Begründung

I. Allgemeiner Teil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gleichzeitig werden mit diesem Krankenhausgesetz die bestehenden Instrumente zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung durch die stärkere Einbeziehung der Selbstverwaltung über Vereinbarungsvorschläge zur Umsetzung des Krankenhausrahmenplans

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

II. Einzelbegründung

Zu § 1 (Geltungsbereich):

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

Zu § 2 (Ziele):

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

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

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

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

Zu § 3 (Sicherstellung der Krankenhausversorgung):

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

Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe. Der Gesetzentwurf hält hieran fest. Die öffentliche Aufgabe der Sicherstellung der Krankenhausversorgung wird auch in Zukunft unter Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger vom Land und den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven gemeinsam wahrgenommen.

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

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

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

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

Zu § 4 (Ziele und Inhalte des Krankenhausplans):

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

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

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

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

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

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

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

Da der Krankenhausrahmenplan einer konkreten Umsetzung für den einzelnen Krankenhausstandort bedarf, ist eine Konfliktregelung für den Fall erforderlich, dass sich die Landesverbände der Krankenkassen mit den Krankenhausträgern nicht auf eine konkrete Vereinbarung einigen können. Für diesen Fall sieht Absatz 4 Satz 6 vor, dass die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales nach vorheriger Anhörung der Landesverbände der Krankenkassen und der Krankenhausträger über die Umsetzung des Krankenhausrahmenplanes entscheidet.

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

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

Zu § 5 (Aufnahme in den Krankenhausplan):

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

Ein Krankenhaus wird nach Absatz 1 nicht als Ganzes, sondern nur mit den einzelnen Gebieten und gegebenenfalls Schwerpunkten nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen (Disziplinen) in den Krankenhausplan aufgenommen. Diese Regelung berücksichtigt, dass ein Krankenhaus möglicherweise nicht mit allen von ihm vorgehaltenen Disziplinen die nach dem Bremischen Krankenhausgesetz für die Aufnahme in den

Krankenhausplan vorgesehenen Kriterien erfüllt. Die Nummern 1 bis 6 des Absatzes 1 legen die fachlichen Mindestvoraussetzungen fest, die neben der Erfüllung der grundsätzlichen Ziele des Krankenhausplanes im Rahmen des Versorgungsauftrages Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan sind. Diese Mindestanforderungen sollen gewährleisten, dass die bedarfsgerechte Versorgung der Bremer Bevölkerung umfassend und längerfristig qualifiziert gesichert ist. Daneben sind qualitätsbezogene Voraussetzungen zu erfüllen, die sich insbesondere auf die abgeschlossene Weiterbildung der ärztlichen Leitung und deren Vertretung, die grundsätzlich volle Weiterbildungsbefugnis der leitenden Ärztin oder des leitenden Arztes sowie die Einhaltung des Facharztstandards im Sinne des § 28 Absatz 1 und die Einhaltung der Auflagen der Qualitätssicherung nach dem SGB V sowie den §§ 28 und 29 beziehen. Daneben ist auch eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft sowie eine Notfallversorgung im Rahmen des Versorgungsauftrages zu gewährleisten.

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

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

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

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

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

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

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

Zu § 6 (Mitwirkung der Beteiligten):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zu § 8 (Allgemeine Förderungsbestimmungen):

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz legt den Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf Fördermittel fest und gibt die Grundsätze der von den Ländern zu regelnden Kranken-

hausförderung vor. Der Förderanspruch der im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser leitet sich vor allem aus den §§ 1, 4, 8 und 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ab.

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

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

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

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

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

Zu § 9 (Investitionsprogramm):

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

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

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

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

Zu § 10 (Pauschale Investitionsförderung):

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

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

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

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

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

Die rückwirkende Förderung von Investitionen ist bei Krankenhäusern, die neu in den Krankenhausplan aufgenommen werden, nach Absatz 3 ausgeschlossen. Die Förderung wird hiernach auf die Investitionen beschränkt, die nach der Aufnahme in den Krankenhausplan durchgeführt und vorher in das Investitionsprogramm aufgenommen worden sind. Die Vorschrift macht außerdem deutlich, dass eine Doppelförderung von Investitionen ausgeschlossen ist. Deshalb wird der Erwerb oder die Anmietung bereits vorher geförderter Krankenhäuser nicht gefördert.

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

Zu § 11 (Pauschale Förderung kurzfristiger Anlagegüter):

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

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

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

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

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

Zu § 12 (Nutzung von Anlagegütern):

Diese Vorschrift entspricht dem bisherigen § 12 Absatz 1 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes und enthält die näheren landesrechtlichen Bestimmungen zu § 9 Absatz 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, wonach unter bestimmten Voraussetzungen anstelle der bewilligten Fördermittel nach den §§ 10 und 11 die Entgelte für die Nutzung dieser Anlagegüter gefördert werden können. Durch diese Regelung soll es den Krankenhäusern ermöglicht werden, im Einzelfall wirtschaftlich günstige Nutzungsvereinbarungen in Form von Miete, Pacht oder Mietkauf abzuschließen. Die Krankenhäuser teilen dies vorher der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales mit. Die Wirtschaftlichkeit ist durch das Testat eines Wirtschaftsprüfers zu belegen.

Zu § 13 (Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten):

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

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

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

Zu § 14 (Ausgleich für Eigenmittel):

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

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

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

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

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

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

Zu § 16 (Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen):

Absatz 1 stellt klar, dass die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zur Sicherung der Zweckbindung und ihrer Konkretisierung Nebenbestimmungen (Auflagen, Bedingungen und Befristungen) erlassen kann (§ 36 des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes). Die Formulierung stellt zugleich die Übereinstimmung mit § 1 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes her.

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

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

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

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

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

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

Zu § 18 (Verwendungsnachweis):

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

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

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

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

Zu § 19 (Ermächtigungsgrundlagen):

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

Zu § 20 (Leistungspflicht der Krankenhäuser):

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

Absatz 1 regelt die vorrangige Leistungspflicht der Krankenhäuser, Patientinnen und Patienten, die stationäre Leistungen benötigen, aufzunehmen und nach Art und Schwere ihrer Krankheit medizinisch zweckmäßig und ausreichend zu versorgen. Besonders betont wird die Versorgung von Notfallpatientinnen und –patienten. Diese sind im Hinblick auf die in aller Regel gegebene Eilbedürftigkeit der Behandlung im nächstgelegenen Krankenhaus zu behandeln. Ihre Behandlung hat Vorrang gegenüber der Behandlung anderer Patientinnen und Patienten. Soweit eine umgehende Behandlung und Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten erforderlich ist, hat das Krankenhaus die medizinische Behandlung durchzuführen und die Patientin oder den Patienten aufzunehmen, auch wenn das Krankenhaus zum Zeitpunkt des Notfallgeschehens belegt ist. Mit dieser Regelung soll vermieden werden, dass sich Krankenhäuser aufgrund ihrer Belegungssituation aus der Behandlung von Notfallpatientinnen und Patienten abmelden mit der Folge, dass diese zu weiter entfernt gelegenen Krankenhäusern transportiert werden müssen. Gleiches gilt für

die Abmeldung von notfallmedizinisch relevanten Funktionseinheiten oder klinischen Disziplinen. Auch insoweit muss eine Erstbehandlung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten vom zuerst angefahrenen Krankenhaus durchgeführt und die Patientin oder der Patient – soweit erforderlich – auch aufgenommen werden. Lediglich bei Beatmungsplätzen ist bei deren Belegung eine Abmeldung gegenüber der Feuerwehr-Rettungsleitstelle zulässig, da nur so viele Patientinnen und Patienten aufgenommen und behandelt (beatmet) werden können, wie entsprechend ausgestattete Plätze vorhanden sind.

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

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

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

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

Zu § 21 (Rechte von Patientinnen und Patienten):

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

tin oder den Patienten erfolgt.

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

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

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

Zu § 22 (Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf):

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

Kranke Kinder benötigen besondere Zuwendung. Die Krankenhäuser sind daher verpflichtet, den Belangen kranker Kinder so weit wie möglich zu entsprechen und die Sorgeberichtigen angemessen zu beteiligen, da diese die Bedürfnisse ihres kranken Kindes am besten einschätzen und das ärztliche und pflegerische Personal zum Nutzen des Kindes unterstützen können. Aus diesem Grunde haben die Krankenhäuser auch im Rahmen ihrer Möglichkeiten bei der stationären Aufnahme eines Kindes eine diesem vertraute Begleitperson mit aufzunehmen, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist. Die schulische Förderung eines kranken Kindes wird regelhaft in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger durchgeführt.

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

Ebenso wie bei Kindern sind auch bei der Behandlung behinderter, alter, hochbetagter

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

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

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

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

Zu § 23 (Aufgaben des Krankenhausträgers):

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

Absatz 2 enthält eine allgemein gehaltene Regelung über die Leitung des Krankenhauses sowie die Struktur und medizinische Organisation des Krankenhauses. Hier wird dem Krankenhausträger entsprechend seiner Organisationshoheit viel Freiraum gelassen. Gleiches gilt für die Organisation der Disziplinen. Ausdrücklich geregelt wird allerdings,

dass psychotherapeutische Organisationseinheiten auch von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten geleitet werden können. Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1. Januar 1999 ist mit den Psychologischen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein fünfter Heilberuf geschaffen worden, dessen Angehörige – ebenso wie Ärzte und Zahnärzte – auf der Grundlage einer Approbation tätig werden. Derart approbierte Personen können in psychotherapeutischen Organisationseinheiten in gleicher Weise wie entsprechend weitergebildete Ärzte Leitungsaufgaben übernehmen.

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

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

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

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

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

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

Zu § 24 (Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher):

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

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

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

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

Zu § 25 (Zusammenarbeit der Krankenhäuser):

Zur Erfüllung der Versorgungsaufträge ist die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit im Rahmen des Krankenhausplans notwendig. Dadurch soll jederzeit die Patientenaufnahme, vor allem von Notfällen, sichergestellt werden. Durch gemeinsame Nutzung von kostenintensiver medizinischer Technik und wirtschaftlichen Versorgungseinrichtungen soll die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser verbessert werden. Zur Erreichung dieses Ziels sollen die Krankenhäuser nach Absatz 1 nicht nur untereinander, son-

dern auch mit den sonstigen Beteiligten im Gesundheitswesen, insbesondere den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst und den Krankenkassen zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit soll eine umfassende Versorgung kranker Menschen und die Vermeidung unwirtschaftlicher Mehrfachdiagnostik und –behandlung sicherstellen. Insbesondere hinsichtlich der Nutzung kostenintensiver Medizintechnik ist eine enge Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich erforderlich.

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

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

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

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

Zu § 26 (Zusammenarbeit der Berufsgruppen):

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

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

Absatz 2 bringt diesen Grundsatz zum Ausdruck, indem er regelt, dass Maßnahmen auch

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

Zu § 27 (Großschadensereignisse):

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

Zu § 28 (Qualitätssicherung, Facharztstandard):

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

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

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

Zu § 29 (Einhaltung der Hygienegrundsätze):

Krankenhausinfektionen sind nachweisbar an der Verlängerung der Verweildauer beteiligt und erhöhen nach wissenschaftlichen Untersuchungen zudem das Mortalitätsrisiko der Patientinnen und Patienten. Die wirksame Bekämpfung von Krankenhausinfektionen, die im Übrigen nach dem Bundes-Infektionsschutzgesetz zu melden sind, bedarf vor allem

einer guten Organisation und systematischen Aufbereitung der entsprechenden Daten. Deshalb werden die Verantwortung der Krankenhausleitung und wesentliche Grundsätze zur Sicherung und Verbesserung der Krankenhaushygiene im Gesetz geregelt. Die konkreteren Verfahrensvorschriften werden durch Rechtsverordnung bestimmt, um zeitgerecht auf die wissenschaftliche Entwicklung in diesem Bereich reagieren zu können.

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

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

Zu § 30 (Rechtsaufsicht):

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

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

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

ge Anordnungen treffen.

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

Zu § 31 (Maßnahmen der Rechtsaufsicht):

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

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

Zu § 32 (Unerlaubte Zuweisung gegen Entgelt):

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

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

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

Zu § 33 (Ordnungswidrigkeiten):

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

nannten Regelungen zuwiderhandelt, handelt ordnungswidrig.

Nach Absatz 2 kann die Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße bis zu 25.000 Euro geahndet werden. Eine derartige Bußgeldhöhe kann im Landesrecht festgesetzt werden. Sie wird als erforderlich, aber auch als ausreichend angesehen, um Verstöße gegen die in Absatz 1 genannten Ordnungswidrigkeitstatbestände durch die verantwortliche Leiterin oder den verantwortlichen Leiter eines Krankenhauses zu ahnden.

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

Zu § 34 (Übergangsregelungen):

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

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

§ 10, der die pauschale Investitionsförderung regelt, tritt nach § 35 Absatz 2 erst am 1. Januar 2011 in Kraft. Es ist möglich, dass die zur Umsetzung dieser Regelung erforderlichen Daten zum 1. Januar 2011 noch nicht aufbereitet sind. Für diesen Fall regelt Absatz 3, dass die Fördermittel nach § 10 bis zum Erlass der die Einzelheiten regelnden Rechtsverordnung auf die Fördermittel nach § 11 verteilt werden. Auf diese Weise erhalten die Krankenhäuser bereits vor Erlass der Rechtsverordnung die auf sie entfallenden Investitionsmittel.

Zu § 35 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten):

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

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