

Vom 13. Juli 2005 ***Inhaltsübersicht****Erster Abschnitt****Allgemeine Bestimmungen**

- § 1 Ziel des Gesetzes
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Sicherstellungsauftrag und Trägerschaft
- § 4 Dienstbereitschaft und Zusammenarbeit

Zweiter Abschnitt**Patient und Krankenhaus**

- § 5 Anspruch auf Krankenhausaufnahme und Versorgung
- § 6 Soziale und seelsorgerische Betreuung
- § 7 Kind im Krankenhaus
- § 8 Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Dritter Abschnitt**Pflichten der Krankenhäuser**

- § 9 Qualitätssicherung
- § 10 Notfallversorgung, Brand- und Katastrophenschutz
- § 11 Krankenhaushygiene

Vierter Abschnitt**Auskunftspflicht, Datenschutz, Krankenhausaufsicht**

- § 12 Auskunftspflicht und Statistik
- § 13 Patientendatenschutz
- § 14 Forschung und Patientendaten
- § 15 Krankenhausaufsicht

Fünfter Abschnitt**Organisation der Krankenhäuser**

- § 16 Krankenhausleitung und Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- § 17 Verwaltungsdirektorin oder Verwaltungsdirektor
- § 18 Ärztliche Direktorin oder Ärztlicher Direktor
- § 19 Pflegedirektorin oder Pflegedirektor
- § 20 Jahresabschlussprüfung
- § 21 Arzneimittelkommission

Sechster Abschnitt**Krankenhausplanung**

- § 22 Aufgaben der Krankenhausplanung
- § 23 Krankenhausplan
- § 24 Aufstellung des Krankenhausplans
- § 25 Aufnahme in den Krankenhausplan

Siebenter Abschnitt**Mitwirkung der Beteiligten**

- § 26 Saarländische Krankenhauskonferenz
- § 27 Unmittelbar Beteiligte

Achter Abschnitt**Förderung der Krankenhäuser**

- § 28 Investitionsplanung
- § 29 Grundsätze der Förderung
- § 30 Einzelförderung
- § 31 Pauschale Förderung
- § 32 Förderung der Nutzung von Anlagegütern
- § 33 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen („alte Last“)
- § 34 Förderung von Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten
- § 35 Förderung zur Betreuung von Kindern
- § 36 Förderung zum Ausgleich von Eigenmitteln
- § 37 Förderung bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan

* Amtsbl. S. 1290.

- § 38 Förderung von Forschungsvorhaben
- § 39 Sicherung der Zweckbestimmung, Auflagen und Bedingungen
- § 40 Rückzahlung von Fördermitteln
- § 41 Verzinsung
- § 42 Beteiligung der Gemeinden an der Mittelaufbringung

Neunter Abschnitt

Aus- und Weiterbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens

- § 43 Staatliche Anerkennung von Aus- und Weiterbildungsstätten

Zehnter Abschnitt

Schlussbestimmungen

- § 44 Darlehen aus Landesmitteln
- § 45 Änderung anderer Rechtsvorschriften
- § 46 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Erster Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Ziel des Gesetzes

(1) Ziel des Gesetzes ist es, im Saarland eine bedarfsgerechte stationäre und teilstationäre Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes System leistungsfähiger und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser zu sozial tragbaren Vergütungen sicherzustellen. Die besonderen Aufgaben des Universitätsklinikums des Saarlandes in Forschung und Lehre bleiben gewährleistet.

(2) Die Krankenhäuser berücksichtigen bei der Krankenhausbehandlung die Belange und die Würde der Patientinnen und Patienten. Dabei ist jede Patientin und jeder Patient nach Art und Schwere der Erkrankung unabhängig von ihrer oder seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, sozialen Stellung oder Krankenversicherung medizinisch zweckmäßig und ausreichend zu versorgen.

(3) Die Krankenhäuser fördern die Aus-, Weiter- und Fortbildung der im Krankenhaus Beschäftigten.

§ 2

Geltungsbereich

(1) Das Gesetz gilt für alle Krankenhäuser im Saarland, soweit nichts anderes bestimmt ist. Der Sechste und Achte Abschnitt mit Ausnahme des § 38 gelten nur für die Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind. Die Vorschriften dieser Abschnitte über die Investitionsprogramme und die Förderung der Krankenhäuser mit Ausnahme des § 38 gelten nicht für das Universitätsklinikum des Saarlandes. Das Gesetz gilt nicht für die Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie.

(2) § 6 Abs. 1 und 2 und die §§ 8, 13, 14 und 16 bis 19 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zugeordneten Einrichtungen ohne Rücksicht auf deren Rechtsform betrieben werden.

Die Religionsgemeinschaften treffen für ihre Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen. Sie unterrichten die Krankenhausaufsichtsbehörde über die von ihnen getroffenen Regelungen.

§ 3

Sicherstellungsauftrag und Trägerschaft

(1) Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe. Krankenhäuser können von freigemeinnützigen, privaten oder öffentlichen Krankenhausträgern errichtet und betrieben werden.

(2) Das Land stellt die Krankenhausversorgung durch die Krankenhaus- und Investitionsplanung, durch das Universitätsklinikum des Saarlandes und durch die Genehmigung der vereinbarten Krankenhausergelte sicher.

(3) Die Gemeindeverbände gewährleisten die Krankenhausversorgung durch das Errichten und das Betreiben von Krankenhäusern als Pflichtaufgabe der Selbstverwaltung. Sie müssen die Pflichtaufgabe nur erfüllen, soweit sich kein freigemeinnütziger, privater oder anderer geeigneter öffentlicher Krankenhausträger findet und ohne die Übernahme eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gefährdet wäre.

§ 4

Dienstbereitschaft und Zusammenarbeit

(1) Die Krankenhäuser sind so zu führen, dass eine ihrer Aufgabenstellung entsprechende Dienst- und Aufnahmebereitschaft sichergestellt ist.

(2) Die Krankenhäuser sind im Interesse der Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung untereinander zur Zusammenarbeit verpflichtet.

Die Zusammenarbeit erstreckt sich insbesondere auf:

1. Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten,
2. Not- und Unfalldienst,
3. Verweisung auf andere geeignete Krankenhäuser bei Vollbelegung - ausgenommen Notaufnahmen,
4. Alarm- und Einsatzpläne gemäß § 10,
5. Errichtung und Betrieb von gemeinsamen Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe.

(3) Die Krankenhäuser arbeiten auch mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, ambulanten Pflegediensten sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens zusammen. Dabei sind Zusammenschlüsse insbesondere im Rahmen der §§ 140a bis 140h des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - anzustreben.

Zweiter Abschnitt**Patient und Krankenhaus**

§ 5

Anspruch auf Krankenhausaufnahme und Versorgung

(1) Wer nach ärztlicher Beurteilung der stationären oder teilstationären Behandlung bedarf, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann, hat Anspruch auf Aufnahme in ein Krankenhaus. Die Entscheidung über die Notwendigkeit der stationären oder teilstationären Behandlung trifft die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt im Krankenhaus unter Berücksichtigung der Befunde der einweisenden Ärztin oder des einweisenden Arztes. Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sind in jedem Fall vorrangig aufzunehmen und zu versorgen.

(2) Das Krankenhaus ist nach Maßgabe seiner stationären und teilstationären Behandlungsmöglichkeiten zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten verpflichtet; die Pflicht zur Hilfe in Notfällen und die Versorgung nach den Vorschriften des Gesetzes über die Unterbringung psychisch Kranker (Unterbringungsgesetz) in der jeweils geltenden Fassung, derzeit in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. November 1992 (Amtsbl. S. 1271), geändert durch das Gesetz vom 27. November 1996 (Amtsbl. S. 1313),¹ bleiben unberührt.

(3) Soweit das Krankenhaus auf Grund seines Versorgungsauftrages Notfallpatientinnen und Notfallpatienten nicht angemessen behandeln kann, hat es eine ausreichende Erstversorgung vorzunehmen und für die Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus zu sorgen.

(4) Aus medizinischen, pflegerischen, hygienischen und baulichen Gründen darf die Patientenaufnahme nur im Rahmen der anerkannten Krankenhausplanbetten erfolgen. Ist ein Krankenhaus voll belegt, verweist es – abgesehen von Notaufnahmen, Epidemien oder Katastrophenfällen – die Patientin oder den Patienten auf andere geeignete aufnahmefähige Krankenhäuser.

(5) Der Anspruch des Krankenhauses gegenüber der Patientin oder dem Patienten oder deren Kostenträgern auf Übernahme der Kosten der stationären oder teilstationären Versorgung bleibt unberührt.

§ 6

Soziale und seelsorgerische Betreuung

(1) Jedes Krankenhaus richtet einen eigenen Sozialdienst ein. Fachkräfte des Sozialdienstes im Krankenhaus sind in der Regel staatlich anerkannte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen.

¹ UBG vgl. BS-Nr. 2012-18.

(2) Der Sozialdienst arbeitet eng und vertrauensvoll mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst zusammen. Er hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen und sie oder ihn sowie gegebenenfalls ihre oder seine Angehörigen in sozialen Fragen zu beraten. Die psycho-soziale Betreuung und Beratung erfolgt insbesondere durch persönliche Hilfe, die Unterstützung bei der Einleitung von medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Rehabilitationsmaßnahmen und bei der Vorbereitung häuslicher Pflege sowie durch die Vermittlung von ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Anschluss an die Entlassung aus dem Krankenhaus. Liegen Hinweise vor, dass eine ambulante oder stationäre pflegerische Weiterversorgung und Betreuung der Patientin oder des Patienten sicherzustellen ist, veranlasst der Sozialdienst bei der Pflegekasse unverzüglich eine Begutachtung nach § 18 Abs. 3 des Sozialgesetzbuchs Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung -.

(3) Die besonderen Belange behinderter sowie psychiatrischer Patientinnen und Patienten sind zu berücksichtigen. Die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson ist sicherzustellen; die aus sonstigen Gründen begehrte Mitaufnahme einer Begleitperson ist vom Krankenhaus zu sozial vertretbaren Entgelten zu ermöglichen, soweit die Aufnahme und die Versorgung von Patientinnen und Patienten nicht beeinträchtigt wird.

(4) Das Krankenhaus regelt angemessene tägliche Besuchszeiten, die insbesondere die Belange kranker Kinder, behinderter sowie psychiatrischer Patientinnen und Patienten berücksichtigen und Berufstätigen auch an Werktagen Krankenbesuche ermöglichen. Die Betriebsabläufe des Krankenhauses sollen so eingerichtet werden, dass sie dem Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach Schonung und Ruhe Rechnung tragen und eine ungestörte Nachtruhe gewährleisten. Ausbildungsaufgaben des Krankenhauses, die eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten erfordern, sind mit der gebotenen Rücksicht auf die Kranken und ihre Würde durchzuführen.

(5) Sterbende Patientinnen und Patienten haben in besonderem Maß Anspruch auf eine ihrer Würde entsprechende Behandlung und Unterbringung. Auf die Bedürfnisse dieser Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen nach Ruhe, menschlicher Nähe und Seelsorge hat das Krankenhaus Rücksicht zu nehmen. Sofern Sterbende und deren Angehörige wünschen, dass Behandlung und Pflege zu Hause durchgeführt werden, soll das Krankenhaus sie entlassen, wenn die notwendige Betreuung ausreichend gewährleistet ist. Die Würde der Patientinnen und Patienten ist auch über den Tod hinaus zu wahren. Hinterbliebene sollen angemessen Abschied nehmen können.

(6) Krankenhäuser mit Intensivbetten haben mindestens eine Ärztin oder einen Arzt zu der oder dem Transplantationsbeauftragten zu bestellen. Aufgabe der oder des Transplantationsbeauftragten ist es,

1. die Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen der Krankenhäuser nach § 11 Abs. 4 Satz 2 des Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz) in der Fassung vom 5. November 1997 (BGBl. I S. 2631), zuletzt geändert durch die Achte Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304), in der jeweils geltenden Fassung sicherzustellen,
2. das ärztliche und pflegerische Personal des jeweiligen Krankenhauses mit der Bedeutung und den Belangen der Organspende vertraut zu machen und
3. potenzielle Organspender sowie deren Angehörige zu beraten und zu betreuen.

Transplantationsbeauftragte unterliegen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben keinen Weisungen. Sie sind berechtigt, jederzeit Stationen mit Intensivbetten zu betreten und sich dort zu informieren. Transplantationsbeauftragte sind für ihre Tätigkeit und ihre Fortbildung freizustellen.

(7) Um den religiösen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen, ist den Kirchen und Religionsgemeinschaften im Krankenhaus Gelegenheit zur Durchführung von Gottesdiensten und zur Ausübung der geordneten Seelsorge zu geben. Für die entsprechenden Voraussetzungen ist Sorge zu tragen.

(8) Im Interesse der Patientinnen und Patienten unterstützen die Krankenhäuser die Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen sowie ehrenamtliche Patientendienste und arbeiten mit diesen zusammen.

§ 7

Kind im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus sorgt für eine kindgerechte Krankenhausversorgung. Kinder und Jugendliche sind vorrangig unter Berücksichtigung ihrer besonderen psychischen und medizinischen Bedürfnisse in pädiatrischen und kinderchirurgischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Hauptfachabteilungen zu behandeln. Die Behandlung, Pflege und Betreuung von Kindern hat unter Beachtung ihrer besonderen Bedürfnisse und in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten zu erfolgen. Die Gestaltung der Räume sowie der Stationsablauf sollen hierauf ausgerichtet sein.

(2) Die von der verantwortlichen Krankenhausärztin oder vom verantwortlichen Krankenhausarzt bestätigte, aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Kindes ist sicherzustellen. Die aus sonstigen

Gründen beehrte Mitaufnahme einer Begleitperson des Kindes ist vom Krankenhaus zu sozial vertretbaren Entgelten zu ermöglichen, soweit die Aufnahme und Versorgung von Patientinnen und Patienten nicht beeinträchtigt wird. Ist dem Krankenhaus die Mitaufnahme nicht möglich, so stimmt das Krankenhaus mit den Sorgeberechtigten ab, wie auf andere Weise dem Bedürfnis des kranken Kindes nach besonderer Zuwendung und Betreuung Rechnung getragen werden kann.

(3) Das Krankenhaus unterstützt in Zusammenarbeit mit der Schulaufsichtsbehörde die schulische Betreuung langzeit-erkrankter Kinder und Jugendlicher.²

§ 8

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

(1) Der Krankenhausträger bestellt jeweils für die Dauer von fünf Jahren für jedes Krankenhaus eine Patientenfürsprecherin oder einen Patientenfürsprecher. Bedienstete des Krankenhausträgers oder Mitglieder seiner Organe können nicht bestellt werden.

(2) Das Krankenhaus teilt den Namen und die Anschrift der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers der Krankenhausaufsichtsbehörde mit. Es gibt den Patientinnen und Patienten Name, Anschrift, Sprechstundenzeit und Aufgabenbereich der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers in geeigneter Weise bekannt. Der unmittelbare Zugang zur Patientenfürsprecherin oder zum Patientenfürsprecher muss gesichert sein.

(3) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher vertritt die Interessen der Patientin oder des Patienten gegenüber dem Krankenhaus im Rahmen dieses Gesetzes. Sie oder er prüft Anregungen, Bitten und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und wird grundsätzlich nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin oder des Patienten tätig. Sie oder er kann sich mit schriftlichem Einverständnis der Patientin oder des Patienten unmittelbar an die Krankenhausleitung, den Krankenhausträger und sonstige zuständige Institutionen oder Behörden wenden. Sie oder er hat über alle Angelegenheiten Stillschweigen zu wahren, die ihr oder ihm in dieser Eigenschaft bekannt werden.

(4) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher wird vom Krankenhaus in ihrer oder seiner Arbeit unterstützt. Der jeweilige Krankenhausträger soll der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher eine angemessene Fort- und Weiterbildung ermöglichen. Die Krankenhausleitung geht dem Vorbringen der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers nach und erteilt ihr oder ihm die notwendigen Auskünfte. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher ist in Ausübung ihres oder seines Amtes nicht an Weisungen gebunden. In regelmäßigen Abständen legt sie oder er dem Krankenhausträger und der Krankenhausleitung einen schriftlichen Erfahrungsbericht vor.

(5) Das Amt der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers ist ein Ehrenamt. Es handelt sich um eine betreuende Tätigkeit, für die die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher vom Krankenhaus eine Aufwandsentschädigung erhält.

Dritter Abschnitt

Pflichten der Krankenhäuser

§ 9

Qualitätssicherung

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, eine den fachlichen Erfordernissen und dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität ihrer Leistungen zu gewährleisten und sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Zur Erfüllung dieser Pflicht treffen sie die nach dem Vierten Kapitel, Neunter Abschnitt des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung -, vorgesehenen Maßnahmen. Darüber hinaus soll die Qualitätssicherung alle Maßnahmen im Umfeld der Patientin oder des Patienten sowie gesundheitsfördernde Aspekte umfassen. Es ist darauf hinzuwirken, dass in den Krankenhäusern Rauchverbote eingeführt werden.

§ 10

Notfallversorgung, Brand- und Katastrophenschutz

(1) Die Krankenhäuser nehmen an der Notfallversorgung teil. Sie müssen organisatorisch und medizinisch zur Aufnahme und qualifizierten stationären Erstversorgung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten in der Lage sein, insbesondere sind die dafür erforderlichen Einrichtungen, Planbetten und teilstationären Plätze vorzuhalten. Die Krankenhäuser sind zur Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst verpflichtet, insbesondere zur Teilnahme am zentralen

² Vgl. BS-Nr. 223-2-98.

Bettennachweis und zur Bereitstellung von Ärztinnen und Ärzten für Einsätze im Rettungsdienst gemäß dem Saarländischen Rettungsdienstgesetz in der jeweils geltenden Fassung, derzeit in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Januar 2004 (Amtsbl. S. 170).³

(2) Die Krankenhäuser nehmen an der Bewältigung von Großschadensereignissen und Katastrophen teil. Sie haben zu diesem Zweck Einsatzleitungen zu schaffen, Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben und diese mit den zuständigen Stellen für den Brand- und Katastrophenschutz abzustimmen. Die Alarm- und Einsatzpläne sind der Krankenhausaufsichtsbehörde auf Anforderung vorzulegen. In den Alarm- und Einsatzplänen müssen auch Maßnahmen zur Erhöhung der Aufnahme- und Behandlungskapazitäten enthalten sein. Benachbarte Krankenhäuser haben ihre Alarm- und Einsatzpläne aufeinander abzustimmen und sich gegenseitig zu unterstützen. Die Krankenhausleitungen bestellen Beauftragte für den Brandschutz und für interne und externe Gefahrenlagen.

(3) Die Krankenhäuser führen regelmäßig mit den zuständigen Stellen für den Brand- und Katastrophenschutz abgestimmte Katastrophenschutzübungen durch. Hierüber setzen sie die Krankenhausaufsichtsbehörde in Kenntnis.

(4) Die Krankenhäuser nehmen an der medizinischen Versorgung von Personen mit Infektionskrankheiten teil. Die nach Absatz 2 zu erstellenden Alarm- und Einsatzpläne müssen die folgenden Situationen mit berücksichtigen:

1. Auftreten lebensbedrohender hochkontagiöser Infektionskrankheiten,
2. Auftreten übertragbarer Krankheiten, die wegen des Ausmaßes und der Anzahl betroffener Personen besonderer organisatorischer Maßnahmen des Krankenhauses bedürfen,
3. Versorgung von Patientinnen und Patienten nach bioterroristischen Anschlägen.

(5) Im Rahmen der Bewältigung von Großschadensereignissen und Katastrophen unterstützen die in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 ausgewählten Krankenhäuser die zuständigen Behörden durch Bevorratung von Arzneimitteln und Sanitätsmaterial. Die von den zuständigen Behörden beschafften Bestände sollen in den Versorgungskreislauf des Krankenhauses aufgenommen werden.

(6) Die Krankenhausaufsichtsbehörde wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Ministerium für Inneres und Sport durch Rechtsverordnung Näheres über die Aufgaben der Krankeneinsatzleitungen und der Beauftragten für interne und externe Gefahrenlagen, über den Inhalt der Alarm- und Einsatzpläne, über die Zuständigkeiten und das Verfahren der gegenseitigen Unterstützung im Brand- und Katastrophenfall sowie über die Bevorratung von Arzneimitteln und Sanitätsmaterial zur Bewältigung von Großschadensereignissen und Katastrophen einschließlich der Kostentragungspflicht zu bestimmen.

§ 11

Krankenhaushygiene

(1) Die Krankenhäuser treffen entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft alle erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen. Zu diesem Zweck bildet jedes Krankenhaus eine Krankenhaushygienekommission.

(2) Die Krankenhausaufsichtsbehörde wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die

1. Erfassung von Krankenhausinfektionen,
2. Zusammensetzung und Aufgaben einer Hygienekommission,
3. Beschäftigung, Tätigkeitsfelder, Fort- und Weiterbildung von Hygienebeauftragten und Hygienefachkräften,
4. regelmäßigen hygienischen Kontrollen und Näheres zu deren Durchführung,
5. Akteneinsicht

im Einzelnen zu regeln.

(3) Die hygienische Überwachung der Krankenhäuser obliegt nach § 12 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz) vom 19. Mai 1999 (Amtsbl. S. 844), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 8. März 2005 (Amtsbl. S. 438), in der jeweils geltenden Fassung⁴ den Gesundheitsämtern der jeweils zuständigen Gemeindeverbände.

Vierter Abschnitt

Auskunftspflicht, Datenschutz, Krankenhausaufsicht

§ 12

Auskunftspflicht und Statistik

³ SRettG vgl. BS-Nr. 212-3.

⁴ ÖGDG vgl. BS-Nr. 2120-1.

(1) Die Krankenhäuser und die Sozialleistungsträger erteilen der Krankenhausaufsichtsbehörde auf Anfrage die Auskünfte, die für die Durchführung dieses Gesetzes, insbesondere die Krankenhausplanung, Krankenhausfinanzierung und Krankenhausaufsicht, erforderlich sind. Die Auskunftspflicht der Krankenhäuser gilt analog gegenüber dem Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz hinsichtlich der Aus- und Weiterbildungsstätten sowie gegenüber den Gesundheitsämtern hinsichtlich der hygienischen Überwachung und der Planungen nach § 10 Abs. 4. Auskünfte dürfen nur anonymisiert erteilt werden; dies gilt nicht für Auskünfte, die im Rahmen der Krankenhausaufsicht nach § 15 erforderlich sind.

(2) Die Krankenhäuser legen der Krankenhausaufsichtsbehörde die für Zwecke der Krankenhausplanung erforderlichen statistischen Daten vor. Die Krankenhausaufsichtsbehörde wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über den Inhalt, die Art und Periodizität der Erhebungen und die Vorlagetermine zu regeln. Die Rechtsverordnung kann bestimmen, dass die nach § 28 Abs. 2 Satz 4 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz) in der jeweils geltenden Fassung, derzeit in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Juni 2005 (BGBl. I S. 1720), von den Krankenhäusern mitzuteilenden Sachverhalte in die Erhebungen für Planungszwecke einbezogen werden.

(3) Die Angaben nach den Absätzen 1 und 2 über einzelne Krankenhäuser dürfen den in Absatz 1 genannten Gesundheitsbehörden für verwaltungsinterne Zwecke sowie den Mitgliedern der Saarländischen Krankenhauskonferenz gemäß § 26 im Rahmen ihrer Mitwirkung an der Krankenhausplanung und an der Erstellung der Investitionspläne weitergegeben werden. Weitergehende Informationsrechte bleiben unberührt.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten auch für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und für die Vertragskrankenhäuser nach § 107 Abs. 2 und § 108 Nr. 3 des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung -.

§ 13

Patientendatenschutz

(1) Alle Daten von Patientinnen und Patienten (Patientendaten) im Krankenhaus unterliegen unabhängig von der Art ihrer Verarbeitung dem Datenschutz. Patientendaten sind auch personenbezogene Daten von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten sowie sonstiger Dritter, die dem Krankenhaus im Zusammenhang mit der Behandlung bekannt werden. Soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist, sind die jeweils geltenden Vorschriften über den Schutz personenbezogener Daten anzuwenden.⁵

(2) Patientendaten dürfen vom behandelnden Krankenhaus nur erhoben, gespeichert oder in sonstiger Weise genutzt werden, soweit dies erforderlich ist zur Erfüllung der Aufgaben des Krankenhauses, zur Durchführung der Behandlung der Patientin oder des Patienten, zur Leistungsabrechnung, zur Erfüllung der klinischen Dokumentationspflicht oder einer gesetzlichen Erhebungs- und Speicherungspflicht. Im Einzelfall darf die Erhebung, Speicherung oder sonstige Nutzung von Patientendaten auch mit der Einwilligung der Patientin oder des Patienten erfolgen; dies gilt insbesondere für die Angabe der Konfessionszugehörigkeit bei der Patientenaufnahme zum Zweck der Krankenhausesseelsorge. Die Einwilligung bedarf, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist, der Schriftform. Wird die Einwilligung mündlich erteilt, ist sie aufzuzeichnen. Die Patientin oder der Patient ist über Art, Umfang und Zweck der beabsichtigten Erhebung, Speicherung oder sonstigen Nutzung zu unterrichten und aufzuklären. Aus der Verweigerung dürfen der Patientin oder dem Patienten keine Nachteile entstehen. Unzumutbare oder sachfremde Angaben dürfen auch mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten nicht verarbeitet werden.

(3) Die Weitergabe von Patientendaten an andere Fachabteilungen innerhalb des Krankenhauses oder an den Sozialdienst im Krankenhaus ist nur zulässig, soweit sie für die Behandlung oder soziale Betreuung von Patientinnen oder Patienten erforderlich sind. Im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Apothekerinnen und Apothekern, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe ist zu gewährleisten, dass auf Patientendaten nur insoweit zurückgegriffen wird, als dies für die dem Berufsbild entsprechenden Funktionen erforderlich ist und diese Zwecke nicht mit anonymisierten Daten erreicht werden können. Die Nutzung der Patientendaten durch die Krankenhausverwaltung darf nur in dem Maß erfolgen, wie dies für die Abwicklung des Behandlungsfalles erforderlich ist. Durch technische und organisatorische Datensicherungsmaßnahmen ist sicherzustellen, dass das Patientengeheimnis gewahrt bleibt.

(4) Die Übermittlung von Patientendaten an Personen und Stellen außerhalb des Krankenhauses ist nur zulässig, wenn die Patientin oder der Patient eingewilligt hat oder eine Rechtsvorschrift die Übermittlung erlaubt oder soweit dies erforderlich ist

⁵ Vgl. SDSG - BS-Nr. 205-4.

1. zur Durchführung der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten,
2. zur Durchführung der Mit- und Nachbehandlung, soweit die Patientin oder der Patient nach Hinweis nicht etwas anderes bestimmt,
3. zur Erfüllung einer gesetzlich vorgeschriebenen Behandlungs- und Mitteilungspflicht,
4. zur Abwehr einer gegenwärtigen Gefahr für Leben, Gesundheit oder persönliche Freiheit der Patientin oder des Patienten oder eines Dritten, wenn diese Rechtsgüter das Geheimhaltungsinteresse der Patientin oder des Patienten überwiegen und die Abwendung der Gefahr ohne die Weitergabe nicht möglich ist,
5. zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kostenträger,
6. zur gerichtlichen Durchsetzung von Ansprüchen aus dem Behandlungsverhältnis,
7. zur Unterrichtung von Angehörigen, soweit die Patientin oder der Patient nicht einen gegenteiligen Willen kundgetan hat oder sonstige Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine Übermittlung nicht angebracht ist,
8. zum Zweck der Rechnungsprüfung durch den Krankenhausträger und der gesetzlich vorgeschriebenen Rechnungsprüfung durch den Rechnungshof,
9. zur Wahrnehmung der Krankenhausaufsicht nach § 15,
10. zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung, wenn der Empfänger eine Ärztin oder ein Arzt oder eine ärztlich geleitete Stelle ist und der genannte Zweck nicht mit anonymisierten oder pseudonymisierten Daten erreicht werden kann und nicht überwiegende schutzwürdige Interessen der Betroffenen entgegen stehen,
11. zur Erfüllung der Aufgaben des Trägers der Notfallversorgung zur Ermittlung der Wirksamkeit rettungsdienstlicher Maßnahmen im Rahmen der Qualitätssicherung auf Anforderung der Ärztlichen Leiterin Rettungsdienst oder des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst.

Personen oder Stellen, denen nach dieser Vorschrift Patientendaten übermittelt worden sind, dürfen diese nur zu dem Zweck verwenden, zu dem sie ihnen übermittelt wurden. Im Übrigen haben sie diese Daten unbeschadet sonstiger Datenschutzbestimmungen in demselben Umfang geheim zu halten wie das Krankenhaus selbst nach diesem Gesetz.

(5) Patientendaten sind zu löschen, wenn sie zur Erfüllung der Aufgaben nach den Absätzen 2 bis 4 nicht mehr erforderlich und die durch Rechtsvorschriften oder die ärztliche, psychotherapeutische oder zahnärztliche Berufsordnung vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind.

(6) Nach Abschluss der Behandlung unterliegen personenbezogene Daten, die in automatisierten Verfahren gespeichert und direkt abrufbar sind, dem alleinigen Zugriff der jeweiligen Fachabteilung. Dies gilt nicht für diejenigen Daten, die für das Auffinden der sonstigen Patientendaten erforderlich sind. Die Eröffnung des Direktzugriffs auf den Gesamtdatenbestand für andere Stellen im Krankenhaus ist unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 nur mit Zustimmung der Fachabteilung zulässig.

(7) Patientendaten dürfen von Personen und Stellen außerhalb des Krankenhauses in seinem Auftrag nur verarbeitet werden, wenn anders Störungen im Betriebsablauf nicht vermieden oder Teilvorgänge der Datenverarbeitung hierdurch kostengünstiger besorgt werden können. Die Krankenhausleitung kann dem beauftragten Unternehmen in jeder Phase der Verarbeitung von Patientendaten Weisungen erteilen. Sie hat das beauftragte Unternehmen unter besonderer Berücksichtigung der Eignung und Zuverlässigkeit sorgfältig auszuwählen. Es muss durch von ihm getroffene technische und organisatorische Maßnahmen die Gewähr dafür bieten, das Patientengeheimnis zu wahren. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind auf Verschwiegenheit zu verpflichten.

(8) Die Patientin oder der Patient kann kostenfreie Auskunft über die gespeicherten persönlichen Daten und Einsicht in die Behandlungsdokumentation verlangen. Das kostenfreie Auskunftsrecht erstreckt sich auch auf Angaben über Personen und Stellen, an die Daten übermittelt wurden. Zu diesem Zweck ist die Tatsache der Datenübermittlung und die datenempfangende Stelle aufzuzeichnen. Die Auskunft über medizinische Daten oder die Gewährung der Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation hat unter der Verantwortung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes zu erfolgen.

(9) Jedes Krankenhaus bestellt schriftlich eine oder einen oder mehrere Datenschutzbeauftragte. Zu Datenschutzbeauftragten darf nur bestellt werden, wer dadurch keiner Pflichtenkollision mit sonstigen Aufgaben ausgesetzt wird und die zur Erfüllung der Aufgaben erforderliche Fachkunde und Zuverlässigkeit besitzt. Datenschutzbeauftragte unterstehen der Krankenhausleitung unmittelbar. Sie sind bei Anwendung ihrer Fachkunde auf dem Gebiet des Datenschutzes weisungsfrei. Sie dürfen wegen der Erfüllung ihrer Aufgaben nicht benachteiligt werden. Die Aufgaben der Beauftragten für Datenschutz im Krankenhaus ergeben sich aus dem Bundesdatenschutzgesetz vom 14. Januar 2003 (BGBl. I S. 66) in der jeweils geltenden Fassung.

§ 14

Forschung und Patientendaten

- (1) Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte dürfen die innerhalb ihrer Fachabteilung zu Behandlungszwecken aufgezeichneten Patientendaten für eigene medizinische wissenschaftliche Forschung nutzen, wenn der Zweck der Forschung auf andere Weise nicht erreicht werden kann und
1. die Patientin oder der Patient nach Unterrichtung über Art, Umfang und Zweck des Forschungsvorhabens nicht widersprochen hat oder
 2. schutzwürdige Belange nicht beeinträchtigt werden und nachträglich die Möglichkeit zum Widerspruch nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand eingeräumt werden kann.
- (2) Patientendaten dürfen an andere Stellen für bestimmte Forschungsvorhaben nur weitergegeben werden, wenn die Patientin oder der Patient ausdrücklich eingewilligt hat. Der Einwilligung der Patientin oder des Patienten bedarf es nicht, wenn das Interesse der Allgemeinheit an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Geheimhaltungsinteresse der Patientin oder des Patienten erheblich überwiegt, die Einholung der Einwilligung der Patientin oder beim Patienten nicht zugemutet werden kann und ihre oder seine schutzwürdigen Belange nicht beeinträchtigt werden. Die Krankenhäuser haben die Empfängerin oder den Empfänger, die Art der zu übermittelnden Daten, den Kreis der betroffenen Patientinnen oder Patienten, das von der Empfängerin oder vom Empfänger genannte Forschungsvorhaben sowie das Vorliegen der Voraussetzungen des Satzes 2 aufzuzeichnen. Die übermittelten personenbezogenen Daten dürfen nur mit der Einwilligung der Patientin oder des Patienten weiter übermittelt oder für ein anderes als das angegebene Forschungsvorhaben verarbeitet oder sonst genutzt werden.
- (3) Zu Zwecken nicht nur der behandlungsbezogenen Aufgaben der wissenschaftlichen Erforschung einer bestimmten Krankheit dürfen Krankenhäuser personenbezogene Daten in einem klinischen Krankheitsregister speichern, verarbeiten und nutzen. Dies ist nur zulässig mit Genehmigung durch die Krankenhausaufsichtsbehörde und nach Anhörung der oder des Landesbeauftragten für Datenschutz. In der Genehmigung sind die Zweckbestimmung des klinischen Krankheitsregisters, die Art der zu speichernden Daten und der Kreis der Betroffenen festzulegen.
- (4) In einem klinischen Krankheitsregister können auch personenbezogene Daten mehrerer Krankenhäuser zusammengeführt werden. Absatz 3 gilt entsprechend.
- (5) Personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten dürfen in einem klinischen Krankheitsregister gespeichert werden, wenn die oder der Betroffene im Einzelfall nach vorheriger Unterrichtung über die Datenübermittlung an die registerführende Stelle und Aufklärung über den Zweck des Registers nicht widersprochen hat. Von der Unterrichtung der Betroffenen kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn keine Nachsorgemaßnahmen mit Hilfe des klinischen Krankheitsregisters durchgeführt werden, eine ernste, nicht behebbare Gesundheitsverschlechterung eintreten kann und kein Grund zu der Annahme besteht, dass die Patientin oder der Patient der Speicherung widersprochen hätte. Die Gründe sind aufzuzeichnen.
- (6) Die Registerdaten dürfen nur im Rahmen der festgelegten Zweckbestimmung genutzt werden. Das registerführende Krankenhaus trägt die Verantwortung für die datenschutzrechtlich unbedenkliche Führung des klinischen Krankheitsregisters.
- (7) Die übermittelten personenbezogenen Daten nach den Absätzen 1, 3 und 4 dürfen nur mit der Einwilligung der Patientin oder des Patienten für ein anderes als das angegebene Forschungsvorhaben verarbeitet oder sonst genutzt werden.
- (8) Die Daten nach den Absätzen 1, 3 und 4 sind so bald wie möglich zu anonymisieren. Die Merkmale, mit deren Hilfe der Bezug der anonymisierten Daten zu den Patientinnen oder Patienten wiederhergestellt werden kann, sind gesondert zu speichern und zu löschen, sobald der Forschungszweck dies gestattet.
- (9) Die Veröffentlichung von Forschungsergebnissen darf keinen Personenbezug erkennen lassen.

§ 15

Krankenhausaufsicht

- (1) Die Krankenhäuser unterliegen der Rechtsaufsicht des Ministeriums für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales (Krankenhausaufsichtsbehörde). Die Vorschriften über die hygienische Überwachung der Krankenhäuser gemäß § 11 Abs. 3 und über die Aufsicht über die Ausbildungsstätten gemäß § 43 Abs. 4 sind Teil der Krankenhausaufsicht.
- (2) Die Aufsicht erstreckt sich darauf, dass die für die Krankenhäuser geltenden Rechtsvorschriften beachtet und eingehalten werden. Sie ist so zu handhaben, dass die Entschluss- und Verantwortungsfreudigkeit der Krankenhäuser gefördert und nicht beeinträchtigt wird. Die Vorschriften über die allgemeine Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, über die Krankenhäuser im Straf- und Maßregelvollzug, die Rechtsaufsicht über das Universitätsklinikum des Saarlandes sowie über die landes- und bundesunmittelbaren Körperschaften bleiben unberührt.

(3) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Krankenhausaufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Einsicht in die dafür notwendigen Geschäftsunterlagen zu gewähren. Zur Überwachung dürfen Grundstücke, Anlagen und Einrichtungen von den Beauftragten der zuständigen Behörde betreten werden. Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

(4) Wird durch das Handeln oder Unterlassen eines Krankenhauses das Recht verletzt, soll die Aufsichtsbehörde zunächst beratend darauf hinwirken, dass das Krankenhaus die Rechtsverletzung behebt. Kommt das Krankenhaus dem innerhalb der gesetzten Frist nicht nach, kann die Aufsichtsbehörde das Krankenhaus verpflichten, die Rechtsverletzung zu beheben. Die Verpflichtung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet worden oder sie unanfechtbar geworden ist.

(5) Bei begründetem Verdacht auf einen Verstoß gegen Berufspflichten der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten unterrichtet das Krankenhaus die Krankenhausaufsichtsbehörde, das Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz und die jeweils zuständige Heilberufekammer.

Fünfter Abschnitt

Organisation der Krankenhäuser

§ 16

Krankenhausleitung und Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

(1) Die Krankenhausleitung wird vom Krankenhausträger bestellt. Ihr obliegt die Betriebsführung des Krankenhauses.

(2) Sie besteht mindestens aus einer Verwaltungsdirektorin oder einem Verwaltungsdirektor, einer Ärztlichen Direktorin oder einem Ärztlichen Direktor und einer Pflegedirektorin oder einem Pflegedirektor; für jedes Mitglied der Krankenhausleitung ist eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter zu benennen. Die für die Geschäftsleitung geltenden gesellschaftsrechtlichen Regelungen bleiben unberührt.

(3) Die Krankenhausleitung ist dafür verantwortlich, dass die patientengerechte Versorgung und die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beachtet werden und die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses gewährleistet ist.

(4) Die Zuständigkeiten der Mitglieder der Krankenhausleitung ergeben sich aus den §§ 17, 18 und 19, soweit der Krankenhausträger keine abweichende Zuständigkeitsregelung trifft.

(5) Der Krankenhausträger ist berechtigt, aus den Einkünften, die Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses aus wahlärztlicher Tätigkeit erzielen, eine Abgabe zu verlangen, die pauschaliert werden kann. Neben der Erstattung der Kosten, welche durch ärztliche Tätigkeit nach Satz 1 im Krankenhaus verursacht werden, kann der Krankenhausträger einen Vorteilsausgleich verlangen.

(6) Werden im stationären Bereich von hierzu berechtigten Ärztinnen oder Ärzten des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen gesondert berechnet, so sind deren nachgeordnete Ärztinnen und Ärzte sowie nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den hieraus erzielten Einnahmen zu beteiligen. Die Regelung des § 22 des Gesetzes über das Universitätsklinikum des Saarlandes vom 26. November 2003 (Amtsbl. S. 2940), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 17. März 2005 (Amtsbl. S. 486), in der jeweils geltenden Fassung⁶ bleibt unberührt.

(7) Der Krankenhausträger stellt durch hausinterne Regelungen die angemessene Beteiligung nach Absatz 6 sicher. Sofern der Krankenhausträger keine andere Regelung trifft, haben die liquidationsberechtigten Ärztinnen und Ärzte von ihren nach Abzug der Abgaben an den Krankenhausträger nach Absatz 5 verbleibenden Liquidationseinnahmen im stationären Bereich bis zu 25.600 Euro Abgaben in Höhe von 10 vom Hundert, von mehr als 25.600 Euro bis 127.800 Euro in Höhe von 25 vom Hundert und von den 127.800 Euro übersteigenden Liquidationseinnahmen in Höhe von 40 vom Hundert einer Mitarbeiterbeteiligung zuzuführen. Bei der Verteilung sind Verantwortung, Leistung, Erfahrung und Dauer der Zugehörigkeit zum Krankenhaus zu berücksichtigen.

(8) Die Erfüllung von bestehenden Verträgen des Krankenhausträgers mit liquidationsberechtigten Ärztinnen und Ärzten bleibt unberührt. Der Krankenhausträger hat die rechtlichen Möglichkeiten einer Anpassung dieser Verträge auszuschöpfen.

⁶ UKSG vgl. BS-Nr. 221-3.

§ 17

Verwaltungsdirektorin oder Verwaltungsdirektor

(1) Die Verwaltungsdirektorin oder der Verwaltungsdirektor muss über die notwendigen betriebswirtschaftlichen und sonstigen Fachkenntnisse verfügen.

(2) Der Verwaltungsdirektorin oder dem Verwaltungsdirektor obliegt insbesondere

1. die Leitung der Bereiche Verwaltung, Wirtschaft und Technik,
2. das Beschaffungs- und Lagerwesen,
3. die Personalverwaltung,
4. die Patientenaufnahme und -abrechnung,
5. das Finanz- und Rechnungswesen,
6. die Verwaltung der Grundstücke und Gebäude,
7. die Ausübung des Hausrechts und
8. die Sicherstellung der Zusammenarbeit mit dem Zentralen Bettennachweis nach dem Saarländischen Rettungsdienstgesetz in der jeweils geltenden Fassung.³

§ 18

Ärztliche Direktorin oder Ärztlicher Direktor

(1) Die Ärztliche Direktorin oder der Ärztliche Direktor vertritt vorrangig die medizinischen Belange in der Krankenhausleitung.

(2) Der Ärztlichen Direktorin oder dem Ärztlichen Direktor obliegt die Sicherstellung der medizinischen Versorgung, insbesondere

1. die Sicherstellung der Zusammenarbeit des ärztlichen Dienstes und der Fachabteilungen,
2. die Koordinierung der ärztlichen und medizinisch-technischen Dienste sowie die Ausübung der ärztlichen Fachaufsicht in diesen Bereichen,
3. die Sicherstellung des ärztlichen Aufnahmedienstes,
4. die Sicherstellung der ärztlichen Aufzeichnung und Dokumentation,
5. die Sicherstellung der Krankenhaushygiene und der kontinuierlichen Qualitätskontrolle der Krankenhausleistungen,
6. die Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Apothekerinnen und Apothekern, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten,
7. die Überwachung der Durchführung gesundheitsbehördlicher Anordnungen,
8. die Sicherstellung der gesundheitlichen Überwachung der Beschäftigten im Krankenhaus und
9. die Sicherstellung der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens gemäß § 4 Abs. 3.

§ 19

Pflegedirektorin oder Pflegedirektor

(1) Die Pflegedirektorin oder der Pflegedirektor vertritt vorrangig die pflegerischen Belange in der Krankenhausleitung. Sie oder er muss eine Ausbildung in einem staatlich anerkannten Krankenpflegefachberuf sowie eine Weiterbildung absolviert haben, die zur Leitungsfunktion qualifiziert.

(2) Der Pflegedirektorin oder dem Pflegedirektor obliegt insbesondere

1. die Leitung und Koordinierung des pflegerischen Dienstes,
2. die Koordinierung der Weiter- und Fortbildung des Pflegepersonals,
3. die Überwachung der Pflegequalität,
4. die Weiterentwicklung und Anpassung der pflegerischen Arbeit unter Berücksichtigung des medizinischen, medizinisch-technischen und pflegerischen Fortschritts,
5. die Entscheidung über Beschwerden zur pflegerischen Versorgung und
6. die Beteiligung an der praktischen Ausbildung der Schülerinnen und Schüler der Pflegeberufe in Zusammenarbeit mit den Leitungen der Pflegeschulen.

§ 20

Jahresabschlussprüfung

(1) Der Jahresabschluss des Krankenhauses ist unter Einbeziehung des Rechnungswesens durch eine geeignete Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Abschlussprüfer) zu prüfen. Sie wird jährlich vom Krankenhausträger bestellt.

(2) Die Prüfung des Jahresabschlusses wird nach den allgemeinen für Jahresabschlussprüfungen geltenden Grundsätzen durchgeführt. Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf

1. die Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens,
2. die wirtschaftlichen Verhältnisse,
3. die im Einzelnen zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der pauschalen Fördermittel nach § 31 sowie
4. die Anzahl der voll- und teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, der Pflegetage und der Geburten.

(3) Werden nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung keine Einwendungen erhoben, hat der Abschlussprüfer dies zu bestätigen; andernfalls ist die Bestätigung einzuschränken oder zu versagen.

§ 21

Arzneimittelkommission

(1) Jedes Krankenhaus bildet eine Arzneimittelkommission. Krankenhäuser eines Trägers oder räumlich benachbarte Krankenhäuser können auch eine gemeinsame krankenhäuserübergreifende Arzneimittelkommission bilden. Die Leitung der Arzneimittelkommission obliegt einer Krankenhausapothekerin oder einem Krankenhausapotheker bzw. einer in Arzneimittelfragen besonders erfahrenen Krankenhausärztin oder einem entsprechenden Krankenhausarzt.

(2) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. die Erstellung und Fortschreibung einer Liste der im Krankenhaus zu verwendenden Arzneimittel unter besonderer Berücksichtigung der Arzneimittelsicherheit, der Aufgabenstellung des Krankenhauses und des Gebots der Wirtschaftlichkeit,
2. die Erfassung von Arzneimittelrisiken, insbesondere von Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Gegenanzeigen sowie die Meldung an die Arzneimittelkommission der Kammern der Heilberufe und
3. die Beratung der Ärztinnen und Ärzte in Fragen der Arzneimitteltherapie.

(3) Die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste ist von den Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten bei der Arzneimitteltherapie zu berücksichtigen.

Sechster Abschnitt

Krankenhausplanung

§ 22

Aufgaben der Krankenhausplanung

(1) Zur Verwirklichung der in § 1 und § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Ziele stellt das Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales (Krankenhausplanungsbehörde) auf der Basis eines von einem Sachverständigen erstellten Gutachtens über die konkrete Versorgungssituation und den künftig zu erwartenden Versorgungsbedarf einen Krankenhausplan für das Saarland auf. Er weist die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser aus.

(2) Bei der Krankenhausplanung sind die in § 1 und § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Ziele gegeneinander und untereinander abzuwägen; die Erfordernisse der Raumordnung sind zu beachten.

(3) Die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ist insbesondere mit Blick auf die Bevölkerungszahl und -struktur, die Inanspruchnahme der Krankenhäuser durch saarländische und auswärtige Patientinnen und Patienten, die Krankheitsarten, die übrigen Versorgungsangebote im Gesundheitswesen und die vergleichbare Versorgungsdichte in Bund und Ländern im Krankenhausplan zu bestimmen.

§ 23

Krankenhausplan

(1) Der Krankenhausplan besteht aus den Grundsätzen der Krankenhausplanung nach Abs. 2, den Festlegungen über die Standorte der Krankenhäuser sowie deren Fachabteilungen mit Planbetten und teilstationären Plätzen. Der Krankenhausplan regelt außerdem die Sicherstellung der klinischen Notfallversorgung nach § 10 Abs. 1, die Wahrnehmung besonderer Aufgaben und Leistungen nach Absatz 4 und die Vorhaltung von Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe nach § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Das Universitätsklinikum des Saarlandes ist im Krankenhausplan auszuweisen.

(2) Die Grundsätze der Krankenhausplanung enthalten insbesondere die Planungsziele, den Planungszeitraum, eine Bedarfsanalyse, die eine Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung enthält, die Anforderungen an die Krankenhäuser zur Teilnahme an der Notfallversorgung, die Bestimmung von Leistungen nach § 137 Abs. 1 Satz 5 des

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - sowie Regelungen über das Planungsverfahren und die Planungsmethode.

- (3) Die Krankenhausplanungsbehörde erarbeitet die Grundsätze der Krankenhausplanung. Die Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenhausplanungsbehörde stellen die Grundsätze der Krankenhausplanung in der saarländischen Krankenhauskonferenz vor. Die Krankenhauskonferenz berät die Grundsätze der Krankenhausplanung.
- (4) Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung kann der Krankenhausplan einzelnen Krankenhäusern mit deren Zustimmung besondere Aufgaben und Leistungen zuordnen.
- (5) Der Krankenhausplan kann für abgegrenzte Bereiche durch Krankenhausfachpläne ergänzt werden; diese sind Teil des Krankenhausplans.
- (6) Kapazitäten für planbare Leistungen nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – werden bei der Aufstellung des Krankenhausplans nur berücksichtigt, wenn zu erwarten ist, dass die dafür erforderlichen Mindestmengen je Ärztin oder Arzt oder Krankenhaus innerhalb eines Jahres erreicht werden. Ist zu erwarten, dass die erforderlichen Mindestmengen je Ärztin oder Arzt oder Krankenhaus nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – nicht innerhalb eines Jahres erreicht werden, so kann die Krankenhausplanungsbehörde Kapazitäten nach Satz 1 bei der Aufstellung des Krankenhausplans berücksichtigen, wenn sie zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind.
- (7) Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilungen dürfen nur betrieben werden, wenn sie regelmäßig mehr als 300 Geburten jährlich haben.
- (8) Zwischen Kostenträgern und Krankenhausträgern können durch Festlegungen von Mindestversorgungsmengen und Mindestausstattungsstandards weitergehende Regelungen zur Qualitätssicherung vertraglich vereinbart werden.
- (9) Mehrere bislang selbstständige Krankenhäuser können mit Zustimmung der Krankenhausplanungsbehörde zu einem Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzes zusammengefasst werden, wenn
1. sie unter einheitlicher wirtschaftlicher, organisatorischer und medizinischer Leitung stehen und
 2. sie eine von ihnen angebotene planbare Leistung jeweils nur an einer Betriebsstätte erbringen, soweit nicht die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung die Leistungserbringung an mehr als einer Betriebsstätte erforderlich macht.
- Die bisher selbstständigen Krankenhäuser sind als Betriebsstätten im Krankenhausplan auszuweisen. Es ist sicherzustellen, dass an jeder Betriebsstätte die für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung einschließlich der Notfallversorgung erforderlichen sächlichen und personellen Mittel vorhanden sind und eine Betriebsmindestgröße erreicht wird, die eine ordnungsgemäße betriebswirtschaftliche Führung sichert.
- (10) Der Krankenhausplan und die auf ihm aufbauenden Feststellungsbescheide sind von den Krankenkassen und den Krankenhäusern insbesondere bei den Entgeltvereinbarungen zu beachten.

§ 24

Aufstellung des Krankenhausplans

- (1) Die Krankenhausplanungsbehörde stellt im Benehmen mit dem Ministerium der Finanzen unter Mitwirkung der Beteiligten nach den §§ 26 und 27 den Krankenhausplan für das Saarland auf und schreibt ihn fort. Die Sonderstellung des Universitätsklinikums, das der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes bei deren Aufgabenerfüllung in Forschung und Lehre dient, ist im Rahmen der Krankenhausplanung zu gewährleisten.
- (2) Der Krankenhausplan sowie seine Fortschreibungen werden von der Landesregierung beschlossen und im Amtsblatt des Saarlandes veröffentlicht.⁷
- (3) Die Landesregierung hat dem Landtag einmal in der zweiten Hälfte einer jeden Legislaturperiode einen Krankenhausbericht vorzulegen.

§ 25

⁷ Vgl. Krankenhausplan für die Jahre 2006 bis 2010 vom 20. Juni 2006 (Amtsbl. S. 1038), geändert gem. Bekanntmachung vom 23. Juli 2007 (Amtsbl. S. 1540).

Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan erfolgt nach § 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch Feststellungsbescheid der Krankenhausplanungsbehörde. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Wird auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung der Feststellungsbescheid geändert, so ändert er insoweit unmittelbar den Krankenhausplan.

(2) Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan hat insbesondere zu enthalten

1. den Namen des Krankenhauses und seinen Standort bzw. die Standorte seiner Betriebsstätten,
2. die Bezeichnung, die Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie, falls abweichend, den Eigentümer des Krankenhauses,
3. das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan,
4. die Bezeichnung besonderer Aufgaben und Leistungen,
5. die Gesamtzahl der im Krankenhausplan anerkannten Planbetten einschließlich der teilstationären Plätze,
6. die Zahl, Art und Größe (Betten- und Platzzahl) der Fachabteilungen,
7. die Art der Teilnahme an der Notfallversorgung,
8. den Versorgungsbezirk für die psychiatrische Pflichtversorgung,
9. die Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe sowie die Anzahl der Ausbildungsplätze,
10. die inhaltlichen und zeitlichen Beschränkungen für einzelne Festlegungen und die dafür maßgeblichen Gründe.

(3) Darf eine planbare Leistung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – nicht mehr erbracht werden, weil die erforderliche Mindestmenge je Ärztin oder Arzt oder Krankenhaus innerhalb eines Jahres nicht erreicht wird, so sind die Festlegungen des Krankenhausplans und des Feststellungsbescheides entsprechend anzupassen. Erforderlichenfalls ist die entsprechende Fachabteilung zu schließen. Wenn ein Krankenhaus ohne Zustimmung der Krankenhausplanungsbehörde von den Feststellungen nach Absatz 2 abweicht, kann es ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.

(4) Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus verpflichtet, im Rahmen seines Versorgungsauftrags an der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Apothekerinnen und Apothekern, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe nach § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mitzuwirken sowie die Ausbildung der Angehörigen der Gesundheitsfachberufe entsprechend den Planungsvorgaben sicherzustellen.

(5) Zur optimalen Nutzung der vorhandenen Krankenhauskapazitäten ist im Rahmen der Gesamtbettenzahl ein interdisziplinärer Bettenausgleich zwischen den einzelnen Fachabteilungen am jeweiligen Standort zulässig.

Siebenter Abschnitt

Mitwirkung der Beteiligten

§ 26

Saarländische Krankenhauskonferenz

(1) Um die Zusammenarbeit mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten bei der Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dieses Gesetzes zu gewährleisten, wird bei der Krankenhausplanungsbehörde die Saarländische Krankenhauskonferenz gebildet. In diesem Gremium werden insbesondere folgende Angelegenheiten behandelt:

1. die Grundsätze der Krankenhausplanung nach § 23 Abs. 2 und 3,
2. die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans nach den §§ 23 und 24,
3. die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausinvestitionsplans nach § 28.

(2) Der Saarländischen Krankenhauskonferenz gehören als Beteiligte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an:

1. die Saarländische Krankenhausgesellschaft e. V.,
2. die Allgemeine Ortskrankenkasse für das Saarland,
3. der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (AEV) – Landesvertretung Saarland,
4. die Bundesknappschaft⁸,
5. der BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland,
6. die Innungskrankenkasse Südwest-Direkt,

⁸ Zur organisatorischen Neuordnung der „Deutschen Rentenversicherung“ ab dem 1. Oktober 2005 vgl. §§ 125 ff SGB VI gem. Art. 1 Nr. 17, 86 Abs. 4 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S.3242).

7. die Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland,
8. der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. – Landesausschuss Saarland,
9. der Saarländische Städte- und Gemeindetag,
10. der Landkreistag Saarland,
11. die Ärztekammer des Saarlandes,
12. die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes,
13. die Kassenärztliche Vereinigung Saarland,
14. der Deutsche Gewerkschaftsbund – Landesbezirk Saar,
15. die Vereinigung der saarländischen Unternehmensverbände e. V.,
16. der Verband der Privatkanneanstalten im Saarland e. V.,
17. der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. – Landesverband Saarland,
18. der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e. V. – Landesverband Saarland,
19. die Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen im Saarland e. V.,
20. der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – Landesgruppe Rheinland-Pfalz/Saarland,
21. der Arbeitsgemeinschaft Saarländischer Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher,
22. der Deutsche Berufsverband für soziale Arbeit e. V., – Landesverband Saar,
23. die Liga der Freien Wohlfahrtspflege Saar,
24. die Universität des Saarlandes – Medizinische Fakultät,
25. das Ministerium für Inneres und Sport,
26. das Ministerium der Finanzen,
27. das *Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft*.⁹

Die Saarländische Krankenhausgesellschaft e. V. bestimmt sieben Vertreterinnen oder Vertreter, die übrigen Mitglieder der Saarländischen Krankenhauskonferenz bestimmen je eine Vertreterin oder einen Vertreter. Für jedes Mitglied ist eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter zu benennen. Diese sind Abwesenheitsvertreterinnen und -vertreter. Die Beteiligten benennen der Krankenhausplanungsbehörde die entsprechenden Personen.

(3) Vorsitz und Geschäftsführung der Saarländischen Krankenhauskonferenz obliegen der Krankenhausplanungsbehörde. Deren Vertreterinnen und Vertreter haben kein Stimmrecht. Die Krankenhausplanungsbehörde beruft die Saarländische Krankenhauskonferenz zu ihren Sitzungen ein.

(4) Die Saarländische Krankenhauskonferenz tagt nicht öffentlich. Sie kann zu ihren Beratungen Sachverständige und Krankenhausträger hinzuziehen, wenn dies im Hinblick auf die Bedeutung und Problematik des jeweiligen Gegenstandes geboten ist.

§ 27

Unmittelbar Beteiligte

(1) Die Krankenhausträger sowie die Allgemeine Ortskrankenkasse für das Saarland, der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (AEV) – Landesvertretung Saarland, die Bundesknappschaft, der BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, die Innungskrankenkasse Südwest-Direkt, die Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. – Landesausschuss Saarland – (Kostenträger) sind unmittelbar Beteiligte nach § 7 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(2) Die Krankenhausplanungsbehörde erörtert in Planungsgesprächen für jedes Krankenhaus die beabsichtigten planerischen Festlegungen mit dem Krankenhausträger und einem Vertreter oder einer Vertreterin der Kostenträger. Die in Absatz 1 genannten Kostenträger bestimmen für jedes Krankenhaus eine Person, die in den Planungsgesprächen ihre Interessen wahrnimmt. Die Krankenhausplanungsbehörde soll insbesondere mit den Kostenträgern einvernehmliche Regelungen anstreben. Die von den Kostenträgern bestimmte Person erklärt gegenüber der Krankenhausplanungsbehörde innerhalb von zwei Wochen nach Abschluss der Planungsgespräche für ein Krankenhaus, ob das Einvernehmen zu den beabsichtigten planerischen Festlegungen erteilt wird.

Achter Abschnitt

Förderung der Krankenhäuser

§ 28

Investitionsplanung

⁹ Nunmehr das Ministerium für Wirtschaft und Wissenschaft gem. der Bekanntmachung der Geschäftsbereiche der obersten Landesbehörden (BS-Nr. 1101-5) i.V.m. § 4 Abs. 2 des Landesorganisationsgesetzes (BS-Nr. 200-2).

(1) Zur Förderung der Investitionskosten nach § 9 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird durch das Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales (Krankenhausförderbehörde) unter paritätischer Mitwirkung der unmittelbar Beteiligten gemäß § 27 Abs. 1 auf der Grundlage des Krankenhausplans und des jeweiligen Haushaltsplans sowie unter Berücksichtigung der mittelfristigen Finanzplanung des Landes ein Investitionsplan für den Zeitraum der mittelfristigen Finanzplanung aufgestellt. Er ist jährlich fortzuschreiben.

(2) Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Investitionsplans sind die Bedarfsnotwendigkeit, die Dringlichkeit und die Folgekosten der vorgesehenen Investitionen zu berücksichtigen und an die Erfordernisse der strukturellen Gesamtentwicklung anzupassen.

(3) Der Investitionsplan sowie seine Fortschreibungen werden von der Landesregierung beschlossen und im Amtsblatt des Saarlandes veröffentlicht.⁷

(4) Für eine längerfristige Planung kann die Krankenhausförderbehörde im Einvernehmen mit dem Ministerium der Finanzen und unter paritätischer Mitwirkung der unmittelbar Beteiligten gemäß § 27 Abs. 1 über den Zeitraum der mittelfristigen Finanzplanung hinaus für einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren eine perspektivische Folgeplanung (Perspektivplanung) erstellen. Die Perspektivplanung ist Grundlage für die Fortschreibung des Investitionsplans.

§ 29

Grundsätze der Förderung

(1) Die Krankenhausförderbehörde bewilligt den Krankenhäusern auf Antrag Fördermittel durch schriftlichen Verwaltungsakt. Diese sind so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung der Aufgabenstellung des jeweiligen Krankenhauses notwendigen Investitionskosten nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit decken.

(2) Die Förderung wird in Form von Zuschüssen gewährt. Sie kann nach Maßgabe des Haushaltsplans auch durch die teilweise oder vollständige Übernahme des Schuldendienstes für Darlehen erfolgen.

(3) Eine Nutzung von geförderten Anlagegütern bis zur Höhe von 10 vom Hundert (Wesentlichkeitsgrenze) für Zwecke außerhalb des stationären oder teilstationären Krankenhausbetriebs ist für die Bemessung der Fördermittel unbeachtlich. Werden Anlagegüter zu einem größeren Teil für Zwecke außerhalb des stationären oder teilstationären Krankenhausbetriebs genutzt, ohne dass dies bei der Bewilligung der Fördermittel entsprechend berücksichtigt wurde, sind die anteiligen Investitionskosten oder die Einnahmen aus der Vermietung und Verpachtung für die Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern zu verwenden. Sie sind jährlich dem für diese Fördermittel zu führenden Konto zuzuführen.

(4) Die Nutzung von Anlagegütern für ambulante

1. a) Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung –,
- b) Leistungen des Krankenhauses nach § 120 Abs. 3 des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung –,
2. Operationen im Krankenhaus nach § 115 b des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung –,
3. Behandlung durch Krankenhausärztinnen und –ärzte,
4. Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140 a des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung –,
5. Behandlung von Kranken bei Unterversorgung nach § 116 des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung –,
6. Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – sowie
7. Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung –

wird bei der Ermittlung der Wesentlichkeitsgrenze nach Absatz 3 nicht berücksichtigt.

§ 30

Einzelförderung

(1) Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die in den Investitionsplan aufgenommen sind, bedürfen vor ihrer Bewilligung einer fachlichen Prüfung durch die Krankenhausförderbehörde. Bei einzelnen Investitionsmaßnahmen, deren Gesamtkosten den Betrag von 500.000 Euro übersteigen und deren Kosten überwiegend Baukosten sind, findet darüber hinaus durch die Oberste Bauaufsichtsbehörde eine baufachliche Prüfung statt.

- (2) Investitionsmaßnahmen nach Absatz 1 können auf Antrag durch einen Festbetrag gefördert werden.
- (3) Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit die Mehrkosten nach einer fachlichen Überprüfung unabweisbar sind und die Krankenhausförderbehörde unverzüglich über die Mehrkosten unterrichtet worden ist. Soweit die Krankenhausförderbehörde in Planänderungen nicht eingewilligt hat, sind Mehrkosten nicht förderfähig. Im Falle der Festbetragsfinanzierung ist eine Nachbewilligung ausgeschlossen.
- (4) Die Krankenhausförderbehörde wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung¹⁰ im Einvernehmen mit dem Ministerium der Finanzen das Förderverfahren festzulegen. Das Förderverfahren regelt insbesondere:
1. das Vorverfahren zur Abstimmung wesentlicher Investitionen,
 2. das Antragsverfahren,
 3. das fachliche Prüfungsverfahren,
 4. die förderfähigen Kosten,
 5. den Inhalt des Bewilligungsbescheides,
 6. die Auszahlung der Fördermittel,
 7. den Verwendungsnachweis,
 8. die Schlussbewilligung.

§ 31

Pauschale Förderung

- (1) Die pauschale Förderung gemäß § 9 Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes der Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen, deren vollstationäre und teilstationäre Leistungen nach dem Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Juni 2005 (BGBl. I S. 1720), in der jeweils geltenden Fassung vergütet werden, gliedert sich in eine bettenbezogene Grundpauschale zur Abgeltung der entstehenden Vorhaltekosten und eine fallbezogene Jahrespauschale.
- (2) Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen, deren vollstationäre und teilstationäre Leistungen nach der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429), in der jeweils geltenden Fassung vergütet werden, erhalten insgesamt eine Jahrespauschale von 5 Prozent der nach § 31 Abs. 1 zur Verteilung bereitgestellten Fördermittel, höchstens jedoch 1.300 Euro je Planbett und teilstationärem Platz.
- (3) Die Fördermittel gemäß den Absätzen 1 und 2 sind alle zwei Jahre entsprechend der Entwicklung der Kosten für Investitionsgüter sowie der sich aus der Fortentwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik ergebenden Erfordernisse neu festzusetzen.
- (4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 kann in begründeten Ausnahmefällen ein höherer oder niedrigerer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist.
- (5) Die Fördermittel gemäß den Absätzen 1 und 2 werden in zwei Raten ausgezahlt, jeweils zum 15. März und 15. September eines jeden Jahres.
- (6) Nicht verbrauchte Fördermittel sind entsprechend den Grundsätzen der wirtschaftlichen Betriebsführung zinsgünstig anzulegen. Erträge aus der Veräußerung geförderter kurzfristiger Anlagegüter und die Zinserträge sind dem Fördermittelkonto zuzuführen und zweckentsprechend zu verwenden. Dies gilt auch bei vorübergehender Inanspruchnahme der Fördermittel anstelle von Betriebskreditmitteln bezüglich der dadurch ersparten Zinsen.
- (7) Die Krankenhausförderbehörde wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung¹¹ im Einvernehmen mit dem Ministerium der Finanzen die Nähere zu der bettenbezogenen Grundpauschale und der einzelfallbezogenen Jahrespauschale zu bestimmen.

Bei der Festlegung der bettenbezogenen Grundpauschale sind die Gesamtbettenzahl und die Aufgabenstellung nach dem Krankenhausplan zu berücksichtigen; die bettenbezogene Grundpauschale kann auch nach Bettenbandbreiten bemessen werden. Bei der einzelfallbezogenen Jahrespauschale ist der Ressourcenverbrauch der behandelten Fälle zu berücksichtigen.

¹⁰ Verordnung vgl. BS-Nr. 2126-3-4.

¹¹ Verordnung vgl. BS-Nr. 2126-3-2.

§ 32

Förderung der Nutzung von Anlagegütern

Anstelle der Förderung der Anschaffung und Wiederbeschaffung von Anlagegütern nach § 9 Abs. 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und §§ 30 und 31 durch Zuschüsse können auf Antrag des Krankenhauses Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern bewilligt werden, wenn dies nach einem Gesamtkostenvergleich wirtschaftlicher ist.

§ 33

Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen („alte Last“)

(1) Sind für förderungsfähige Investitionen von Krankenhäusern, die nach § 30 gefördert werden, vor Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan Darlehen auf dem Kapitalmarkt aufgenommen worden, so werden auf Antrag in der Höhe der sich daraus ergebenden Lasten Fördermittel bewilligt.

(2) Absatz 1 gilt nicht für Darlehen, die zur Ablösung von Eigenkapital des Krankenhausträgers nach Aufnahme in den Krankenhausplan aufgenommen wurden.

(3) Krankenhäuser, die Fördermittel nach Absatz 1 in Anspruch nehmen wollen, sind zur Auskunft über alle Tatsachen verpflichtet, deren Kenntnis zur Feststellung der Voraussetzungen notwendig ist.

§ 34

Förderung von Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten

Eine Betriebsgefährdung im Sinne des § 9 Abs. 2 Nr. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch Anlauf-, Umstellungs- oder Grundstückskosten liegt nur vor, wenn das dem Krankenhaus zur Verfügung stehende Vermögen zur Finanzierung dieser Kosten nicht ausreicht.

§ 35

Förderung zur Betreuung von Kindern

Die Errichtung (Neubau, Erweiterungsbau, Umbau) von Einrichtungen zur Betreuung von Kindern der Beschäftigten und der Patientinnen und Patienten ist bis zur Hälfte der anerkannten Kosten förderfähig. Soweit aus sozialen oder pädagogischen Gründen eine Betreuung von ortsansässigen Kindern geboten ist, ist eine Mitnutzung von bis zur Hälfte der geförderten Plätze förderungsschädlich.

§ 36

Förderung zum Ausgleich von Eigenmitteln

(1) Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz mit Eigenmitteln des Krankenhauses beschaffte, der Abnutzung unterliegende Anlagegüter vorhanden, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so ist dem Krankenhaus bei seinem Ausscheiden aus dem Krankenhausplan auf Antrag ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung aus Fördermitteln zu gewähren.

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

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend bei teilweisem Ausscheiden aus dem Krankenhausplan.

(4) Die Förderung nach den Absätzen 1 bis 3 kann pauschaliert werden, wenn der genaue Ausgleichsbetrag nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand ermittelt werden könnte.

§ 37

Förderung bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan

(1) Krankenhäuser, die aufgrund einer Entscheidung der Krankenhausplanungsbehörde aus dem Krankenhausplan ganz oder teilweise ausscheiden, erhalten Ausgleichszahlungen, soweit mit dem Vermögen, das dem Krankenhaus zur Verfügung steht, eine Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben oder die Schließung des Krankenhausbetriebs nicht möglich ist.

(2) Ausgleichszahlungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere zu bewilligen für:

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,
2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Schließung entstehen,
3. Investitionen zur Umstellung auf andere Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.

(3) Die Ausgleichszahlungen können auch pauschaliert werden.

§ 38

Förderung von Forschungsvorhaben

(1) Die Krankenhausförderbehörde kann nach Maßgabe des Haushaltsplans zur Erreichung und Unterstützung der in § 1 bezeichneten Ziele Mittel für Forschungszwecke, insbesondere für die Erforschung patienten- und bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen und -bedingungen, des zweckmäßigen und kostengünstigen Krankenhausbaus, der Krankenhausorganisation, der Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebs und der besseren Zusammenarbeit der stationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, bereitstellen.

(2) Die Förderung von Forschungsvorhaben soll möglichst unter fachlicher und finanzieller Beteiligung Dritter, insbesondere des Bundes und der Kostenträger, erfolgen.

§ 39

Sicherung der Zweckbestimmung, Auflagen und Bedingungen

(1) Fördermittel dürfen nur dem Förderzweck entsprechend verwendet werden, wie er sich insbesondere aus den im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses und dem Bewilligungsbescheid ergibt.

(2) Die Bewilligung von Fördermitteln kann mit Auflagen und Bedingungen verbunden werden, soweit dies zum Erreichen der Ziele des Krankenhausplans und der Zusammenarbeit nach § 4 erforderlich ist.

(3) Die Bewilligung von Ausgleichszahlungen nach § 37 kann mit Auflagen und Bedingungen verbunden werden, die für die Umstellung oder die Einstellung des Krankenhausbetriebs erforderlich sind.

§ 40

Rückzahlung von Fördermitteln

(1) Fördermittel können jederzeit zurückgefordert werden, wenn sie entgegen den festgesetzten Bedingungen oder Auflagen verwendet werden.

(2) Fördermittel sind zurückzuerstatten, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder wieder beschafft worden sind, mindert sich die Pflicht zur Erstattung entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer der jeweils geförderten Anlagegüter. Die Pflicht zur Erstattung besteht nur bis zur Höhe des Liquidationswerts der Anlagegüter.

(3) Von einer Rückforderung nach Absatz 2 kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der Krankenhausplanungsbehörde aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

§ 41

Verzinsung

Rückzahlungsansprüche sind mit ihrer Entstehung fällig und von diesem Zeitpunkt an mit einem Zinssatz von 6 vom Hundert zu verzinsen.

§ 42

Beteiligung der Gemeinden an der Mittelaufbringung

An den Aufwendungen für die Förderung der Errichtung von Krankenhäusern, der Wiederbeschaffung von Anlagegütern und des Ergänzungsbedarfs nach § 9 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Kosten von Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken nach § 9 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beteiligen sich die Gemeinden mit einem Betrag von 13 vom Hundert, an den Aufwendungen für die gemeindenahe stationäre Psychiatrie mit einem Drittel; § 15 Abs. 3 des Kommunalfinanzausgleichsgesetzes vom 12. Juli 1983 (Amtsbl. S. 461), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 17. März 2005 (Amtsbl. S. 486), in der jeweils

geltenden Fassung,¹² bleibt unberührt. Soweit sich der Bund oder sonstige Dritte an der Finanzierung von Modellvorhaben beteiligen, erbringen die Gemeinden die Hälfte des Betrags, der abzüglich der Finanzhilfen des Bundes oder sonstiger Dritter im Saarland zur Förderung dieser Vorhaben zur Auszahlung gelangt. Im Übrigen tragen die Gemeinden ein Drittel der Aufwendungen, die im Saarland nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz aufzubringen sind.

Neunter Abschnitt

Aus- und Weiterbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens

§ 43

Staatliche Anerkennung von Aus- und Weiterbildungsstätten

(1) Die staatliche Anerkennung der Ausbildungsstätten für die in § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Gesundheitsfachberufe wird auf Antrag, in Verbindung mit den jeweiligen Berufsgesetzen, durch das Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz erteilt.

(2) Die Anerkennung setzt voraus, dass die nachstehenden personellen, baulichen und sachlichen Mindestvoraussetzungen erfüllt sind. Zur Gewährleistung der Qualität der Ausbildung ist insbesondere sicherzustellen, dass

1. fachlich und pädagogisch geeignete Lehrkräfte und Praxisanleitungen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen,
2. die Räumlichkeiten und Einrichtungen den an die Ausbildung zu stellenden Anforderungen entsprechen und die notwendigen Lehr- und Lernmittel vorhanden sind,
3. eine zweckmäßige Ausstattung und Organisation nachgewiesen wird,
4. die Leitung der Ausbildungsstätte einer hierfür geeigneten Person oder einem Kollegium von bis zu drei geeigneten Personen übertragen ist und
5. die praktische Ausbildung in Krankenhäusern oder anderen geeigneten Einrichtungen des Gesundheitswesens gewährleistet ist.

Das Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales kann durch Rechtsverordnung Näheres zu den Mindestvoraussetzungen sowie zur Durchführung der Ausbildungen und Prüfungen regeln.

(3) Rücknahme und Widerruf einer staatlichen Anerkennung richten sich nach den entsprechenden Vorschriften des Saarländischen Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 15. Dezember 1976 (Amtsbl. S. 1151), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 8. Oktober 2003 (Amtsbl. S. 2874), in seiner jeweils geltenden Fassung.¹³

(4) Die in Absatz 1 genannten Ausbildungsstätten unterliegen der Fachaufsicht des Landesamtes für Soziales, Gesundheits- und Verbraucherschutz. Die Vorschriften des § 15 Abs. 2 bis 4 sind entsprechend anzuwenden.

Zehnter Abschnitt

Schlussbestimmungen

§ 44

Darlehen aus Landesmitteln

§ 30 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend für Darlehen aus Landesmitteln. An die Stelle des 1. Januar 1985 tritt der 18. August 1987.

§ 45

Änderung anderer Rechtsvorschriften¹⁴

§ 46

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) § 31 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2005 in Kraft. Im Übrigen tritt dieses Gesetz am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Gleichzeitig tritt das Saarländische Krankenhausgesetz vom 15. Juli 1987 (Amtsbl. S. 921), zuletzt geändert durch Artikel 3 Nummer 1 des Gesetzes vom 26. November 2003 (Amtsbl. S. 2940), außer Kraft.

(3) Dieses Gesetz tritt mit Ablauf des 30. Juni 2015 außer Kraft.

¹² K FAG vgl. BS-Nr. 6022-1.

¹³ SVwVfG vgl. BS-Nr. 2010-5.

¹⁴ Überholt (siehe bei den geänderten Rechtsvorschriften BS-Nrn. 2012-18, 312-1 und 6022-1).