechnischer, digitaler und hygienischer Hinsicht modernen Anforderungen entsprechen. Die Fördermittel sind so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen, nach dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses betriebswirtschaftlich notwendigen Investitionskosten decken, wobei die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen sind.

§ 12

Beteiligung an der Aufbringung der Mittel

Die Landkreise und Kreisfreien Städte können an den Kosten der Krankenhausfinanzierung, die nach den Vorschriften dieses Abschnittes jährlich aufzubringen sind, mit einer Krankenhausumlage beteiligt werden, die nach Maßgabe des Sächsischen Finanzausgleichsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. April 2021 (Sächs-GVBl. S. 487), in der jeweils geltenden Fassung, zu erheben ist.

§ 13

Investitionsprogramm

(1) Das zuständige Staatsministerium stellt ein Investitionsprogramm auf. Das Investitionsprogramm weist die neu zu fördernden Investitionen nach § 14 Absatz 1 Nummer 1 und den voraussichtlichen Gesamtbetrag der jeweiligen Förderung aus.

(2) Bei der Aufstellung des Investitionsprogramms ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Das zuständige Staatsministerium kann fachliche Schwerpunkte bei der Aufstellung des Investitionsprogramms setzen. Außerdem können Investitionen vom Stand der Digitalisierung des Krankenhauses abhängig gemacht werden. Das Krankenhaus hat dem zuständigen Staatsministerium auf dessen Verlangen die strukturierten Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Umsetzungsstands digitaler Maßnahmen nach § 14b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu übermitteln.

(3) Das Investitionsprogramm wird auf der Internetseite des zuständigen Staatsministeriums veröffentlicht.

§ 14

Einzelförderung

(1) Auf Antrag des Krankenhausträgers fördert das zuständige Staatsministerium Investitionskosten für

1. die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der erforderlichen Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern und
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren.

(2) Der Krankenhausträger hat eine Zielplanung zu erstellen, die dem zuständigen Staatsministerium auf Verlangen vorzulegen ist.

(3) Eine Bewilligung setzt voraus, dass die Gesamtfinanzierung gesichert ist, das Vorhaben in das Investitionsprogramm aufgenommen wurde und vorbehaltlich des Satzes 2 im Zeitpunkt der Entscheidung mit dem Vorhaben noch nicht begonnen worden ist. Das zuständige Staatsministerium kann einem vorzeitigen Beginn des Vorhabens zustimmen.

(4) Nicht als Investitionskosten gelten die Kosten des Erwerbs oder der Anmietung bereits betriebener und in den Krankenhausplan aufgenommener Krankenhäuser, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan entstandenen Investitionskosten sowie die Kosten für eigenes Personal für Investitionen nach Absatz 1. Werden bedarfsnotwendige Anlagegüter eines Krankenhauses für Zwecke außerhalb der stationären Krankenhausversorgung mitbenutzt, ist dies bei der Bemessung der Fördermittel anteilig zu berücksichtigen.

(5) Der Förderbetrag wird vorbehaltlich der Absätze 6 und 7 nach den angefallenen förderfähigen Investitionskosten bemessen, die vor der Bewilligung vorläufig festgesetzt worden sind.

(6) Mit Zustimmung des Krankenhausträgers kann die Förderung als Festbetragsförderung bewilligt werden. Diese soll aufgrund pauschaler Kostenwerte ermittelt werden. Erreichen die nachgewiesenen Kosten den Festbetrag nicht, hat der Krankenhausträger den Unterschiedsbetrag seiner Jahrespauschale nach § 15 zuzuführen.

(7) Mit Zustimmung des Krankenhausträgers kann die Förderung als Höchstbetragsförderung bewilligt werden. Diese wird auf der Grundlage der förderungsfähigen Investitionskosten ermittelt. Erreichen die nachgewiesenen Kosten den Höchstbetrag nicht, hat der Krankenhausträger den Unterschiedsbetrag zurückzuzahlen.

(8) Zusätzliche Fördermittel können nur bewilligt werden, soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher behördlicher Anordnungen oder einer nachträglichen Änderung der Rechtslage für den Krankenhausträger unabweisbar sind.

§ 15

Pauschale Förderung

(1) Die zuständige Behörde bewilligt auf Antrag Fördermittel als jährliche Pauschalbeträge (Jahrespauschale) für

1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei und bis zu 15 Jahren sowie
2. bauliche Maßnahmen mit Kosten bis zu einem Betrag von 500 000 Euro ohne Umsatzsteuer.

(2) Der Krankenhausträger hat die Jahrespauschale unter Beachtung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses sowie der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu bewirtschaften. Die Jahrespauschale kann bis zur Höhe des vierfachen Jahresbetrages angespart werden. Eine Überschreitung dieser Grenze ist anzuzeigen und führt im Folgejahr zu einer entsprechenden Minderung der Jahrespauschale, soweit diese angesparten Fördermittel nicht nachweisbar für in den nächsten zwei Jahren absehbare Investitionen erforderlich sind. Der vierfache Jahresbetrag ist die Summe der Jahrespauschalen der letzten vier Jahre.

(3) Zinsen aus der Anlage ausbezahlter Fördermittel sind dem in Absatz 1 genannten Zweck zuzuführen. Werden die Fördermittel nicht verzinslich angelegt, wird der Krankenhausträger so gestellt, als hätte er Zinsen in Höhe des jeweiligen Basiszinssatzes nach § 247 des Bürgerlichen Gesetzbuches bis zur Verwendung der Fördermittel erzielt und dem im Absatz 1 genannten Zweck zugeführt.

(4) Das zuständige Staatsministerium regelt im Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung

1. die Bezugsgrößen für die Berechnung der Jahrespauschale, insbesondere die Anzahl der Krankenhausbetten, die Versorgungsstufe, Fachrichtungen, Fallzahlen oder Investitionsbewertungsrelationen,
2. die Höhe eines Zuschlags zur Jahrespauschale für Ausbildungskapazitäten an Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(5) Durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 können

1. weitere Zuschläge zur Jahrespauschale, insbesondere für infrastrukturelle und technische Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit und des Digitalisierungs- und Vernetzungsgrades der Krankenhäuser, Kooperationen mit anderen Krankenhäusern, Angebote der ärztlichen, psychotherapeutischen und vergleichbare akademische Berufe betreffenden Weiterbildung sowie für Qualitätssysteme,
 2. ein von Absatz 1 Nummer 2 abweichender Betrag
- geregelt werden.

(6) Das für die Jahrespauschalen zur Verfügung stehende Gesamtvolumen beträgt je Haushaltsjahr mindestens 2 000 Euro für jedes in den Krankenhausplan aufgenommene Bett. Dieser Betrag kann durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 anhand der Veränderung des Verbraucherpreisindex für Deutschland angepasst werden, frühestens jedoch fünf Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.

(7) Erfolgt die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans gemäß § 5 Absatz 2 Satz 6 Nummer 4 auf der Grundlage einer anderen Planungssystematik, kann das zuständige Staatsministerium in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 anstelle der Anzahl der Krankenhausbetten andere Bezugsgrößen regeln sowie den Betrag und dessen Bezugsgröße nach Absatz 6 Satz 1 neu regeln.

§ 16

Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) Das zuständige Staatsministerium bewilligt anstelle der Förderung nach § 14 auf Antrag Fördermittel für die Kosten der Nutzung von Anlagegütern, wenn es der Nutzungsvereinbarung vor deren Abschluss zugestimmt hat. Nachträglich darf es einer Nutzungsvereinbarung nur zustimmen, wenn sonst für den Krankenhausträger eine unzumutbare Härte entstehen würde.

(2) Die Jahrespauschale nach § 15 kann auch zur Finanzierung von Entgelten für die Nutzung von Anlagegütern verwendet werden, deren Herstellung oder Beschaffung sonst aus der Jahrespauschale zu bestreiten wäre, soweit dies einer wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung entspricht.

§ 17

Ausgleich für Eigenkapital

(1) Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschaffte Anlagegüter vorhanden, deren durchschnittliche Nutzungsdauer noch nicht abgelaufen ist, bewilligt das zuständige Staatsministerium auf Antrag des Krankenhausträgers bei einem Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan Fördermittel als Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung.

(2) Der Berechnung des Ausgleichsbetrages sind die Buchwerte bei Beginn der Förderung und die darauf beruhenden Abschreibungen zugrunde zu legen.

(3) Ein Ausgleichsanspruch besteht nicht, soweit nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz eine Ersatzinvestition gefördert worden ist und der Restnutzungswert dieser Ersatzinvestition bei der Feststellung des Ausscheidens des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan dem nach den Absätzen 1 und 2 berechneten Ausgleichsbetrag entspricht. Für Anlagegüter, deren Wiederbeschaffung pauschal gefördert worden ist, ist der Nutzungswert aller mit der Jahrespauschale beschafften Anlagegüter maßgebend.

(4) Lässt sich aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen der Ausgleichsbetrag nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand feststellen, kann im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger der Ausgleichsbetrag pauschal ermittelt und festgesetzt werden.

§ 18

Förderung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben

(1) Scheidet ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan aus, weil es für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht mehr erforderlich ist, bewilligt das zuständige Staatsministerium auf Antrag des Krankenhausträgers Fördermittel, soweit diese erforderlich sind, um bei der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben oder im Fall der Schließung des Krankenhausbetriebs unzumutbare Härten zu vermeiden. Fördermittel können insbesondere bewilligt werden für

1. Investitionen zur Umstellung auf andere Aufgaben, insbesondere auf solche der Gesundheitsversorgung und der Pflege, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden,
2. angemessene Aufwendungen zum Ausgleich oder zur Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Schließung oder Umstellung entstehen,
3. unvermeidbare Betriebsverluste, soweit sie auf der Einstellung des Krankenhausbetriebes beruhen, oder
4. unvermeidbare Kosten der Abwicklung von Verträgen.

(2) Das zuständige Staatsministerium kann die Fördermittel in Abhängigkeit von der Anzahl der reduzierten Planbetten pauschalisieren. Das zuständige Staatsministerium kann durch Rechtsverordnung die Höhe der Pauschale, die Staffelung der Höhe nach der Anzahl der reduzierten Planbetten und eine Pauschale je reduziertem Planbett bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses regeln.

§ 19

Pflichten der Krankenhausträger, Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen

(1) Der Förderantrag kann zurückgewiesen werden, wenn der Krankenhausträger nicht die zur Beurteilung seines Förderantrags notwendigen Angaben macht oder hinreichende Nachweise nicht erbringt.

(2) Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit diese erforderlich sind zur Sicherung

1. einer zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel,
2. der Ziele des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, dieses Gesetzes oder des Krankenhausplanes oder
3. eines zukünftigen Rückforderungsanspruches durch Leistung einer Sicherheit, in der Regel durch Bestellung eines Grundpfandrechts.

§ 20

**Rücknahme und Widerruf von Bewilligungsbescheiden,
Erstattung von Fördermitteln**

(1) Für die Rücknahme und den Widerruf von Bewilligungsbescheiden sowie die Erstattung von Fördermitteln gelten die allgemeinen Bestimmungen, soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist.

(2) Bewilligungsbescheide sind, auch nachdem sie unanfechtbar geworden sind, ganz oder teilweise auch mit Wirkung für die Vergangenheit zu widerrufen, soweit das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Krankenhausplan oder seinen Versorgungsauftrag ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt. Hiervon kann abgesehen werden, wenn

1. das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem zuständigen Staatsministerium ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan ausscheidet oder
2. der Krankenhausträger eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses wechselt und
 - a) die Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan vorliegen,
 - b) der bisherige Krankenhausträger die gewährten Fördermittel auf den neuen Krankenhausträger überträgt,
 - c) der neue Krankenhausträger durch schriftliche Erklärung gegenüber dem zuständigen Staatsministerium in sämtliche bisherigen Bewilligungsbescheide und die mit der Förderung verbundenen Verpflichtungen, Bedingungen und Auflagen vollumfänglich eintritt,
 - d) sichergestellt ist, dass die bestehenden Sicherungsrechte für mögliche Rückforderungsansprüche nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und diesem Gesetz bestehen bleiben oder dass der neue Krankenhausträger vor Wirksamwerden des Trägerwechsels Sicherheit leistet, soweit nicht bereits geeignete Sicherheiten bestehen.

(3) Soweit im Falle des Absatzes 2 mit den Fördermitteln Anlagegüter beschafft worden sind, vermindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel entsprechend dem Wert nach der abgelaufenen durchschnittlichen Nutzungsdauer der jeweils geförderten Anlagegüter. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn dem Krankenhaus die Erfüllung seiner Aufgaben nach Gewährung der Fördermittel aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund unmöglich wird.

(4) Werden nach § 14 Absatz 1 geförderte Krankenhäuser aufgrund einer Umstrukturierung des Krankenhauses ganz oder teilweise zu anderen Zwecken als der akutstationären Krankenversorgung umgewidmet, soll von einem Widerruf der Bewilligungsbescheide abgesehen werden, wenn

1. seit dem Ende des Bewilligungszeitraums für die Förderung in der Regel ein Zeitraum von fünfzehn Jahren abgelaufen ist,
2. der Umwidmung krankenhauserische Belange nicht entgegenstehen und
3. der Krankenhausträger erzielbare Entgelte aus der neuen Nutzung in Höhe eines angemessenen Investitionskostenanteils, der durch das zuständige Staatsministerium bestimmt wird, an den Freistaat Sachsen erstattet; werden mit der teilweisen Umstrukturierung die Grundsätze nach § 1 Absatz 1 und § 3 Absatz 3 Satz 1 umgesetzt, darf der Krankenhausträger die Hälfte dieser Entgelte gemäß § 15 Absatz 2 Satz 2 bis 4 ansparen und verwenden.

(5) Das zuständige Staatsministerium kann Erstattungsforderungen mit Fördermitteln verrechnen, die aufgrund des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dieses Gesetzes bewilligt worden sind.

§ 21

Verwendungsnachweisprüfung

(1) Der Krankenhausträger hat dem zuständigen Staatsministerium die zweckentsprechende und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel sowie die Beachtung der mit der Bewilligung verbundenen Nebenbestimmungen unmittelbar nach Abschluss des geförderten Vorhabens oder nach im Bewilligungsbescheid festgelegten Teilabschnitten nachzuweisen. Das zuständige Staatsministerium prüft die Verwendungsnachweise. Für die Überprüfung gilt § 31 Absatz 3 einschließlich der Einschränkung des Grundrechts auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland, Artikel 30 der Verfassung des Freistaates Sachsen) entsprechend.

(2) Für die Fördermittel nach § 15 gilt Absatz 1 mit der Maßgabe, dass der Verwendungsnachweis gegenüber der zuständigen Behörde jährlich zu erbringen ist.

(3) Der Sächsische Rechnungshof ist berechtigt, bei den Krankenhausträgern die zweckentsprechende und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel vor Ort zu prüfen, die Unterlagen einzusehen und Auskünfte einzuholen.

§ 22

Modellvorhaben

Das zuständige Staatsministerium kann Modellvorhaben fördern. Modellvorhaben sind zeitlich begrenzte Vorhaben zur Entwicklung, Erprobung, Überprüfung und Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen, Methoden und Konzeptionen sowie zur Notwendigkeit und Ausgestaltung gesetzlicher Regelungen. Die Modellvorhaben sollen den Grundsätzen im Sinne des § 1 Absatz 1 und der Zusammenarbeit gemäß § 3 dienen sowie wissenschaftlich begleitet werden. Ein Anspruch auf Gewährung der Zuwendung besteht nicht.

Abschnitt 4

**Innere Organisation und
besondere Pflichten der Krankenhäuser**

§ 23

Innere Organisation

(1) Jedes Krankenhaus ist in stationäre, teilstationäre, ambulante und technische Bereiche nach Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung des Krankenhausplanes zu gliedern.

(2) In jedem Krankenhaus ist eine Betriebsleitung zu bilden, die für alle Krankenhausstandorte des Krankenhauses zuständig ist. Der Betriebsleitung sollen entsprechend der Gliederung des Krankenhauses mindestens der ärztliche Dienst, der pflegerische Dienst und der Verwaltungsbereich angehören.

§ 24

Arzneimittelkommission

(1) Jedes Krankenhaus hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. Mitglieder der Arzneimittelkommission sind

1. eine Krankenhausapothekerin, ein Krankenhausapotheker oder die Leiterin oder der Leiter der krankenhauseversorgenden Apotheke und

2. eine Ärztin, ein Arzt oder die leitende Pflegekraft jeder Fachrichtung des Krankenhauses.

Die Leitung der Arzneimittelkommission obliegt

1. der Krankenhausapothekerin, dem Krankenhausapotheker,
2. der Leiterin, dem Leiter der krankenhauseversorgenden Apotheke oder
3. einer Ärztin oder einem Arzt des Krankenhauses mit besonderer Erfahrung in Arzneimittelfragen.

(2) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere die Aufgabe, eine evidenzbasierte Arzneimitteltherapie unter pharmakoökonomischen Gesichtspunkten sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Dies beinhaltet unter anderem

1. die Erstellung und Fortschreibung einer Arzneimittelliste, in der die für den laufenden Verbrauch im Krankenhaus notwendigen Arzneimittel aufgeführt sind, nach medizinischen, pharmazeutischen und wirtschaftlichen Aspekten, wobei auch Gesichtspunkte der Arzneimitteltherapiesicherheit sowie der Antibiotikaverbrauchs- und Antibiotikaresistenzkontrolle zu berücksichtigen und Therapieempfehlungen der Fachgesellschaften an die Gegebenheiten des jeweiligen Krankenhauses anzupassen sind,
2. die Beratung und Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte und des pflegerischen Personals in Fragen der Arzneimittelversorgung, Arzneimitteltherapie, Arzneimitteltherapiesicherheit, Antibiotikaverbrauchs- und Antibiotikaresistenzkontrolle sowie die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelbeschaffung,
3. die Erfassung von Arzneimittelrisiken, insbesondere Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Gegenanzeigen, sowie die Information der Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses und der Arzneimittelkommissionen der Kammern der Heilberufe hierüber.

(3) Die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste ist von den Ärztinnen und Ärzten des Krankenhauses bei der Arzneitherapie zu berücksichtigen.

(4) Die Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses informieren die Arzneimittelkommission über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Arzneimittelliste enthalten sind. Sie unterrichten die Arzneimittelkommission sowie die Krankenhausapothekerin oder die krankenhauseversorgende Apotheke vor der Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln.

(5) Sind mehrere wirkstoffidentische Präparate auf dem Markt, entscheidet in Fällen von Liefer- oder Versorgungsengpässen die Krankenhausapothekerin oder die krankenhauseversorgende Apotheke nach qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten über die Auswahl der zu verwendenden Arzneimittel. Die Entscheidung ist im Einvernehmen mit den Mitgliedern der Arzneimittelkommission aus den Fachrichtungen des Krankenhauses zu treffen, in denen das Arzneimittel verwendet wird.

(6) Mehrere Krankenhäuser können eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden. In diesem Fall gelten die Absätze 1 bis 5 mit der Maßgabe entsprechend, dass nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jeweils eine Person jeder Fachrichtung der beteiligten Krankenhäuser ausreicht.

§ 25

Patientinnen und Patienten im Krankenhaus

(1) Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine patientenzentrierte, diskriminierungsfreie und barrierefreie Behandlung. Jedes Krankenhaus soll eine würdevolle Begleitung im Sterben sowie das Abschiednehmen von Verstorbenen ermöglichen.

(2) Die Betriebsabläufe jedes Krankenhauses sollen patientenfreundlich gestaltet werden, insbesondere ist den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nach Schonung und Ruhe Rechnung zu tragen. Die Belange der Angehörigen von Patientinnen und Patienten sind bei der Gestaltung der Betriebsabläufe mit zu berücksichtigen. Ausbildungsaufgaben des Krankenhauses, die eine Beteiligung von Patientinnen und Patienten erfordern, sind mit der gebotenen Rücksicht auf diese durchzuführen.

(3) Für alle Patientinnen und Patienten sind von jedem Krankenhaus Besuchszeiten festzulegen, die insbesondere in einem angemessenen Verhältnis zwischen deren Schutz sowie deren Teilhabe- und Freiheitsrechten stehen. Für Besuche darf kein Entgelt verlangt werden.

(4) Jedes Krankenhaus hat bei Kindern und Jugendlichen den größtmöglichen Kontakt mit den Sorge- und Umgangsberechtigten zu gewähren. Es soll die schulische Betreuung von Kindern und Jugendlichen unterstützen, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

(5) Jedes Krankenhaus hat jeweils eine Stelle vorzuhalten für die Entgegennahme und Bearbeitung von

1. Beschwerden der Patientinnen und Patienten sowie
2. Anzeigen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu etwaigen Mängeln in der Patientenversorgung.

Auf die Stellen ist auf der Internetseite des jeweiligen Krankenhauses und in anderer geeigneter Weise hinzuweisen. Die Stelle ist jeweils der zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Die Beschwerden und Anzeigen müssen auch anonym möglich sein.

(6) Unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft sind das Recht auf Teilnahme am Gottesdienst sowie das Recht auf religiöse und nicht religiöse Seelsorge im Krankenhaus zu gewährleisten.

(7) Der Krankenhausträger stellt die Einhaltung der Verpflichtungen gemäß den §§ 3 bis 5 Absatz 1 des Sächsischen Patientenmobilitätsgesetzes vom 2. April 2014 (SächsGVBl. S. 266), in der jeweils geltenden Fassung, sicher.

§ 26

Sozialdienst

(1) Jedes Krankenhaus hat einen Sozialdienst einzurichten.

(2) Der Sozialdienst, der pflegerische und der ärztliche Dienst arbeiten eng und vertrauensvoll zusammen. Der Sozialdienst ergänzt die medizinische und pflegerische Versorgung im Krankenhaus. Er übernimmt die psychosoziale Betreuung und Beratung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus sowie ihrer Angehörigen und die Unterstützung des Entlassmanagements. Dazu zählen insbesondere die Einleitung von medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Rehabilitationsmaßnahmen, die Vorbereitung häuslicher Pflege sowie die Vermittlung von ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Anschluss an die Entlassung aus dem Krankenhaus.

(3) Der Sozialdienst soll entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft über eine ausreichende Anzahl hauptamtlicher Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter mit abgeschlossener Qualifikation in der Sozialen Arbeit oder, jeweils zuzüglich einer zertifizierten Case-Management-Weiterbildung, in der Pflege oder der Psychologie verfügen.

§ 27

Dienst- und Aufnahmebereitschaft, Alarm- und Einsatzpläne

(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, eine ihrem Versorgungsauftrag entsprechende Dienst- und Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Unbeschadet der Aufnahmekapazität und des Versorgungsauftrages sind die Krankenhäuser verpflichtet, Notfallpatienten zum Zwecke einer qualifizierten ärztlichen Erstversorgung aufzunehmen und gegebenenfalls die anschließende Weiterleitung zu veranlassen.

(2) Die Krankenhäuser und die Integrierten Regionalleitstellen informieren einander über Aufnahmekapazitäten und entsprechende Bedarfe. Hierzu soll eine dem aktuellen Stand der Technik entsprechende digitale Lösung eingesetzt werden.

(3) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den Auskunftsstellen nach § 37 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz auf Anfrage den Aufenthalt von Personen in ihrer Einrichtung zu bestätigen.

(4) Die Krankenhausträger sind unbeschadet anderer Rechtsvorschriften dazu verpflichtet, Alarm- und Einsatzpläne für den Fall der Evakuierung der Krankenhäuser aufzustellen, fortzuschreiben und einzuüben.

§ 28

Datenschutz

(1) Soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist, sind die jeweils geltenden Vorschriften über den Schutz personenbezogener Daten anzuwenden.

(2) Patientendaten sind personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie sonstiger Dritter, die dem Krankenhaus im Zusammenhang mit der Behandlung bekannt werden.

(3) Patientendaten dürfen unbeschadet anderer Rechtsvorschriften verarbeitet werden, soweit

1. dies im Rahmen des Behandlungsverhältnisses mit Angehörigen eines Gesundheitsberufs, die dem Berufsgeheimnis unterliegen, oder durch andere Personen, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen, erforderlich ist, wobei sich die Zulässigkeit der Verarbeitung von Patientendaten zu diesen Zwecken nach den für die genannten Personen geltenden Geheimhaltungspflichten richtet, oder
2. dies zur Aus-, Weiter- oder Fortbildung erforderlich ist und dieser Zweck nicht in vertretbarer Weise mit anonymisierten oder pseudonymisierten Daten erreichbar ist, oder
3. die Patientin oder der Patient eingewilligt hat, wobei
 - a) die Einwilligung in schriftlicher oder elektronischer Form oder mittels einfacher elektronischer Signatur erfolgen muss, wenn nicht aufgrund besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist,
 - b) eine mittels einfacher elektronischer Signatur erteilte Einwilligung so zu archivieren ist, dass eine nachträgliche Veränderung ausgeschlossen ist,
 - c) eine mündlich erteilte Einwilligung aufzuzeichnen ist.

(4) Eine Übermittlung von Patientendaten an Personen und Stellen außerhalb des Krankenhauses ist unbeschadet anderer Rechtsvorschriften nur zulässig, soweit sie erforderlich ist

1. zur Erfüllung einer gesetzlich vorgeschriebenen Behandlungs- oder Mitteilungspflicht,

2. zur Entscheidungsfindung der Krankenkassen oder anderer Leistungsträger der gesundheitlichen Versorgung, ob und inwieweit Präventions-, Rehabilitations- oder andere komplementäre Maßnahmen angezeigt sind, und soweit die Patientin oder der Patient nach Hinweis auf die beabsichtigte Übermittlung nicht etwas anderes bestimmt hat,
3. zur Durchführung des Behandlungsvertrages einschließlich der Nachbehandlung und soweit die Patientin oder der Patient nach Hinweis auf die beabsichtigte Übermittlung nicht etwas anderes bestimmt hat,
4. zur Abwehr von gegenwärtigen Gefahren für das Leben, die Gesundheit oder die persönliche Freiheit der Patientin, des Patienten oder Dritter, sofern diese Rechtsgüter das Geheimhaltungsinteresse der Patientin oder des Patienten deutlich überwiegen,
5. zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen in der Krankenversorgung, wenn das Interesse der Allgemeinheit hieran die schutzwürdigen Belange der Patientin oder des Patienten erheblich überwiegt,
6. zur Durchführung eines mit der Behandlung zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens,
7. zur Feststellung der Leistungspflicht sowie zur Abrechnung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Sozialleistungsträger,
8. zur Unterrichtung von Angehörigen soweit eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten aufgrund des Gesundheitszustandes nicht zu erlangen ist, zuvor keine gegenteilige Willensäußerung erfolgt ist und keine Anhaltspunkte bestehen, dass eine Unterrichtung nicht dem Willen der Patientin oder des Patienten entspricht, oder
9. zur sozialen Betreuung oder Beratung der Patientin oder des Patienten durch den Sozialdienst und soweit die Patientin oder der Patient nach einem Hinweis auf die Widerspruchsmöglichkeit dem nicht widersprochen hat.

In anderen Fällen ist eine Übermittlung von Patientendaten nur mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten zulässig.

(5) Stellen oder Personen, denen nach dieser Vorschrift personenbezogene Daten befugt übermittelt worden sind, dürfen diese nur zu dem Zweck verwenden, der die Befugnis begründet. Im Übrigen haben sie diese Daten unbeschadet sonstiger Datenschutzbestimmungen in demselben Umfang geheim zu halten wie das Krankenhaus selbst.

(6) Patientinnen und Patienten ist auf Antrag kostenfrei Einsicht in die Patientendaten zu gewähren. Nur die behandelnden Ärztinnen und Ärzte dürfen Einsicht in medizinische Daten gewähren oder Auskunft darüber erteilen.

(7) Nach Abschluss der Behandlung unterliegen Patientendaten, die in automatisierten Verfahren gespeichert und direkt abrufbar sind, dem alleinigen Zugriff der jeweiligen Fachabteilung. Dies gilt nicht für Daten, die für das Auffinden der sonstigen Patientendaten erforderlich sind. Der Direktzugriff auf den Gesamtdatenbestand darf anderen Stellen im Krankenhaus nur unter den Voraussetzungen des Absatzes 3 und nur mit Einwilligung der Fachabteilung gewährt werden.

(8) Der Krankenhausträger hat eine Datenschutzbeauftragte oder einen Datenschutzbeauftragten zu ernennen.

(9) Soweit sich das Krankenhaus bei der Verarbeitung von Patientendaten eines Auftragsverarbeiters bedient, ist insbesondere sicherzustellen, dass dieser die Geheimhaltungspflicht nach § 203 des Strafgesetzbuches einhält. Der Auftragsverarbeiter hat eine Datenschutzbeauftragte oder einen Datenschutzbeauftragten zu ernennen.

§ 29

Datenschutz bei Forschungsvorhaben

(1) Ärztinnen und Ärzte dürfen Patientendaten, die innerhalb ihrer Fachabteilung oder bei Hochschulen innerhalb ihrer medizinischen Einrichtungen, in den Universitätsklinika oder in sonstigen medizinischen Einrichtungen gespeichert sind, für eigene wissenschaftliche Forschungsvorhaben verarbeiten. Dies gilt entsprechend für sonstiges wissenschaftlich tätiges Personal dieser Einrichtungen und Personen, die zur Vorbereitung auf einen Beruf an diesen Einrichtungen wissenschaftlich tätig sind, soweit diese der Geheimhaltungspflicht nach § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen.

(2) Zu Zwecken der wissenschaftlichen Forschung ist die Übermittlung von Patientendaten an Dritte und die Verarbeitung durch diese zulässig, soweit die Patientinnen und Patienten eingewilligt haben. § 28 Absatz 3 Nummer 3 gilt entsprechend.

(3) Der Einwilligung bedarf es nicht, soweit der Zweck eines bestimmten Forschungsvorhabens nicht auf andere Weise erfüllt werden kann und

1. das berechnete Interesse der Allgemeinheit an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Geheimhaltungsinteresse der Patientin oder des Patienten erheblich überwiegt oder
2. es nicht zumutbar ist, die Einwilligung einzuholen und anderweitige schutzwürdige Belange der Patientin oder des Patienten nicht beeinträchtigt werden.

Die übermittelnde Stelle hat die empfangende Stelle einschließlich der Empfängerin oder dem Empfänger, eine detaillierte Beschreibung der zu übermittelnden Daten, die betroffenen Patientinnen und Patienten und das betreffende Forschungsvorhaben zu dokumentieren.

(4) Sobald es der Forschungszweck erlaubt, sind die Patientendaten zu anonymisieren oder, soweit dies nicht möglich ist, zu pseudonymisieren. Sobald der Forschungszweck erreicht ist, sind die Daten zu anonymisieren.

(5) Soweit die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die empfangende Stelle keine Anwendung finden, dürfen Patientendaten nur übermittelt werden, wenn

1. sich die empfangende Stelle verpflichtet,
 - a) die Daten nur für das von ihr genannte Forschungsvorhaben zu verwenden,
 - b) die Bestimmungen des Absatzes 4 einzuhalten und
 - c) der oder dem Sächsischen Datenschutzbeauftragten auf Verlangen Einsicht und Auskunft zu gewähren, sowie
2. die empfangende Stelle nachweist, dass bei ihr die technischen und organisatorischen Voraussetzungen vorliegen, um der Verpflichtung nach Nummer 1 Buchstabe b zu entsprechen.

§ 30

Einschränkung von Grundrechten

Durch die §§ 28 und 29 wird das Recht auf informationelle Selbstbestimmung nach Artikel 33 der Verfassung des Freistaates Sachsen eingeschränkt.

Abschnitt 5

Krankenhausaufsicht, Zuständigkeiten und Kosten

§ 31

Krankenhausaufsicht

(1) Krankenhäuser unterliegen der Krankenhausaufsicht durch die zuständige Aufsichtsbehörde.

(2) Die Krankenhausaufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere dieses Gesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist. Dies gilt für die Einrichtungen der Hochschulen nur für den auf die Krankenversorgung entfallenden Teil. Die Vorschriften zur allgemeinen Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die medizinischen Einrichtungen der Hochschulen des Landes und der Universitätsklinika, über die Krankenhäuser, soweit sie die öffentlich-rechtliche Unterbringung vollziehen nach dem Sächsischen Psychisch-Kranken-Gesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Oktober 2007 (SächsGVBl. S. 422), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. August 2019 (SächsGVBl. S. 663) geändert worden ist, und die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

(3) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen, Unterlagen vorzulegen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland, Artikel 30 der Verfassung des Freistaates Sachsen) eingeschränkt.

(4) Werden die Vorschriften dieses Gesetzes durch das Handeln oder Unterlassen eines Krankenhauses verletzt, soll die Aufsichtsbehörde zunächst beratend darauf hinwirken, dass das Krankenhaus die Rechtsverletzung binnen einer angemessenen Frist behebt. Geschieht dies nicht, kann die Aufsichtsbehörde das Krankenhaus unter Fristsetzung verpflichten, die Rechtsverletzung zu beheben.

(5) Bei wiederholten oder erheblichen Verstößen gegen die für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere auch bei Nichteinhaltung des Versorgungsauftrages in dem im Feststellungsbescheid genannten Umfang, informiert die zuständige Aufsichtsbehörde das zuständige Staatsministerium.

§ 32

Zuständigkeiten

(1) Die Landesdirektion Sachsen ist zuständige Aufsichtsbehörde im Sinne dieses Gesetzes.

(2) Das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt ist

1. zuständiges Staatsministerium im Sinne dieses Gesetzes sowie
2. zuständige oberste Landesbehörde und zuständige Landesbehörde im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung und nach § 275c Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 33

Kosten

Für die Verfahren nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz, der Bundespflegesatzverordnung und nach diesem Gesetz bei den in § 32 genannten Behörden werden keine Gebühren und Auslagen erhoben.

Abschnitt 6

Schlussbestimmungen

§ 34

Evaluation

Das zuständige Staatsministerium evaluiert bis zum 31. Dezember 2033 die Wirksamkeit des § 8 und übermittelt die Ergebnisse dem Sächsischen Landtag.

§ 35

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am 1. Januar 2023 in Kraft. Gleichzeitig tritt das Sächsische Krankenhausgesetz vom 19. August 1993 (Sächs-GVBl. S. 675), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 26. April 2018 (Sächs-GVBl. S. 198) geändert worden ist, außer Kraft.

(2) § 15 Absatz 2 Satz 2 bis 4 tritt am 1. Januar 2025 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Das Gesetz zur Neuordnung des Krankenhauswesens (Sächsisches Krankenhausgesetz – SächsKHG) vom 19. August 1993 (SächsGVBl. S. 675) ist seit dem 1. September 1993 in Kraft und hat seitdem lediglich kleinere Änderungen in verschiedenen Paragraphen erfahren (zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 26. April 2018 {SächsGVBl. S. 198}).

Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf aktuelle Entwicklungen und zukünftige Bedarfe – wie zum Beispiel Demografie, Fachkräftebedarf, Digitalisierung und vielem mehr – gilt es daher, die stationäre Versorgung im Freistaat Sachsen weiter zu entwickeln und das Sächsische Krankenhausgesetz nach nun beinahe 30 Jahren umfassend zu novellieren.

Entsprechend dem von der Sächsischen Union, den sächsischen Bündnisgrünen und der Sozialdemokratie Sachsen für die 7. Legislaturperiode geschlossenen Koalitionsvertrag hat dabei im Zeitraum vom Januar bis Mai 2021 zunächst die „Zukunftswerkstatt für ein neues Krankenhausgesetz“ stattgefunden, deren Ergebnisse im Rahmen der Novellierung des sächsischen Krankenhausgesetzes Berücksichtigung finden sollen. Dabei handelte es sich um einen transparenten Prozess, in dem verschiedene Akteure insbesondere aus Bereichen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens gemeinsam mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt offen und kreativ über Probleme sowie Lösungen diskutiert haben. Im Rahmen der Zukunftswerkstatt wurden von den Teilnehmern verschiedene Kernpunkte wie ein gemeinsames Zielbild, eine gelebte Vernetzung, eine Stärkung der Digitalisierung, eine Regionalisierung, eine Patientenfokussierung, die Qualitätsaspekte, eine ausreichende Finanzierung sowie eine transparente Kommunikation als prioritäre Erfordernisse herausgearbeitet.

Der Zukunftswerkstatt folgte mit dem „Zielbild 2030 – Sächsische Krankenhausversorgungslandschaft im Wandel“ ein weiterer wichtiger Schritt. Dieses wurde von der Krankenhausgesellschaft Sachsen, Krankenkassen, der Sächsischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, dem Sächsischen Landkreistag und dem Sächsischen Städte- und Gemeindetag erarbeitet und beschreibt, wie die Gesundheitsversorgung in Sachsen bis 2030 aussehen soll.

Am 23. März 2022 wurde (parallel zur Anhörung) zudem ein weiterer Workshop veranstaltet, in dem im Sinne einer Werkstatt-Nachlese auf das zurückgeblieben wurde, was seit der „Zukunftswerkstatt für ein neues Sächsisches Krankenhausgesetz“ passiert ist. So wurden sowohl das Zielbild als auch der Referentenentwurf beleuchtet und Raum für Fragen und einen offenen Meinungs austausch geboten.

Sämtliche Unterlagen der Zukunftswerkstatt, einschließlich der Dokumente zur Nachlese vom 23. März 2022, können im Beteiligungsportal des Freistaates Sachsen unter dem folgenden Link eingesehen werden: <https://mitdenken.sachsen.de/-MaKdv4K2>

Im Rahmen der Novellierung des Sächsischen Krankenhausgesetzes werden die Kernpunkte der Zukunftswerkstatt und das Zielbild aufgegriffen, soweit dies im Rahmen der Erarbeitung gesetzlicher Regelungen möglich ist.

Ziel ist es, im Freistaat Sachsen auch noch im Jahre 2030 und darüber hinaus eine gute Krankenhausversorgung vorzuhalten, die insbesondere auf Leistungsfähigkeit, Vernetzung sowie Patientenorientierung beruht. Der Freistaat Sachsen wird damit weiterhin eine Pionierrolle einnehmen und für Strukturen sorgen, die – wie bisher – deutschlandweit als Benchmark dienen können. Dafür bedarf es eines entsprechenden rechtlichen Rahmens. Für die neuen oder geänderten Regelungen sind dabei sowohl die Ausgangssituation in Sachsen als auch die Herausforderungen für die Zukunft sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

1. Die Sächsische Krankenhauslandschaft und das Sächsische Krankenhausgesetz – Ausgangssituation

Sachsen verfügt aktuell über eine gut strukturierte Krankenhauslandschaft, die im bundesweiten Vergleich nicht ohne Grund auch als Benchmark genannt wird (zum Beispiel Augursky, B. u.a., Krankenhaus Rating Report 2021. Heidelberg, medhochzwei). Dies ist klugen und mutigen politischen Entscheidungen in den 90er Jahren und der kontinuierlichen Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung mit inzwischen insgesamt ca. 5,9 Mrd. EUR zu verdanken. Eine massive Bereinigung der Krankenhausstrukturen, wie sie z.B. 2019 medial stark begleitet die Bertelsmannstudie gefordert hat, ist in Sachsen daher nicht angezeigt.

Auch das Sächsische Krankenhausgesetz hat dafür beinahe 30 Jahre lang gute Dienste geleistet und muss nicht von Grund auf überdacht werden. Dennoch bedarf es an den verschiedensten Stellen mehrerer und vielfältiger Stellschrauben, um die aktuellen Entwicklungen abzubilden und wichtige Weichen für die Zukunft zu stellen.

2. Herausforderung Demografie und Fachkräftebedarf

Insbesondere die demografische Entwicklung macht es erforderlich, dass die Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft ständige Aufgabe ist und bleibt.

Der demografische Wandel in Deutschland ist spätestens seit der dauerhaften Verfestigung eines permanenten Geburtendefizites seit 1990 (im letzten Jahr vor der Übersterblichkeit durch die Corona-Pandemie wurden rund 20.000 Kinder weniger geboren, als im selben Jahr Personen verstorben sind) bei gleichzeitigem dauerhaften Rückgang der Zuwanderung von außen (in den letzten Jahren hat sich der Zuwanderungsgewinn auf rund 15.000 Personen eingeschwungen) eine ernsthafte Herausforderung, die im Rahmen der weiteren Entwicklung und Gewährleistung von Daseinsvorsorge Berücksichtigung finden muss. Hierbei ist der Freistaat Sachsen in einer Vorreiterrolle zu sehen, da zusätzlich zur allgemein zu beobachtenden Veränderungen insbesondere die Verwerfungen der sozio-demografischen Strukturen in Folge des Beitritts zum Bundesgebiet (starke Abwanderung potentieller Mütter) bis heute dazu führen, dass Kernentwicklungen demografischer Veränderungen wie eine starke Schrumpfung der Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter deutlich früher und stärker in Sachsen zu beobachten sind als beispielsweise den westlichen Bundesländern.

Grundsätzlich lassen sich dabei vor allem Handlungsbedarfe im Rahmen der Entwicklung der zu versorgenden Bevölkerung sowie des dafür zur Verfügung stehenden Fachkräftepotentials identifizieren.

Die 2020 durch das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsens vorgelegte 7. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung zeigt auf, dass die auf der vorübergehenden Zuwanderung basierende Stagnation der sächsischen Bevölkerungszahlen in einen auch bei erneut steigenden Zuwanderungszahlen nicht aufzuhaltenden Rückgang (ursprünglich wurde ein Rückgang zwischen reichlich 3 % und knapp 7 % innerhalb von 15 Jahren prognostiziert, Sondereffekte wie die Übersterblichkeit im Rahmen der Corona-Pandemie können auf Basis der aktuell zu beobachtenden Entwicklung jedoch auch realistisch betrachtet in noch stärkeren Schrumpfungen münden) der sächsischen Bevölkerung führen wird. Diese Entwicklung ist dabei zusätzlich durch eine sowohl aus regionaler als auch auf Alterskohorten bezogener Sicht heterogenen Entwicklung geprägt. So wird für die kreisfreien Städte Leipzig bis 2035 sowie mit Abstrichen auch für Dresden bis 2030 noch ein vorsichtiges Wachstumspotential von 5 % bis 10 % angenommen. Grenznahe Landkreise mit eher ruralen Strukturen wie Görlitz, der Erzgebirgskreis oder der Vogtlandkreis müssen sich hingegen auf einen Bevölkerungsverlust von 10 % bis zu 15 % einstellen; dies wären im Jahr 2035 allein in diesen 3 Landkreisen insgesamt bis zu 110.000 Bürgerinnen und Bürger weniger als noch im Jahr 2020. Während die Bevölkerungsgruppe über 65 kontinuierlich weiter anwachsen wird (in den nächsten 15 Jahren um rund 100.000 Personen), ist insbesondere in der Altersgruppe der arbeitsfähigen Bevölkerung mit einem drastischen Rückgang von

mehr als 10 % (d.h., rund 250.000 Personen weniger als bislang im Arbeitsmarkt verfügbar bis 2035) zu rechnen. Dies hat zur Folge, dass beispielsweise im Vogtlandkreis aktuell für je 2 Personen, die in den Ruhestand gehen, nur 1 Person als Nachrücker zur Verfügung steht, ein Verhältnis, was sich in den nächsten 10 Jahren voraussichtlich auf 1 Nachrücker je 2,5 Ruheständler verschlechtern wird. Diese Entwicklung betrifft sämtliche Bereiche des Arbeitslebens, nicht nur das Gesundheitswesen.

Aus den vorliegenden Daten können erste Aussagen für einen regional- und fachgebietsspezifisch unterscheidbaren zukünftigen Versorgungsbedarf abgeleitet werden, die entsprechend differenzierte Herangehensweisen an die Sicherstellung der stationären Krankenhausversorgung, bspw. in der Gestaltung zukünftiger Planungsverfahren sowie im Rahmen der Gewährleistung eines flächendeckend verfügbaren und angemessenen breiten Versorgungsangebotes. Hierbei ist insbesondere auf den nicht aufhaltbaren und kontinuierlichen Rückgang der Nachfrage einzelner fachgebietsspezifischer Versorgungsangebote hinzuweisen (hierbei ist bspw. die Geburtshilfe zu nennen, die aufgrund der Geburtenentwicklung in nur 5 Jahren rund 10 % weniger Fälle aufwies, aber auch die Kinderheilkunde ist aufgrund der sinkenden Geburtenzahlen betroffen) der nur unzureichend durch steigende Nachfrage in anderen Bereichen (wie insbesondere den geriatrischen Teilbereichen der Inneren Medizin) nicht vollständig kompensiert werden kann.

Darüber hinaus führt vor allem der überproportionale Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zu einem kontinuierlichen Rückgang der im Gesundheitswesen beschäftigten Personen. Vor allem altersbasierte Abgänge (knapp 40 % sowohl der Ärzte als auch der Pflegekräfte in Sachsen sind aktuell 50 und älter) können in Zukunft nicht mehr adäquat durch Ausbildung und Neueinstellungen kompensiert werden. Die Gesundheitsversorgung muss daher Wege finden, die Daseinsvorsorge mit einem dauerhaft reduzierten Personalumfang zu bewältigen. Dies geht einher mit einer nicht zuletzt aus der technischen Entwicklung resultierenden zunehmend spezialisierten Fachkräftedifferenzierung, so dass Gesundheitseinrichtungen gerade in Hinblick auf technische Ausbildungs- und Studienbereiche wie Fachinformatiker und Medizininformatiker stärker als bisher in Konkurrenz mit anderen Beschäftigungsbereichen treten werden. Aber auch die aufgrund der weiterhin stark alternden Bevölkerung kontinuierlich zunehmende Konkurrenz der stationären Gesundheitsversorgung mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen um qualifizierte Pflegekräfte ist hier zu beachten.

3. Herausforderung Digitalisierung

Digitalisierung im Krankenhaus birgt viele Chancen, um die Patientenversorgung der Zukunft zu verbessern und zu sichern. Sie kann zum Beispiel zum Bürokratieabbau beitragen, den Leistungserbringern den Arbeitsalltag erleichtern und mehr Zeit für die Patientenversorgung schaffen. Nicht ohne Grund hat bereits der Bundesgesetzgeber mit dem Krankenhauszukunftsgesetz den Fokus auf die Digitalisierung gerichtet und kurzfristig finanzielle Anreize geschaffen.

Hierbei darf insbesondere die Dualität der Thematik Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht aus den Augen verloren werden.

Einerseits bedeutet Digitalisierung im Krankenhaus die Transformation und Novellierung etablierter und gelebter Prozesse im Rahmen der Krankenhausorganisation. Dabei steht vor allem die zunehmende Dominanz und Abhängigkeit von der IT-Infrastruktur der Krankenhäuser im Mittelpunkt. Die vergangenen Jahre haben gezeigt, dass Angriffe oder der Ausfall zentraler Systeme zu einem vollständigen Verlust der Funktionsfähigkeit der Einrichtung Krankenhaus führen kann (es sei hier beispielhaft auf das Universitätsklinikum Düsseldorf im Jahr 2020, aber auch das Städtische Klinikum Wolfsburg in 2021 verwiesen, wo digitale Angriffe jeweils in einer vollständigen und länger anhaltenden Einstellung des Versorgungsangebotes resultierten). Damit stellt die IT-Infrastruktur eines Krankenhauses in ihrer Komplexität einen Single Point of Failure dar, der durch zunehmende Digitalisie-

rungsbestrebungen nur noch verstärkt wird. Gleichzeitig führt die weitere digitale Transformation dazu, dass Krankenhäuser in einem zunehmenden Maße spezialisiertes Personal anwerben und halten müssen (wobei aufgrund allgemeiner Digitalisierungsbestrebungen bereits jetzt ein hoher Marktdruck besteht) und über medizinisch/baulich bedingte Bedarfe hinaus zusätzliche Investitionen (aktuelle Studien gehen von einem bundesweiten Mehrbedarf in Höhe von mindestens 10, eher 50 Mrd. € in den nächsten 5 Jahren aus) mit nicht geringen permanenten Folgekosten tätigen müssen (in der Regel kann mit 10% der Investitionssumme pro Jahr, bei einem Innovationszyklus von 3 bis 5 Jahren gerechnet werden).

Andererseits stellt Digitalisierung eine Möglichkeit zur Sicherstellung der Verfügbarkeit und Steigerung von Qualität der Patientenversorgung dar. Gerade im Rahmen der Sicherstellung einer angemessenen flächendeckenden Daseinsvorsorge unabhängig vom tatsächlichen Lebensmittelpunkt des potentiellen Patienten sind Angebote der Telemedizin oder der digitalen Gesundheitsanwendungen als reale Alternativen in Betracht zu ziehen. Dabei besteht die Möglichkeit, dass Angebote der Telemedizin gegebenenfalls zu neuer Nachfrage führen, die wiederum personelle und sonstige Ressourcen binden, ohne aber für die Sicherstellung der Versorgung zwingend erforderlich zu sein.

Daher kann Digitalisierung kein Selbstzweck sein, sondern soll stets auf für die Versorgung und Qualität relevante Maßnahmen abzielen. Dies zu ermöglichen, ist auch Aufgabe des Freistaates Sachsen im Rahmen der Investitionskostenfinanzierung.

4. Ziel

Es gilt, den in den 90er Jahren begonnenen Weg konsequent weiterzugehen und die Zukunft zu antizipieren. Nur so kann der Entscheidungsspielraum im Freistaat Sachsen erhalten bleiben. Um visionär zu agieren, muss die Gesundheitsversorgung novelliert und proaktiv gestaltet werden.

Dies wird gelingen mit vorausschauendem Handeln und einer konsequenten Orientierung an den folgenden Kriterien:

a) Patientenorientierung

- Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass sie im Krankenhaus rund um die Uhr eine gesicherte Versorgung erhalten.
- Dies gilt insbesondere für die Versorgung im Notfall, die in angemessener Zeit zu gewährleisten ist.
- Leistungsstrukturen haben sich an der Qualität der Leistungserbringung und den Erwartungen der Patientinnen und Patienten zu orientieren.
- Es ist eine flächendeckende und bedarfsgerechte medizinische Versorgung zu sichern, so dass jeder Patient und jede Patientin in jeder Region gut versorgt wird, ohne dass jedes Fachgebiet oder Spezialisierung überall angeboten werden muss

b) Leistungsfähigkeit

- Gemeinsam sind Krankenhäuser in der Lage, die Versorgung im notwendigen Umfang zu Verfügung zu stellen.
- Dies betrifft insbesondere Qualitätsvorgaben, die strukturelle, apparative, vernetzte und personelle Ausstattung.
- Patientenversorgung ist durch attraktive Arbeitsbedingungen interprofessionell zu organisieren.

c) Vernetzung

- Regional vernetzte Versorgung wird durch die Krankenhausplanung gefördert und verbindliche Kooperationen unter den Leistungserbringern ermöglicht.
- Regionalisierte Ansätze sind erwünscht und unterstützen die Ausformung eines bedarfsgerechten gut erreichbaren Angebotes.
- Netzwerkarbeit und fachliche Zusammenarbeit sind nicht nur gewollt, sondern werden auch gefördert, u.a. durch Anreize für lokale, regionale und überregionales Kooperationen.

Ausgerichtet an diesen Kriterien wird der Freistaat Sachsen weiterhin über eine effiziente, leistungsfähige und attraktive mit anderen Leistungserbringern gut vernetzte Krankenhauslandschaft verfügen, die eine hohe Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten bietet. Dafür ist die Krankenhauslandschaft durch eine aktiv gestaltende Krankenhausplanung und eine sachgerechte Investitionsfinanzierung in Verantwortung des Freistaates Sachsen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Mit dem Sächsischen Krankenhausgesetz wird dafür der rechtliche Rahmen geschaffen.

5. Gesetzgebungskompetenz

Nicht alle denkbaren Lösungsansätze lassen sich allein mithilfe eines Sächsischen Krankenhausgesetzes regeln und umsetzen.

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflege sätze unterfällt entsprechend Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes der konkurrierenden Gesetzgebung. Der Bereich der Krankenhausorganisation und der Krankenhausplanung ist von Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes zwar nicht umfasst und verbleibt somit in der Gesetzgebungskompetenz der Länder (vgl. BVerfG, Beschluss vom 7. Februar 1991 – 2 BvL 24/84 –, BVerfGE 83, 363-395, Rn. 60). Für das Krankenhausrecht maßgebliche weitere Kompetenzen des Bundes finden sich jedoch in Artikel 74 Absatz 1 Nummern 12 und 19 des Grundgesetzes (Sozialversicherung sowie medizinische Berufe und Arzneimittel). Auch die auf dieser Grundlage normierten bundesrechtlichen Regelungen haben Auswirkungen insbesondere auf die Krankenhausplanung (zum Beispiel Gemeinsamer Bundesausschuss, Regelungen zur Qualitätssicherung) und sind im Rahmen der Novellierung des Sächsischen Krankenhausgesetzes zu beachten.

Auf diesen Gebieten der konkurrierenden Gesetzgebung hat der Bund das Gesetzgebungsrecht, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht (Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes). Eine Befugnis der Länder, abweichende Regelungen zu treffen, ist durch Artikel 72 Absatz 3 des Grundgesetzes nicht eröffnet.

Der Bund hat von seiner Gesetzgebungsbefugnis insbesondere durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie das Krankenhausentgeltgesetz Gebrauch gemacht.

Nach § 6 Absatz 4, § 7 Absatz 2 und § 11 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind durch Landesrecht nähere Regelungen für die Krankenhausplanung und die Investitionskostenförderung zu erlassen.

6. Wesentlicher Inhalt des neuen Sächsischen Krankenhausgesetzes

Mit dem Sächsischen Krankenhausgesetz werden vor allem nähere Regelungen für die Krankenhausplanung und die Investitionskostenförderung erlassen. Das Gesetz enthält darüber hinaus Vorgaben an die innere Organisation der Krankenhäuser und besondere Verpflichtungen wie zum Beispiel zum Patientendatenschutz.

Dabei greift es schwerpunktmäßig folgende Regelungen neu auf beziehungsweise behält folgende bewährte Regelungen bei, um den oben genannten Herausforderungen zu begegnen:

- Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer wird stärker in den Vordergrund gerückt und damit der Blick auf sektorenübergreifende Strukturen und Kooperationen gerichtet. Ein Nebeneinanderher-Agieren wird künftig immer weniger funktionieren; der Ausbau und das Leben von Kooperationen wird immer wichtiger werden, um die Versorgung sicherzustellen. Das hat auch die Corona-Pandemie gezeigt. Digitale Lösungen sollen dabei Schnittstellen- und Kommunikationshemmnisse überwinden helfen.
- Beibehalten wird der Grundsatz einer abgestuften Krankenhauslandschaft, d.h. eines funktional abgestuften Netzes möglichst gleichmäßig über das Gebiet des Freistaates Sachsen verteilter einander ergänzender Krankenhäuser.
- Beibehalten werden daher die Versorgungsstufen der Krankenhäuser der Regel-, Schwer- und Maximalversorgung sowie der Fachkrankenhäuser. Darüber hinaus wird eine Möglichkeit zur Ausweisung von Gesundheitszentren im Krankenhausplan geschaffen. Es bedarf zwar unbedingt bundesrechtlicher Rahmenbedingungen von Gesundheitszentren, auf Landesebene soll aber bereits jetzt ein wichtiger Impuls gesetzt werden. Regelungen, die in die Planung, Zulassung und Finanzierung des ambulanten Bereiches (darunter auch Medizinische Versorgungszentren, Poliklinik) eingreifen, sind dem Landesgesetzgeber versperrt.
- Beibehalten wird auch die grundsätzlich auf Betten und Fachrichtungen basierende Planungssystematik. Es wird aber auch eine Krankenhausplanung auf der Grundlage einer anderen Planungssystematik wie zum Beispiel auf Basis von Leistungen und Leistungsbereichen ermöglicht.
- Beibehalten wird die Möglichkeit zur Aufstellung von Fachprogrammen und deren Integration in die Krankenhausplanung. Auch ohne eine grundlegend veränderte Planungssystematik bleibt es so möglich, in einzelnen Leistungsbereichen Versorgungsaufträge krankenhauplanerisch stärker zu differenzieren.
- Neu werden Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren eingeführt und auch die Möglichkeit für weitere Qualitätsanforderungen des Landes geschaffen.
- Neu werden Regionalkonferenzen ermöglicht und in die Krankenhausplanung einbezogen, in denen die Akteure vor Ort regionale Entwicklungsstrategien in Bezug auf konkrete planerischen Schwerpunkte ihrer jeweiligen Region gemeinsam erörtern und entwickeln können.
- Beibehalten wird die klassische Investitionskostenförderung mit den beiden Säulen – der Einzel- und der Pauschalförderung.
- Dabei wird die Digitalisierung explizit berücksichtigt. Investitionsmittel zur Verbesserung der Informationssicherheit und des Digitalisierungs- und Vernetzungsgrades der Krankenhäuser werden als Teil der Pauschalförderung in die Investitionsfinanzierung des Landes aufgenommen. Außerdem können Investitionen vom Stand der Digitalisierung des Krankenhauses abhängig gemacht werden.
- Im Rahmen der Pauschalförderung werden durch Zuschläge zudem finanzielle Anreize für Kooperationen mit anderen Krankenhäusern sowie die Aufgaben der Weiterbildung und der Qualitätssicherung geschaffen.
- Neu ist auch eine Rechtsgrundlage für Modellvorhaben von Krankenhausträgern. So können neue Vorhaben, die noch nicht von der Regelfinanzierung umfasst sind, gefördert und erprobt werden.
- Insgesamt wird stärker hervorgehoben, dass die Patientin und der Patient im Zentrum der Versorgung stehen, und so wird zum Beispiel der Sozialdienst gestärkt.

7. Erfüllungsaufwand und weitere Wirkungen

a) Erfüllungsaufwand für Bürger

Die Regelungen haben zwar indirekt Folgewirkungen für die Bevölkerung des Freistaates Sachsen, es entsteht jedoch kein Erfüllungsaufwand für die Bürger.

b) Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Regelungen gelten auch für Krankenhäuser in privater Trägerschaft.

Die Pflicht, schriftliche Vereinbarungen über die Zusammenarbeit zu schließen (§ 3 Absatz 3 des Entwurfes), ist mit Erfüllungsaufwand verbunden. Zwischen Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern finden jedoch bereits jetzt schon Kooperationen statt und es sind auch bereits bisher Vereinbarungen zu treffen (§ 27 Absatz 1 Satz 2 des derzeit gültigen SächsKHG). Dabei wird davon ausgegangen, dass Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern bereits bisher in der Regel schriftlich abgeschlossen wurden, um die jeweiligen Rechte und Pflichten zu verankern. Ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand fällt somit kaum an. Die Pflicht ist jedoch erforderlich, um das Erfordernis von Zusammenarbeit als solches hervorzuheben. Zudem können formlose, mündliche, nicht nachweisbare Vereinbarungen als Kriterium einer rechtssicheren Auswahlentscheidung nicht genügen.

Im Bereich der Krankenhausplanung kann sich der Erfüllungsaufwand erhöhen, wenn Regionalkonferenzen gebildet werden (§ 8 des Entwurfes). Hier gehören als Mitglieder die Träger der Krankenhäuser in dem jeweiligen Landkreis oder der jeweiligen Kreisfreien Stadt sowie weitere Akteure an. Es entsteht somit Erfüllungsaufwand für die Mitarbeit. Die Regionalkonferenzen befassen sich jedoch mit Schwerpunkten anstatt generell formell in den Planungsprozess eingebunden zu sein und sind somit auch nicht flächendeckend zu bilden. Der Grad des Erfüllungsaufwandes ist daher abhängig von der Anzahl der Regionalkonferenzen sowie der Intensität derer Beratungen und kann daher nicht näher beziffert werden.

Mit der Anzeigepflicht von krankenhauplanerisch bedeutsamen Maßnahmen (§ 10 Absatz 1 des Entwurfes) geht eine Fristsetzung aber kein nennenswerter Erfüllungsaufwand einher, da diese Maßnahmen spätestens dem krankenhauplanerischen Verfahren unterliegen.

Im Übrigen ist das Verfahren der Krankenhausplanung bereits bisher mit entsprechendem Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser verbunden (insbesondere Antragsstellung einschließlich Erarbeitung von Konzepten, Darlegung der für die Beurteilung der Bedarfsgechtigkeit und ggf. auch für Auswahlentscheidungen erforderlichen Kriterien [vgl. § 9 Absatz 2 des Entwurfes]).

Im Bereich der Krankenhausinvestitionsförderung erhöht sich der Erfüllungsaufwand für die Krankenhausträger nicht. Neu ist zwar die Pflicht zur Übermittlung der strukturierten Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Umsetzungsstandes digitaler Maßnahmen nach § 14b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (§ 13 Absatz 2) sowie die Pflicht zur Vorlage der Zielplanung (§ 14 Absatz 2). Mit der Ausgestaltung des bisherigen Fördergegenstandes „Digitale Ertüchtigung von Krankenhäusern“ nach Großbuchstabe B der Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur nachhaltigen Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Freistaat Sachsen (RL eHealthSax) vom 5. März 2019 als Zuschlag der Pauschalförderung (§ 15 Absatz 5 Nummer 1) fällt jedoch für die Krankenhausträger die Antragstellung nach der Richtlinie weg.

Für die Durchführung von nach § 22 geförderten Modellvorhaben kann ggf. Erfüllungsaufwand entstehen.

Bereits bisher hatte jedes Krankenhaus bei Kleinkindern den größtmöglichen Kontakt mit den Erziehungsberechtigten zu gewähren. Diese Regelung wird auf Kinder und Jugendliche erweitert (§ 25 Absatz 4). Hierdurch entsteht nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand (organisatorischer Mehraufwand).

Mit der Vorhaltung von Stellen zur Entgegennahme von Beschwerden und Anzeigen von Patienten und Mitarbeitern sowie deren Mitteilung an die Aufsichtsbehörde und Information auf der Internetseite (§ 25 Absatz 5) entsteht kein nennenswerter zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Die Krankenhausträger waren bisher bereits dazu verpflichtet, Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Beschwerden von Patientinnen und Patienten durch eine unabhängige Stelle zu treffen. Die Regelung zu der Stelle zur Entgegennahme und Bearbeitung von Mängelanzeigen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kann im Übrigen dazu beitragen, dass unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Diagnose und Behandlung von Erkrankungen vermieden und damit Kosten eingespart werden können.

Für den Sozialdienst in den Krankenhäusern werden in § 26 Absatz 3 Qualifikationsanforderungen für die Beschäftigten festgelegt und auf die laut den Fachgesellschaften erforderliche Anzahl verwiesen, jedoch auf die bisher starr normierte Zahl von i.d.R. wenigstens einem hauptamtlichen Mitarbeiter je 400 Patienten (§ 23 Absatz 6 Satz 2 des derzeit gültigen SächsKHG) verzichtet. Ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand fällt somit nicht an.

§ 31 Absatz 3 wurde laut Gesetzesbegründung um die Pflicht der Krankenhäuser zur Vorlage von Unterlagen an die zuständige Aufsichtsbehörde ergänzt. Hierdurch entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand, da bereits bisher die Verpflichtung zur Auskunft in aller Regel durch die Vorlage von Unterlagen erfüllt wurde.

Für die in § 34 vorgeschriebene Evaluation entsteht für die Krankenhäuser kein Erfüllungsaufwand.

c) Erfüllungsaufwand der Verwaltung

ca) Freistaat Sachsen

Betroffen sind zum einen die Krankenhäuser in Trägerschaft des Freistaates sowie die Universitätsklinik. Es gelten die gleichen Ausführungen wie zu den Krankenhäusern in privater Trägerschaft (siehe oben unter b) zu § 3, zur Krankenhausplanung inklusive § 8, zur Krankenhausinvestitionsförderung (außer Universitätsklinik), zu §§ 22, 25, 26 und 34.

Betroffen ist zum anderen das zuständige Staatsministerium.

Im Bereich der Krankenhausplanung erhöht sich der Verwaltungsaufwand nicht unmittelbar, da die Planungssystematik (Betten, Fachrichtungen) grundsätzlich beibehalten wird.

Der Aufwand kann sich jedoch (ggf. auch erheblich) erhöhen, wenn eine andere Planungssystematik eingeführt wird. Der Grad des Erfüllungsaufwandes ist abhängig von der Art der durch Rechtsverordnung zu regelnden Systematik und kann daher nicht näher beziffert werden.

Die Durchführung von Regionalkonferenzen kann ebenfalls zu einer Erhöhung des Verwaltungsaufwandes führen. Der Grad des Erfüllungsaufwandes ist dabei abhängig von der Anzahl der Regionalkonferenzen, der Intensität derer Beratungen sowie der Anzahl der Teilnahme des Sozialministeriums und kann daher nicht näher beziffert werden.

Die Regelung in § 9 Absatz 6 (Rechtsbehelfe gegen den Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan haben keine aufschiebende Wirkung) führt zu einer Aufwandsminderung, da andernfalls die Anordnung des sofortigen Vollzuges gesondert zu erfolgen hat.

Im Bereich der Krankenhausinvestitionskostenförderung erhöht sich der Verwaltungsaufwand nicht, da die Einzel- und Pauschalförderung beibehalten wird und eine Verfahrensoptimierung insbesondere im Rahmen der neu zu erlassenden Pauschalförderungsverordnung angestrebt wird. Die Regelung zu den Modellvorhaben (§ 22) erhöht den Verwaltungsaufwand nicht, da Zuwendungen auch jetzt schon im Rahmen des Haushaltsrechts möglich sind (§§ 23, 44 SÄHO).

Für die in § 34 vorgeschriebene Evaluation entsteht ein Erfüllungsaufwand. Dieser ist nicht quantifizierbar, da er sich insbesondere danach bemisst, ob Regionalkonferenzen gebildet

wurden und wenn ja, wie viele und in welchem Ausmaß. Zudem ist dies abhängig von: Detaillierungsgrad der Evaluierung, interne oder externe Evaluierung, Wahl des Untersuchungsdesigns und der Erhebungsverfahren.

cb) Kommunen

Betroffen sind die Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft. Es gelten die gleichen Ausführungen wie zu den Krankenhäusern in privater Trägerschaft (siehe oben unter b) zu § 3, zur Krankenhausplanung inklusive § 8, zur Krankenhausinvestitionsförderung, zu §§ 22, 25, 26 und 34.

Darüber hinaus gehören die Landkreise und Kreisfreien Städte den Regionalkonferenzen (§ 8) als Mitglieder an. Auch die kommunalen Spitzenverbände können beteiligt werden. Es entsteht somit Erfüllungsaufwand für die Mitarbeit. Der Grad des Erfüllungsaufwandes ist dabei abhängig von der Anzahl der Regionalkonferenzen sowie der Intensität derer Beratungen und kann daher nicht näher beziffert werden.

cc) Sonstige

Den Regionalkonferenzen (§ 8) gehören auch die Landesverbände der Krankenkassen in Sachsen, der Verband der Ersatzkassen in Sachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen an. Weitere Institutionen und Personen, wie zum Beispiel die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Sächsische Landesärztekammer, können beteiligt werden. Es entsteht somit Erfüllungsaufwand für die Mitarbeit. Der Grad des Erfüllungsaufwandes ist dabei abhängig von der Anzahl der Regionalkonferenzen sowie der Intensität derer Beratungen und kann daher nicht näher beziffert werden.

d) Weitere Wirkungen, insbesondere sonstige Kosten für die Wirtschaft oder soziale Sicherungssysteme sowie Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau

Es ergeben sich indirekte Folgewirkungen auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung. Über die Gestaltung effizienter, leistungsfähiger und attraktiver Krankenhausstrukturen kann der Freistaat Sachsen zu sozial tragbaren Pflegesätzen und Entgelten beitragen.

B. Besonderer Teil

Zu Abschnitt 1 (Allgemeine Bestimmungen)

Zu § 1 (Grundsätze)

Zu Absatz 1

Absatz 1 benennt die bei der Anwendung des Sächsischen Krankenhausgesetzes zu beachtenden wesentlichen Grundsätze und Kriterien.

Zu Nummer 1

Im Freistaat Sachsen soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern gewährleistet und dadurch zu sozial tragbaren Pflegesätzen und Entgelten beigetragen werden.

Der Grundsatz orientiert sich an der Zielsetzung von § 1 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Demnach ist Zweck des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

Klarstellend werden in Nummer 1 neben den Pflegesätzen auch die Entgelte erwähnt. Zwar erstreckt sich die Verantwortung des Landes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser im Rahmen des Systems der dualen Krankenhausfinanzierung unmittelbar nur auf die Investitionskostenförderung, während Krankenhausentgeltrecht bundesrechtlich normiert ist und Betriebskosten von den Krankenkassen finanziert werden. Die ebenfalls in der Verantwortung der Länder liegende Krankenhausplanung kann über die Gestaltung effizienter, leistungsfähiger und attraktiver Krankenhausstrukturen jedoch ebenfalls zu sozial tragbaren Pflegesätzen und Entgelten beitragen.

Neu enthalten sind die Ziele der Qualität und der Digitalisierung. Dies entspricht der in jüngerer Zeit angepassten Regelung von § 1 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, welches zum einen die Qualität mit dem am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) und zum anderen die digitale Ausstattung der Krankenhäuser mit dem Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) vom 23. Oktober 2020 explizit in den Fokus rückte.

Aus diesem Grundsatz abzuleiten ist (auch ohne dass dies wie bisher in § 1 Absatz 1 Satz 1 a.F. ausdrücklich normiert wird), dass die Krankenhäuser in struktureller, funktioneller, bautechnischer, digitaler und hygienischer Hinsicht modernen Anforderungen entsprechen müssen. Dies wird in § 11 Satz 3 (Grundsätze der Förderung) explizit aufgegriffen.

Zu Nummer 2

Die Patientenversorgung soll unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte, der Morbidität und der demografischen Entwicklung durch ein funktional abgestuftes Netz möglichst gleichmäßig über das Gebiet des Freistaates Sachsen verteilter einander ergänzender Krankenhäuser sichergestellt und patientenzentriert organisiert werden.

Die demnach in den Blick zu nehmende Herausforderung der demografischen Entwicklung besteht nicht nur hinsichtlich der Anzahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten, sondern vor allem auch im Hinblick auf den Fachkräftebedarf. Diese Herausforderung wird nur mithilfe einer abgestuften Krankenhauslandschaft und damit eines zielgenauen Einsatzes des Personals bewältigt werden können. Die Krankenhäuser haben sich daher im Hinblick auf Versorgungsstufen und Versorgungsaufträgen gegenseitig zu ergänzen, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen aber auch Unterversorgung ebenso wie Überversorgung zu vermeiden. Dies bedeutet auch, dass spezialisierte Leistungen an bestimmten Krankenhäusern konzentriert werden, um so die dafür erforderliche Kompetenz und das Know-How zu bündeln und für eine hohe Qualität und damit Patientensicherheit zu sorgen. Die Patientenversorgung soll dabei patientenzentriert, also fokussiert auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, organisiert werden. Dies kann nur mit einem besseren Informationsaustausch und einer verbesserten Zusammenarbeit aller mit der Versorgung der Patientinnen und Patienten befassten Akteure gelingen. Dementsprechend wird die Zusammenarbeit in § 3 besonders geregelt.

Daher ist auch die Weiterentwicklung der innersektoralen und sektorenübergreifenden Strukturen, der Leistungsfähigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der medizinischen, medizinisch-technischen, therapeutischen und pflegerischen Wissenschaft sowie der demografischen Entwicklung eine ständige Aufgabe (vgl. § 1 Absatz 1 Satz 3 a.F.). Das deutsche Gesundheitssystem ist in den ambulanten Bereich (insbesondere niedergelassene, freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren, Hochschulambulanzen etc.) und den Krankenhausbereich sowie den Rehabilitationsbereich – kurz die Sektoren – untergliedert. Der Geltungsbereich des Sächsischen Krankenhausgesetzes erstreckt sich auf den Krankenhausbereich und vordergründig dessen – innersektorale – Strukturen. Gleichwohl bedarf es einer gelebten sektorenübergreifenden Versorgung vor allem an der Schnittstelle zwischen ambulantem Bereich und Krankenhaus. Deren Weiterentwicklung ist ständige Aufgabe, wobei auch weitere Sektoren, wie der Rehabilitationsbereich, aber auch der Bereich der Altenpflege, öffentlicher Gesundheitsdienst und andere mit zu berücksichtigen sind, um Brüche in der Versorgungskette zu vermeiden. Dazu zählt

auch, dass die stationäre Krankenversorgung durch das Angebot häuslicher Krankenpflege, teilstationäre Betreuung, vor- und nachstationäre Behandlung, ambulantes Operieren in vertretbarem Umfang entlastet und die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen zur ambulanten Versorgung an Krankenhäusern ausgeschöpft werden sollen.

Die bisherige Regelung des § 1 Absatz 4 a.F. sah explizit vor, dass die Vielfalt der Krankenhausträger zu fördern und freigemeinnützigen und privaten Trägern ausreichend Raum zur Mitwirkung an der Krankenhausversorgung zu geben ist.

Die Vielfalt der Krankenhausträger ist knapp 30 Jahre nach dem Inkrafttreten des Sächsischen Krankenhausgesetzes vom 19. August 1993 jedoch nicht mehr besonders zu fördern. Die Trägerpluralität in Sachsen ist inzwischen ausgewogen und es besteht diesbezüglich kein erhöhter Nachholbedarf mehr. Stand Juli 2021 befanden sich 42,1 % der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen (ohne Universitätsklinika) in öffentlicher Trägerschaft, 36,8 % in privater Trägerschaft und 21,1 % in freigemeinnütziger Trägerschaft.

Es gilt die allgemeine bundesrechtliche Regelung des § 1 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, wonach bei der Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten ist. Der Grundsatz der Trägervielfalt ist dem neuen sächsischen Krankenhausgesetz daher weiterhin immanent, jedoch wird er aus § 1 herausgelöst und in die Regelungen der Krankenhausplanung (§ 9 Absatz 2 Satz 2 und 3) sowie Investitionskostenfinanzierung (§ 13 Absatz 2 Satz 1) überführt.

Zu Absatz 2

Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung – nicht das Betreiben von Krankenhäusern – ist eine öffentliche Aufgabe, an der sich die Landkreise, die Kreisfreien Städte sowie das Land nach Maßgabe des Gesetzes zu beteiligen haben. Da es sich bei der Krankenhausversorgung primär um eine Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge handelt, sind für diese Aufgabe unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips in erster Linie die Landkreise und Kreisfreien Städte gefordert, bedarfsgerechte Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben oder weiterzuentwickeln, wenn sich kein anderer geeigneter Träger findet. Diese Pflicht generiert keine generelle Verpflichtung, ein umfassendes Leistungsspektrum jeglicher Fachrichtungen vorzuhalten. Vielmehr ist im Rahmen der Krankenhausplanung zu prüfen, welche Fachrichtungen im jeweiligen Einzelfall bedarfsgerecht sind. Dabei ist insbesondere an Vorhaltungen für die Notfallversorgung zu denken.

Dies schließt neben dem Errichten und dem Betrieb von Krankenhäusern auch ein, Krankenhäuser gegebenenfalls auch weiterzuentwickeln.

Zu § 2 (Anwendungsbereich)

Zu Absatz 1

Das Sächsische Krankenhausgesetz gilt für alle Krankenhäuser im Freistaat Sachsen, die nach § 8 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes förderfähig sind. Aufgrund von §§ 3 und 5 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind zum Beispiel Einrichtungen in Krankenhäusern für Personen, die im Maßregelvollzug aufgrund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind, sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vom Anwendungsbereich nicht umfasst. Das Sächsische Krankenhausgesetz gilt für Krankenhäuser, die nach den Bestimmungen des Abschnittes 2 in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommen werden und durch die die Krankenkassen nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mithin Krankenhausbehandlung erbringen lassen können (zugelassene Krankenhäuser). Reine Privatkrankenanstalten gemäß § 30 der Gewerbeordnung, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden, sind davon nicht umfasst.

Zu Absatz 2

Aufgrund der Definition des Anwendungsbereiches in Absatz 1 muss die Anwendbarkeit des Sächsischen Krankenhausgesetzes auf die Universitätsklinika in Absatz 2 ausdrücklich geregelt werden:

Das Sächsische Krankenhausgesetz findet auf die Universitätsklinik und deren klinische Einrichtungen nur Anwendung, soweit sie der Versorgung der Bevölkerung dienen. Da die Universitätsklinik nach landesrechtlichen Vorschriften einen Anspruch auf Zuweisungen für Investitionen durch den Freistaat Sachsen als deren Träger haben, sind sie nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (abgesehen von § 14a) nicht förderfähig. Daher finden die Regelungen zur Investitionsförderung (Abschnitt 3) und inneren Organisation (§ 23) keine Anwendung. Es gelten insoweit die Regelungen des Universitätsklinik-Gesetzes.

Zu Absatz 3

Artikel 137 Absatz 3 Satz 1 der Weimarer Reichsverfassung, der nach Artikel 140 des Grundgesetzes sowie nach Artikel 109 Absatz 4 der Sächsischen Verfassung nach wie vor gilt, lautet: „Jede Religionsgesellschaft ordnet und verwaltet ihre Angelegenheiten selbständig innerhalb der Schranken des für alle geltenden Gesetzes“.

Dem folgend gilt die Regelung zur Betriebsleitung in § 23 Absatz 2 nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden. Sie treffen für ihre Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen zur Betriebsleitung.

Zu Absatz 4

Die Vorschriften über die Grundsätze der Investitionsförderung gelten laut § 8 Absatz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die in § 2 Nummer 1a genannten Ausbildungsstätten entsprechend. Laut Definition in § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes handelt es sich bei mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten um staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern zur Ausbildung für abschließend aufgezählte Berufe, wenn die Krankenhäuser Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte sind. Daraus leitet sich demzufolge für diese Ausbildungsstätten entsprechend § 8 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes der Anspruch der Krankenhäuser auf Förderung ab, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in das Investitionsprogramm aufgenommen sind.

Aus diesem Grund gelten die allgemeinen Bestimmungen (Abschnitt 1) und die Bestimmungen zur Krankenhausplanung (Abschnitt 2) sowie Investitionskostenförderung (Abschnitt 3) auch für Ausbildungsstätten. Davon ausgenommen sind die Regelungen zum Ausgleich von Eigenkapital (§ 17) und zur Förderung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben (§ 18), da es sich hierbei um eine andere Sachlage als bei dem Kerngeschäft der Krankenhäuser handelt und die von §§ 17 und 18 umfassten Kosten zudem keine Investitionskosten sind. Ebenfalls ausgenommen sind die Regelungen der Pauschalförderung (§ 15) insofern, dass Ausbildungskapazitäten zwar in die Ermittlung der Pauschalfördermitelhöhe des Krankenhauses einfließen und als Zuschlag Berücksichtigung finden, jedoch kein eigenständiger Anspruch auf eine Pauschale für die Ausbildungsstätte besteht.

Zu § 3 (Zusammenarbeit)

Die Regelungen zur Zusammenarbeit fanden sich bisher in § 1 Absatz 2 und § 27 a.F. des Sächsischen Krankenhausgesetzes. Mit dem neuen § 3 werden diese Regeln zusammengeführt und in den ersten Abschnitt verschoben. Dies folgt dem in § 1 Absatz 1 Nummer 2 normierten Ziel, die Patientenversorgung patientenzentriert zu organisieren, und wird damit auch der Bedeutung entsprechend platziert. Absatz 1 benennt den allgemeinen Grundsatz und alle wesentlichen Akteure. Absatz 2 enthält eine allgemeine Verpflichtung für die Leistungserbringer und Leistungsträger der gesundheitlichen Versorgung. In Absatz 3 werden schließlich die besonderen Pflichten der Krankenhäuser geregelt, da im Rahmen des Sächsischen Krankenhausgesetzes nur diese mit entsprechenden Konsequenzen in der Krankenhausplanung sowie Investitionskostenförderung verknüpft werden können.

Zu Absatz 1

Mit dieser Regelung wird in Form eines allgemeinen Grundsatzes deutlich gemacht, dass es des Zusammenwirkens nicht nur der Krankenhausträger untereinander, sondern zahlreicher weiterer Akteure bedarf. Dies schließt neben den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als weiteren Leistungserbringern zum Beispiel auch die Krankenkassen und andere Leistungsträger der gesundheitlichen Versorgung (zum Beispiel Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassene Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen) mit ein. Ebenso umfasst sind der öffentliche Gesundheitsdienst und sonstige Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens. Dies umfasst neben dem pflegerischen Bereich beispielsweise weitere versorgungskordinierende Stellen der kommunalen Ebene (Psychiatrie- und Suchtkoordinatoren und die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften) aber auch die in der Ausbildung von Gesundheitsberufen tätigen Bildungseinrichtungen (Schulen in öffentlicher und in freier Trägerschaft sowie Hochschulen). Zu berücksichtigen sind zudem der Rettungsdienst und die (umgangssprachlich Rettungsleitstellen genannten) Integrierten Regionalleitstellen gemäß §§ 1 Absatz 2, 17 ff. der Sächsischen Landesrettungsdienstplanverordnung.

Zu Absatz 2

Satz 1 normiert eine allgemeine Verpflichtung der Leistungserbringer und Leistungsträger der gesundheitlichen Versorgung zur Zusammenarbeit mit dem Ziel einer patientenzentrierten und patientenfreundlichen sowie qualitativ hochwertigen Versorgung verpflichtet.

Die Zusammenarbeit soll neben der bestmöglichen Patientenversorgung zu einem möglichst effizienten Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen führen. Ebenso sollen Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden.

Wie wichtig eine gute Zusammenarbeit ist, hat sich im Rahmen der Corona-Pandemie besonders gezeigt.

Diese Regelung enthebt jedoch nicht von der Pflicht, das Recht der Patientinnen und Patienten auf freie Wahl des Krankenhauses und der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu wahren sowie lauterer Wettbewerb zu praktizieren. Unlautere, das heißt wettbewerbsrechtlich unzulässige Kooperationen zur Steuerung von Patientenströmen sollen durch § 3 nicht befördert oder gar legalisiert werden. Unter anderem sollen damit keine Maßnahmen befördert werden, die das Recht der Patientinnen und Patienten auf freie Wahl des Krankenhauses und der behandelnden Ärztinnen und Ärzte behindern, indem das Spektrum der Wahlmöglichkeiten bewusst unvollständig dargestellt wird.

Gemäß Satz 2 sollen die Leistungserbringer und Leistungsträger sicherstellen, dass Schnittstellen- und Kommunikationshemmnisse durch die Nutzung digitaler Lösungen, die dem aktuellen Stand der Technik entsprechen, vermieden und abgebaut werden. Ein interoperables Gesundheitswesen ist unabdingbar, damit die sensiblen Gesundheitsdaten reibungslos und sicher ausgetauscht und im Interesse einer patientenzentrierten Versorgung genutzt werden können. Die Vermeidung und der Abbau der Schnittstellen- und Kommunikationshemmnisse sollte stetig und dabei vor allem bei der Planung, Erneuerung und Neuanschaffung geprüft werden

Zu Absatz 3

Angelehnt an den bisherigen § 27 a.F. werden in Absatz 3 die besonderen Pflichten der Krankenhäuser geregelt.

Laut Satz 1 sind die Krankenhäuser ihrem Versorgungsauftrag entsprechend zur Zusammenarbeit untereinander und mit anderen in Absatz 1 genannten Personen und Institutionen verpflichtet.

Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich insbesondere aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung (vgl. § 8 Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes).

Auch die Festlegung von Versorgungsstufen ist Bestandteil des Versorgungsauftrages. Dementsprechend kommt den Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie der Schwerpunktversorgung mithin eine besondere Verpflichtung im Rahmen der Zusammenarbeit mit den anderen Krankenhäusern der jeweiligen Region zu.

Die Zusammenarbeit sollte ihren Schwerpunkt in der Region haben, zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen und zu Behandlungsschwerpunkten geschlossen werden und einem Wissenstransfer in die Fläche dienen.

§ 3 ist dabei allein auf eine vertiefte, organisatorische Zusammenarbeit ausgerichtet; die rechtliche Zusammenführung und der Zusammenschluss von Krankenhäusern richtet sich demgegenüber nach den dafür einschlägigen Rechtsvorschriften (insbesondere Gesellschaftsrecht, Wettbewerbsrecht).

Laut Satz 2 sind über die Zusammenarbeit schriftliche Vereinbarungen zu schließen. Es ist eine Neuerung gegenüber dem bisherigen § 27 Absatz 1 Satz 2 a.F., dass schriftliche Vereinbarungen zu schließen sind. Bislang sah das Sächsische Krankenhausgesetz lediglich eine Soll-Bestimmung vor.

Der Abschluss von Vereinbarungen kann im Rahmen einer gegebenenfalls erforderlichen krankenhauplanerischen Auswahlentscheidung Berücksichtigung finden (§ 9 Absatz 2). Zudem fließt die Zusammenarbeit auch in die Entscheidung über den Widerruf von Bewilligungsbescheiden ein (§ 20 Absatz 4 Nummer 3).

Die Pflicht richtet sich daher ausschließlich an das jeweilige Krankenhaus und dabei vordergründig – aber nicht ausschließlich – auf die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander. Es müssen nicht in jedem Fall alle in Absatz 1 genannten Personen und Institutionen involviert werden; das Krankenhaus ist – unter anderem abhängig von den Inhalten der jeweiligen Vereinbarung und der Kooperationsbereitschaft der Partner – frei darin zu entscheiden, wie viele und welche Kooperationspartner konkret einbezogen werden. Dabei sind jedoch Kooperationen, die sich nicht ausschließlich auf den Bereich des Unternehmensverbundes des jeweiligen Krankenhauses erstrecken, besonders zu begrüßen.

Satz 3 zählt beispielhaft, jedoch nicht abschließend die Bereiche auf, in denen sich eine Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und weiterer Partner auf Qualität, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit und damit besonders günstig zum Wohle der Patientinnen und Patienten und der Effizienz auswirken kann.

Zu Nummer 1

Die Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten dient nicht nur der Sicherung einer hohen Qualität, sondern auch effizienten Strukturen.

Zu Nummer 2

Diese Nummer benennt die Wahrnehmung besonderer Aufgaben im Zusammenhang mit der Dokumentation und der Nachsorge im Zusammenwirken mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Es geht dabei nicht um die konkrete Dokumentation im Einzelfall (die derjenige erbringen sollte, der die Behandlung etc. durchführt), sondern um übergreifende Verfahrensfragen und den Abbau von Kommunikationshemmnissen insbesondere im Zusammenhang mit dem Aufnahme- und Entlassmanagement.

Zu Nummer 3

Diese Nummer führt die Verteilung der aufzunehmenden Patientinnen und Patienten auf. Das Recht auf freie Arzt- und Krankenhauswahl sowie das Wettbewerbsrecht bleiben davon unberührt.

Zu Nummer 4

Die Zusammenarbeit sollte sich auf die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen erstrecken. Gemeinsame Falldialoge, Wissenstransfer, ein offener Austausch auch über Fehler oder Beinahefehler sind nur einige Beispiele.

Zu Nummer 5

Bei der Schwangerenbetreuung ist eine Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit ambulanten Angeboten besonders wünschenswert.

Zu Nummer 6

Die Aufnahme- und Dienstbereitschaft sowie deren Erweiterungsfähigkeit bei einem Großschadensereignis wird in dieser Nummer genannt.

Zu Nummer 7

Auch die Mitwirkung an der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst ist ein wichtiger Baustein für eine am Patientenwohl orientierte Zusammenarbeit.

Zu Nummer 8

Unter Rationalisierungsmaßnahmen können zum Beispiel gemeinsam betriebene Laboreinrichtungen, Zentralsterilisationen, zentrale Küchen, Einkauf und IT-Dienstleistung fallen. Rationalisierungsmaßnahmen setzen damit den Fokus auf den zielgenauen und damit effizienten Einsatz der zur Verfügung stehenden und voraussichtlich knapper werdenden v.a. personellen Ressourcen, da nicht jedes Krankenhaus alles in Eigenverantwortung organisieren muss und kann.

Zu Nummer 9

Medizinisch-technische Großgeräte sind besonders kostenintensiv und bedürfen in der Regel auch besonders ausgebildetes Fachpersonal. Die gemeinsame Nutzung dieser Großgeräte birgt daher erhebliches Rationalisierungspotential.

Zu Nummer 10

Dasselbe gilt für die Nutzung medizinischer oder wirtschaftlicher Einrichtungen.

Zu Nummer 11

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sollte die Aus-, Fort- und Weiterbildung in ärztlichen, psychotherapeutischen und vergleichbaren akademischen Berufen sowie Gesundheitsfachberufen vermehrt in Zusammenarbeit der Krankenhäuser und anderer Beteiligter erfolgen.

Dies betrifft nicht nur die schulische (insbesondere durch die Errichtung und den Betrieb von Ausbildungsstätten), sondern auch die praktische Ausbildung im Krankenhaus oder anderen Einrichtungen in Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten (inklusive der Hochschulen).

Darüber hinaus gilt dies auch für die Fort- und Weiterbildung. Gerade die ärztliche Weiterbildung soll auch künftig nicht nur in den Ballungsräumen und großen Krankenhäusern angeboten werden, sondern auch in den ländlicheren Gebieten sowie kleinen Krankenhäusern. Dies kann insbesondere bewirken, junge Fachkräfte für die weitere Berufslaufbahn auch in die ländlicheren Gebiete zu ziehen und so für ausreichend Nachrücker im stationären wie auch im ambulanten Bereich zu sorgen.

Unabhängig von § 3 besteht bereits für die Durchführung des Studiums der Akademiker und Akademikerinnen das Erfordernis der Kooperation von Hochschulen und Praxiseinrichtungen (z.B. akademische Hebammenausbildung, hochschulische Pflegeausbildung). Dies unterliegt den jeweiligen berufrechtlichen Regelungen. Eine darüber hinaus gegebenenfalls erfolgende weitere Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen für die hochschulische Ausbildung wird in § 3 daher zwar nicht gesondert erwähnt, ist jedoch keineswegs ausgeschlossen.

Zu Nummer 12

Diese Nummer führt die Errichtung und den Betrieb zentraler Krankenhausapotheken auf. Dabei sind die bundesrechtlichen Vorgaben (§ 14 Apothekengesetz) zu beachten.

Zu Nummer 13

Abschließend führt diese Nummer die vorübergehende personelle Unterstützung eines Krankenhauses auf. Dies kann zum Beispiel im Fall eines kurzfristigen Personalengpasses erforderlich werden und sinnvoll sein, um zur Aufrechterhaltung eines Versorgungsauftrages beizutragen und dafür eine gewisse Zeit bis zur Behebung des Personalengpasses zu überbrücken. Dies ist insbesondere unter Nutzung telemedizinischer Netzwerkstrukturen oder ähnlicher Netzwerkstrukturen, die durch Informations- und Kommunikationstechnologien gestützt werden (zum Beispiel Telepflege), denkbar. Es ist aber auch eine zeitlich befristete personelle Unterstützung von Kooperationspartnern vor Ort denkbar; die entsprechenden insbesondere arbeitsrechtlichen Regeln sind zu beachten.

Zu Absatz 4

Mit Absatz 4 werden die guten Erfahrungen mit der medizinischen Koordination durch die Krankenhäuser der Maximalversorgung im Rahmen der Corona-Pandemie aufgegriffen und eine gesetzliche Rechtsgrundlage für ähnliche besondere Gefährdungslagen geschaffen.

Nach Satz 1 kann das zuständige Staatsministerium anordnen, dass ein oder mehrere Krankenhäuser zeitlich befristet bestimmte koordinierende Aufgaben zur Bewältigung der besonderen Gefährdungslage erfüllen und andere Krankenhäuser mit ihnen zusammenarbeiten haben, wenn eine besondere Gefährdungslage für die gesundheitliche Versorgung auftritt. Die jeweilige Form der Anordnung (Verwaltungsakt, Allgemeinverfügung) richtet sich nach dem Verwaltungsverfahrenrecht.

Die Regelung ist bewusst nicht auf die Krankenhäuser der Maximalversorgung beschränkt, da die Zuordnung der Koordinatorenrolle im jeweiligen Einzelfall je nach Art der Gefährdungslage und je nach regionalem Ausmaß auch für andere Krankenhäuser in Betracht kommen kann.

Eine besondere Gefährdungslage für die gesundheitliche Versorgung liegt nach Satz 2 insbesondere in den in Nummer 1 bis 3 genannten Fällen vor.

Zu Nummer 1

Eine besondere Gefährdungslage für die gesundheitliche Versorgung kommt im Fall von epidemischen Lagen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes in Betracht, wie zum Beispiel im Fall der epidemischen Lage aufgrund der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) – sowohl im Fall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite als auch bei einer epidemischen Ausbreitung im Freistaat Sachsen.

Zu Nummer 2

Eine durch das zuständige Staatsministerium angeordnete Koordination durch ein oder mehrere Krankenhäuser kann auch im Fall von kurzfristig erforderlichen Evakuierungen von Krankenhäusern in Betracht kommen. Es ist dabei unerheblich, warum die Evakuierung erforderlich ist. Es kommen sowohl Naturschadensereignisse wie Hochwasser aber auch Cyber-Angriffe oder andere Gründe in Betracht. Maßgeblich ist lediglich, dass eine Koordination durch ein oder mehrere Krankenhäuser erforderlich ist, um die gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten.

Zu Nummer 3

Als Auffangtatbestand formuliert Nummer 3 den Fall einer aus sonstigen Gründen weit über das übliche Maß hinausgehenden Anzahl stationär zu versorgender Patienten und Patientinnen in mindestens einem Landkreis oder einer Kreisfreien Stadt. Wann eine Patientenzahl weit über das übliche Maß hinaus geht, ist vom jeweiligen Einzelfall und dabei insbesondere von der jeweiligen Patientenklientel abhängig. Maßgeblich ist, dass die Patientenzahl zeitweise eine Koordination durch ein oder mehrere Krankenhäuser erforderlich macht, um die gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten.

Zu Absatz 5

Der Wissenschaftsrat hat in seinen Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem vom 09.07.2021 (Drs. 9192-21) vorgeschlagen, sogenannte „System- und Zukunftsaufgaben“ als vierte Säule der Universitätsmedizin neben Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu begreifen. Diese sind demnach zusätzliche Aufgaben übergeordneten, systemischen Charakters im Grenzbereich von Wissenschaft und Versorgung.

„Zu den System- und Zukunftsaufgaben zählt der Wissenschaftsrat verschiedene Leistungen der Universitätsmedizin im und für das Gesundheitssystem, z. B. Beiträge zur Qualitätssicherung der Versorgung durch die Entwicklung und Modifizierung klinischer Leitlinien, die regionale und überregionale Unterstützung anderer Versorgungseinrichtungen mit medizinisch-wissenschaftlicher Spezialexpertise oder die Überprüfung etablierter Behandlungsverfahren und Versorgungsformen durch klinische Forschung und Versorgungsforschung. [...] Eine zentrale strategische Entwicklungsperspektive für die Universitätsmedizin ist außerdem die Einnahme einer koordinierenden und konzeptionellen Schlüsselposition im Gesundheitssystem. Potentielle, im Idealfall durch Bund und Länder gemeinsam festzulegende Aufgabenfelder sieht der Wissenschaftsrat dabei einerseits in der regionalen und überregionalen Koordinierung, Vernetzung und Steuerung von Versorgung und versorgungsrelevanter Gesundheitsforschung, andererseits in der konzeptionellen Mitgestaltung der Zukunft des Gesundheitssystems durch die Entwicklung, die Implementierung und das Management von Innovationen für die Versorgung.“ (S. 66, 67 der Empfehlungen)

„Der Wissenschaftsrat sieht zwei wesentliche Entwicklungsrichtungen für die Universitätsmedizin an der Schnittstelle von Wissenschaftssystem und Gesundheitssystem: Einerseits sollte sie in der Versorgung und in der versorgungsrelevanten Gesundheitsforschung eine koordinierende Funktion, andererseits als Innovationstreiber innerhalb einer vernetzten Gesundheitsforschung eine konzeptionelle Funktion für die wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung übernehmen.“ (S. 82 der Empfehlungen)

Dafür sei aus Sicht des Wissenschaftsrats wichtig, ein einheitliches Verständnis der besonderen Rolle der Universitätsmedizin im Gesamtsystem sowie ihrer spezifischen Aufgaben, Kompetenzen und Leistungen herzustellen.

Entsprechende Empfehlungen hat der (für das Politikfeld des Gesundheitssystems verantwortliche) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bislang nicht vorgelegt.

In Absatz 5 werden die Empfehlungen des Wissenschaftsrates daher wie folgt aufgegriffen.

So wird die besondere Rolle der Universitätsklinik und deren Entwicklungsperspektive betont, eine vernetzende und konzeptionelle Funktion einzunehmen, die der langfristigen Sicherstellung und Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung dient.

Dabei wird jedoch auch den Grundsätzen der freien Arzt- und Krankenhauswahl, der Trägervielfalt sowie des Qualitätswettbewerbs im Krankenhausmarkt Rechnung getragen.

So wird zum einen anerkannt, dass diese System- und Zukunftsaufgaben zwar neben dem krankenhauplanerisch zugewiesenen Versorgungsauftrag im engen Sinne bestehen, jedoch auch ausdrücklich geregelt, dass sich Absatz 5 dennoch nur auf Aufgaben erstrecken kann, die dem Versorgungsauftrag der Universitätsklinik entsprechen, diesem somit auch nicht zuwiderlaufen können. Insbesondere kann sich eine vernetzende Aufgabe nicht auf eine Fachrichtung oder eine Spezialisierung beziehen, die krankenhauplanerisch nicht dem betreffenden Universitätsklinikum (sondern anderen Krankenhäusern) zugewiesen ist. Andernfalls könnten die den Krankenhäusern zugewiesenen Versorgungsaufträge durch „System- und Zukunftsaufgaben“ unterlaufen werden; die ordnungspolitische Entscheidung über die Gesundheitsversorgung bleibt jedoch der Krankenhausplanung vorbehalten.

Darüber hinaus zeigt die Regelung zwar eine Entwicklungsperspektive der Universitätsklinik auf und befördert diese; sie bewirkt jedoch nicht, dass die anderen Krankenhäuser gegen deren Willen beschränkt werden. Daher ist mit Absatz 5 keine gesetzliche Verpflichtung (zum Beispiel zur Koordinierung von Patientenströmen) oder Beschränkung anderer Leistungserbringer verbunden. Die in der Regelung aufgeführten Aufgaben erfolgen unbeschadet der Aufgaben anderer Leistungserbringer. Sie dienen und unterstützen andere Leistungserbringer vielmehr. Die Aufgaben können zudem genauso auch andere Krankenhäuser (mit der entsprechenden Expertise) wahrnehmen, insbesondere ist dabei an Beiträge zur Qualitätssicherung der Versorgung zu denken.

Weiterhin zielt die Regelung aus diesem Grund auch bewusst auf „vernetzende“ statt auf „koordinierende“ Aufgaben ab.

Die Aufgaben nach Absatz 5 umfassen abschließend vier Komplexe: Beiträge zur Qualitätssicherung der Versorgung durch die Entwicklung und Modifizierung klinischer Leitlinien, zur Vernetzung von Versorgung und versorgungsrelevanter Forschung, zur Entwicklung und Erprobung innovativer Behandlungsverfahren, medizinischer Technologien und Versorgungsformen durch klinische Forschung und Versorgungsforschung gemeinsam mit den Medizinischen Fakultäten und die konzeptionelle Unterstützung des zuständigen Staatsministeriums sowie des Krankenhausplanungsausschusses zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung.

„Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Dienstleistungen und Produkten unter Alltagsbedingungen. Dazu studiert die Versorgungsforschung wie Finanzierungssysteme, soziale und individuelle Faktoren, Organisationsstrukturen und -prozesse und Gesundheitstechnologien den Zugang der Patienten und Versicherten zur Kranken- und Gesundheitsversorgung sowie deren Ergebnisse (Outcome), Qualität und Kosten beeinflussen.“ so eine Definition der Bundesärztekammer (siehe <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-und-ethik/versorgungsforschung/>) Demgegenüber wird die „versorgungsrelevante Forschung“ weiter verstanden und kann zum Beispiel auch Grundlagenforschung umfassen.

Laut Wissenschaftsrat lasse sich für die System- und Zukunftsaufgaben der Universitätsmedizin keine klare Finanzierungszuständigkeit einzelner Politikfelder oder föderaler Ebenen ableiten. Demnach sollten sie im Rahmen einer dauerhaften, zusätzlichen Finanzierungssäule aus öffentlichen Mitteln gefördert werden. Eine Entscheidung über eine zusätzliche Finanzierung der System- und Zukunftsaufgaben der Universitätsklinik wird mit Absatz 5 nicht getroffen. Die Entscheidung, ob es zusätzlicher Mittel für welche System- und Zukunftsaufgaben bedarf und in welchem Maß und aus welchen Mitteln sie zusätzlich finanziert werden, ist jeweils Angelegenheit der Haushaltsgesetzgeber (vgl. bspw. § 5 Absatz 3 Universitätsklinik-Gesetz – UKG). Absatz 5 ist auch keine Anspruchsgrundlage für die Finanzierung aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung; dies hat auch der Wissenschaftsrat bereits ausgeschlossen.

Zu Abschnitt 2 (Krankenhausplanung)

Zu § 4 (Aufgabe der Krankenhausplanung)

Laut Satz 1 stellt das zuständige Staatsministerium einen Krankenhausplan für das Gebiet des Freistaates Sachsen gemäß § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf und schreibt ihn in der Regel im Drei-Jahresrhythmus fort. Die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes ist mithin Aufgabe des zuständigen Staatsministeriums, unbeschadet der nach § 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu erfolgenden engen Zusammenarbeit mit den Beteiligten und des Anstrebens einvernehmlicher Regelungen. Zu der in § 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes normierten Beteiligung wird in § 7 (Krankenhausplanungsausschuss) und § 9 Absatz 5 (Anhörung des Krankenhauses) Näheres geregelt.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz sieht ein Zwei-Stufen-Modell vor. Auf der ersten Stufe stellt die Krankenhausplanungsbehörde den Krankenhausplan auf. Dieser hat keine

unmittelbare Rechtswirkung nach außen, sondern ist ein reines Verwaltungsinternum, eine verwaltungsinterne Weisung ohne Bindungswirkung nach außen (vgl. BVerwG, Urteil v. 16.06.1994 - 3 C 12/93 -, juris). Auf der zweiten Stufe erlässt die zuständige Landesbehörde einen rechtsverbindlichen Bescheid über die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan (§ 8 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie § 8 dieses Gesetzes), den sogenannten Feststellungsbescheid. Erst der Feststellungsbescheid entfaltet eine konstitutive Wirkung.

Die Krankenhauspläne sind den aktuellen Entwicklungen anzupassen und daher in regelmäßigen Zeitabständen fortzuschreiben. Regelmäßig ist ein 3-Jahres-Rhythmus vorgesehen, der im Vollzug des bisherigen Krankenhausgesetzes sowohl unter- als auch überschritten wurde und sich dem Grunde nach bewährt hat.

Laut Satz 2 kann der Krankenhausplan (wie bereits bisher) durch Fachprogramme, die besondere Teile des Krankenhausplanes sind, ergänzt werden. Fachprogramme schaffen Grundlagen für die stationäre Versorgung in bestimmten Fachdisziplinen und dienen daher der Ergänzung des Krankenhausplanes. Auch ohne eine grundlegend veränderte Planungssystematik (siehe § 5 Absatz 2 Nummer 4) ist es so möglich, in einzelnen Leistungsbereichen Versorgungsaufträge krankenhauserisch stärker zu differenzieren. Fachprogramme können sowohl in den Krankenhausplan integriert werden, als auch als gesondertes Dokument erarbeitet werden, welches Bestandteil des Krankenhausplanes wird. Für Fachprogramme gelten daher die gleichen Verfahrensvorschriften wie für den Krankenhausplan.

Zur Unterstützung der Krankenhausplanung können Regionalkonferenzen gebildet werden. Dazu wird in § 8 das Nähere geregelt.

Zu § 5 (Krankenhausplan)

Zu Absatz 1

Absatz 1 und 2 regeln die Festlegungen des Krankenhausplanes, die wiederum Inhalt des Feststellungsbescheides nach § 9 werden. Absatz 1 regelt katalogartig die Festlegungen, die Inhalt sein müssen, Absatz 2 diejenigen, die Inhalt sein können.

Zu Nummer 1

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes enthält der Krankenhausplan eine Krankenhauszielplanung, eine Bedarfsanalyse, eine Krankenhausanalyse und eine Versorgungsentscheidung (zum Beispiel BVerwG, Urteil vom 25. Juli 1985 – 3 C 25/84 –, BVerwGE 72, 38-59). Bei der Krankenhauszielplanung zum Beispiel handelt es sich demnach um eine Maßnahme, die einen überwiegend planerischen Charakter hat. „Es soll erreicht werden, daß sich die richtigen Krankenhäuser am richtigen Platz befinden. Im Hinblick auf diese Aufgabenstellung ist die Annahme gerechtfertigt, daß der für die Aufstellung des Krankenhausbedarfsplans zuständigen Behörde bei der Festlegung der Ziele der Krankenhausbedarfsplanung des Landes ein planerischer Gestaltungsspielraum eingeräumt ist.“

In Nummer 1 wird vor diesem Hintergrund geregelt, dass der Krankenhausplan den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Krankenhausstandort, Krankenhausträger, Gesamtbettenzahl, Fachrichtungen und Versorgungsstufen ausweist.

Die Regelung stellt dabei ausdrücklich nicht nur auf den Stand beziehungsweise die aktuell für die Versorgung vorgesehenen Krankenhäuser ab, sondern erstreckt sich auch auf die vorgesehene Entwicklung der Krankenhäuser. Eine Ausrichtung der Krankenhausplanung auf ein strategisches, über den jeweiligen Fortschreibungszeitraum hinausgehendes mittel- und langfristiges Zielbild und die Integration und Berücksichtigung dieses Zielbildes bei den im jeweiligen Krankenhausplan getroffenen Einzelfestlegungen wird daher nicht nur ermöglicht, sondern ist ausdrücklich so vorgesehen.

Mit krankenhauserplanerisch getroffenen Entscheidungen erfolgt jedoch keine dauerhafte Festschreibung im Sinne eines unabdingbaren Bestandsschutzes. Die Krankenhausplanung unterfällt vielmehr einer fortlaufenden Überprüfung und Weiterentwicklung unter Berücksichtigung der jeweils zu beachtenden Rahmenbedingungen.

Zu Buchstabe a

Krankenhäuser sind entsprechend § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Krankenhäuser können über mehrere Krankenhausstandorte entsprechend § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verfügen. Diese sind jeweils im Krankenhausplan auszuweisen. Ein Krankenhaus zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass es gemäß § 23 Absatz 2 über eine Betriebsleitung verfügt, die für alle Krankenhausstandorte des Krankenhauses zuständig ist.

Zu Buchstabe b

Im Krankenhausplan werden die Krankenhausträger der Krankenhäuser ausgewiesen.

Zu Buchstabe c

Im Krankenhausplan werden die Gesamtbettenzahlen der Krankenhäuser ausgewiesen.

Zu Buchstabe d

Im Krankenhausplan werden die Fachrichtungen der Krankenhäuser ausgewiesen.

Zu Buchstabe e

Im Krankenhausplan werden die Krankenhäuser mit den drei Versorgungsstufen der Allgemeinkrankenhäuser (Krankenhäuser der Regelversorgung mit und ohne Zusatz Gesundheitszentrum, Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung, Krankenhäuser der Maximalversorgung) oder als Fachkrankenhaus ausgewiesen. Das Nähere wird in § 6 geregelt.

Zu Nummer 2

Der Krankenhausplan weist auch die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus

Zu Nummer 3

Es wird klargestellt, dass der Krankenhausplan auch die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten entsprechend § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes ausweist.

Zu Absatz 2

Zu Nummer 1

Laut Nummer 1 kann der Krankenhausplan über die in Absatz 1 genannten Kriterien hinaus (darunter insbesondere die Gesamtbettenzahl) auch Bettenzahlen je Fachrichtung ausweisen. Der Ausweis kann den Versorgungsauftrag kapazitativ konkret begrenzen, ist aber auch rein nachrichtlich möglich. Der Ausweis einer Gesamtbettenzahl ohne konkrete Vorgaben in einzelnen Fachrichtungen gewährleistet den Krankenhausträgern eine flexible, zeitlich und lokal angepasste Handhabung hinsichtlich der jeweils aufgestellten somatischen Betten. Es kann aber erforderlich sein, dass auch Bettenzahlen je Fachrichtung ausgewiesen werden, so wie es in den vergangenen Fortschreibungen des Krankenhausplanes bereits in den psychischen Fachgebieten (Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) gehandhabt wurde.

Zu Nummer 2

Es können einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche innerhalb von Fachrichtungen vom Versorgungsauftrag ausgenommen werden, soweit es aus Gründen der Qualitätssicherung notwendig ist. Dies ist insbesondere in Verbindung mit den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren oder landesspezifischen Qualitätsanforderungen (Absatz 4 Nummer 1 und 2) denkbar.

Zu Nummer 3

Der Krankenhausplan kann neben den Ausbildungsstätten (Absatz 1 Nummer 2) auch die vorgehaltenen und tatsächlich (zum Beispiel jahresdurchschnittlich) belegten Ausbildungskapazitäten der Ausbildungsstätten enthalten. Der Ausweis kann die Ausbildungskapazitäten kapazitatativ konkret begrenzen, ist aber auch rein nachrichtlich möglich. Ob Kapazitäten der Ausbildungsstätten ausgewiesen werden, ist mithin im Rahmen der Krankenhausplanung zu entscheiden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Bepflanzung der Ausbildungsstätten ausschließlich Relevanz für die Investitionskostenförderung hat (§ 8 Absatz 3 KHG) und im Rahmen von Einzelvorhaben ohnehin zu prüfen ist, ob die Investitionsvorhaben an Berufsfachschulen jeweils nachhaltig und wirtschaftlich sind. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass der Krankenhausplan keine rein statistischen, informativen Zwecke erfüllt, sondern in erster Linie ein Planungsinstrument ist. Vor diesem Hintergrund ist auch kein Ausweis der Kapazitäten der praktischen Ausbildung in den Krankenhäusern im Krankenhausplan vorgesehen.

Zu Nummer 4

Nummer 4 ermöglicht eine Krankenhausplanung auf der Grundlage einer anderen Planungssystematik wie zum Beispiel auf Basis von Leistungen und Leistungsbereichen anstelle einer zentral auf Bettenzahlen und Fachrichtungen ausgerichteten Systematik.

Entsprechende Vorstöße macht zum Beispiel aktuell das Land Nordrhein-Westfalen; die Wirkung der neuen Planungssystematik und die Erfahrungen der Akteure sind jedoch noch abzuwarten. Vor dem Hintergrund, dass sich die Beteiligten der Zukunftswerkstatt für eine Beibehaltung der Bettenplanung ausgesprochen haben, die Planung auf Grundlage von Leistungen und Leistungsbereichen noch Neuland ist und die Krankenhausstrukturen des Landes Nordrhein-Westfalen nicht mit denen in Sachsen zu vergleichen sind, wird daher die bisherige Systematik der Krankenhausplanung grundsätzlich beibehalten.

Um das Sächsische Krankenhausgesetz und die Krankenhausplanung zukunftsfähig zu gestalten, soll mit dieser Regelung die prinzipielle Möglichkeit geschaffen werden, die Systematik gegebenenfalls zu ändern.

Dafür bedarf es einer Rechtsverordnungsermächtigung für das zuständige Staatsministerium (Absatz 8). Darin ist das Nähere zur Planungssystematik, zu den die Kapazitäten definierenden Parametern, zu darüber hinaus nachrichtlich auszuweisenden Parametern wie zum Beispiel Bettenzahlen sowie zu Übergangsregelungen zu regeln.

Zu Absatz 3

Zu Nummer 1

Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes sind die Grundsätze des § 1 Absatz 1 zu berücksichtigen.

Zu Nummer 2

Bei der Krankenhausplanung sind die Erfordernisse der Raumordnung und der Landesplanung sowie regionale Versorgungsbelange zu berücksichtigen. Diese Regelung befand sich bisher in § 4 Absatz 1 Satz 3 a.F.

Die für die Krankenhausplanung maßgebliche Planungsregion ist dabei von dem jeweiligen Planungsthema abhängig. Je spezieller die Fachrichtung (z.B. Neurochirurgie, Nuklearmedizin), umso eher ist eine größere Planungsregion zugrunde zu legen, wie zum Beispiel die drei ehemaligen Direktionsbezirke Leipzig, Chemnitz und Dresden oder gar der gesamte

Freistaat Sachsen. Dasselbe gilt zum Beispiel auch für die Zentrenplanung. Geht es wiederum um Grundversorgung, ist die zu betrachtende Planungsregion kleinräumiger zu wählen.

Zu Nummer 3

Bei Universitätsklinika und akademischen Lehrkrankenhäusern sind die Belange der Forschung und Lehre angemessen zu berücksichtigen. Diese Regelung befand sich bisher in § 1 Absatz 1 Satz 4 a.F. und wird nunmehr eindeutig dem Bereich der Krankenhausplanung zugeordnet.

Die Universitätsklinika erfüllen Aufgaben der Krankenversorgung, arbeiten eng mit der jeweiligen Universität zusammen und treffen Entscheidungen, die sich auf Forschung und Lehre auswirken, im Benehmen mit der Medizinischen Fakultät (siehe § 2 Absatz 1 des Universitätsklinika-Gesetzes). Dieser Dreiklang aus Krankenversorgung, Forschung und Lehre macht die besondere Rolle der Universitätsklinika aus. Die Universitätsklinika sind in die Krankenhausplanung einzubeziehen. Sie sind hinsichtlich der Ausgestaltung des Leistungsspektrums der medizinischen Versorgung der Bevölkerung also nicht völlig frei, haben grundsätzlich kein (autonomes) Bestimmungsrecht gegenüber der Krankenhausplanung. Bei der krankenhauplanerischen Definition des Leistungsspektrums sind aber die Belange von Forschung und Lehre angemessen zu berücksichtigen, wobei eine Berücksichtigung lediglich als ein Kriterium (neben anderen) im Rahmen einer Auswahlentscheidung zum Tragen kommen kann.

Akademische Lehrkrankenhäuser sind Krankenhäuser, mit denen eine Universität gemäß § 100 des Sächsischen Hochschulfreiheitsgesetzes eine öffentlich-rechtliche Vereinbarung über deren Nutzung für Zwecke der Forschung, Lehre und der Krankenversorgung schließt. Auch diesbezüglich sind die Belange von Forschung und Lehre angemessen zu berücksichtigen.

Zu Absatz 4

Zu Nummer 1

Laut § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Bestandteil des Krankenhausplans. Durch Landesrecht kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden und können weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden.

Mit Absatz 4 Nummer 1 wird festgelegt, dass die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes ganz oder teilweise Bestandteil werden können, aber nicht müssen. Die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wird also weder generell ausgeschlossen noch generell festgeschrieben.

Zu Nummer 2

Darüber hinaus können weitere Qualitätsanforderungen in ausgewählten Versorgungsbereichen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden.

Zweck der Regelung ist es, landeseigene Qualitätskriterien zu ermöglichen. Zu deren Entwicklung wird voraussichtlich die Einbeziehung externer Expertise notwendig sein, die über besondere Fachkenntnisse über die Beurteilung von Qualität in der medizinischen Versorgung, Qualitätsverbesserungspotenziale und Ergebnisse von Qualitätssicherungsmaßnahmen verfügt. In Betracht kommen dafür zum Beispiel die auf Landesebene geschaffenen Gremien der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung.

Zu Nummer 3

Weiterhin können die Ergebnisse der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes berücksichtigt werden, wobei die Krankenhausträger diese Ergebnisse dem zuständigen Staatsministerium auf Verlangen vorzulegen haben.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) selbst sieht keine Übermittlung zu Zwecken der Krankenhausplanung vor. Die Umsetzung der DeQS wird im Rahmen eines Vertrages der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen, Krankenhausgesellschaft Sachsen, Landesverbände der Krankenkassen in Sachsen) geregelt, wonach die Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung in Arbeitgeberverantwortung der Sächsischen Landesärztekammer und mit dem BQS-Institut als externem Dienstleister die Datenannahmestelle für die sächsischen Krankenhäuser ist. Daher können krankenhausespezifische Ergebnisse von der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung nicht direkt an das zuständige Staatsministerium übermittelt werden. Aus diesem Grund haben die Krankenhausträger diese dem zuständigen Staatsministerium auf Verlangen vorzulegen.

Zu Nummer 4

Nach § 90a Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann das gemeinsame Landesgremium Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung.

Dies aufgreifend können nach Nummer 4 bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes Empfehlungen des gemeinsamen Landesgremiums zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen berücksichtigt werden. Dies kommt insbesondere hinsichtlich des Ausweises von Gesundheitszentren (§ 5 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe e Doppelbuchstabe aa, § 6 Absatz 1) in Betracht.

Zu Absatz 5

Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern kommt es für die krankhausplanerische Entscheidung der Krankenhausplanungsbehörde entsprechend § 8 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 9 Absatz 2 Satz 2 und 3 dieses Gesetzes darauf an, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes und den Grundsätzen nach § 1 Absatz 1 dieses Gesetzes am besten gerecht wird. Eine derartige Auswahlentscheidung kommt nur dann in Betracht, wenn mehrere geeignete Krankenhäuser anbieten, einen bestimmten Bedarf zu decken beziehungsweise bestimmte medizinische Leistungen zu erbringen, dieses Angebot jedoch insgesamt den Bedarf übersteigt.

Mit Absatz 5 werden die Regelungen in § 8 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 9 Absatz 2 Satz 2 und 3 dieses Gesetzes konkretisiert und verdeutlicht, dass Allgemeinkrankenhäuser grundsätzlich den Zielen der Krankenhausplanung und den Grundsätzen nach § 1 Absatz 1 am besten gerecht werden, wenn sie die Notfallversorgung umfassend sicherstellen können, eine interdisziplinäre Behandlung sicherstellen und mindestens Leistungen der Chirurgie und Inneren Medizin anbieten. Dies hat einen Vorrang vor Krankenhäusern, die diese Kriterien nicht erfüllen, zur Folge. Die Regelung dient vor allem der Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung und damit wiederum Gemeinwohlbelangen von hoher Bedeutung, nämlich einer patienten- und bedarfsgerechten sowie leistungsfähigen Krankenhausversorgung. In der Folge werden diese Krankenhäuser unter den genannten Bedingungen gestärkt und gleichzeitig wird eine Zersplitterung der Krankenhauslandschaft sowie „Rosinenpicken“ vermieden. Krankenhäuser, die eine interdisziplinäre Behandlung sicherstellen können, werden zudem auch im Sinne einer patientenzentrierten Behandlung den Zielen der Krankenhausplanung des Landes und den Grundsätzen nach § 1 Absatz 1 grundsätzlich am besten gerecht.

So haben nach Satz 1 bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes Krankenhäuser Vorrang, die eine ununterbrochene Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sowie eine interdisziplinäre Behandlung sicherstellen und mindestens die Fachgebiete Chirurgie und Innere Medizin abdecken.

Fachkrankenhäuser sollen nach Satz 2 nur dann in den Krankenhausplan aufgenommen werden, wenn sie bedarfsgerecht sind und glaubhaft machen, dass ihr Leistungsspektrum und die Qualität ihrer Leistung die Versorgung der Bevölkerung verbessern. Dies wird ebenfalls vor dem Hintergrund der Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung und damit einer patienten- und bedarfsgerechten sowie leistungsfähigen Krankenhausversorgung normiert. Die Regelung dient überdies auch wiederum dazu, flächendeckend ein möglichst breites Angebot (Spektrum) an Grundleistungen zu gewährleisten. Zudem hat auch die Corona-Pandemie gezeigt, wie wichtig ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern ist, die sich möglichst umfassend an der Bewältigung einer Pandemie beteiligen können. Fachkrankenhäuser müssen demzufolge eine besondere Kompetenz bieten. Dies spielt nur dann eine Rolle, wenn eine Auswahlentscheidung zu treffen ist. Unterbreiten für einen bestimmten Bedarf ausschließlich Fachkrankenhäuser ein Angebot, so sind und bleiben sie für die Bedarfsdeckung notwendig. So bilden zum Beispiel die Fachkrankenhäuser für Neurologische Frührehabilitation Phase B ein hochspezialisiertes Leistungsspektrum ab, welches von Allgemeinkrankenhäusern in der Regel nicht abgedeckt werden kann. Ferner muss gerade auch die Versorgung in den psychischen Fachgebieten weiterhin gewährleistet sein, um insbesondere auch die Vollversorgungsverpflichtung und den Maßregelvollzug nach dem SächsPsychKG sicherzustellen.

Eine generelle Bevorzugung größerer (zugelassener) Krankenhäuser, die zu einem generellen Ausschluss (neuer) (Fach-)Krankenhäuser führt, ist mit der Regelung folglich nicht verbunden.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift stellt klar, dass die Zulassung von Krankenhäusern als Transplantationszentren im Rahmen der Aufstellung des Krankenhausplanes erfolgt. Dies folgt der Regelung von § 10 des Transplantationsgesetzes, wonach Transplantationszentren Krankenhäuser oder Einrichtungen an Krankenhäusern sind, die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen für die Übertragung von Organen verstorbener Spender sowie für die Entnahme und Übertragung von Organen lebender Spender zugelassen sind. Bei der Entscheidung über die Zulassung sind Schwerpunkte für die Übertragung von Organen zu bilden, um eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten sowie die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern.

Demgegenüber unterliegen Entnahmekrankenhäuser, in den die Entnahme von Organen bei verstorbenen Spendern durchgeführt werden darf, nicht der Krankenhausplanung, da es für diese nach § 9a des Transplantationsgesetzes ausschließlich darauf ankommt, nach der räumlichen und personellen Ausstattung in der Lage zu sein, Organentnahmen von möglichen Spendern zu ermöglichen. Entnahmekrankenhäuser sind gegenüber der Koordinierungsstelle zu benennen. Dies unterliegt jedoch nicht dem krankenhauplanerischen Verfahren. Auf die Regelungen im Transplantationsgesetz sowie im Sächsischen Transplantationsausführungsgesetz wird hingewiesen.

Zu Absatz 7

Das zuständige Staatsministerium regelt durch Rechtsverordnung das Nähere zur Planungssystematik nach Absatz 2 Nummer 4 sowie Übergangsregelungen aufgrund des Wechsels der Planungssystematik.

Zu Absatz 8

Die Vorschrift regelt, dass der Krankenhausplan im Sächsischen Amtsblatt veröffentlicht wird. Daneben kann er auf der Internetseite des zuständigen Staatsministeriums veröffent-

licht werden. Die grundlegenden Aufstellungen und Fortschreibungen des Krankenhausplans werden dabei in der Regel im Sächsischen Amtsblatt sowie auf der Internetseite veröffentlicht, während die Abbildung von gegebenenfalls erfolgten unterjährig Einzelfestlegungen (Entscheidungen, für die keine Gesamtschau der Versorgungssituation erforderlich ist, unabwiesbare Entscheidungen, redaktionelle Anpassungen) ausschließlich gebündelt im Sinne von Aktualisierungen des Krankenhausplanes auf der Internetseite veröffentlicht wird.

Zu § 6 (Versorgungsstufen für Allgemeinkrankenhäuser und Fachkrankenhäuser)

Laut § 5 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe e weist der Krankenhausplan die Krankenhäuser nach drei Versorgungsstufen für Allgemeinkrankenhäuser oder als Fachkrankenhaus aus. In Konkretisierung des in § 1 Absatz 1 Nummer 2 normierten Grundsatzes der Sicherstellung eines funktional abgestuften Netzes möglichst gleichmäßig über das Gebiet des Freistaates verteilter einander ergänzender Krankenhäuser, werden in § 6 die Versorgungsstufen für Allgemeinkrankenhäuser gesetzlich fixiert und die Fachkrankenhäuser definiert. An diese Differenzierung knüpft auch § 15 Absatz 4 Nummer 1 an, der als Bezugsgröße für die Bestimmung der Höhe der pauschalen Fördermittel auch die Versorgungsstufen vorsieht.

Die Regelung ermöglicht eine transparente Zuordnung der verschiedenen Krankenhäuser zu den Versorgungsstufen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 definiert die Versorgungsstufe der Regelversorgung.

Krankenhäuser der Regelversorgung müssen die Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin umfassen. Besteht ein entsprechender Bedarf, können sie daneben insbesondere die Fachrichtungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Urologie vorhalten.

Das mögliche Fachgebietsspektrum eines Krankenhauses der Regelversorgung wird mit dieser Regelung nicht abschließend aufgezählt. Zum einen erfolgt die Zuweisung von Fachrichtungen an ein Krankenhaus stets auf Basis einer Bedarfsanalyse. Zum anderen können die im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachrichtungen im Rahmen der Aufstellung der Krankenhauspläne auch einem Wandel unterliegen. So wird zum Beispiel das Fachgebiet Augenheilkunde aufgrund der fortschreitenden Ambulantisierung bewusst nicht mehr explizit im Gesetz aufgeführt, kann jedoch bei Bedarf weiterhin beplant werden.

Gleichzeitig wird mit der Regelung jedoch auch verdeutlicht, dass die Krankenhäuser der Regelversorgung in erster Linie („insbesondere“) diese benannten Fachrichtungen vorhalten können und sich damit unter anderem von den überörtlich agierenden Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung abgrenzen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 ermöglicht den Ausweis als Gesundheitszentrum in Krankenhausplan.

In Ausnahmefällen können Krankenhäuser der Regelversorgung mit dem Zusatz Gesundheitszentrum im Krankenhausplan ausgewiesen werden. Dabei handelt es sich um umgewandelte Krankenhäuser der Regelversorgung, die nur noch entweder die Fachrichtung Chirurgie oder die Fachrichtung Innere Medizin umfassen oder bei nicht anderweitig gedecktem Bedarf Fachrichtungen nach Satz 2 vorhalten. Es können mithin nur Krankenhäuser der Regelversorgung Gesundheitszentren im Sinne dieser Norm sein und entsprechend im Krankenhausplan ausgewiesen werden, die zuvor bereits Krankenhäuser der Regelversorgung waren („nur noch“).

Das Nähere zu den Voraussetzungen des Ausweises mit dem Zusatz Gesundheitszentrum wird durch das zuständige Staatsministerium durch Rechtsverordnung (Absatz 6) geregelt.

Mit dieser Regelung werden zum einen die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und zum anderen

die umfänglichen Diskussionen im Rahmen der Zukunftswerkstatt für ein neues sächsisches Krankenhausgesetz aufgegriffen.

Mit Absatz 2 wird nun die Möglichkeit geschaffen, ein Krankenhaus im Krankenhausplan auch als Gesundheitszentrum auszuweisen, wenn es die Voraussetzungen für ein Krankenhaus der Regelversorgung nicht mehr vollumfänglich erfüllt, aber aufgrund der besonderen Versorgungssituation vor Ort dennoch weiterhin Teil der stationären Versorgung bleiben soll – wenn auch in erheblich geringerem Umfang. Ein entsprechender Ausweis im Krankenhausplan muss also immer von einem bereits existierenden Krankenhaus der Regelversorgung ausgehen. Der Ausweis als Gesundheitszentrum kann daher nur im Ausnahmefall erfolgen und ermöglicht keine umfang- und zahlreiche Umgestaltung der gestuften Krankenhauslandschaft. Diese geht grundsätzlich weiterhin von einem Netz sich ergänzender Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorger aus.

Dass Krankenhäuser der Regelversorgung mit dem Zusatz Gesundheitszentrum weiterhin zur Einhaltung der einschlägigen Regularien für Krankenhäuser (z.B. zur Qualitätssicherung) verpflichtet sind, versteht sich von selbst. Auch die Leistungen der Gesundheitszentren müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden (§§ 2, 12, 70, 135a SGB V). Eine eingeschränkte bzw. reduzierte Versorgung darf nicht zu Lasten der Qualität erfolgen.

Gesundheitszentren, die nicht auch über Bereiche der stationären Versorgung verfügen und zum Beispiel vom vertragsärztlichen Bereich betrieben werden, sind davon nicht umfasst. Regelungen, die in die Planung, Zulassung und Finanzierung des ambulanten Bereiches (darunter auch Medizinische Versorgungszentren, Poliklinik) eingreifen, sind dem Landesgesetzgeber versperrt. Absatz 1 ist damit als Impuls in Richtung sektorenübergreifender Versorgung zu verstehen. Die wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen sind jedoch auf Bundesebene zu schaffen.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „sektorenübergreifende Versorgung“ hat in den Jahren 2018 bis 2020 darüber diskutiert, inwieweit mit dem Ziel einer besseren Patientenversorgung existierende ambulante Versorgungslücken geschlossen werden können, indem Kapazitäten des stationären Versorgungsbereichs für die Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung, insbesondere in Regionen, in denen der ambulante Versorgungsbedarf aktuell und zukünftig nicht gedeckt werden kann, nutzbar gemacht werden. Unter anderem wurde dabei die Umwandlung von Krankenhäusern in ambulante Gesundheitszentren oder in „ambulant-stationäre Gesundheitszentren“ thematisiert. Der seitens des Bundesministeriums für Gesundheit zwischenzeitlich angestrebte Referentenentwurf zur sektorenübergreifenden Versorgung wurde coronabedingt bislang nicht vorgelegt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Erfüllung des zugrundeliegenden Auftrags auch weiterhin erforderlich sein wird. Zudem erscheint es erforderlich, den bisherigen Diskussionsprozess im Lichte der coronabedingten Erfahrungen neu zu bewerten.

Um dementsprechend flexibel in der krankenhauserplanerischen Berücksichtigung von Gesundheitszentren zu bleiben, wird daher in Absatz 7 eine Rechtsverordnungsermächtigung für das zuständige Staatsministerium geschaffen.

Die Finanzierung der Gesundheitszentren erfolgt demzufolge entsprechend der jeweils gültigen rechtlichen Regelungen für den stationären oder den ambulanten Bereich.

Zu Absatz 3

Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung erfüllen in Diagnose und Therapie auch überörtliche Schwerpunktaufgaben. Sie umfassen die Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin und Urologie. Ausnahmen von dem Fachgebietsspektrum nach Satz 2 sind möglich, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung erforderlich ist. Besteht ein entsprechender Bedarf, können sie insbesondere auch die Fachrichtungen Dermatologie, Neurochirurgie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie vorhalten.

Das mögliche Fachgebietsspektrum eines Schwerpunktversorgers wird mit dieser Regelung nicht abschließend aufgezählt. Zum einen erfolgt die Zuweisung von Fachrichtungen an ein Krankenhaus stets auf Basis einer Bedarfsanalyse. Zum anderen können die im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachrichtungen im Rahmen der Aufstellung der Krankenhauspläne auch einem Wandel unterliegen.

Zu Absatz 4

Krankenhäuser der Maximalversorgung müssen im Rahmen des Bedarfs mit ihren Leistungsangeboten über Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung wesentlich hinausgehen. Sie sollen die entsprechenden hochdifferenzierten medizinisch-technischen Einrichtungen vorhalten.

Zu Absatz 5

Universitätsklinika nehmen Aufgaben der Maximalversorgung wahr (Satz 1). Diese Versorgungsstufe wird ihnen kraft gesetzlicher Regelung zugeordnet und unterliegt damit nicht dem Ermessen im Rahmen der Krankenhausplanung. Der Grund dafür sind die spezifischen Kompetenzen der Universitätsklinika aufgrund deren Dreiklangs aus Krankenversorgung, Forschung und Lehre. Diese gesetzliche Regelung entspricht damit der besonderen Bedeutung der Universitätsklinika in der Gesundheitsversorgung. Eine gesonderte Versorgungsstufe für Universitätsklinika in Abgrenzung zu anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung wurde bewusst nicht vorgesehen. Die Maximalversorgung ist die höchste Versorgungsstufe, die das Gesetz vorsieht. Dafür kommt aufgrund der besonderen Aufgaben und Leistungen von vornherein nur ein sehr kleiner Kreis von Krankenhäusern in Betracht.

Im Übrigen weist das zuständige Staatsministerium die Versorgungstufen nach pflichtgemäßem Ermessen zu. Dabei sind die zugewiesenen und wahrgenommenen Versorgungsaufgaben, die Belange der Raumordnung und Landesplanung, die Erreichbarkeit von Leistungsangeboten der Schwerpunkt- und Maximalversorgung zu berücksichtigen und eine möglichst gleichmäßige Verteilung einander ergänzender Krankenhäuser anzustreben.

Zu Absatz 6

Fachkrankenhäuser sind Krankenhäuser, in denen überwiegend einer bestimmten Fachrichtung zugehörige Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden.

Zu Absatz 7

Das zuständige Staatsministerium kann durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Voraussetzungen des Ausweises mit dem Zusatz Gesundheitszentrum nach Absatz 1 regeln.

Zu § 7 (Sächsischer Krankenhausplanungsausschuss)

Mit der Regelung wird die nach § 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes notwendige Mitwirkung der Beteiligten geregelt. Gemäß § 7 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans sowie der Aufstellung der Investitionsprogramme mit den unmittelbar Beteiligten einvernehmliche Regelungen anzustreben. § 7 unterscheidet aus diesem Grund zwischen unmittelbar (Absatz 1) und weiteren (Absatz 2) Beteiligten.

Zu Absatz 1

Wie bereits bisher wird unter dem Vorsitz des zuständigen Staatsministeriums ein Krankenhausplanungsausschuss gebildet.

In den Nummern 1 bis 7 werden die unmittelbar Beteiligten aufgeführt. Diese Institutionen und Verbände bilden den Krankenhausplanungsausschuss. Dabei handelt es sich um die von der Krankenhausplanung und der Investitionsplanung unmittelbar betroffenen Institutionen.

Die Stimmanteile dienen der zahlenmäßigen Begrenzung des Gremiums, um die Arbeitsfähigkeit abzusichern.

Zu Nummer 1

Die Krankenhausgesellschaft Sachsen ist unmittelbar Beteiligte, da sich in ihr die Träger der zugelassenen Krankenhäuser in Sachsen zusammengeschlossen haben (siehe § 108a des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches). Entsprechend ihrer Satzung engagiert sich die Krankenhausgesellschaft Sachsen für die Förderung einer leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung. Ihre wesentliche Aufgabe ist es, die Krankenhäuser gegenüber den staatlichen und anderen Institutionen im Gesundheitswesen zu vertreten.

Dabei ist die Krankenhausgesellschaft Sachsen Vertreter aller Krankenhäuser aller Trägergruppen. Eine gesonderte Vertretung von Verbänden einzelner Trägergruppen im Krankenhausplanungsausschuss ist aus diesem Grund bewusst nicht vorgesehen. Ziel ist, dass die Krankenhäuser gemeinsam die zukünftige Versorgung sicherstellen. Das dafür erforderliche Zusammenwirken soll sich daher auch in der Besetzung des Krankenhausplanungsausschusses – gemeinsam unter dem Dach der Krankenhausgesellschaft Sachsen – abbilden.

Bei der Benennung der Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenhausgesellschaft Sachsen sind die privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhausträger sowie die Universitätsklinikum jedoch zu berücksichtigen. Damit soll die Trägervielfalt gewährleistet werden.

Damit wird jeweils mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der benannten Trägergruppen die Krankenhausgesellschaft Sachsen im Krankenhausplanungsausschuss vertreten. Die Universitätsklinikum werden neben den öffentlichen Krankenhausträgern gesondert benannt und sind mit einer Stimme für die Krankenhausgesellschaft Sachsen im Krankenhausplanungsausschuss vertreten. Hintergrund ist deren besondere Rolle im Zusammenspiel von Forschung, Lehre und Krankenhausversorgung.

Daneben bietet sich eine weitere Vertretung an, die einen trägerübergreifenden, neutralen Blick auf die Krankenhausstrukturen des Freistaates Sachsen beisteuern kann, wie zum Beispiel aus der Geschäftsstelle der Krankenhausgesellschaft Sachsen. Vorgaben hierzu werden jedoch mit dem Gesetz nicht getroffen.

Zu Nummer 2

Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sind unmittelbar Beteiligte, da sie die Interessen ihrer Mitgliedskassen und der Versicherten vertreten (siehe § 211 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Die Krankenkassen haben die Betriebskosten der Krankenhäuser zu refinanzieren.

Zu Nummer 3

Der Landesausschuss der privaten Krankenversicherung ist unmittelbar Beteiligter, da er in Fragen der Krankenhausversorgung die Interessen des Verbandes der privaten Krankenversicherung auf Landesebene wahrnimmt.

Zu Nummer 4

Der Sächsische Landkreistag ist unmittelbar Beteiligter aufgrund der öffentlichen Daseinsvorsorge der Landkreise einschließlich der Verantwortung für die Gesundheitsämter (Öffentlicher Gesundheitsdienst). Die Vertreterin oder der Vertreter des Sächsischen Landkreistages im Krankenhausplanungsausschuss hat vor dem Hintergrund der Sicherstellung der Krankenhausversorgung (siehe § 1 Absatz 2) die jeweils betroffenen Gebietskörperschaften einzubeziehen und deren Interessen zu vertreten.

Zu Nummer 5

Der Sächsische Städte- und Gemeindetag ist unmittelbar Beteiligter aufgrund der öffentlichen Daseinsvorsorge der Kreisfreien Städte einschließlich der Verantwortung für die Gesundheitsämter (Öffentlicher Gesundheitsdienst). Die Vertreterin oder der Vertreter des Sächsischen Städte- und Gemeindetages im Krankenhausplanungsausschuss hat vor dem

Hintergrund der Sicherstellung der Krankenhausversorgung (siehe § 1 Absatz 2) die jeweils betroffenen Gebietskörperschaften einzubeziehen und deren Interessen zu vertreten.

Zu Nummer 6

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen ist unmittelbar Beteiligte aufgrund sektorenübergreifender Versorgungsfragen.

Zu Nummer 7

Die Sächsische Landesärztekammer ist insbesondere vor dem Hintergrund medizinischer Fragestellungen ein nicht wegzudenkender Bestandteil des Krankenhausplanungsausschusses und daher unmittelbar Beteiligte.

Zu Absatz 2

Wie bisher können nach Satz 1 auch andere Ressorts der Staatsregierung, deren Aufgabenbereiche durch die Krankenhausplanung betroffen sind (Inneres, Finanzen, Wissenschaft, Kultus, Regionalentwicklung), beratend teilnehmen.

Darüber hinaus kann das zuständige Staatsministerium zu den Sitzungen gemäß Satz 2 weitere Institutionen beratend hinzuziehen. Das können zum Beispiel die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Patientenvertreter oder der Sächsische Pflegerat sein.

Zu Absatz 3

Satz 1 regelt wie bisher auch, dass das zuständige Staatsministerium für die Geschäftsstelle zuständig ist.

Nach Satz 2 gibt sich der Krankenhausplanungsausschuss eine Geschäftsordnung. In der Geschäftsordnung sind Regelungen zu treffen zur Vorbereitung der Sitzungen, zur Beschlussfähigkeit und Stimmberechtigung, zu den Sitzungen und zur Beschlussfassung sowie zu Arbeitsgruppen. Es soll die Möglichkeit von Videoschaltkonferenzen und die Nutzung von elektronischen Medien für die Beschlussfassung geregelt werden. Bei der Beschlussfassung soll außerdem der Ausschlussgrund der Besorgnis der Befangenheit für ein Mitglied des Krankenhausplanungsausschusses geregelt werden.

Nach Satz 3 kann der Krankenhausplanungsausschuss Arbeitsgruppen bilden, deren Mitglieder auch nicht unmittelbar Beteiligte sein können. Arbeitsgruppen und Unterarbeitsgruppen können dauerhaft gebildet werden oder je nach Bedarf auf bestimmte Themengebiete beschränkt sowie zeitlich befristet eingerichtet werden. Dies wurde bereits bisher so gehandhabt.

Zu Absatz 4

Bei der Krankenhausplanung nach § 4, der Aufstellung des Investitionsprogramms nach § 13 und der Förderung von Modellvorhaben nach § 22 ist der Krankenhausplanungsausschuss zu beteiligen. Dabei sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben.

Die Regelung definiert damit zum einen die Aufgaben des Krankenhausplanungsausschusses und stellt zum anderen klar, dass sich das zuständige Staatsministerium ernsthaft zu bemühen hat, das Einvernehmen anzustreben.

Das Letztentscheidungsrecht liegt jedoch beim Ministerium, falls ein Einvernehmen nicht erlangt wird. Dies ist insbesondere dann maßgeblich, wenn andernfalls im öffentlichen Interesse liegende Planungs- und Investitionsentscheidungen durch Blockade einzelner Beteiligter verzögert werden würden. Andererseits sind mehrfache Beratungen jederzeit möglich, sofern dies zweckdienlich ist. In der Geschäftsordnung können daher Regelungen vorgesehen werden, wie im Fall eines fehlenden Einvernehmens vorzugehen ist und wann auf den Grundsatz der erneuten Befassung verzichtet werden kann.

Zu § 8 (Regionalkonferenzen)

Der Wunsch nach einer Regionalisierung der Krankenhausplanung zog sich wie ein roter Faden durch die Veranstaltungen der Zukunftswerkstatt.

Dabei wurden Regionalkonferenzen als eine Möglichkeit der Mitbestimmung aufgrund der Kenntnisse regionaler Besonderheiten und der Möglichkeit, Probleme direkt vor Ort zu lösen, positiv bewertet. Gleichzeitig war aber auch festzustellen, dass Regionalkonferenzen sowohl zeitlich als auch personell äußerst aufwändige Prozesse und dabei auch die Verzögerung von Planungsentscheidungen zur Folge haben können. Regionalkonferenzen verbessern daher zwar die Kommunikation zu verschiedensten Themen und erhöhen die Akzeptanz, sie müssen im Verfahren jedoch auch leistbar sein.

Es bestand auch die Erwartung, dass bei einer Regionalisierung auf Ebene der Landkreise und Kreisfreien Städte die Themen kommunale Daseinsfürsorge und sektorenübergreifende Versorgung besser umzusetzen sind. Gleichzeitig ist aber zu bedenken, dass Landkreisgrenzen nicht immer identisch mit dem Einzugsgebiet eines Krankenhauses sind.

Im Ergebnis der Diskussionen der Zukunftswerkstatt wurden Regionalkonferenzen eher als Impulsgeber gesehen und als Gremien, die auch langfristige Zielbilder für Einzelthemen bearbeiten können, während die krankenhauplanerischen Entscheidungen wie bisher seitens des zuständigen Staatsministerium unter Einbeziehung des Krankenhausplanungsausschusses getroffen werden sollten.

Dieses Für und Wider aufgreifend und die Diskussion im Rahmen der Zukunftswerkstatt berücksichtigend, normiert die Regelung in § 8 lediglich eine Möglichkeit und keine Pflicht, Regionalkonferenzen zu bilden.

Zu Absatz 1

Zur Unterstützung der Krankenhausplanung können Regionalkonferenzen zu konkreten planerischen Schwerpunkten gebildet werden. Eine Regionalkonferenz erstreckt sich in der Regel auf das Gebiet eines Landkreises oder einer Kreisfreien Stadt. Die Regionalkonferenzen können gegebenenfalls auch einen weiteren angrenzenden Landkreis oder eine angrenzende Kreisfreie Stadt umfassen, dies wird aber als Ausnahmefall angesehen.

Zu Absatz 2

Satz 1 zählt die Mitglieder der Regionalkonferenzen auf.

Zu Nummer 1

Mitglieder der Regionalkonferenzen sind die jeweiligen Landkreise und Kreisfreien Städte, auch soweit sie nicht zugleich Krankenhausträger sind. Insbesondere für die kommunale Ebene bieten die Regionalkonferenzen die Chance, in regionalen Versorgungsfragen und bei sich abzeichnenden Problemlagen bereits frühzeitig gestaltend mitzuwirken.

Zu Nummer 2

Mitglieder der Regionalkonferenzen sind die Träger der Krankenhäuser in dem jeweiligen Landkreis oder der jeweiligen Kreisfreien Stadt.

Zu Nummer 3

Mitglieder der Regionalkonferenzen sind die Landesverbände der Krankenkassen in Sachsen, der Verband der Ersatzkassen in Sachsen einschließlich des Verbandes der privaten Krankenversicherung.

Zu Nummer 4

Mitglied der Regionalkonferenzen ist auch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen.

Das Initiativrecht zur Bildung einer Regionalkonferenz haben laut Satz 2 die in Satz 1 genannten Institutionen gemeinsam. Zur Bildung einer Regionalkonferenz ist das Benehmen mit dem zuständigen Staatsministerium herzustellen. Dies soll sicherstellen, dass Regio-

nalkonferenzen möglichst dort gebildet werden, wo zu konkreten planerischen Schwerpunkten regionale Lösungen diskutiert werden sollten. Außerdem soll sichergestellt sein, dass auch der Arbeitsaufwand der regionenübergreifend zuständigen Beteiligten in einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis steht.

Das zuständige Staatsministerium kann nach Satz 3 daher auch Empfehlungen zur Bildung einer Regionalkonferenz aussprechen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift zählt auf, welche Personen und Institutionen insbesondere weitere Beteiligte der Regionalkonferenzen sein können. Diese Aufzählung ist weder abschließend noch muss sie zwingend umfassend für jede Regionalkonferenz erfüllt werden. Die Norm unterscheidet hier bewusst zwischen Mitgliedern und Beteiligten. Während die Mitglieder den festen Kern bilden, ohne den es eine Regionalkonferenz nicht geben kann, können die Beteiligten je nach Thema auch unterschiedlich sein. Auch die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern oder deren Interessenvertretungen oder von Vertretern der Gewerkschaften kommt in Betracht und wird mit der Regelung nicht beschränkt.

Zu Nummer 1

Beteiligt werden können die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die kommunalen Spitzenverbände.

Zu Nummer 2

Die Sächsische Landesärztekammer kann beteiligt werden.

Zu Nummer 3

Beteiligt werden können angrenzende Landkreise und Kreisfreie Städte.

Zu Nummer 4

Träger von Krankenhäusern in angrenzenden Landkreisen und Kreisfreien Städten (gegebenenfalls auch in anderen Bundesländern) und das Krankenhaus der Maximalversorgung in der Region können beteiligt werden, da sich planerische Schwerpunkte bzw. Problemstellungen unter Umständen nicht auf die Grenzen der Gebietskörperschaften beschränken. Die Region, auf die sich die Krankenhäuser der Maximalversorgung erstrecken, ist mit den ehemaligen Direktionsbezirken Dresden, Leipzig und Chemnitz gleichzusetzen und umfasst daher auch mehrere Gebiete.

Zu Nummer 5

Das zuständige Staatsministerium kann beteiligt werden.

Zu Nummer 6

Schließlich können weitere regionale Vertreter des Sozial- und Gesundheitswesens oder des Rettungsdienstes beteiligt werden. Hierbei ist zum Beispiel an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, an Psychotherapeutinnen und -therapeuten, an Vertreter der beruflich Pflegenden oder an die Behindertenbeiräte der Landkreise und Kreisfreien Städte zu denken.

Die Auswahl und Einladung der weiteren Beteiligten obliegt den Mitgliedern der jeweiligen Regionalkonferenz gemeinsam. Diese können sich dabei zum Beispiel hinsichtlich der Träger von Pflegediensten und -einrichtungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach der Art der Trägerschaft ausrichten.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt den Vorsitz und die Geschäfte der Regionalkonferenz und, dass sich die Regionalkonferenz eine Geschäftsordnung geben kann. Die Erstellung der Geschäftsordnung ist keine Pflicht; sie wird jedoch als empfehlenswert erachtet, um die wesentlichen Eckpfeiler der Zusammenarbeit der jeweiligen Regionalkonferenz festzuhalten.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift formuliert die Aufgaben der Regionalkonferenz und die rechtlichen Folgen ihrer Vorschläge.

Laut Satz 1 entwickelt die Regionalkonferenz auf Empfehlung des Krankenhausplanungsausschusses regionale Entwicklungsstrategien in Bezug auf konkrete planerischen Schwerpunkte und legt sie dem zuständigen Staatsministerium vor. Dies ist die hauptsächliche Aufgabe von Regionalkonferenzen und nimmt direkt inhaltlichen Bezug auf aus krankenhausplanerischer Sicht wesentliche Themen oder Problemfelder, für die im regionalen Diskurs Lösungen gefunden werden sollten. In Betracht kommen dabei insbesondere mittel- und langfristige Strategien zur Aufrechterhaltung bestimmter Fachabteilungen in der Region, für die es demografiebedingt einer Weiterentwicklung und gegebenenfalls auch Straffung der Strukturen bedarf (zum Beispiel Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin).

Grundlage ist daher eine Empfehlung des Krankenhausplanungsausschusses mit konkreten Vorgaben. Der Regionalkonferenz werden daher auch die der Empfehlung des Krankenhausplanungsausschusses zugrundeliegenden und für die Aufgabenstellung erforderlichen Informationen (wie z.B. aktuelles und prognostiziertes Leistungsgeschehen in der Region, Erkenntnisse zu Strukturen, Qualität und Personal) zur Verfügung gestellt, damit sie zu transparenten und nachvollziehbaren Entscheidungen befähigt wird.

Laut Satz 2 kann die Regionalkonferenz dem zuständigen Staatsministerium darüber hinaus Vorschläge für die Krankenhausplanung im betreffenden Gebiet insbesondere im Vorfeld der Aufstellung oder Fortschreibung des Krankenhausplanes unterbreiten.

Zu Absatz 6

Die Entwicklungsstrategien und Vorschläge der Regionalkonferenz nach Absatz 5 sind für das zuständige Staatsministerium und den gemäß § 7 zu beteiligenden Krankenhausplanungsausschuss nicht bindend, da eine übergeordnete, regionenübergreifende Planung durch den Freistaat Sachsen stets sichergestellt bleiben muss. Zudem sollen Planungsentscheidungen unabhängig vom Standort eines Krankenhauses in einem einheitlichen Verfahren (Krankenhausplanungsverfahren) getroffen werden und nicht von Entscheidungen der Regionalkonferenz (zeitlich und inhaltlich) abhängig sein.

Die von der Regionalkonferenz vorgelegten Entwicklungsstrategien und Vorschläge werden im Krankenhausplanungsausschuss gemeinsam mit dem zuständigen Staatsministerium jedoch stets geprüft, diskutiert und abgewogen und Gründe für ggf. abweichende Planungsentscheidungen damit im Ergebnis auch dokumentiert. Die Transparenz über den Umgang mit den Ergebnissen der Regionalkonferenz ist damit sichergestellt, zumal der Sächsische Landkreistag Mitglied im Krankenhausplanungsausschuss ist und voraussichtlich auch Deckungsgleichheit weiterer Teilnehmer von Regionalkonferenz und Krankenhausplanungsausschuss besteht. Eine formelle Verbescheidung des zuständigen Staatsministeriums gegenüber der Regionalkonferenz erfolgt nicht.

Zu § 9 (Aufnahme in den Krankenhausplan)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift enthält Regelungen zum Bescheid, durch den nach § 8 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan festgestellt wird (sog. Feststellungsbescheid). Erst durch den Feststellungsbescheid werden die in den Krankenhausplan eingeflossenen Entscheidungen gegenüber dem Krankenhausträger rechtlich verbindlich (siehe auch die Begründung zu § 4 und § 5).

Laut Satz 1 stellt das zuständige Staatsministerium gegenüber dem Krankenhausträger durch Bescheid fest, ob und mit welchen Einzelfestlegungen im Sinne des § 5 Absatz 1, 2 und 6 sowie des § 6 sein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird.

Laut Satz 2 kann der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplanes geboten ist.

Laut Satz 3 kann für Krankenhäuser, die zum Teil oder ganz aus dem Krankenhausplan ausscheiden, im Feststellungsbescheid ein Zeitpunkt dafür festgelegt werden.

Zu Absatz 2

Entsprechend § 8 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes stellt Absatz 2 klar, dass kein Anspruch auf die Aufnahme in den Krankenhausplan besteht, sondern das zuständige Staatsministerium bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen entscheidet, welches Krankenhaus den Grundsätzen nach § 1 Absatz 1 und den Zielen der Krankenhausplanung des Freistaates am besten gerecht wird.

In Satz 2 werden die Kriterien näher ausgeführt, die in die Auswahlentscheidung und die Entscheidung, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Freistaates am besten gerecht wird, einfließen können. Dazu zählen insbesondere die Zusammenarbeit nach § 3, die krankenhäuserinterne interdisziplinäre Zusammenarbeit, die personelle Ausstattung, das Fachgebietsspektrum, die Aus- und Weiterbildungsangebote sowie die Erfüllung der Pflichten nach § 10 Absatz 1.

Die zusätzlich aufgenommenen Kriterien können – sofern und soweit dies sachgerecht ist – im Rahmen der Auswahlentscheidungen Berücksichtigung finden. Den aufgeführten Kriterien wird damit besonderes Gewicht verliehen. Unter das Kriterium Fachgebietsspektrum fallen Konstellationen, bei denen aufgrund des Fachgebietsspektrums des Krankenhauses Verlegungen in andere Krankenhäuser vermieden werden können und die ein breites Leistungsspektrum ermöglichen.

Nach Satz 3 ist die Vielfalt der Krankenhausträger nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist. Der Grundsatz der Trägervielfalt kann demnach nicht dazu führen, dass ein privates oder freigemeinnütziges Krankenhaus mit einer geringeren Versorgungsqualität im Rahmen der Krankenhausplanung gegenüber einem öffentlichen Krankenhaus nur aufgrund der Trägerzugehörigkeit bevorzugt wird. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz sieht eine Ausrichtung der Krankenhausplanung auch auf Qualitätsaspekte vor und regelt dementsprechend in § 8 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, dass die Vielfalt der Krankenhausträger bei einer notwendigen Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern nur dann zu berücksichtigen ist, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist. Entsprechendes regelt § 9 Absatz 2 Satz 3. Die Gleichwertigkeit der Leistungen kann dabei nicht nur das Konzept hinsichtlich des konkret begehrten Versorgungsauftrages, sondern die Leistungen der betreffenden Einrichtung im Ganzen und die Ziele und Grundsätze der Krankenhausplanung betreffen (siehe auch Begründung zu § 5 Absatz 5).

Diesbezüglich ist im Übrigen insbesondere auf § 8 Absätze 1a und 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu verweisen, wonach Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren oder den im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden dürfen oder durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen sind.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt die vollständige oder teilweise Rücknahme des Feststellungsbescheides über die Aufnahme in den Krankenhausplan, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, wenn und soweit die Voraussetzungen für die Aufnahme nicht vorgelegen haben.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt den vollständigen oder teilweisen Widerruf des Feststellungsbescheides über die Aufnahme in den Krankenhausplan, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme nicht nur vorübergehend nicht mehr vorliegen oder das Krankenhaus entgegen § 10 Absatz 1 von den Feststellungen laut Bescheid abweicht. Damit wird eine spezialgesetzliche Ermächtigungsgrundlage zur Herausnahme aus dem Krankenhausplan geschaffen, so dass es eines Bezuges auf § 8 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder auf die allgemeine verwaltungsrechtliche Regelung über den Widerruf rechtmäßiger begünstigender Verwaltungsakte nicht bedarf (§ 49 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 des Verwaltungsverfahrensgesetzes) (vgl. dazu <https://www.bundestag.de/resource/blob/410440/f7d97b857164b19a69bb1b93c5a8336a/WD-9-039-14-pdf-data.pdf>).

Der teilweise Widerruf kann nach Satz 2 auch darin bestehen, dass einzelne Leistungen innerhalb einer Fachrichtung vom Versorgungsauftrag und damit von der Aufnahme in den Krankenhausplan ausgenommen werden.

Zu Absatz 5

Nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist das betroffene Krankenhaus anzuhören. Absatz 5 normiert, dass die Anhörung schriftlich gegenüber dem Krankenhausträger zu erfolgen hat. Dies betrifft sowohl die Aufnahme als auch Rücknahme oder Widerruf der Aufnahme.

Zu Absatz 6

Nach § 8 Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist gegen den Bescheid der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Dies ergibt sich auch aus § 40 Absatz 1 Satz 1 der Verwaltungsgerichtsordnung.

Absatz 6 normiert, dass Rechtsbehelfe gegen den Feststellungsbescheid im Sinne des Absatzes 1 keine aufschiebende Wirkung haben, und macht somit von der landesspezifischen Regelungsmöglichkeit laut § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 der Verwaltungsgerichtsordnung Gebrauch. Dies dient der Beschleunigung des Wirksamwerdens von krankenhauserplanerisch ausgewiesenen Versorgungsaufträgen und damit der Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Der Weg des einstweiligen Rechtsschutzes bleibt den betroffenen Krankenhausträgern und den Konkurrenten unbenommen.

Zu § 10 (Sicherung der Krankenhausplanung)

Die Vorschrift normiert diverse Informationspflichten, die für die Sicherung der Krankenhausplanung Sorge tragen sollen.

Zu Absatz 1

Nach Satz 1 sind die Krankenhausträger verpflichtet, dem zuständigen Staatsministerium die beabsichtigte Einstellung des Betriebes oder die beabsichtigte Änderung der Aufgabenstellung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandortes anzuzeigen.

Die Folgen derartiger Entscheidungen von Krankenhausträgern sind stets eingehend zu prüfen, im Hinblick auf die Versorgungssicherheit zu bewerten und es sind gegebenenfalls unter Einbeziehung anderer Krankenhausträger dafür Vorkehrungen zu treffen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten weiterhin (dann an anderer Stelle) sichergestellt bleibt. Mit diesen Maßnahmen sind daher keine Änderungen von ganz geringer Dauer gemeint, wie z.B. eine vorübergehende Schließung einer Station aufgrund hohen Krankenstandes des Personals oder ähnliches, sondern Maßnahmen, die der Krankenhausträger für eine lange Zeit oder dauerhaft perpetuieren möchte.

Aus diesem Grund ist dafür Sorge zu tragen, dass die Information gegenüber der Krankenhausplanungsbehörde so rechtzeitig erfolgt, dass ein entsprechendes Prüf- und Entscheidungsverfahren auch noch durchgeführt werden kann. Es handelt sich dabei also um eine Art Frühwarnsystem im Hinblick auf langfristige Änderungen der Versorgungslandschaft,

die den jeweils aktuell gültigen krankenhauplanerischen Feststellungen nicht entsprechen. Dafür sieht die Norm eine Sechs-Monats-Frist vor. Satz 2 regelt daher, dass das zuständige Staatsministerium den Krankenhausplanungsausschuss beteiligt und gegenüber dem Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Anzeige feststellt, ob die Maßnahme krankenhauplanerisch bedenklich ist.

Nach Satz 3 dürfen die Maßnahmen nur dann umgesetzt werden, wenn seitens des zuständigen Staatsministerium innerhalb der in Satz 2 bezeichneten Sechs-Monats-Frist keine Bedenken festgestellt worden sind. Die Sechs-Monats-Frist muss nicht ausgeschöpft werden. Bei unabweisbaren Entscheidungen kann die Entscheidung auch vor Ablauf der Frist erfolgen.

Satz 4 stellt weiterhin klar, dass der Versorgungsauftrag entsprechend den Feststellungen nach § 9 Absatz 1 andernfalls umfassend zu erfüllen ist. Dies hat deklaratorischen Charakter, da der Krankenhausplan beziehungsweise die ihn vollziehenden Feststellungsbescheide festlegen, worauf sich der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses erstreckt, und der Feststellungsbescheid gegenüber dem Krankenhausträger Gültigkeit hat, solange er nicht vollständig oder teilweise widerrufen wurde.

Die Erfüllung der Pflichten nach § 10 Absatz 1 kann im Rahmen von Auswahlentscheidungen nach § 9 Absatz 2 (auch andere krankenhauplanerisch relevante Bereiche betreffend) sowie in der Entscheidung über den Widerruf der Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 9 Absatz 4 Berücksichtigung finden.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Pflicht des Krankenhausträgers, dem zuständigen Staatsministerium auf Verlangen die für die Krankenhausplanung erforderlichen Angaben zu übermitteln und über alle dafür bedeutsamen Angelegenheiten Auskunft zu erteilen.

Dies folgt den bisherigen Regelungen in § 6 Absatz 2 a.F. und § 32 Satz 1 a.F. und soll den Informationsfluss zu krankenhauplanerisch relevanten Themen sicherstellen.

Zu Absatz 3

Nach Absatz 3 haben die Krankenhausträger dem zuständigen Staatsministerium Baumaßnahmen, die krankenhauplanerisch bedeutsam sein können, mitzuteilen. Es ist zu vermeiden, dass Krankenhausträger mithilfe von Eigeninvestitionen in Vorleistung gehen und so die Krankenhausplanungsbehörde vor vollendete Tatsachen stellen.

Darüber hinaus wurde in dem bisherigen § 32 Satz 2 a.F. geregelt, dass die Auskunftspflicht gemäß § 28 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unberührt bleibt. Dies gilt weiterhin, auch ohne dass es einer nochmaligen Regelung im SächsKHG bedarf.

Zu Abschnitt 3 (Investitionskostenförderung und Modellvorhaben)

Zu § 11 (Grundsätze der Förderung)

Entsprechend dem insbesondere in § 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verankerten System der dualen Krankenhausfinanzierung werden die Krankenhäuser dadurch wirtschaftlich gesichert, dass zum einen ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie zum anderen leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten. Das Sächsische Krankenhausgesetz trifft demzufolge ausschließlich Regelungen zur Säule der Investitionskostenförderung.

Die Regelung des § 11 enthält die Grundsätze der Förderung.

Laut Satz 1 werden Investitionskosten von Krankenhäusern nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften des Abschnittes 3 gefördert.

Mit Satz 2 soll klargestellt werden, dass die Investitionen nicht den in § 1 Absatz 1 Nummer 1 geregelten Grundsätzen sowie den im Krankenhausplan gemäß § 5 getroffenen Festlegungen zuwiderlaufen.

Nach Satz 3 sollen die Krankenhäuser in struktureller, funktioneller, bautechnischer, digitaler und hygienischer Hinsicht modernen Anforderungen entsprechen. Die Regelung entspricht § 1 Absatz 1 Satz 1 a.F. und wurde um den Begriff „digital“ ergänzt. Damit soll der Bedeutung der Digitalisierung der Krankenhäuser Rechnung getragen werden. Zugleich wird klargestellt, dass auch Investitionen in die digitale Infrastruktur von Krankenhäuser förderfähig sind.

Die Fördermittel sind laut Satz 4 so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen, nach dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses betriebswirtschaftlich notwendigen Investitionskosten decken, wobei die haushaltsrechtlichen Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen sind. Näheres zur Bemessung der Förderbeträge in der Einzelförderung wird in § 14 Absatz 5 bis 7 geregelt.

Zu § 12 (Beteiligung an der Aufbringung der Mittel)

Die Regelung eröffnet die Möglichkeit, dass die Landkreise und Kreisfreien Städte an den Kosten der Krankenhausfinanzierung, die nach den Vorschriften des Abschnittes 3 jährlich aufzubringen sind, mit einer Krankenhausumlage beteiligt werden können, die nach Maßgabe des Sächsischen Finanzausgleichsgesetzes zu erheben ist. Die Möglichkeit zur Beteiligung rechtfertigt sich aus dem Sicherstellungsauftrag der Landkreise und Kreisfreien Städte zur Krankenhausversorgung nach § 1 Absatz 2. Die Regelung entspricht im Übrigen der bisherigen Regelung in § 8 Absatz 2 a.F.

Zu § 13 (Investitionsprogramm)

Zu Absatz 1

Das zuständige Staatsministerium stellt laut Satz 1 ein Investitionsprogramm auf. Damit wird die Verpflichtung des Landes zur Aufstellung von Investitionsprogrammen nach § 6 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes landesrechtlich umgesetzt. Bei der Aufstellung des Investitionsprogramms sind wie in § 10 geregelt die Grundsätze gemäß § 1 Absatz 1 sowie der Krankenhausplan gemäß § 5 zu beachten.

Das Investitionsprogramm weist laut Satz 2 die neu zu fördernden Investitionen nach § 14 Absatz 1 Nummer 1 und den voraussichtlichen Gesamtbetrag der jeweiligen Förderung aus.

Zu Absatz 2

Nach Satz 1 ist bei der Aufstellung des Investitionsprogramms die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Mit dieser Regelung wird § 1 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes landesrechtlich umgesetzt. Hier geht es um eine gleichmäßige Verteilung der Fördermittel an die verschiedenen Trägergruppen. Hierbei dürfen freigemeinnützige und private Krankenhausträger gegenüber öffentlichen Krankenhausträgern nicht benachteiligt werden.

Das zuständige Staatsministerium kann nach Satz 2 fachliche Schwerpunkte bei der Aufstellung des Investitionsprogramms setzen. Mit dieser Regelung soll eine noch engere Verzahnung zwischen Krankenhausplanung und Krankenhausinvestitionsfinanzierung erreicht werden. So können etwa im Krankenhausplan ausgewiesene Fachprogramme investitionsseitig abgesichert werden. Außerdem sollen so vom zuständigen Staatsministerium auch Bereiche stärker in den Fokus genommen werden können, die von Krankenhausträgern selbst nicht prioritär eingestuft werden. Das kann etwa die Weiterentwicklung von Strukturen, Vorhaben zur Steigerung der Qualität oder zur Förderung der ökologischen Nachhaltigkeit umfassen.

Außerdem können Investitionen gemäß Satz 3 vom Stand der Digitalisierung des Krankenhauses abhängig gemacht werden. Das Krankenhaus hat nach Satz 4 dem zuständigen

Staatsministerium auf dessen Verlangen die strukturierten Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Umsetzungsstands digitaler Maßnahmen nach § 14b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu übermitteln. Mit dieser Regelung soll die notwendige Digitalisierung in den Krankenhäusern, die in der Verantwortung der Krankenhäuser selbst liegt, unterstützt werden.

Für die bauliche Barrierefreiheit gilt bereits § 50 SächsBO. Gemäß § 50 Absatz 2 SächsBO müssen in Einrichtungen des Gesundheitswesens die Teile, die dem allgemeinen Besucher- und Benutzerverkehr dienen, barrierefrei sein.

Zu Absatz 3

Das Investitionsprogramm wird auf der Internetseite des zuständigen Staatsministeriums veröffentlicht. Diese Vorschrift soll der Transparenz über die Vergabe von öffentlichen Mitteln dienen.

Zu § 14 (Einzelförderung)

Zu Absatz 1

In § 14 werden die bundesgesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen hinsichtlich der Einzelförderung konkretisiert.

Wie bisher verbleibt die Zuständigkeit für die Einzelförderung beim zuständigen Staatsministerium. Die Übertragung der Aufgabe auf eine andere Behörde kommt derzeit nicht in Betracht. Zum einen handelt es sich bei der Bewilligung von Einzelfördermaßnahmen nicht um ein Massengeschäft. Außerdem ist die Einzelförderung inhaltlich und fachlich eng mit der Krankenhausplanung und der Genehmigung der Budgetvereinbarungen, für die auch das Staatsministerium zuständig ist, verknüpft. Mit einer Trennung der Zuständigkeiten würden neue Schnittstellen entstehen und der Vollzugsaufwand für das zuständige Staatsministerium würde sich nur marginal verringern, im Gegenteil würde sich der Abstimmungsaufwand für das zuständige Staatsministerium mit einer weiteren Behörde (neben dem Staatsbetrieb Sächsisches Immobilien- und Baumanagement) erhöhen.

Auf eine Regelung wie bisher in § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 a.F., wonach auch die Ergänzungsbeschaffung von Anlagegütern, soweit diese über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht, im Rahmen der Einzelförderung gefördert wird, wurde verzichtet. An der Rechtslage ändert sich dadurch im Ergebnis nichts, denn die Rechtsgrundlage findet sich in § 9 Absatz 1 HS 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz i.V.m. § 3 Absatz 2 Nr. 1b der Verordnung über die Abgrenzung der im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhäuser (Abgrenzungsverordnung – AbgrV).

Auf eine ausdrückliche deklaratorische Regelung, dass die Einzel- und Pauschalförderung sich gegenseitig ausschließen, wurde verzichtet. Die Wertgrenze für die Einzelförderung ergibt sich konkludent aus der Regelung in § 15 Absatz 1 Nummer 2, wonach bauliche Maßnahmen mit Kosten bis zu einem Betrag von 500 000 Euro ohne Umsatzsteuer über die Pauschalförderung finanziert werden.

Auf die Schaffung einer Ermächtigungsgrundlage für eine Rechtsverordnung zur Regelung näherer Einzelheiten für die Einzelförderung wird verzichtet. Von der bisherigen Möglichkeit, eine Rechtsverordnung zu erlassen, wurde kein Gebrauch gemacht. Eine Notwendigkeit besteht weiterhin nicht. Ein Krankenhaus ist baurechtlich ein Sonderbau (siehe Nummer 51 der Verwaltungsvorschrift zur Sächsischen Bauordnung), für den vielfältige Regelungen gelten. Regelungen zum Ablauf des Verfahrens bedürfen keiner Ermächtigungsgrundlage, sondern können in einer Verwaltungsvorschrift getroffen werden.

Zu Nummer 1

Laut Nummer 1 werden Investitionskosten für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der erforderlichen Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern gefördert. Dies entspricht § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Krankenhausfi-

finanzierungsgesetzes sowie der bisherigen Rechtslage (siehe § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 a.F.). Errichtung umfasst Neubau, Umbau und Erweiterungsbau (vgl. § 2 Nummer 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).

Zu Nummer 2

Laut Nummer 2 werden Investitionskosten für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren gefördert. Dies entspricht § 9 Absatz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie der bisherigen Rechtslage (siehe § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 a.F.).

Im Einklang mit § 9 Absatz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind nach Absatz 1 Nummer 2 Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von bis zu drei Jahren von der Einzelförderung ausgenommen. Dies sind Gebrauchsgüter im Sinne der Verordnung über die Abgrenzung der im Pflegesatz zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhäuser (Abgrenzungsverordnung).

Zu Absatz 2

Der Krankenhausträger hat eine Zielplanung zu erstellen, die dem zuständigen Staatsministerium auf Verlangen vorzulegen ist. Die Erstellung einer Zielplanung ist bereits überwiegend Praxis. Die gesetzliche Verankerung dient dem Ziel der Vermeidung von Fehlinvestitionen und damit dem Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Zielplanung umfasst sowohl die strategische als auch die bauliche Zielplanung. Beide Aspekte der Zielplanung bedingen sich. Die Planung von auf Dauer zukunftsfähigen baulichen Strukturen setzt voraus, dass der strategische Kurs des Krankenhauses und damit die Entwicklung des Leistungsspektrums bestimmt sind. Die strategische Entwicklung des Krankenhauses ist kein einmaliger Vorgang, sondern ein kontinuierlicher Prozess. Bei der baulichen Zielplanung stehen die baulichen Planungen und Zielsetzungen eines Krankenhauses im Vordergrund. Das Erfordernis, eine Zielplanung vorzulegen, gilt sowohl für Vorhaben nach Absatz 1 Nummer 1 als auch nach Absatz 1 Nummer 2, denn in die Zielplanung sollen sich alle Vorhaben des Krankenhauses einfügen.

Zu Absatz 3

Laut Satz 1 setzt eine Bewilligung voraus, dass die Gesamtfinanzierung gesichert ist, das Vorhaben in das Investitionsprogramm aufgenommen wurde und im Zeitpunkt der Entscheidung mit dem Vorhaben noch nicht begonnen worden ist. Eine gesicherte Gesamtfinanzierung ist nur dann anzunehmen, wenn für die öffentliche Förderung in ausreichender Höhe Haushaltsmittel und/oder Verpflichtungsermächtigungen verfügbar sind und sichergestellt ist, dass eine bestehende Finanzierungslücke durch Dritte oder den Krankenhausträger selbst gedeckt werden kann.

Das zuständige Staatsministerium kann nach Satz 2 einem vorzeitigen Beginn des Vorhabens zustimmen. Damit erfolgt eine gesetzliche Klarstellung für die bereits bisher erfolgte Praxis des förderunschädlichen vorzeitigen Beginns des Vorhabens.

Erst mit der Bewilligung wird im Übrigen der Rechtsanspruch des Krankenhausträgers auf Förderung (in einer bestimmten Höhe) begründet.

Zu Absatz 4

Laut Satz 1 gelten nicht als Investitionskosten die Kosten des Erwerbs oder der Anmietung bereits betriebener und in den Krankenhausplan aufgenommener Krankenhäuser, die vor der Aufnahme in den Krankenhausplan entstandenen Investitionskosten sowie die Kosten für eigenes Personal für Investitionen nach Absatz 1.

Werden nach Satz 2 bedarfsnotwendige Anlagegüter eines Krankenhauses für Zwecke außerhalb der stationären Krankenhausversorgung mitbenutzt, ist dies bei der Bemessung der Fördermittel anteilig zu berücksichtigen.

Zu Absatz 5

Der Förderbetrag wird nach den angefallenen förderfähigen Investitionskosten bemessen, die vor der Bewilligung vorläufig festgesetzt worden sind. Mit der in den Absätzen 6 und 7 geregelten Fest- und Höchstbetragsförderung können abweichend davon andere Fördersätze mit dem Krankenhausträger vereinbart werden.

Zu Absatz 6

Nach Satz 1 kann mit Zustimmung des Krankenhausträgers die Förderung als Festbetragsförderung bewilligt werden. Die Regelung stellt eine Abweichung von Absatz 5 dar. Mit der Festbetragsförderung soll ein Anreiz zur sparsamen Mittelverwendung gesetzt werden.

Laut Satz 2 soll der Festbetrag aufgrund pauschaler Kostenwerte ermittelt werden. Hier werden vor allem die in der Praxis herangezogenen Erfahrungswerte zugrunde gelegt.

Erreichen die nachgewiesenen Kosten gemäß Satz 3 den Festbetrag nicht, hat der Krankenhausträger den Unterschiedsbetrag seinen pauschalen Fördermitteln nach § 15 (Jahrespauschale) zuzuführen. Die Regelung dient dem Ziel der sparsamen Verwendung der Mittel.

Zu Absatz 7

Mit Zustimmung des Krankenhausträgers kann die Förderung nach Satz 1 als Höchstbetragsförderung bewilligt werden. Auch diese Regelung stellt eine Abweichung von Absatz 5 dar. Die Höchstbetragsförderung soll dem Krankenhausträger eine größere Freiheit bezüglich der Art und Weise der Durchführung des Vorhabens einräumen.

Der Höchstbetrag soll nach Satz 2 auf der Grundlage der förderungsfähigen Investitionskosten ermittelt werden.

Wenn die nachgewiesenen Kosten den Höchstbetrag nicht erreichen, hat der Krankenhausträger gemäß Satz 3 den Unterschiedsbetrag zurückzuzahlen. Mit der Regelung wird das Risiko des zuständigen Staatsministeriums hinsichtlich Nachforderungen reduziert.

Zu Absatz 8

Zusätzliche Fördermittel können nur bewilligt werden, soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher behördlicher Anordnungen oder einer nachträglichen Änderung der Rechtslage für den Krankenhausträger unabweisbar sind. Damit wird klargestellt, dass bloße Kostensteigerungen nicht gefördert werden.

Zu § 15 (Pauschale Förderung)

Zu Absatz 1

Die zuständige Behörde bewilligt auf Antrag Fördermittel als jährliche Pauschalbeträge für die in Nummern 1 und 2 genannten Maßnahmen. Zuständige Bewilligungsbehörde für die Pauschalförderung ist gemäß § 2 Absatz 1 Satz 3 Nummer 16 FördBankG die Sächsische Aufbaubank – Förderbank –. Danach ist die Sächsische Aufbaubank – Förderbank –, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, zuständig für die Durchführung bei der Förderung des Gesundheitswesens. Darunter fällt auch die Pauschalförderung für die Krankenhäuser.

Zu Nummer 1

Die Pauschalförderung dient der Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei und bis zu 15 Jahren. Hierzu zählen neben medizinischen Großgeräten auch IT-Anlagegüter.

Auf eine explizite Ausnahme von Verbrauchs- und Gebrauchsgütern wurde nunmehr verzichtet. Der Ausschluss der Förderung ergibt sich daraus, dass lediglich die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer Nutzungsdauer von drei bis fünfzehn Jahren gefördert wird, wozu Verbrauchs- und Gebrauchsgüter nicht zählen.

Zu Nummer 2

Nach Nummer 2 können mithilfe der Pauschalförderung auch bauliche Maßnahmen mit Kosten bis zu einem Betrag von 500 000 Euro ohne Umsatzsteuer finanziert werden. Diese Regelung enthält eine konkludente Regelung einer Wertgrenze für die Einzelförderung. Die bisher geltende Differenzierung der Höhe abhängig von der Versorgungsstufe wird nicht beibehalten, da die Kosten für solche „kleineren“ Baumaßnahmen unabhängig von der Versorgungsstufe sind. Hierbei orientiert sich die neue Regelung an anderen Landeskrankenhausesetzen, die ebenfalls keine Differenzierung nach der Versorgungsstufe vorsehen. Auch die Praxis zeigt, dass Krankenhausträger bisher schon sehr selten Vorhaben zur Einzelförderung mit Kosten unter 500 000 Euro angemeldet haben. Eine etwaige Benachteiligung von kleineren Krankenhäusern besteht auch nicht, da mit Absatz 2 nunmehr ausdrücklich die Möglichkeit zum Ansparen der Pauschalfördermittel geregelt wird. Im Übrigen geht mit der Regelung eine Verfahrensvereinfachung und Verwaltungsentlastung einher, die sowohl den Krankenhausträgern als auch dem für die Einzelförderung zuständigen Staatsministerium zugutekommt.

Zu Absatz 2

Der Krankenhausträger hat nach Satz 1 die Jahrespauschale unter Beachtung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses sowie der haushaltsrechtlichen Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu bewirtschaften.

Laut Satz 2 ist das Ansparen der Jahrespauschale bis zur Höhe des vierfachen Jahresbetrages zulässig; eine Überschreitung dieser Grenze ist anzuzeigen und führt im Folgejahr zu einer entsprechenden Minderung der Jahrespauschale, soweit diese angesparten Fördermittel nicht nachweisbar für in den nächsten zwei Jahren absehbare Investitionen erforderlich sind; das bedeutet also, dass spätestens im sechsten Jahr die Investition erfolgen muss. Kann der Krankenhausträger nicht eine in den nächsten zwei Jahren absehbare erforderliche Investition nachweisen, ist ab dem fünften Jahr die Jahrespauschale um den Betrag zu mindern, mit dem der vierfache Jahresbetrag nach Satz 3 überschritten wird. Mit dieser Regelung, die sich auch in anderen Landeskrankenhausesetzen findet, wird nun ausdrücklich die Möglichkeit für Krankenhausträger geregelt, pauschale Fördermittel ansparen zu können. Zugleich soll insbesondere mit der Regelung der konkreten Höhe und Dauer sichergestellt werden, dass Pauschalfördermittel ihrem Zweck entsprechend zeitnah für Investitionen verwendet werden und nicht über einen längeren Zeitraum ungenutzt bleiben. Damit wird dem Grundsatz der sparsamen Verwendung von öffentlichen Mitteln Rechnung getragen.

Gemäß Satz 4 ergibt sich der vierfache Jahresbetrag aus der Summe der Jahrespauschalen der letzten vier Jahre.

Mit dem späteren Inkrafttreten der Regelungen zum Ansparen gemäß § 35 Absatz 2 wird für die Krankenhausträger eine Übergangsfrist geschaffen, in der Ansparbeträge aus Haushaltsjahren, die vor dem Zeitraum der vier Jahre liegen, verwendet werden können.

Zu Absatz 3

Zinsen aus der Anlage ausbezahlter Fördermittel sind gemäß Satz 1 dem in Absatz 1 genannten Zweck zuzuführen.

Werden die Fördermittel nicht verzinslich angelegt, wird der Krankenhausträger nach Satz 2 so gestellt, als hätte er Zinsen in Höhe des jeweiligen Basiszinssatzes nach § 247 des Bürgerlichen Gesetzbuches bis zur Verwendung der Fördermittel erzielt und dem im Absatz 1 genannten Zweck zugeführt.

Zu Absatz 4

Das zuständige Staatsministerium regelt wie bisher im Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung das Nähere.

Zu Nummer 1

In der Rechtsverordnung sind neben der Anzahl der Krankenhausbetten die sachgerechten Bezugsgrößen zur Berechnung der Jahrespauschalen, insbesondere die Versorgungsstufen, Fachrichtungen, Fallzahlen oder Investitionsbewertungsrelationen zu regeln. Die Regelungen entsprechen im Wesentlichen § 11 Absatz 5 Satz 1 und 2 a.F.

Zu Nummer 2

Für Ausbildungskapazitäten an Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist die Höhe des Zuschlags zur Jahrespauschale zu regeln. Mit dem Zuschlag für Ausbildungsstätten soll das Ziel, durch Ausbildung Fachkräfte zu gewinnen, befördert werden.

Zu Absatz 5

Absatz 5 bestimmt, welche weiteren Einzelheiten in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 geregelt werden können.

Zu Nummer 1

Nach Nummer 1 können in der Rechtsverordnung noch weitere Zuschläge geregelt werden.

Dies umfasst zum Beispiel den Zuschlag für infrastrukturelle und technische Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit und des Digitalisierungs- und Vernetzungsgrades der Krankenhäuser. Mit dieser neuen Regelung wird der bisher in der Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur nachhaltigen Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Freistaat Sachsen (RL eHealthSax) vom 5. März 2019 (SächsABl. S. 532, enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 26. November 2019 (SächsABl. SDr. S. S 404)) geregelte Fördergegenstand „Digitale Ertüchtigung von Krankenhäusern“ (Großbuchstabe B) in die gesetzliche Pauschalförderung überführt. IT-Kosten der Krankenhäuser sind förderfähige Investitionskosten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz. Die Überführung des Fördergegenstandes in die Pauschalförderung dient zugleich der Verfahrensvereinfachung und Verwaltungsentlastung.

Weiterhin ist es nun möglich, Zuschläge zum Beispiel für Kooperationen mit anderen Krankenhäusern, ärztliche, psychotherapeutische und vergleichbare akademische Berufe betreffende Weiterbildung (vgl. dazu die Begründung zu § 3 Absatz 3 Nummer 11) oder Qualitätsförderungssysteme zu gewähren. Mit dieser Möglichkeit sollen finanzielle Anreize für die Krankenhäuser gesetzt werden, um das Ziel einer stärkeren Vernetzung zwischen den Krankenhäusern sowie die Aufgaben der Weiterbildung und der Qualitätssicherung zu befördern.

Zu Nummer 2

Nach Nummer 2 kann die Höhe des Betrages für „kleine Baumaßnahmen“ abweichend vom Betrag nach Absatz 1 Nummer 2 geregelt werden. Damit wird die Möglichkeit geschaffen, durch Rechtsverordnung Preissteigerungen nachvollziehen zu können. Hierbei orientiert sich die Regelung etwa am Thüringer Krankenhausgesetz, das diese Möglichkeit vorsieht (dort § 12 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit Absatz 4).

Zu Absatz 6

Nach Satz 1 beträgt der Gesamtbetrag, der für die Jahrespauschalen je Haushaltsjahr zur Verfügung steht, mindestens 2 000 Euro für jedes in den Krankenhausplan aufgenommene Bett (ausgenommen die Betten der Universitätsklinik). Satz 1 gibt somit vor, wie sich der Mindestbetrag des Gesamtvolumens der für die pauschale Förderung je Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Mittel errechnet. Der Betrag von 2 000 Euro resultiert aus der prozentualen Veränderung vom Indexstand des Jahres 1993, in dem das bisherige Sächsische Krankenhausgesetz in Kraft getreten ist, bis zum Indexstand vom Jahr 2020. Bezugsgröße war der Betrag von 1 278,23 Euro (Umrechnung der im bisherigen Sächsischen Krankenhausgesetz enthaltenen 2 500 DM). Die prozentuale Veränderung des Index betrug im Zeitraum von 1993 bis 2020 über 47 Prozent.

Aus der Formulierung „je Haushaltsjahr“ lässt sich außerdem ableiten, dass sich die konkrete Höhe der Jahrespauschale für die einzelnen Krankenhäuser und deren Träger erst anhand der Berechnung, die durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 geregelt wird, ergibt. Somit besteht zwar ein gebundener Anspruch der Krankenhäuser auf die Jahrespauschale, dessen Höhe erst aus dieser Berechnung folgt. Satz 1 regelt daher ausschließlich das Gesamtvolumen für die Jahrespauschalen, das mindestens in dem Haushaltsjahr zur Verfügung steht.

Dieser Betrag kann nach Satz 2 durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 anhand Veränderung des Verbraucherpreisindex für Deutschland angepasst werden, frühestens jedoch fünf Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes. Für die Dauer von fünf Jahren wird somit der Mindestbetrag festgeschrieben, um nicht jede Änderung des Verbraucherpreisindex nachvollziehen zu müssen.

Zu Absatz 7

Für den Fall, dass die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes gemäß § 5 Absatz 2 Satz 6 Nummer 4 auf der Grundlage einer anderen Planungssystematik, zum Beispiel auf Basis von Leistungen und Leistungsbereichen, erfolgt, wird eine neue Bezugsgröße für die Pauschalförderung benötigt. Dafür wird das zuständige Staatsministerium ermächtigt, in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 anstelle der Anzahl der Krankenhausbetten andere Bezugsgrößen zugrunde zu legen. Außerdem muss dann die Bezugsgröße für den Betrag nach Absatz 6 Satz 1 (Mindesthöhe der Jahrespauschale) neu geregelt werden.

Zu § 16 (Förderung der Nutzung von Anlagegütern)

Zu Absatz 1

Gemäß Satz 1 bewilligt das zuständige Staatsministerium anstelle der Förderung nach § 14 auf Antrag Fördermittel für die Kosten der Nutzung von Anlagegütern, wenn es der Nutzungsvereinbarung vor deren Abschluss zugestimmt hat. Die Förderung von Nutzungsentgelten wird nur ausnahmsweise in Betracht kommen, nämlich dann, wenn Miete oder Leasing wirtschaftlicher sind als der Kauf mittel- und langfristiger Anlagegüter. Krankenhausträger sollen aber dann Nutzungsvereinbarungen über Anlagegüter abschließen können, wenn dies im Einzelfall unter Berücksichtigung der Gesamtumstände wirtschaftlicher ist. Berücksichtigung der Gesamtumstände bedeutet, dass nicht allein das Verhältnis des Beschaffungspreises zum Nutzungspreis als Wirtschaftlichkeitskriterium gilt, sondern darüber hinaus auch andere Wirtschaftlichkeitsaspekte wie Kapitalbindung oder Innovation Berücksichtigung finden sollen. Die Voraussetzungen für die Einzelförderung nach § 13 müssen im Übrigen erfüllt sein.

Einer Nutzungsvereinbarung darf nach Satz 2 nachträglich nur zugestimmt werden, wenn für den Krankenhausträger sonst eine unzumutbare Härte entstehen würde. Unzumutbarkeit wird regelmäßig – aber auch nur dann – anzunehmen sein, wenn außergewöhnliche Umstände vorliegen, aufgrund derer die Nichtzustimmung für den geförderten Krankenhausträger eine besonders schwere Härte darstellen würde, so z.B. bei infolge der Nichtzustimmung und daraus resultierender Zahlungs- oder Rückzahlungsverpflichtungen drohender Insolvenz.

Zu Absatz 2

Die Jahrespauschale nach § 15 darf zur Finanzierung von Entgelten für die Nutzung von Anlagegütern eingesetzt werden, deren Herstellung oder Beschaffung sonst aus der Jahrespauschale zu bestreiten wäre, sofern dies einer wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung entspricht; Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Mit der Regelung ist es ausnahmsweise möglich, statt des Kaufs von Anlagegütern nach § 15 auch die Miete oder etwa Leasing zu fördern, wenn dies wirtschaftlicher ist.

Zu § 17 (Ausgleich für Eigenkapital)

Zu Absatz 1

Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung mit Eigenmitteln des Krankenhaus-trägers beschaffte Anlagegüter vorhanden, deren durchschnittliche Nutzungsdauer noch nicht abgelaufen ist, bewilligt das zuständige Staatsministerium auf Antrag des Krankenhaus-trägers bei einem Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan Fördermittel als Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung. Es handelt sich um eine besondere Form der Ausgleichsleistung nach Ausscheiden eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan. Der Anspruch kann nur entstehen, wenn das Ausscheiden aus dem Plan bestandskräftig festgestellt ist und das Krankenhaus nicht weiter für die stationäre Versorgung genutzt wird. Unter Eigenmitteln sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhaus-trägers zu verstehen.

Zu Absatz 2

Der Berechnung des Ausgleichsbetrages sind die Buchwerte bei Beginn der Förderung und die darauf beruhenden Abschreibungen zugrunde zu legen.

Zu Absatz 3

Ein Ausgleichsanspruch besteht nicht, soweit nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz eine Ersatzinvestition gefördert worden ist und der Restnutzungswert dieser Ersatzinvestition bei der Feststellung des Ausscheidens des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan dem nach den Absätzen 1 und 2 berechneten Ausgleichsbetrag entspricht; für Anlagegüter, deren Wiederbeschaffung pauschal gefördert worden ist, ist der Nutzungswert aller mit der Jahrespauschale beschafften Anlagegüter maßgebend.

Zu Absatz 4

Da der Nachweis des Vorliegens der Voraussetzungen für das Entstehen eines Ausgleichsanspruchs wegen in der Regel lange zurückliegenden Zeiträumen schwierig ist, kann im Einvernehmen mit dem Krankenhaus-träger der Ausgleichsbetrag pauschal ermittelt und festgesetzt werden.

Zu § 18 (Förderung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben)

Zu Absatz 1

Scheidet ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan aus, weil es für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht mehr erforderlich ist, bewilligt das zuständige Staatsministerium nach Satz 1 auf Antrag des Krankenhaus-trägers Fördermittel, soweit diese erforderlich sind, um bei der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben oder im Fall der Schließung des Krankenhausbetriebs unzumutbare Härten zu vermeiden. Zur Erfüllung der Voraussetzung der Erforderlichkeit hat das Krankenhaus die entsprechenden Nachweise zu erbringen. Näheres wird als Bedingung im Bewilligungsbescheid im Sinne des § 19 Absatz 2 geregelt. Zum Begriff der „unzumutbaren“ Härte wird auf die Ausführungen zu § 16 verwiesen.

Nach Satz 2 können Fördermittel insbesondere für die in Nummern 1 bis 4 genannten Kosten bewilligt werden. Die Aufzählung ist nicht abschließend.

Zu Absatz 2

Gemäß Satz 1 können die Fördermittel zur Schließung künftig auch pauschaliert werden; damit ist dem Empfänger ein größerer Spielraum beim Einsatz der Fördermittel möglich. Satz 2 ermöglicht dem zuständigen Staatsministerium durch Rechtsverordnung die Höhe der Pauschale, eine Staffelung der Höhe nach der Anzahl der reduzierten Planbetten sowie eine Pauschale je reduziertem Planbett bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses zu regeln. Mit der Staffelung und der Pauschale bei vollständiger Schließung sollen Anreize für eine gegebenenfalls vollständige Schließung eines überflüssig gewordenen Krankenhauses gesetzt werden.

Zu § 19 (Pflichten der Krankenhausträger, Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen)

Zu Absatz 1

Mit der Regelung wird die Mitwirkungspflicht des Krankenhausträgers im Verwaltungsverfahren zur Krankenhausfinanzierung geregelt.

Zu Absatz 2

Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit diese zur Sicherstellung einer zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel oder zur Erreichung der Ziele des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, dieses Gesetzes oder des Krankenhausplanes erforderlich sind. Die Regelung dient der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel. Sie gilt für alle Förderungen. Im Übrigen gilt das Gesetz zur Regelung des Verwaltungsverfahrens- und des Verwaltungszustellungsrechts für den Freistaat Sachsen in Verbindung mit § 36 Verwaltungsverfahrensgesetz.

Zu § 20 (Rücknahme und Widerruf von Bewilligungsbescheiden, Erstattung von Fördermitteln)

Zu Absatz 1

Für die Rücknahme und den Widerruf von Bewilligungsbescheiden sowie die Erstattung von Fördermitteln gelten die allgemeinen Bestimmungen nach §§ 48 bis 49a des Verwaltungsverfahrensgesetzes, soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Nach Satz 1 sind Bewilligungsbescheide ganz oder teilweise auch mit Wirkung für die Vergangenheit zu widerrufen, wenn und soweit das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Krankenhausplan oder seinen Versorgungsauftrag ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt. Für eine Ermessensentscheidung ist kein Raum.

Satz 2 regelt die Fälle, in denen von einem Widerruf abgesehen werden kann.

Zu Nummer 1

Entweder das Krankenhaus scheidet im Einvernehmen mit dem zuständigen Staatsministerium ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan aus.

Zu Nummer 2

Oder es wechselt der Krankenhausträger eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses. Unter den Voraussetzungen der Buchstaben a) bis d) kann von einem Widerruf abgesehen werden. Buchstabe a) regelt dabei neu, dass die Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan vorliegen müssen. Das bedeutet, dass dem zuständigen Staatsministerium bei einem Trägerwechsel die Möglichkeit eröffnet wird, die Voraussetzungen zur Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan neu zu prüfen.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht der bisherigen Rechtslage (siehe § 19 Absatz 3 a.F.) und berücksichtigt bei der Ermittlung der Höhe des Erstattungsanspruchs sowohl die Interessen des Krankenhausträgers als auch die des zuständigen Staatsministeriums.

Zu Absatz 4

Mit dieser neuen Regelung, die sich an anderen Landesgesetzen orientiert, werden für die Fälle, in denen das geförderte Krankenhaus ganz oder teilweise für einen anderen sozialen Zweck, etwa für die ambulante Versorgung, genutzt wird, die Entscheidung getroffen, dass dann von einem Widerruf abgesehen werden soll, wenn die in Nummern 1 bis 3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Darunter fällt auch der Sachverhalt einer Vermietung von geförderten Flächen oder Räumen in einem Krankenhaus. Die Miete darf der Krankenhaus-

träger zur Hälfte seinen Pauschalfördermitteln zuführen, also nach den Regularien der Jahrespauschale ansparen und verwenden, wenn mit der teilweisen Umstrukturierung die Grundsätze nach § 1 Absatz 1 und § 3 Absatz 3 Satz 1 umgesetzt werden. Damit wird Rechtssicherheit geschaffen.

Zu Absatz 5

Die Regelung zur Verrechnungsmöglichkeit von Erstattungsforderungen mit aufgrund des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dieses Gesetzes bewilligten Fördermitteln entspricht der bisherigen Rechtslage (siehe § 19 Absatz 5 a.F.).

Zu § 21 (Verwendungsnachweisprüfung)

Zu Absatz 1

Satz 1 regelt die Verpflichtung des Krankenhausträgers zum Nachweis der zweckentsprechenden und wirtschaftlichen Verwendung der gewährten Fördermittel sowie der Beachtung der mit der Bewilligung verbundenen Nebenbestimmungen unmittelbar nach Abschluss des geförderten Vorhabens, in Ausnahmefällen nach wesentlichen Teilabschnitten.

Nach Satz 2 prüft das zuständige Staatsministerium prüft die Verwendungsnachweise. Das zuständige Staatsministerium kann sich dabei auf die Prüfungsergebnisse anderer Behörden wie dem Staatsbetrieb Sächsisches Immobilien- und Baumanagement stützen.

Nach Satz 3 gilt für die Überprüfung § 31 Absatz 3 einschließlich der Einschränkung des Grundrechts auf Unverletzlichkeit der Wohnung entsprechend.

Zu Absatz 2

Bei der Pauschalförderung nach § 15 gilt Absatz 1 mit der Maßgabe, dass der Verwendungsnachweis jährlich gegenüber der zuständigen Behörde zu erbringen ist, was die Sächsische Aufbaubank – Förderbank – ist.

Zu Absatz 3

Die Regelung enthält das Prüfungsrecht des Sächsischen Rechnungshofes und entspricht der bisherigen Regelung in § 20 Absatz 6 a.F.

Zu § 22 (Modellvorhaben)

Mit dieser Neuregelung soll eine Rechtsgrundlage für besondere Vorhaben der Krankenhausträger geschaffen werden, die bisher von der Regelfinanzierung noch nicht umfasst sind. So hat der Freistaat Sachsen in der Vergangenheit etwa die Geriatrienetzwerke gefördert. Ein Modellvorhaben soll den Grundsätzen nach § 1 Absatz 1 und der Zusammenarbeit nach § 3 dienen. Damit soll die Vernetzung der Krankenhäuser untereinander oder mit anderen Leistungserbringern der gesundheitlichen Versorgung gestärkt und die Weiterentwicklung der innersektoralen und sektorenübergreifenden Strukturen unterstützt werden.

Eine wissenschaftliche Begleitung erscheint selbstverständlich.

Bei der Förderung handelt es sich um eine Zuwendung nach §§ 23, 44 der Sächsischen Haushaltsordnung. Auf die Förderung besteht also kein Rechtsanspruch. In Abgrenzung zu den Tatbeständen der Investitionskostenförderung nach §§ 14 bis 18, bei denen es sich jedenfalls dem Grunde nach um gesetzliche Leistungen handelt, wurde deshalb der Begriff der Modellvorhaben in der Überschrift zu Abschnitt 3 extra aufgeführt. Soweit Haushaltsmittel zur Verfügung stehen, kann das zuständige Staatsministerium etwa

Interessensbekundungsverfahren durchführen oder Bekanntmachungen veröffentlichen, um Transparenz und Chancengleichheit sicherzustellen.

Zu Abschnitt 4 (Innere Organisation und besondere Pflichten der Krankenhäuser)

Zu § 23 (Innere Organisation)

Zu Absatz 1

Jedes Krankenhaus ist in stationäre, teilstationäre, ambulante und technische Bereiche nach Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung des Krankenhausplanes zu gliedern.

Der Krankenhausplan und die ihn vollziehenden Feststellungsbescheide legen fest, auf welche stationären und teilstationären Bereiche sich der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses erstreckt und welche Fachabteilungen damit im Einzelnen einzurichten sind. Daneben verfügen Krankenhäuser auch über ambulante und technische Bereiche, die ebenso nach Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten zu gliedern sind.

Die ambulante Krankenhausbehandlung im Sinne der Regelung meint dabei nicht sämtliche ambulanten Behandlungen am Krankenhaus, sondern nur solche, die entsprechend § 39 Absatz 1 Halbsatz 1 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches als ambulante Krankenhausbehandlung gelten, also vor- und nachstationäre Behandlungen (§ 115a SGB V) und ambulantes Operieren und andere stationersetzende Eingriffe und Behandlungen (§ 115b SGB V) (auch sogenannter klinisch ambulanter Bereich). Die der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnenden Behandlungen (insbesondere § 116 SGB V Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte, § 116a SGB V Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung) sind damit nicht umfasst.

Zu Absatz 2

In jedem Krankenhaus ist nach Satz 1 eine Betriebsleitung zu bilden, die für alle Krankenhausstandorte des Krankenhauses zuständig ist. Krankenhäuser können über mehrere Krankenhausstandorte entsprechend § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verfügen. Ein Krankenhaus zeichnet sich daher unter anderem dadurch aus, dass es über eine Betriebsleitung verfügt, die für alle Krankenhausstandorte des Krankenhauses zuständig ist.

Richtet sich eine Regelung dieses Gesetzes an das Krankenhaus (bewusst an die Einrichtung als solche anstelle an die rechtsfähige Person des Krankenhausträgers, der auch Träger mehrerer Krankenhäuser sein kann), so richtet sich diese an die Betriebsleitung des jeweiligen Krankenhauses.

Der Betriebsleitung sollen nach Satz 2 entsprechend der Gliederung des Krankenhauses mindestens der ärztliche Dienst, der pflegerische Dienst und der Verwaltungsbereich angehören. Der Betriebsleitung können darüber hinaus weitere Bereiche angehören, insbesondere der Sozialdienst.

Es wird darauf verzichtet, wie bisher in § 21 Absatz 2 Satz 3 a.F., Vorgaben zum Vorsitz der Betriebsleitung zu machen. Dies bleibt der Autonomie des Krankenhausträgers überlassen und muss nicht in jedem Fall der leitende Chefarzt sein. Dass der Krankenhausträger die Vertretungsfragen im Detail selbst regeln kann, folgt aus dessen Organisationshoheit.

Die Vorschrift gilt nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen, betrieben werden (§ 2 Absatz 3).

Zu § 24 (Arzneimittelkommission)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt wie bisher in § 22 Absatz 1 Satz 1 a.F., dass jedes Krankenhaus eine Arzneimittelkommission bildet.

Auf eine gesetzliche Regelung zur Etablierung von Stationsapothekerinnen und -apothekern wird demgegenüber verzichtet. Eine entsprechende Regelung würde zu verstärkter Nachfrage der Krankenhäuser nach Apothekerinnen und Apothekern führen und die Fachkräftesituation für Apotheken erschweren. Gleichzeitig ist nicht ersichtlich, dass eine solche Regelung aus Qualitätssicherungsgesichtspunkten dringend erforderlich wäre.

Mit dem neu eingefügten Katalog in Satz 2 wird klargestellt, wer Mitglied der Arzneimittelkommission sein soll. Mitglieder der Arzneimittelkommission sind

Zu Nummer 1

eine Krankenhausapothekerin oder ein Krankenhausapotheker oder die Leiterin oder der Leiter der krankenhauseversorgenden Apotheke und

Zu Nummer 2

eine Ärztin oder ein Arzt oder die leitende Pflegekraft jeder Fachrichtung des Krankenhauses. Es ist also jede Fachrichtung des Krankenhauses mit einem Arzt oder der leitenden Pflegekraft in der Arzneimittelkommission vertreten.

Die Festlegung zur Leitung der Arzneimittelkommission findet sich in Satz 3 wieder. Die Leitung obliegt

Zu Nummer 1

der Krankenhausapothekerin oder dem Krankenhausapotheker oder

Zu Nummer 2

der Leiterin oder dem Leiter der krankenhauseversorgenden Apotheke (diese Möglichkeit wurde neu aufgenommen) oder

Zu Nummer 3

einer Ärztin oder einem Arzt des Krankenhauses mit besonderer Erfahrung in Arzneimittelfragen.

Zu Absatz 2

Nach Satz 1 hat die Arzneimittelkommission insbesondere die Aufgabe, eine evidenzbasierte Arzneimitteltherapie unter pharmakoökonomischen Gesichtspunkten sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Dadurch wird die wesentliche Aufgabe der Arzneimittelkommission – nämlich die Sicherstellung einer evidenzbasierten und zugleich wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie – deutlich hervorgehoben. In Satz 2 Nummern 1 bis 3 werden die Aufgaben der Arzneimittelkommission (nicht abschließend) näher benannt.

Zu Nummer 1

Die Aufgabe der Arzneimittelkommission umfasst die Erstellung und Fortschreibung einer Arzneimittelliste, in der die für den laufenden Verbrauch im Krankenhaus notwendigen Arzneimittel aufgeführt sind, nach medizinischen, pharmazeutischen und wirtschaftlichen Aspekten, wobei auch Gesichtspunkte der Arzneimitteltherapiesicherheit sowie der Antibiotikaverbrauchs- und Antibiotikaresistenzkontrolle (Antibiotikaresistenzsurveillance) zu berücksichtigen und Therapieempfehlungen der Fachgesellschaften an die Gegebenheiten des jeweiligen Krankenhauses anzupassen sind.

Durch das Wort „notwendigen“ anstelle von „bestimmten“ in § 22 Absatz 2 Nummer 1 a.F. wird klargestellt, dass die Arzneimittelliste nur solche Medikamente aufführen soll, die im jeweiligen Krankenhaus auch tatsächlich benötigt werden.

Durch die Ergänzung am Ende von Nummer 1 wird klargestellt, dass die Therapieempfehlungen der Fachgesellschaften zu beachten und an die lokalen Gegebenheiten anzupassen sind. Eine Anpassung an die Situation vor Ort ist beispielsweise bei der Antiinfektivtherapie erforderlich.

Zu Nummer 2

Nach Nummer 2 ist Aufgabe der Arzneimittelkommission auch die Beratung und Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte und des pflegerischen Personals in Fragen der Arzneimittelversorgung, Arzneimitteltherapie, Arzneimitteltherapiesicherheit, Antibiotikaverbrauchs- und Antibiotikaresistenzkontrolle sowie die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelbeschaffung. Es wird somit klargestellt, dass die Arzneimittelkommission auch das pflegerische Personal zu arzneimittelbezogenen Fragestellungen beraten und unterstützen soll.

Weiterhin wird klargestellt, auf welche Fragestellungen sich die Beratung und Unterstützung des ärztlichen und pflegerischen Personals erstrecken soll.

Der Begriff „Preiswürdigkeit“ ist Teil des Begriffs „Wirtschaftlichkeit“ und wird daher anders als noch in § 22 Absatz 2 Nummer 2 a.F. nicht mehr gesondert erwähnt.

Zu Nummer 3

Auch die Erfassung von Arzneimittelrisiken, insbesondere Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Gegenanzeigen, sowie die Information der Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses und der Arzneimittelkommissionen der Kammern der Heilberufe hierüber ist Aufgabe der Arzneimittelkommission.

Zu Absatz 3

Wie schon laut dem bisherigen § 22 Absatz 3 a.F. ist die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste von den Ärztinnen und Ärzten des Krankenhauses bei der Therapie zu berücksichtigen.

Zu Absatz 4

Wie schon nach dem bisherigen § 22 Absatz 4 a.F. haben die Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses die Arzneimittelkommission über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel zu informieren, die nicht in der Arzneimittelliste enthalten sind. Sie unterrichten die Arzneimittelkommission sowie die Krankenhausapotheke oder die Krankenhausversorgende Apotheke vor der Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln.

Zu Absatz 5

Angesichts zunehmender Engpässe bei Arzneimitteln sind schnelle Entscheidungen über die Verwendung möglicher Alternativen erforderlich. Diesem Erfordernis kann die Arzneimittelkommission nicht in jedem Fall gerecht werden. Um bei einem Lieferabriss die Patientenversorgung jederzeit auch kurzfristig sicherzustellen, soll der Apotheke die Befugnis zur Auswahl der infrage kommenden Alternative übertragen werden. Sie muss dabei nach qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten entscheiden. Außerdem ist die Entscheidung im Einvernehmen mit den Mitgliedern der Arzneimittelkommission aus den Fachrichtungen des Krankenhauses zu treffen, in denen das Arzneimittel verwendet wird.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift regelt wie bisher in § 22 Absatz 1 Satz 2 a.F., dass auch mehrere Krankenhäuser eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden können. In diesem Fall gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass zur Besetzung der Arzneimittelkommission jeweils eine Person jeder Fachrichtung der beteiligten Krankenhäuser ausreicht, also nicht jedes beteiligte Krankenhaus Personen aller Fachrichtungen entsenden muss.

Zu § 25 (Patientinnen und Patienten im Krankenhaus)

Zu Absatz 1

In Satz 1 wird der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf eine patientenzentrierte, diskriminierungsfreie und barrierefreie Behandlung verankert.

Für eine auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten fokussierte und damit patientenzentrierte Behandlung spielen Kommunikation, Information und Aufklärung nicht nur

über die Sektorengrenzen hinweg, sondern bereits in der internen Krankenhausorganisation eine entscheidende Rolle. Der Sachverständigenrat Gesundheit stellte bereits 2018 fest, dass es notwendig ist, den Patienten in den Mittelpunkt der Organisationsschwerpunkte zu stellen sowie eine patientenorientierte Kommunikation und effiziente Abläufe in der Fachabteilung und im Krankenhaus für eine optimale Interaktion zwischen Patienten und Fachkräften zu fördern (Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“, Rn. 309).

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine diskriminierungsfreie, also von Geschlecht, Abstammung, Rasse, Sprache, Heimat und Herkunft, Glauben, religiösen oder politischen Anschauungen unabhängige Behandlung (vgl. Artikel 3 des Grundgesetzes sowie Artikel 18 der Sächsischen Verfassung).

Es darf auch niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Barrierefreie Behandlung meint damit neben der baulichen Barrierefreiheit insbesondere auch barrierefreie Informationen und Kommunikation im Rahmen des Zugangs zur medizinischen Versorgung, zum Beispiel mit Hilfe von Gebärdensprachdolmetschern, Informations- und Aufklärungsmaterial in Leichter Sprache oder in Großdruck oder Brailleschrift, Orientierungshilfen für blinde oder sehbehinderte Menschen etc.

Nach Satz 2 soll jedes Krankenhaus eine würdevolle Begleitung im Sterben sowie das Abschiednehmen von Verstorbenen ermöglichen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt wie im bisherigen § 23 Absatz 2 a.F., dass die Betriebsabläufe jedes Krankenhauses patientenfreundlich gestaltet werden. Nach Satz 2 ist insbesondere den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nach Schonung und Ruhe Rechnung zu tragen.

Auch die Belange der Angehörigen von Patientinnen und Patienten sind bei der Gestaltung der Betriebsabläufe mit zu berücksichtigen, Satz 3.

Ausbildungsaufgaben des Krankenhauses, die eine Beteiligung von Patientinnen und Patienten erfordern, sind mit der gebotenen Rücksicht auf diese durchzuführen, Satz 4.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt wie bisher in § 23 Absatz 3 a.F., dass jedes Krankenhaus für alle Patientinnen und Patienten Besuchszeiten festzulegen hat. Die Vorschrift regelt dabei detaillierter, dass die Besuchszeiten in einem angemessenen Verhältnis zwischen dem Schutz der Patientinnen und Patienten sowie deren Teilhabe- und Freiheitsrechten stehen müssen und für Besuche kein Entgelt verlangt werden darf. Der Bezug zu den Teilhabe- und Freiheitsrechten resultiert aus den Besuchsregelungen für Krankenhäuser in der Corona-Pandemie.

Zu Absatz 4

Die bisherige Regelung von § 23 Absatz 7 a.F. wird insofern angepasst, dass jedes Krankenhaus nicht nur bei Kleinkindern, sondern bei Kindern und Jugendlichen, den größtmöglichen Kontakt mit den Erziehungsberechtigten zu gewähren hat. Außerdem soll es die schulische Betreuung von Kindern und darüber hinaus auch von Jugendlichen unterstützen, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

Zu Absatz 5

Zu Nummer 1

Die Regelung enthält Vorgaben für ein Patientenbeschwerdemanagement. Demnach hat das Krankenhaus eine Stelle für die Entgegennahme und Bearbeitung von Beschwerden von Patientinnen und Patienten vorzuhalten.

Es bleibt dem Krankenhaus überlassen, wie die Organisation der Patientenbeschwerdestelle ausgestaltet wird. Sie muss daher nicht zwingend unabhängig (mit externen Personen) organisiert werden, sondern ist auch als interne Organisationseinheit denkbar. Maßgeblich ist, dass es eine eindeutige Anlaufstelle gibt, an die sich die Patientinnen und Patienten mit Beschwerden im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt wenden können, und die eine fachlich kompetente Bearbeitung der Beschwerde auf Basis eines strukturierten Prozesses ermöglicht. Eine regelmäßige Auswertung der Beschwerden mit der Geschäftsführung ist dabei ebenso selbstverständlich wie eine transparente Information der Patientinnen und Patienten zu den Ansprechpartnern im Beschwerdemanagement zum Beispiel über Homepage, Patienteninformationsmappen, Aushänge im Klinikum etc. Die Einbindung dieser Stelle in anderweitige Systeme zum patientenorientierten Beschwerdemanagement ist zulässig, soweit dies mit dem anderweitigen System zum patientenorientierten Beschwerdemanagement vereinbar ist.

Ebenso empfehlenswert ist die Zusammenarbeit mit anderen unabhängigen Beschwerdestellen, so zum Beispiel mit den ehrenamtlichen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern nach § 4 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Gesetz, die von den Landkreisen und Kreisfreien Städten bestellt und unter anderem in die psychiatrischen Krankenhäuser und psychiatrischen Abteilungen an Allgemein- oder Fachkrankenhäusern entsandt werden, oder die Besuchskommissionen nach § 3 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Gesetz.

Zu Nummer 2

Neu aufgenommen wird eine Regelung zur Schaffung von Anlaufstellen für „Whistleblower“. Demnach hat das Krankenhaus eine Stelle für die Entgegennahme und Bearbeitung von Anzeigen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorzuhalten, die sich auf etwaige Mängel in der Patientenversorgung beziehen. Eine regelmäßige strukturierte Auswertung der Anzeigen ist dabei selbstverständlich. Die Pflicht zur Einrichtung einer Stelle zur Entgegennahme und Bearbeitung von Anzeigen nach Nummer 2 ist eine krankenhaushausorganisatorische Maßnahme zur Gewährleistung der Erreichung der Ziele dieses Gesetzes, insbesondere zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Die Einbindung dieser Stelle in anderweitige Risiko- und Fehlermeldesysteme ist zulässig, soweit dies mit dem anderweitigen Risiko- und Fehlermeldesystem vereinbar ist. So ist denkbar, dass die Stelle (zugleich) auch Aufgaben des einrichtungsinternen Fehlermeldesystems gemäß § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V in der Fassung vom 10.12.2015 erfüllt, soweit dadurch die Erfüllung der Anforderungen an das einrichtungsinterne Fehlermeldesystem gemäß § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V nicht beeinträchtigt werden.

Nach Satz 2 ist auf der Internetseite des jeweiligen Krankenhauses und in anderer geeigneter Weise auf die Stellen hinzuweisen.

Nach Satz 3 sind die Stellen der zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Dies soll sicherstellen, dass jedes Krankenhaus über eine Patientenbeschwerdestelle und eine Stelle für Mitarbeiterbeschwerden verfügt, und erleichtert die entsprechende Tätigkeit der Aufsichtsbehörde (§§ 31, 32 Absatz 1).

Nach Satz 4 müssen die Beschwerden und Anzeigen auch anonym möglich sein, damit wertvolle Hinweise nicht aus Furcht vor negativen individuellen Konsequenzen unterbleiben.

Zu Absatz 6

Nach dieser Regelung sind unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft das Recht auf Teilnahme am Gottesdienst sowie das Recht auf religiöse und nicht religiöse Seelsorge im Krankenhaus zu gewährleisten

Damit werden die Rechte aus Artikel 109 Absatz 4 der Sächsischen Verfassung in Verbindung mit Artikel 141 und Artikel 137 Absatz 7 der Weimarer Reichsverfassung verankert. Demnach sind die Religionsgesellschaften zur Vornahme religiöser Handlungen zuzulas-

sen, soweit das Bedürfnis nach Gottesdienst und Seelsorge unter anderem in Krankenhäusern besteht, wobei jeder Zwang fernzuhalten ist. Dabei werden den Religionsgesellschaften die Vereinigungen gleichgestellt, die sich die gemeinschaftliche Pflege einer Weltanschauung zur Aufgabe machen.

Das Krankenhaus muss also die Voraussetzungen dafür schaffen, dass in ihm ungehindert für alle Konfessionen Krankenhausseelsorge möglich ist. Dabei ist zu gewährleisten, dass die seelsorgerische Betreuung auch von Patientinnen und Patienten ohne Zugehörigkeit zu einer Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft in Anspruch genommen werden kann.

Gleichermaßen soll sichergestellt werden, dass auch Formen der „nicht religiösen“ Seelsorge Zugang zum Krankenhaus und zu den Patientinnen und Patienten erhalten. Insbesondere ist hierbei die humanitäre Seelsorge zu nennen, die ebenfalls die Seele in den Fokus nimmt und dementsprechend Seelsorge anbietet – auch wenn „Seele“ hierbei anders verstanden wird als von der Kirche.

Zu Absatz 7

Entsprechend dem bisherigen § 29a a.F. hat der Krankenhausträger die Einhaltung der Verpflichtungen gemäß der §§ 3 bis 5 Absatz 1 des Sächsischen Patientenmobilitätsgesetzes sicherzustellen. Diese Regelungen, auf die das Sächsische Krankenhausgesetz dynamisch verweist („in der jeweiligen Fassung“), betreffen derzeit sowohl Vorkehrungen für einen Schadensfall (Haftpflichtversicherung, Garantie oder ähnliches) als auch bestimmte Informationspflichten.

Zu § 26 (Sozialdienst)

Zu Absatz 1

Mit dem neuen § 26 werden die Regelungen zum Sozialdienst, den jedes Krankenhaus einzurichten hat, aus dem bisherigen § 23 Absätze 5 und 6 a.F. herausgelöst und angepasst.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden vor allem die Aufgaben des Sozialdienstes beschrieben. Die Arbeit des Sozialdienstes stellt die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt. Diese befinden sich aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes häufig in einer schwierigen persönlichen Lage und benötigen deswegen soziale Betreuung und Beratung bis hin zur Krisenintervention sowie Hilfe bei der Einleitung von an den Krankenhausaufenthalt anschließenden Maßnahmen (insbesondere Rehabilitation und Pflege). Das Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist daher nur ein Aspekt des Aufgabenspektrums des Sozialdienstes.

Dafür ist es zwingend erforderlich, dass entsprechend Satz 1 der soziale, pflegerische und ärztliche Dienst eng und vertrauensvoll zusammenarbeiten. Eine gute soziale Arbeit muss von einer starken Teamarbeit im Krankenhaus geprägt sein, die von allen beteiligten Professionen gleichermaßen engagiert gespeist und nicht als alleinige Holspflicht des Sozialdienstes verstanden wird.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, dass der Sozialdienst entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft über eine ausreichende Anzahl hauptamtlicher Mitarbeiterinnen beziehungsweise Mitarbeiter mit abgeschlossener Qualifikation in der Sozialen Arbeit oder, jeweils zuzüglich einer zertifizierten Case-Management-Weiterbildung, in der Pflege oder der Psychologie verfügen soll.

Der bisher in § 23 Absatz 6 Satz 2 a.F. normierte pauschale Personalschlüssel wird somit nicht übernommen, da er den sehr unterschiedlichen Aufwand der verschiedenen Fachabteilungen (zum Beispiel Innere Medizin/Onkologie gegenüber Geburtshilfe) nicht abbildete und daher inzwischen sowohl für unpraktikabel als auch nicht bedarfsorientiert eingeschätzt

wird. Stattdessen soll sich die Anzahl der Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter mit abgeschlossener Qualifikation der Sozialen Arbeit, der Pflege oder der Psychologie an den Empfehlungen der Fachgesellschaften orientieren, die zwischen den Fachabteilungen differenzieren.

Eine Qualifikation der Sozialen Arbeit im Sinne von Absatz 3 sind beispielsweise der Abschluss als Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin, Sozialpädagoge/Sozialpädagogin sowie Diplom-Pädagoge/-Pädagogin mit Schwerpunkt Sozialpädagogik sowie Heilpädagoge/Heilpädagogin. Eine Qualifikation der Pflege sind beispielsweise der Abschluss als Pflegefachfrau/Pflegefachmann im Sinne des Pflegeberufgesetzes einschließlich der hochschulischen Pflegeausbildung, Diplom-Pflegewirt/-Pflegewirtin, Pflegepädagoge/Pflegepädagogin sowie Pflegewissenschaftler/ Pflegewissenschaftlerin. Die Abschlüsse der Pflege sowie der Psychologie bedürfen einer zertifizierten Case Management Weiterbildung, um im Sozialdienst eingesetzt werden zu können. Absatz 3 ist dabei bewusst weit gefasst, um der stetigen Weiterentwicklung der Berufsbilder gerecht werden zu können. Maßgeblich sollen daher stets die Empfehlungen der Fachgesellschaften sein.

Zu § 27 (Dienst- und Aufnahmebereitschaft, Alarm- und Einsatzpläne)

Zu Absatz 1

Die Krankenhäuser sind nach Satz 1 verpflichtet, eine ihrem Versorgungsauftrag entsprechende Dienst- und Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Die Aufnahme- und Dienstbereitschaft der Krankenhäuser sowie deren Erweiterungsfähigkeit bei einem Großschadensereignis sind nach § 11 Absatz 3 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz den Integrierten Leitstellen mitzuteilen. Die Erweiterungsfähigkeit bei einem Großschadensereignis wird in der Regel über entsprechende organisatorische Maßnahmen (zum Beispiel Verschiebung von planbaren Operationen aufgrund Schwerpunktsetzung auf Notfallversorgung) sichergestellt. Eine allgemeine Verpflichtung, eine bestimmte Erweiterungsfähigkeit bei einem Großschadensereignis zu gewährleisten und entsprechende Vorhaltemaßnahmen zu treffen, geht mit § 27 Absatz 1 Satz 1 nicht einher.

Nach Satz 2 sind die Krankenhäuser unbeschadet der Aufnahmekapazität und des Versorgungsauftrages verpflichtet, Notfallpatienten zum Zwecke einer qualifizierten ärztlichen Erstversorgung aufzunehmen und gegebenenfalls die anschließende Weiterleitung zu veranlassen. Damit wird sichergestellt, dass insbesondere schwerstverletzte Notfallpatienten in jedem Fall erstversorgt werden müssen und Krankenhäuser deren Aufnahme nicht unter Hinweis auf ihre mangelnde Aufnahmekapazität oder ihren konkreten Versorgungsauftrag ablehnen können.

Dies korreliert auch mit den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Darin werden Mindestvoraussetzungen für differenzierte Stufen (Basisnotfallversorgung, erweiterte Notfallversorgung, umfassende Notfallversorgung, diverse Module) festgelegt, die wiederum Grundlage für der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für ihre Beteiligung an der Notfallversorgung sind (§ 9 Absatz 1a Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes). Unbeschadet der Teilnahme oder Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen bleiben die allgemeinen Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall jedoch unberührt (§ 3 Absatz 2 Satz 2 des Beschlusses).

Unabhängig von dem jeweiligen Versorgungsauftrag des Krankenhauses sieht das Krankenhausentgeltrecht auch die Finanzierung der entsprechenden Notfallbehandlung vor (§ 8 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes).

Zu Absatz 2

Nach dieser Vorschrift informieren die Krankenhäuser und die Integrierten Regionalleitstellen einander über Aufnahmekapazitäten und entsprechende Bedarfe.

Hierzu soll eine dem aktuellen Stand der Technik entsprechende digitale Lösung, wie zum Beispiel das bereits in Sachsen gestartete System „IVENA“ (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis IVENA eHealth), eingesetzt werden. Damit soll eine sachsenweit einheitliche technische Lösung angestrebt werden. Im Rahmen der Novellierung des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz soll in § 11 Absatz 3 eine parallele Regelung geschaffen werden.

Zu Absatz 3

Gemäß § 37 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz leitet die untere Brandschutz-, Rettungsdienst- und Katastrophenschutzbehörde nach dem Auslösen des Katastrophenalarms verschiedene Maßnahmen zur Katastrophenbekämpfung ein, unter anderem richtet sie Auskunftsstellen zur Erfassung von Personen zum Zwecke der Vermisstensuche und der Familienzusammenführung ein. Dafür haben auch Dritte personenbezogene Daten zu übermitteln (§ 37 Absatz 2 Satz 2 SächsBRKG).

Mit der Regelung in Absatz 3 wird klargestellt, dass auch Krankenhäuser zur Übermittlung personenbezogener Daten an die Personenauskunftstellen gemäß SächsBRKG verpflichtet sind. Dadurch soll eine funktionierende Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Personenauskunftstellen und damit die humanitäre Familienzusammenführung bei Krisenereignissen sichergestellt werden.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 wird geregelt, dass die Krankenhausträger unbeschadet anderer Rechtsvorschriften dazu verpflichtet sind, Alarm- und Einsatzpläne für den Fall der eigenen Evakuierung der Krankenhäuser aufzustellen, fortzuschreiben und einzuüben

§ 56 Absatz 1 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz regelt die Verpflichtung der Hochschulkrankenhäuser und -kliniken sowie der Träger der Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommen worden sind, Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben sowie mit der zuständigen Brandschutz-, Rettungsdienst- und Katastrophenschutzbehörde und der Leitstelle abzustimmen.

Die hier ergänzend im SächsKHG normierte Verpflichtung betrifft ausschließlich den Fall der eigenen Evakuierung der Krankenhäuser und dient der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung.

Zu § 28 (Datenschutz)

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird klargestellt, dass soweit in den §§ 28 und 29 nichts anderes bestimmt ist, die jeweils geltenden Vorschriften über den Schutz personenbezogener Daten, insbesondere die Verordnung (EU) 2016/679, anzuwenden sind.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird der Begriff Patientendaten, der sich in den folgenden Absätzen des § 28 und in § 29 wiederfindet, legaldefiniert.

Zu Absatz 3

Mit dem Zusatz „unbeschadet anderer Rechtsvorschriften“ wird klargestellt, dass die Verarbeitung von Patientendaten, insbesondere, soweit es sich beispielsweise um Gesundheitsdaten gemäß Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 handelt, auch auf Grundlage der weiteren aufgeführten Erlaubnistatbestände gemäß Artikel 9 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2016/679 zulässig ist.

Zu Nummer 1

Nummer 1 regelt die Verarbeitung von Patientendaten im Rahmen eines Behandlungsverhältnisses im Anwendungsbereich dieses Gesetzes.

Zu Nummer 2

Nummer 2 regelt die Verarbeitung von Patientendaten zu Aus-, Weiter- und Fortbildungszwecken im Anwendungsbereich dieses Gesetzes.

Zu Nummer 3

Nummer 3 stellt klar, dass die Verarbeitung von Patientendaten mit Einwilligung zulässig ist.

Hinzugekommen ist im Vergleich zu der Vorgängerregelung die Erleichterung, dass für die Einwilligung auch eine einfache elektronische Signatur zulässig ist. Letztere ist revisionssicher zu archivieren. Das bedeutet hier, dass eine nachträgliche Veränderung der dokumentierten Einwilligung ausgeschlossen sein muss. Für eine revisionssichere Archivierung existieren unterschiedliche Verfahren, die zum Teil, aber nicht zwingend, zusätzlich zertifiziert sind. Gängige Verfahren sind beispielsweise der Einsatz optischer Datenträger oder WORM-Archive (Write Once, Read Multiple), wobei üblicherweise auch der Prozessablauf vom Eingang der zu archivierenden Daten bis zur revisionssicheren Speicherung zu dokumentieren ist.

Bei der schriftlichen und der elektronischen Form bedarf es keiner gesonderten revisionssicheren Dokumentation.

Die Möglichkeit, dass aufgrund besonderer Umstände beispielsweise eine mündliche Einwilligung ausreicht, bleibt bestehen. Eine solche Einwilligung ist aufzuzeichnen. Auch hier bedarf es keiner gesonderten revisionssicheren Dokumentation.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Zulässigkeit der Übermittlung als Unterfall der Verarbeitung von Patientendaten. Soweit andere Rechtsvorschriften eine Übermittlung von Patientendaten an Stellen außerhalb des Krankenhauses für zulässig erklären, steht dieses Gesetz dem nicht entgegen.

Zu Nummer 1

Nach Nummer 1 ist die Übermittlung von Patientendaten zur Erfüllung einer gesetzlich vorgeschriebenen Behandlungs- oder Mitteilungspflicht zulässig,

Zu Nummer 2

Nummer 2 regelt die Übermittlung zur Entscheidungsfindung der Krankenkassen oder anderer Leistungsträger der gesundheitlichen Versorgung zur Klärung, ob und inwieweit Präventions-, Rehabilitations- oder andere komplementäre Maßnahmen angezeigt sind. Die Patientinnen und Patienten müssen zuvor ausdrücklich auf die Absicht und die Gründe für die Übermittlung hingewiesen werden. Eine Übermittlung ist anschließend nur zulässig, wenn die betreffenden Patientinnen oder Patienten nicht etwas anderes bestimmt haben.

Zu Nummer 3

Nummer 3 regelt die Übermittlung zur Durchführung des Behandlungsvertrages einschließlich der Nachbehandlung. Die Patientinnen und Patienten müssen zuvor ausdrücklich auf die Absicht und die Gründe für die Übermittlung hingewiesen werden. Eine Übermittlung ist anschließend nur zulässig, wenn die betreffenden Patientinnen oder Patienten nicht etwas anderes bestimmt haben.

Zu Nummer 4

Nummer 4 regelt die Übermittlung zur Abwehr von gegenwärtigen Gefahren für das Leben, die Gesundheit oder die persönliche Freiheit der Patientin, des Patienten oder Dritter. Vor der Übermittlung ist eine konkrete Güterabwägung vorzunehmen.

Zu Nummer 5

Nummer 5 regelt die Übermittlung zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen in der Krankenversorgung. Auch hier ist vor der Übermittlung eine Abwägung vorzunehmen.

Zu Nummer 6

Nummer 6 regelt die Übermittlung zur Durchführung eines mit der Behandlung zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens.

Zu Nummer 7

Nummer 7 regelt die Übermittlung an die Sozialleistungsträger zu Zwecken der Bestimmung der Leistungspflicht sowie zur Abrechnung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit.

Zu Nummer 8

Nummer 8 regelt die Übermittlung von Patientendaten zur Unterrichtung von Angehörigen. Eine Übermittlung ist nur zulässig, soweit die Patientin oder der Patient aufgrund des Gesundheitszustandes nicht rechtzeitig in die Übermittlung einwilligen kann, zudem keine ablehnende Willensäußerung der Patientin oder des Patienten bekannt ist und auch keine Anhaltspunkte bekannt sind oder durch vertretbare Erkundungsmaßnahmen bekannt werden, dass die Patientin oder der Patient die Unterrichtung der Angehörigen ablehnt. Es ist eine Gesamtschau aller bekannten und mit vertretbarem Aufwand zu erlangenden Informationen anzustellen.

Zu Nummer 9

Nummer 9 ist eine weitere Regelung, die der Unterstützung der Arbeit des Sozialdienstes in den Krankenhäusern dient.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt den Umfang zulässiger Datenverarbeitung durch Stellen, an die die Krankenhäuser zuvor Daten übermittelt haben.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt insbesondere den Personenkreis, der die Auskunftsrechte gegenüber und das Recht auf Einsicht in die Patientenakten durch die Patientinnen und Patienten – soweit medizinische Daten betroffen sind – erfüllen darf.

Soweit es im Interesse der Gesundheit der Betroffenen liegt, dürfen Auskunfts- und Einsichtsrechte beschränkt werden. Selbiges gilt, soweit berechnigte und zugleich überwiegende Geheimhaltungsinteressen Dritter bestehen. Insofern gilt jeweils § 630g Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2 und Satz 2 BGB, ohne dass eine Wiederholung dieser bundesrechtlichen Regelung in diesem Gesetz notwendig oder angezeigt ist.

Zu Absatz 7

Absatz 7 regelt den besonders zu beschränkenden Zugriff auf die Patientendaten nach Abschluss der Behandlung. Die Krankenhäuser haben insbesondere entsprechende Vorkehrungen zu treffen und diese regelmäßig zu prüfen.

Zu Absatz 8

Die Pflicht zur Ernennung und Vorhaltung einer Datenschutzbeauftragten oder eines Datenschutzbeauftragten je Krankenhaus dient insbesondere dazu, den vielfältigen Belangen im Zusammenhang mit dem Datenschutz und der Datensicherheit in den Krankenhäusern Rechnung zu tragen.

Zu Absatz 9

Soweit eine Auftragsdatenverarbeitung hinsichtlich der Verarbeitung von Patientendaten erfolgt, muss das Krankenhaus sicherstellen, dass der Auftragsdatenverarbeiter die von § 203 des Strafgesetzbuches erfassten Geheimhaltungspflichten einhält. Beruhend auf der Befugnis aus Artikel 37 Absatz 4 Satz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 ist zudem geregelt, dass der Auftragsdatenverarbeiter eine Datenschutzbeauftragte oder einen Datenschutzbeauftragten ernennen und vorhalten muss. Die Zustimmungsbedürftigkeit nach § 33 Absatz 8 Satz 3 a.F. ist aufgrund des zwischenzeitlich eingetretenen stark erhöhten Schutzstandards insbesondere aus der Verordnung (EU) 2016/679 entfallen.

Zu § 29 (Datenschutz bei Forschungsvorhaben)

Zu Absatz 1

§ 29 Absatz 1 Satz 1 ermöglicht die Verarbeitung von Patientendaten durch Ärztinnen und Ärzte für eigene wissenschaftliche Forschungsvorhaben.

Satz 2 ermöglicht zudem unter anderem die Verarbeitung von Patientendaten zu Forschungszwecken durch Promovierende. Der notwendige Schutzstandard wird dadurch sichergestellt, dass auch das sonstige wissenschaftlich tätige Personal und die wissenschaftlich tätigen Personen nach Satz 2 hinsichtlich der Verarbeitung zu wissenschaftlichen Forschungszwecken der Geheimhaltungspflicht nach § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen müssen.

Zu Absatz 2

Für die Übermittlung von Patientendaten zu wissenschaftlichen Forschungszwecken bedarf es grundsätzlich der Einwilligung der Patientinnen und Patienten.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Ausnahmen zu dem Grundsatz in Absatz 2 und deren besonders restriktiv auszulegende Voraussetzungen. Nach Nummer 2 dürfen anderweitige Belange (außer datenschutzrechtliche Belange, die stets beeinträchtigt sind) nicht beeinträchtigt werden.

Zu Absatz 4

Sobald es der Forschungszweck erlaubt, sind die Patientendaten (das betrifft auch Einzeldaten) zu anonymisieren oder, soweit dies nicht möglich ist, zu pseudonymisieren. Zur Erfüllung dieser Voraussetzung ist es notwendig, bereits bei Anlage des Forschungsprojektes regelmäßige und engmaschige Prüfungen vorzusehen, ob und inwieweit eine zumindest teilweise Anonymisierung möglich ist. Jedenfalls sobald der Forschungszweck erreicht ist, sind die Daten zu anonymisieren.

Zu Absatz 5

Soweit die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die empfangende Stelle keine Anwendung finden, dürfen Patientendaten nur übermittelt werden, wenn die Voraussetzungen der Nummer 1 Buchstabe a bis c und Nummer 2 kumulativ erfüllt sind. Auch insoweit sind an die Prüfung der Voraussetzungen besonders strenge Anforderungen zu stellen.

Zu § 30 (Einschränkung von Grundrechten)

Die §§ 28 und 29 schränken das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung ein. Dem für Artikel 33 der Verfassung des Freistaates Sachsen geltenden Zitiergebot wird hier Rechnung getragen.

Zu Abschnitt 5 (Krankenhausaufsicht, Zuständigkeiten und Kosten)

Zu § 31 (Krankenhausaufsicht)

Zu Absatz 1

Krankenhäuser unterliegen der Krankenhausaufsicht durch die zuständige Aufsichtsbehörde; dies war bisher in § 28 Absatz 1 a.F. geregelt.

Zu Absatz 2

Entsprechend dem bisherigen § 28 Absatz 2 a.F. erstreckt sich die Krankenhausaufsicht nach Satz 1 auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere dieses Gesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung.

Dies gilt nach Satz 2 für die Einrichtungen der Hochschulen nur für den auf die Krankenversorgung entfallenden Teil. Dieser Satz war bisher in § 36 Absatz 1 Satz 2 a.F. (Zuständigkeiten) enthalten und wurde in die Regelung zur Krankenhausaufsicht überführt.

Die Vorschriften zur allgemeinen Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die medizinischen Einrichtungen der Hochschulen des Landes und der Universitätsklinik, über die Krankenhäuser, soweit sie die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach dem Sächsischen Psychisch-Kranken-Gesetz vollziehen, und die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben nach Satz 3 unberührt.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird geregelt, dass die Krankenhäuser dazu verpflichtet sind, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen, Unterlagen vorzulegen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Satz 1 wurde gegenüber dem bisherigen § 28 Absatz 3 Satz 1 a.F. um die Pflicht zur Vorlage von Unterlagen ergänzt. Die Vorschrift ermöglicht der Aufsichtsbehörde die Prüfung, ob ein Einschreiten erforderlich ist oder nicht.

Nach Satz 1 ist der Zutritt zu gestatten; insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung eingeschränkt.

Zu Absatz 4

Die Befugnisse der Aufsichtsbehörde werden in dieser Vorschrift erstmalig festgelegt und dabei aus Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten abgestuft.

So soll die Aufsichtsbehörde zunächst beratend darauf hinwirken, dass das Krankenhaus eine Rechtsverletzung binnen einer angemessenen Frist behebt. Geschieht dies nicht, kann sie das Krankenhaus unter Fristsetzung verpflichten, die Rechtsverletzung zu beheben.

Die Anordnung der Aufsichtsbehörde kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn sie unanfechtbar geworden ist oder ein gegen ihn gerichteter Rechtsbehelf keine aufschiebende Wirkung hat (§ 2 SächsVwVG).

Zu Absatz 5

Mit dieser ebenfalls neu eingeführten Regelung wird die Verbindung zu etwaigen krankenhauplanerischen Entscheidungen gezogen. So hat die Aufsichtsbehörde bei wiederholten oder erheblichen Verstößen gegen die für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere auch bei Nichteinhaltung des Versorgungsauftrages in dem im Feststellungsbescheid genannten Umfang, das zuständige Staatsministerium zu informieren. Dieses hat in diesem Fall die Möglichkeit, nach den in Abschnitt 2 geregelten Vorschriften Versorgungsaufträge zu ändern und dementsprechende Feststellungsbescheide zu erlassen oder ganz oder teilweise zu widerrufen.

Zu § 32 (Zuständigkeiten)

Zu Absatz 1

Wie bisher (§ 36 Absatz 1 Satz 1 a.F.) ist die Landesdirektion Sachsen die zuständige Aufsichtsbehörde im Sinne dieses Gesetzes.

Zu Absatz 2

Die Zuständigkeiten des Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt wurden gegenüber dem bisherigen § 36 a.F. rechtssetzungstechnisch anders geordnet, bleiben inhaltlich jedoch grundsätzlich unverändert.

Zu Nummer 1

Das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt ist wie bisher zuständiges Staatsministerium im Sinne dieses Gesetzes (§ 36 Absatz 3 a.F.). Zu beachten ist, dass die Sächsische Aufbaubank – Förderbank – die zuständige Behörde für die pauschale Förderung nach § 15 und die Prüfung des Verwendungsnachweises nach § 21 Absatz 2 ist. Die Zuständigkeit der Sächsischen Aufbaubank – Förderbank – folgt bereits aus § 2 Absatz 1 Satz 3 Nummer 16 FördbankG; die bisherige Rechtsverordnungsermächtigung zur Übertragung auf die Sächsische Aufbaubank – Förderbank – nach § 36 Absatz 2

Satz 2 a.F. entfällt damit und eine gesetzliche Regelung der Zuständigkeit der Sächsischen Aufbaubank – Förderbank – in diesem Gesetz ist somit nicht erforderlich.

Eine Übertragung der Zuständigkeit für die anderen Förderungen nach §§ 14, 16 bis 18 und § 22 auf die Sächsische Aufbaubank – Förderbank – bedarf wegen der Regelung im FörderbankG auch keiner weiteren Ermächtigungsgrundlage. Die Übertragung der Zuständigkeit für die Förderung nach §§ 14, 16 bis 18 und § 22 auf eine nachgeordnete Staatsbehörde ist bereits nach § 16 Absatz 1 Satz 2 Sächsisches Verwaltungsorganisationsgesetz möglich.

Zu Nummer 2

Das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt ist zuständige oberste Landesbehörde und zuständige Landesbehörde im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung und nach § 275c Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nummer 2 wurde dabei gegenüber dem bisherigen § 36 Absatz 4 a.F. zum einen hinsichtlich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes allgemeiner gefasst. Die Zuständigkeit des Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt umfasst damit auch den Vollzug der Bundesprogramme, die im Krankenhausfinanzierungsgesetz geregelt sind. Das sind derzeit der Krankenhausstrukturfonds Teil 2 (§ 12a KHG) und der Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a KHG). Zum anderen wird ausdrücklich eine Zuständigkeitsregelung für den Vollzug des Krankenhausentgeltgesetzes sowie explizit für die Entgegennahme der Anzeigen der Krankenkassen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Einleitung der Prüfung durch den Medizinischen Dienst trotz Überschreitung der Prüfquote (sogenannte Aussetzung der Prüfmengenbegrenzung) geregelt.

Auch die Zuständigkeit für Aufgaben der zuständigen Landesbehörde nach Absatz 2 Nummer 2 für den Vollzug des Krankenhausentgelt- und Pflegesatzrechts kann ganz oder teilweise auf eine nachgeordnete Behörde übertragen werden. Dafür bedarf es aufgrund der Regelung in § 16 Absatz 1 Satz 2 Sächsisches Verwaltungsorganisationsgesetz ebenso keiner Regelung im Sächsischen Krankenhausgesetz.

Zu § 33 (Kosten)

Für die Verfahren nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz, der Bundespflegesatzverordnung und nach diesem Gesetz bei den in § 32 genannten Behörden werden keine Gebühren und Auslagen erhoben. Die bisherige Regelung des § 8 Absatz 6 Satz 1 a.F. wurde aus systematischen Gründen nun in Abschnitt 5 verankert, da die Verfahren nicht nur den Bereich der Investitionskostenförderung betreffen. Die Regelung des § 8 Absatz 6 Satz 2 a.F. (Verweis auf Schiedsstellenverfahren nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) kann entfallen, da sich die Gebührenfreiheit ausdrücklich auf die in § 32 genannten Behörden bezieht.

Zu Abschnitt 6 (Schlussbestimmungen)

Zu § 34 (Evaluation)

Mit dieser Vorschrift wird das zuständige Staatsministerium dazu verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2033 die Wirksamkeit des § 8 zu evaluieren und die Ergebnisse dem Sächsischen Landtag zu übermitteln. Dabei soll evaluiert werden, wie die Möglichkeit des § 8 genutzt wurde, in welchem Maße also Regionalkonferenzen gebildet wurden, welche Themen sie bearbeitet haben, zu welchen Ergebnissen sie gekommen sind sowie ob und wie diese Ergebnisse umgesetzt werden konnten.

Eine Evaluation des gesamten Gesetzes ist jedoch aus den folgenden Gründen nicht vorgesehen. Die Machbarkeit des Gesetzes wird mit jeder Krankenhausplanung gemeinsam mit dem Krankenhausplanungsausschuss überprüft und daraus folgen ggf. auch Anpassungen im Planungsprozess (z.B. ob eine Kannbestimmung angewendet wird oder nicht). Kriterien wie die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser oder die Patientenorientierung sind

jeder krankenhauplanerischen Entscheidung immanent. Ebenso wird die Machbarkeit des Gesetzes mit jeder Haushaltsplanung überprüft.

Ergeben sich aus den praktischen Erfahrungen heraus Änderungsbedarfe hinsichtlich des Gesetzes, so können diese erneut von der Staatsregierung vorgeschlagen werden. Messbare Kriterien und Indikatoren für eine Evaluation in Bezug auf die Wirksamkeit oder Akzeptanz des Gesetzes insgesamt lassen sich demgegenüber nicht hinreichend bestimmt (im Sinne eines eindeutigen Evaluationsauftrages) festlegen.

Zu § 35 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Zu Absatz 1

Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am 1. Januar 2023 in Kraft. Gleichzeitig tritt das Sächsische Krankenhausgesetz vom 19. August 1993, das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 26. April 2018 geändert worden ist, außer Kraft.

Zu Absatz 2

Die neue Regelung der Möglichkeit zum Ansparen der Pauschalfördermittel über einen Zeitraum von vier Jahren soll erst zwei Jahre nach Inkrafttreten der übrigen Regelungen des Gesetzes in Kraft treten. Damit erhalten die Krankenhausträger eine Übergangsfrist, um gegebenenfalls schon länger als vier Jahre angesparte Pauschalfördermittel verwenden zu können.

SÄCHSISCHES STAATSMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR
DEMOKRATIE, EUROPA UND GLEICHSTELLUNG
Hansastraße 4 | 01097 Dresden

Sächsisches Staatsministerium für Soziales
und Gesellschaftlichen Zusammenhalt
poststelle@sms.sachsen.de

Entwurf des Sächsischen Krankenhausgesetzes

hier: Stellungnahme des Sächsischen Normenkontrollrates gemäß § 6
Absatz 1 des Sächsischen Normenkontrollratsgesetzes
(SächsNKRG)

Der Sächsische Normenkontrollrat hat den oben genannten Entwurf geprüft.

1. Zusammenfassung

Haushaltsauswirkungen davon Freistaat davon Kommunen	jährlich 119,5 Mio. Euro keine Auswirkungen
Erfüllungsaufwand Bürgerinnen und Bürger	keine Auswirkungen
Erfüllungsaufwand Wirtschaft	nicht quantifizierte einmalige und jährliche Belastungen
Erfüllungsaufwand Verwaltung davon Freistaat davon Kommunen davon Sonstige	nicht quantifizierte einmalige und jährliche Belastungen nicht quantifizierte einmalige und jährliche Belastungen nicht quantifizierte jährliche Belastungen
Weitere Wirkungen	indirekte Folgewirkungen auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung

Ihre Ansprechpartnerin
Frau Silke Schlosser

Durchwahl
Telefon +49 351 564-16204
Telefax +49 351 564-16209

nkr@smj.justiz.sachsen.de

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom
25. April 2022

Aktenzeichen
(bitte bei Antwort angeben)
1030/176/94-NKR

Dresden,
11. Mai 2022



Hausanschrift:
Sächsisches Staatsministerium
der Justiz und für Demokratie,
Europa und Gleichstellung
Hansastraße 4
01097 Dresden

www.justiz.sachsen.de/smj

Verkehrsverbindung:
Zu erreichen mit
ÖPNV und Fernverkehr
(Bahnhof Neustadt)

Parken und behinderten-
gerechter Zugang über
Einfahrt Hansastraße 4

Hinweise zum **Datenschutz** erhalten Sie
auf unserer Internetseite. Auf Wunsch
senden wir Ihnen diese Hinweise auch
zu.

Per E-Mail kein Zugang für elektronisch
signierte sowie verschlüsselte
elektronische Nachrichten; nähere
Informationen zur elektronischen
Kommunikation mit dem Sächsischen
Staatsministerium der Justiz und für
Demokratie, Europa und Gleichstellung
unter <https://www.justiz.sachsen.de/E-Kommunikation-SMJ>

Das Ressort wird um eine Anpassung der Darstellung des Erfüllungsaufwands auch zu den im Entwurf nicht berücksichtigten Punkten gebeten.

Im Übrigen stellt der Sächsische Normenkontrollrat fest, dass die fehlende Quantifizierung der Auswirkungen der zahlreichen Gesetzesänderungen auf den Erfüllungsaufwand offensichtlich darauf beruht, dass insoweit keinerlei Datengrundlage erhoben wurde. Im Gegensatz dazu werden die Haushaltsauswirkungen dargestellt.

2. Im Einzelnen

2.1. Regelungsinhalt

Das Sächsische Krankenhausgesetz soll umfassend novelliert werden. Unter anderem wird die Zusammenarbeit der Leistungserbringer stärker in den Vordergrund gerückt, sogenannte Regionalkonferenzen ermöglicht und in die Krankenhausplanung einbezogen sowie Modellvorhaben von Krankenhausträgern gefördert.

2.2. Darstellung des Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt

Auf den Erfüllungsaufwand von Bürgerinnen und Bürgern hat der Gesetzentwurf keine Auswirkungen.

Für Krankenhäuser in privater Trägerschaft (Wirtschaft) entsteht ein nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand durch die Durchführung sogenannter Regionalkonferenzen. Darüber hinaus ist die Pflicht, schriftliche Vereinbarungen über die Zusammenarbeit zu schließen (§ 3 Absatz 3 des Entwurfes), mit Erfüllungsaufwand verbunden. Die Regelung zu der Stelle zur Entgegennahme und Bearbeitung von Mängelanzeigen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kann dazu beitragen, dass unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Diagnose und Behandlung von Erkrankungen vermieden und damit Kosten eingespart werden können.

Die Durchführung von Regionalkonferenzen kann auch zu einer Erhöhung des Verwaltungsaufwandes führen. Der Grad des Erfüllungsaufwandes ist dabei abhängig von der Anzahl der Regionalkonferenzen, der Intensität der Beratungen sowie der Anzahl der Teilnehmenden und kann daher nicht näher beziffert werden.

2.3. Haushaltsauswirkungen

Laut dem Kostenblatt des Ressorts kommt es zu jährlichen Haushaltsausgaben in Höhe von 119,5 Mio. Euro, welche bereits im Haushalt und der mittelfristigen Finanzplanung enthalten sind.

2.4. Erfüllungsaufwand

Das Prüfungsrecht des Sächsischen Normenkontrollrates ergibt sich aus § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SächsNKRK.

2.4.1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Der Gesetzentwurf hat keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen und Bürger.

2.4.2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Betroffen sind insbesondere die Krankenhäuser in privater Trägerschaft.

Gemäß § 3 Abs. 3 besteht für die Krankenhäuser künftig die Pflicht, schriftliche Vereinbarungen über die Zusammenarbeit untereinander und mit anderen Leistungserbringern zu schließen. Hierdurch entsteht nicht quantifizierter Erfüllungsaufwand. Die Sächsische Krankenhausgesellschaft sieht darin überflüssige Bürokratie. Zwischen Krankenhäusern und Leistungserbringern finden bereits derzeit Kooperationen in vielfachen Formen statt, ohne schriftliche Ausgestaltung.

Neu eingeführt werden sogenannte Regionalkonferenzen in § 8. Diese erarbeiten auf Empfehlung des Krankenhausplanungsausschusses regionale Entwicklungsstrategien

in Bezug auf konkrete planerische Schwerpunkte. Darüber hinaus können sie Vorschläge für die Krankenhausplanung insbesondere im Vorfeld der Aufstellung oder Fortschreibung des Krankenhausplanes unterbreiten. Den Regionalkonferenzen gehören unter anderem die Träger der Krankenhäuser, der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie weitere regionale Vertreterinnen oder Vertreter des Sozial- und Gesundheitswesens oder des Rettungsdienstes an; diesen entsteht Erfüllungsaufwand für die Mitarbeit.

In § 9 Absatz 2 werden die Kriterien näher ausgeführt, die in die Auswahlentscheidung und die Entscheidung, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Freistaates am besten gerecht wird, einfließen können. Die zusätzlich aufgenommenen Kriterien können im Rahmen der Auswahlentscheidungen Berücksichtigung finden. Die Erfüllung dieser Kriterien verursacht Erfüllungsaufwand.

Gemäß § 19 kann das zuständige Staatsministerium zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung, Erprobung, Überprüfung und Weiterentwicklung von Methoden und Konzeptionen sowie zur Notwendigkeit und Ausgestaltung gesetzgeberischer Regelungen fördern. Mit dieser Neuregelung soll eine Rechtsgrundlage für besondere Vorhaben der Krankenhausträger geschaffen werden, die bisher von der Regelfinanzierung noch nicht umfasst sind. Für diese Modellvorhaben entsteht Erfüllungsaufwand.

Künftig hat jedes Krankenhaus bei Kindern und Jugendlichen, den größtmöglichen Kontakt mit den Erziehungsberechtigten zu gewähren (§ 25 Absatz 4). Hierdurch entsteht Erfüllungsaufwand.

Neu ist die Regelung in § 25 Absatz 5 Nummer 2. Demnach hat das Krankenhaus eine Stelle für die Entgegennahme und Bearbeitung von Anzeigen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorzuhalten, die sich auf etwaige Mängel in der Patientenversorgung beziehen. Nach Satz 2 ist auf der Internetseite des jeweiligen Krankenhauses oder in vergleichbarer Weise auf die Stelle hinzuweisen. Nach Satz 3 ist die Stelle der zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Auch insofern entsteht Erfüllungsaufwand.

Für den Sozialdienst in den Krankenhäusern werden auch nach Auffassung von ver.di in § 26 neue Qualifikationsanforderungen an die Beschäftigten gemacht, welche zu einem Erfüllungsaufwand führen.

§ 31 Absatz 3 wurde laut Gesetzesbegründung um die Pflicht der Krankenhäuser zur Vorlage von Unterlagen an die zuständige Aufsichtsbehörde ergänzt. Hierdurch entsteht Erfüllungsaufwand.

Für die in § 34 vorgeschriebene Evaluation entsteht ein einmaliger nicht quantifizierter Erfüllungsaufwand.

Auf Nachfrage erklärt das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, dass es keine inhaltlichen Änderungen bei der Einzelförderung gibt. In die Pauschalförderung soll die Digital-Pauschale, welche bisher nach der Richtlinie eHealthSax gefördert wird, als Zuschlag integriert werden. Das führt sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei der Bewilligungsbehörde zu weniger Erfüllungsaufwand. Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Änderung des Programms bei der SAB ist mit der vereinbarten Vergütung abgegolten.

2.4.3. Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

2.4.3.1. Erfüllungsaufwand des Freistaates

Betroffen sind insbesondere die Krankenhäuser in Trägerschaft des Freistaates sowie die Universitätskliniken.

Gemäß § 3 Abs. 3 besteht für die Krankenhäuser künftig die Pflicht, schriftliche Vereinbarungen über die Zusammenarbeit untereinander und mit anderen Leistungserbringern zu schließen. Hierdurch entsteht nicht quantifizierter Erfüllungsaufwand. Die Sächsische Krankenhausgesellschaft sieht darin überflüssige Bürokratie. Zwischen Krankenhäusern und Leistungserbringern finden bereits derzeit Kooperationen in vielfachen Formen statt, ohne schriftliche Ausgestaltung.

Neu eingeführt werden sogenannte Regionalkonferenzen in § 8. Diese erarbeiten auf Empfehlung des Krankenhausplanungsausschusses regionale Entwicklungsstrategien in Bezug auf konkrete planerische Schwerpunkte. Darüber hinaus können sie Vorschläge für die Krankenhausplanung insbesondere im Vorfeld der Aufstellung oder Fortschreibung des Krankenhausplanes unterbreiten. Den Regionalkonferenzen gehören als Mitglieder die Träger der Krankenhäuser und das zuständige Staatsministerium an; diesen entsteht Erfüllungsaufwand für die Mitarbeit.

In § 9 Absatz 2 werden die Kriterien näher ausgeführt, die in die Auswahlentscheidung und die Entscheidung, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Freistaates am besten gerecht wird, einfließen können. Die zusätzlich aufgenommenen Kriterien können im Rahmen der Auswahlentscheidungen Berücksichtigung finden. Die Erfüllung dieser Kriterien verursacht Erfüllungsaufwand.

Gemäß § 9 Absatz 6 haben Rechtsbehelfe gegen den Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan keine aufschiebende Wirkung. Dies führt zu einer Aufwandsminderung, da bislang die Anordnung des sofortigen Vollzuges seitens des Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt gesondert zu erfolgen hatte.

Gemäß § 19 kann das zuständige Staatsministerium zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung, Erprobung, Überprüfung und Weiterentwicklung von Methoden und Konzeptionen sowie zur Notwendigkeit und Ausgestaltung gesetzgeberischer Regelungen fördern. Mit dieser Neuregelung soll eine Rechtsgrundlage für besondere Vorhaben der Krankenhausträger geschaffen werden, die bisher von der Regelfinanzierung noch nicht umfasst sind. Für diese Modellvorhaben entsteht Erfüllungsaufwand.

Künftig hat jedes Krankenhaus bei Kindern und Jugendlichen, den größtmöglichen Kontakt mit den Erziehungsberechtigten zu gewähren (§ 25 Absatz 4). Hierdurch entsteht Erfüllungsaufwand.

Neu ist zudem die Regelung in § 25 Absatz 5 Nummer 2. Demnach hat das Krankenhaus eine Stelle für die Entgegennahme und Bearbeitung von Anzeigen von Mitarbeiterinnen

und Mitarbeitern vorzuhalten, die sich auf etwaige Mängel in der Patientenversorgung beziehen. Nach Satz 2 ist auf der Internetseite des jeweiligen Krankenhauses oder in vergleichbarer Weise auf die Stelle hinzuweisen. Nach Satz 3 ist die Stelle der zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Auch insofern entsteht Erfüllungsaufwand.

Für den Sozialdienst in den Krankenhäusern werden auch nach Auffassung von ver.di in § 26 neue Qualifikationsanforderungen an die Beschäftigten gemacht, welche zu einem Erfüllungsaufwand führen.

Für die in § 34 vorgeschriebene Evaluation entsteht ein einmaliger nicht quantifizierter Erfüllungsaufwand.

Auf Nachfrage erklärt das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, dass es keine inhaltlichen Änderungen bei der Einzelförderung gibt. In die Pauschalförderung soll die Digital-Pauschale, welche bisher nach der Richtlinie eHealthSax gefördert wird, als Zuschlag integriert werden. Das führt sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei der Bewilligungsbehörde zu weniger Erfüllungsaufwand. Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Änderung des Programms bei der SAB ist mit der vereinbarten Vergütung abgegolten.

2.4.3.2. Erfüllungsaufwand der Kommunen

Betroffen sind insbesondere die Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft.

Gemäß § 3 Abs. 3 besteht für die Krankenhäuser künftig die Pflicht, schriftliche Vereinbarungen über die Zusammenarbeit untereinander und mit anderen Leistungserbringern zu schließen. Hierdurch entsteht nicht quantifizierter Erfüllungsaufwand. Die Sächsische Krankenhausgesellschaft sieht darin überflüssige Bürokratie. Zwischen Krankenhäusern und Leistungserbringern finden bereits derzeit Kooperationen in vielfachen Formen statt, ohne schriftliche Ausgestaltung.

Neu eingeführt werden sogenannte Regionalkonferenzen in § 8. Diese erarbeiten auf Empfehlung des Krankenhausplanungsausschusses regionale Entwicklungsstrategien in Bezug auf konkrete planerische Schwerpunkte. Darüber hinaus können sie Vorschläge

für die Krankenhausplanung insbesondere im Vorfeld der Aufstellung oder Fortschreibung des Krankenhausplanes unterbreiten. Den Regionalkonferenzen gehören als Mitglieder die Landkreise und Kreisfreien Städte, die Träger der Krankenhäuser und die kommunalen Spitzenverbände an; diesen entsteht Erfüllungsaufwand für die Mitarbeit.

In § 9 Absatz 2 werden die Kriterien näher ausgeführt, die in die Auswahlentscheidung und die Entscheidung, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Freistaates am besten gerecht wird, einfließen können. Die zusätzlich aufgenommenen Kriterien können im Rahmen der Auswahlentscheidungen Berücksichtigung finden. Die Erfüllung dieser Kriterien verursacht Erfüllungsaufwand.

Gemäß § 19 kann das zuständige Staatsministerium zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung, Erprobung, Überprüfung und Weiterentwicklung von Methoden und Konzeptionen sowie zur Notwendigkeit und Ausgestaltung gesetzgeberischer Regelungen fördern. Mit dieser Neuregelung soll eine Rechtsgrundlage für besondere Vorhaben der Krankenhausträger geschaffen werden, die bisher von der Regelfinanzierung noch nicht umfasst sind. Für diese Modellvorhaben entsteht Erfüllungsaufwand.

Künftig hat jedes Krankenhaus bei Kindern und Jugendlichen, den größtmöglichen Kontakt mit den Erziehungsberechtigten zu gewähren (§ 25 Absatz 4). Hierdurch entsteht Erfüllungsaufwand.

Neu ist zudem die Regelung in § 25 Absatz 5 Nummer 2. Demnach hat das Krankenhaus eine Stelle für die Entgegennahme und Bearbeitung von Anzeigen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorzuhalten, die sich auf etwaige Mängel in der Patientenversorgung beziehen. Nach Satz 2 ist auf der Internetseite des jeweiligen Krankenhauses oder in vergleichbarer Weise auf die Stelle hinzuweisen. Nach Satz 3 ist die Stelle der zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Auch insofern entsteht Erfüllungsaufwand.

Für den Sozialdienst in den Krankenhäusern werden auch nach Auffassung von ver.di in § 26 neue Qualifikationsanforderungen an die Beschäftigten gemacht, welche zu einem Erfüllungsaufwand führen.

§ 31 Absatz 3 wurde laut Gesetzesbegründung um die Pflicht der Krankenhäuser zur Vorlage von Unterlagen an die zuständige Aufsichtsbehörde ergänzt. Hierdurch entsteht Erfüllungsaufwand.

Für die in § 34 vorgeschriebene Evaluation entsteht ein einmaliger nicht quantifizierter Erfüllungsaufwand.

Auf Nachfrage erklärt das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, dass es keine inhaltlichen Änderungen bei der Einzelförderung gibt. In die Pauschalförderung soll die Digital-Pauschale, welche bisher nach der Richtlinie eHealthSax gefördert wird, als Zuschlag integriert werden. Das führt sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei der Bewilligungsbehörde zu weniger Erfüllungsaufwand. Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Änderung des Programms bei der SAB ist mit der vereinbarten Vergütung abgegolten.

2.4.3.3. Sonstige

Neu eingeführt werden sogenannte Regionalkonferenzen in § 8. Diese erarbeiten auf Empfehlung des Krankenhausplanungsausschusses regionale Entwicklungsstrategien in Bezug auf konkrete planerische Schwerpunkte. Darüber hinaus können sie Vorschläge für die Krankenhausplanung insbesondere im Vorfeld der Aufstellung oder Fortschreibung des Krankenhausplanes unterbreiten. Den Regionalkonferenzen gehören unter anderem die Landesverbände der Krankenkassen in Sachsen, der Verband der Ersatzkassen in Sachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Sächsische Landesärztekammer an; diesen entsteht Erfüllungsaufwand für die Mitarbeit.

2.5. Weitere Wirkungen

Laut Ressort ergeben sich indirekte Folgewirkungen auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung. Über die Gestaltung effizienter, leistungsfähiger und attraktiver Krankenhausstrukturen kann der Freistaat Sachsen zu sozial tragbaren Pflegesätzen und Entgelten beitragen.



3. Bewertung durch den Sächsischen Normenkontrollrat

Das Ressort wird um eine Anpassung der Darstellung des Erfüllungsaufwands auch zu den im Entwurf nicht berücksichtigten Punkten gebeten.

Im Übrigen stellt der Sächsische Normenkontrollrat fest, dass die fehlende Quantifizierung der Auswirkungen der zahlreichen Gesetzesänderungen auf den Erfüllungsaufwand offensichtlich darauf beruht, dass insoweit keinerlei Datengrundlage erhoben wurde. Im Gegensatz dazu werden die Haushaltsauswirkungen dargestellt.

gez. Munz
Vorsitzende

gez. Günther
Berichterstatter