

Amtliche Abkürzung: LKHG M-V
Ausfertigungsdatum: 08.10.2025
Gültig ab: 31.10.2025
Dokumenttyp: Gesetz
Quelle:



Fundstelle: GVOBI. M-V 2025, 570
Gliederungs-Nr.: 212-32

Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern
(Landeskrankenhausgesetz - LKHG M-V)
Vom 8. Oktober 2025

Zum 27.11.2025 aktuellste verfügbare Fassung der Gesamtausgabe

Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis

Titel	Gültig ab
Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Landeskrankenhausgesetz - LKHG M-V) vom 8. Oktober 2025	31.10.2025
Eingangsformel	31.10.2025
Inhaltsverzeichnis	31.10.2025
Abschnitt 1 - Allgemeine Bestimmungen	31.10.2025
§ 1 - Grundsätze	31.10.2025
§ 2 - Anwendungsbereich	31.10.2025
§ 3 - Begriffsbestimmungen und grundsätzliche Anforderungen	31.10.2025
§ 4 - Krankenhausaufsicht, Verordnungsermächtigung	31.10.2025
Abschnitt 2 - Krankenhausplanung	31.10.2025
§ 5 - Krankenhausplan	31.10.2025
§ 6 - Planungssystematik des Krankenhausplans, Verordnungsermächtigung	31.10.2025
§ 7 - Aufnahme in den Krankenhausplan und Ausscheiden aus dem Krankenhausplan	31.10.2025
§ 8 - Beteiligte	31.10.2025
§ 9 - Auskunftspflichten, Sicherung der Krankenhausplanung, Verordnungsermächtigung	31.10.2025
Abschnitt 3 - Landeskrankenhausförderung	31.10.2025
§ 10 - Grundlagen der Förderung	31.10.2025
§ 11 - Ausnahmeregelung für die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock	31.10.2025

Titel	Gültig ab
§ 12 - Aufbringung der Mittel	31.10.2025
§ 13 - Investitionsprogramm	31.10.2025
§ 14 - Einzelförderung von Investitionen bis 31. Dezember 2027	31.10.2025
§ 15 - Umfang der Einzelförderung bis 31. Dezember 2027	31.10.2025
§ 16 - Auszahlung der Einzelfördermittel bis 31. Dezember 2027	31.10.2025
§ 17 - Pauschalförderung bis 31. Dezember 2027, Verordnungsermächtigung	31.10.2025
§ 18 - Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten sowie von Grundstücks- kosten bis 31. Dezember 2027	31.10.2025
§ 19 - Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen bis 31. Dezember 2027	31.10.2025
§ 20 - Ausgleich für Eigenmittel bis 31. Dezember 2027	31.10.2025
§ 21 - Förderung der Nutzung von Anlagegütern bis 31. Dezember 2027	31.10.2025
§ 22 - Investitionspauschale ab 1. Januar 2028, Verordnungsermächtigung	31.10.2025
§ 23 - Förderung bei Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern	31.10.2025
§ 24 - Nebenbestimmungen und Rückforderung	31.10.2025
§ 25 - Erklärungen im Rahmen der Jahresabschlussprüfung	31.10.2025
§ 26 - Verwendungsnachweis	31.10.2025
§ 27 - Widerruf von Bescheiden, Verzinsung des Erstattungsanspruchs	31.10.2025
§ 28 - Wechsel des Krankenhausträgers oder des Eigentümers	31.10.2025
Abschnitt 4 - Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus, Qualität und Sicherheit der Versorgung	31.10.2025
§ 29 - Aufnahme und Versorgung	31.10.2025
§ 30 - Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen	31.10.2025
§ 31 - Soziale Betreuung	31.10.2025
§ 32 - Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher	31.10.2025
§ 33 - Ausbildung und Berufsrecht	31.10.2025
§ 34 - Qualitätssicherung	31.10.2025
§ 35 - Organspenderegister	31.10.2025
§ 36 - Krankenhaushygiene und Umwelt	31.10.2025
§ 37 - Leitung und innere Organisation eines Krankenhauses	31.10.2025
§ 38 - Arzneimittelkommission	31.10.2025
§ 39 - Stationsapotheke oder Stationsapotheker	31.10.2025
Abschnitt 5 - Notfallversorgung und besondere Gefahrenlagen	31.10.2025

Titel	Gültig ab
§ 40 - Notfallversorgung, Verordnungsermächtigung	31.10.2025
§ 41 - Krankenhausalarm- und -einsatzplan, Leiterin oder Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung, Einsatzleitung, Verordnungsermächtigungen	31.10.2025
§ 42 - Schulungen und Übungen, Verordnungsermächtigung	31.10.2025
§ 43 - Bevorratung und Notversorgung, Verordnungsermächtigungen	31.10.2025
§ 44 - Übergeordnete Steuerung bei besonderen Gefahrenlagen	31.10.2025
Abschnitt 6 - Die Verarbeitung personenbezogener Daten im Krankenhaus	31.10.2025
§ 45 - Anwendungsbereich	31.10.2025
§ 46 - Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, Verordnungsermächtigung	31.10.2025
§ 47 - Weitere Verarbeitung von Daten	31.10.2025
§ 48 - Einschränkung des Rechts auf Auskunft der betroffenen Person	31.10.2025
§ 49 - Löschung und Sperrung von Daten	31.10.2025
§ 50 - Speicherung und Bereitstellung von personenbezogenen Daten zu Forschungszwecken im eigenen Krankenhaus, Widerspruchsrecht	31.10.2025
§ 51 - Datenübermittlung zu Forschungszwecken an Stellen außerhalb des Krankenhauses und gemeinsame Forschung	31.10.2025
§ 52 - Treuhandstelle	31.10.2025
§ 53 - Veröffentlichung von personenbezogenen Daten	31.10.2025
§ 54 - Verarbeitung von personenbezogenen Daten bei Verfahren des maschinellen Lernens (künstliche Intelligenz)	31.10.2025
§ 55 - Datenverarbeitung im Auftrag	31.10.2025
§ 56 - Ordnungswidrigkeiten	31.10.2025
Abschnitt 7 - Gebühren und Auslagen, Inkrafttreten und Außerkrafttreten	31.10.2025
§ 57 - Gebühren und Auslagen	31.10.2025
§ 58 - Inkrafttreten, Außerkrafttreten	31.10.2025

Der Landtag Mecklenburg-Vorpommern hat das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1

Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Grundsätze
- § 2 Anwendungsbereich
- § 3 Begriffsbestimmungen und grundsätzliche Anforderungen
- § 4 Krankenhausaufsicht, Verordnungsermächtigung

Abschnitt 2

Krankenhausplanung

- § 5 Krankenhausplan
- § 6 Planungssystematik des Krankenhausplans, Verordnungsermächtigung
- § 7 Aufnahme in den Krankenhausplan und Ausscheiden aus dem Krankenhausplan
- § 8 Beteiligte
- § 9 Auskunftspflichten, Sicherung der Krankenhausplanung, Verordnungsermächtigung

Abschnitt 3

Landeskrankenhausförderung

- § 10 Grundlagen der Förderung
- § 11 Ausnahmeregelung für die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock
- § 12 Aufbringung der Mittel
- § 13 Investitionsprogramm
- § 14 Einzelförderung von Investitionen bis 31. Dezember 2027
- § 15 Umfang der Einzelförderung bis 31. Dezember 2027
- § 16 Auszahlung der Einzelfördermittel bis 31. Dezember 2027
- § 17 Pauschalförderung bis 31. Dezember 2027, Verordnungsermächtigung
- § 18 Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten sowie von Grundstückskosten bis 31. Dezember 2027
- § 19 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen bis 31. Dezember 2027
- § 20 Ausgleich für Eigenmittel bis 31. Dezember 2027
- § 21 Förderung der Nutzung von Anlagegütern bis 31. Dezember 2027
- § 22 Investitionspauschale ab 1. Januar 2028, Verordnungsermächtigung
- § 23 Förderung bei Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern
- § 24 Nebenbestimmungen und Rückforderung
- § 25 Erklärungen im Rahmen der Jahresabschlussprüfung
- § 26 Verwendungsnachweis
- § 27 Widerruf von Bescheiden, Verzinsung des Erstattungsanspruchs
- § 28 Wechsel des Krankenhausträgers oder des Eigentümers

Abschnitt 4

Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus, Qualität und Sicherheit der Versorgung

- § 29 Aufnahme und Versorgung
- § 30 Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen
- § 31 Soziale Betreuung
- § 32 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher
- § 33 Ausbildung und Berufsrecht
- § 34 Qualitätssicherung
- § 35 Organspenderegister
- § 36 Krankenhaushygiene und Umwelt
- § 37 Leitung und innere Organisation eines Krankenhauses
- § 38 Arzneimittelkommission
- § 39 Stationsapothekerin oder Stationsapotheker

Abschnitt 5

Notfallversorgung und besondere Gefahrenlagen

- § 40 Notfallversorgung, Verordnungsermächtigung

- § 41 Krankenhausalarm- und -einsatzplan, Leiterin oder Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung, Einsatzleitung, Verordnungsermächtigungen
- § 42 Schulungen und Übungen, Verordnungsermächtigung
- § 43 Bevorratung und Notversorgung, Verordnungsermächtigungen
- § 44 Übergeordnete Steuerung bei besonderen Gefahrenlagen

Abschnitt 6

Die Verarbeitung personenbezogener Daten im Krankenhaus

- § 45 Anwendungsbereich
- § 46 Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, Verordnungsermächtigung
- § 47 Weitere Verarbeitung von Daten
- § 48 Einschränkung des Rechts auf Auskunft der betroffenen Person
- § 49 Löschung und Sperrung von Daten
- § 50 Speicherung und Bereitstellung von personenbezogenen Daten zu Forschungszwecken im eigenen Krankenhaus, Widerspruchsrecht
- § 51 Datenübermittlung zu Forschungszwecken an Stellen außerhalb des Krankenhauses und gemeinsame Forschung
- § 52 Treuhandstelle
- § 53 Veröffentlichung von personenbezogenen Daten
- § 54 Verarbeitung von personenbezogenen Daten bei Verfahren des maschinellen Lernens (künstliche Intelligenz)
- § 55 Datenverarbeitung im Auftrag
- § 56 Ordnungswidrigkeiten

Abschnitt 7

Gebühren und Auslagen, Inkrafttreten und Außerkrafttreten

- § 57 Gebühren und Auslagen
- § 58 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Abschnitt 1

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Grundsätze

(1) Ziel dieses Gesetzes ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit leistungsfähigen, digital ausgestatteten, qualitativ hochwertigen, diskriminierungsfreien und möglichst barrierefreien, wirtschaftlich gesicherten, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen sowie zu sozial tragbaren Entgelten beizutragen. Die Krankenhausversorgung erfolgt patientengerecht und in angemessener Zeit erreichbar in bedarfsgerechten Abstufungen.

(2) Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und kreisfreien Städte im Rahmen der Daseinsvorsorge. Soweit die Krankenhausversorgung nicht durch andere Krankenhausträger gewährleistet wird, haben die Landkreise und kreisfreien Städte die Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe des eigenen Wirkungskreises nach Maßgabe des Krankenhausplans sicherzustellen. Das Land hat im Wesentlichen die Aufgaben der Krankenhausplanung und der investiven Förderung. Bei der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen handelt es sich um eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse.

§ 2

Anwendungsbereich

(1) Das Gesetz gilt für alle Krankenhäuser im Land Mecklenburg-Vorpommern, die Leistungen der Krankenhausversorgung erbringen, soweit nichts anderes bestimmt ist.

(2) Abweichend von Absatz 1 finden §§ 10, 12 bis 16, 18 bis 23 und 37 für die Krankenhäuser der Körperschaften, rechtsfähigen Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts, die der Aufsicht des Landes unterstehen, keine Anwendung. Dies betrifft die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock als rechtsfähige Teilkörperschaften der jeweiligen Universität.

(3) Abweichend von Absatz 1 finden für Privatkrankenanstalten der akut stationären Versorgung im Sinne des § 30 der Gewerbeordnung, die nicht in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind, ausschließlich § 36 Absatz 1 und Absatz 2 und die §§ 45 bis 50 Anwendung.

(4) Abweichend von Absatz 1 finden für Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Abschnitte 2 und 3 keine Anwendung.

(5) Für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden nur § 36 Absatz 1 und Absatz 2, soweit in ihnen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie §§ 44 bis 50 entsprechend Anwendung.

(6) Für die in § 3 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Einrichtungen finden § 36 Absatz 1 und Absatz 2 sowie §§ 44 bis 50 entsprechend Anwendung.

(7) § 34 gilt abweichend von Absatz 1 nur für Krankenhäuser, die im Sinne des § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind.

§ 3

Begriffsbestimmungen und grundsätzliche Anforderungen

(1) Ein Krankenhaus ist eine Einrichtung nach § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit Ausnahme der in § 3 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser. Hierzu zählen auch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Krankenhäuser müssen wirtschaftlich eigenständige Betriebe sein. Zu den Krankenhäusern gehören die mit ihnen notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten im Sinne des § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(2) Krankenhausträger ist eine natürliche oder juristische Person oder rechtsfähige Personengesellschaft, die ein Krankenhaus im eigenen Namen und auf eigene Rechnung betreibt. Fallen Krankenhausträger und der gesellschaftsrechtliche Eigentümer des Krankenhauses auseinander oder treten diesbezüglich Änderungen ein, ist dies dem für Gesundheit zuständigen Ministerium anzuzeigen. Verpflichtungen insbesondere in Folge der Aufnahme in den Krankenhausplan können gemeinschaftlich auferlegt werden.

(3) Ein Trägerwechsel liegt vor, wenn

1. der Betrieb des Krankenhauses auf einen Dritten übertragen wird oder
2. in Bezug auf den bisherigen Träger sich die Rechtspersönlichkeit oder Rechtsform ändert oder

3. eine Verschmelzung mit einem anderen Unternehmen gemäß § 2 des Umwandlungsgesetzes erfolgt oder
4. eine Umwandlung eines Krankenhasträgers im Sinne des § 1 Absatz 1 Nummer 1, 2 oder 3 des Umwandlungsgesetzes erfolgt.

Im Sinne dieses Gesetzes liegt eine wesentliche Veränderung bei den Anteilseignern vor, wenn

1. ein neuer Anteilseigner mindestens 10 Prozent der Geschäftsanteile erwirbt oder
2. ein bestehender Anteilseigner durch den Neuerwerb von Geschäftsanteilen seine Beteiligung so erhöht, dass er die 10 Prozent überschreitet oder eine Sperrminorität nach den gesetzlichen Bestimmungen oder nach dem Gesellschaftsvertrag ausüben kann.

Als Erwerb im Sinne dieser Vorschrift gilt auch der gesetzliche Übergang infolge eines Erbfalles. Ein geplanter Trägerwechsel gemäß Satz 1 oder ein Wechsel in den Anteilseignern ist dem für Gesundheit zuständigen Ministerium unverzüglich vorher anzugeben, ein Trägerwechsel nach Satz 3 unverzüglich nach Eintritt des Erbfalles. Auf die Regelungen der § 7 Absatz 4 und § 28 wird verwiesen.

(4) Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich gemäß § 2a des Krankenhausfinanzierungsge- setzes. Mehrere Standorte eines Krankenhasträgers bilden zusammen nur dann ein Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzes, wenn die Standorte organisatorisch und wirtschaftlich sowie in der fachlichen Abstimmung der Versorgung eine Einheit bilden. Das Krankenhaus gemäß Absatz 1 wird einheitlich unter Nennung der einzelnen Standorte in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen.

(5) Krankenhausleistungen oder Leistungen der Krankenhausversorgung nach diesem Gesetz sind vollstationäre, stationsäquivalente, teil- und tagesstationäre sowie vor- und nachstationäre Leistungen im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch soweit nichts anderes bestimmt ist.

§ 4 **Krankenhausaufsicht, Verordnungsermächtigung**

(1) Die Krankenhäuser, einschließlich ihrer gemeinschaftlichen Einrichtungen und der mit ihnen notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten unterliegen der Krankenhausaufsicht durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Die Krankenhausaufsicht erstreckt sich auf die Einhaltung der Vorschriften dieses Gesetzes sowie der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Vorschriften. Im Übrigen bleiben die Vorschriften zur Rechtsaufsicht über die Landkreise und kreisfreien Städte unberührt.

(2) Aufsichtsbehörde ist, soweit in Rechtsvorschriften nicht etwas anderes bestimmt ist,

1. das für Gesundheit zuständige Ministerium, soweit sich aus den nachfolgenden Aufzählungen nichts Abweichendes ergibt,
2. hinsichtlich der Universitätsmedizin Rostock und der Universitätsmedizin Greifswald das für Wissenschaft zuständige Ministerium,
3. hinsichtlich des § 36 und der sonstigen Vorschriften über die Krankenhausthygiene das Landesamt für Gesundheit und Soziales; das jeweils zuständige Gesundheitsamt kann an Besichtigungen durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales beteiligt werden und

4. hinsichtlich der §§ 29 bis 31 das Gesundheitsamt.

(3) Die Krankenhasträger sind verpflichtet, der Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Krankenhausaufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Einsicht in die dafür notwendigen Unterlagen zu gewähren sowie deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Bei dringender Gefahr für die Krankenhausthygiene ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes eingeschränkt.

(4) Führt das Handeln oder Unterlassen eines Krankenhasträgers zu einer Rechtsverletzung, soll die Aufsichtsbehörde zunächst auf die Behebung der Rechtsverletzung hinwirken und den Krankenhasträger entsprechend beraten. Kommt der Krankenhasträger der Behebung der Rechtsverletzung innerhalb der gesetzten Frist nicht nach, kann die Aufsichtsbehörde gegenüber diesem diejenigen Anordnungen treffen, die erforderlich sind, um die Rechtsverletzung zu beheben. Die Anordnung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet oder sie unanfechtbar geworden ist.

(5) Zusätzlich zur Krankenhausaufsicht nach Absatz 1 und in Abweichung von Absatz 2 Nummer 2 hat das für Gesundheit zuständige Ministerium die Aufsicht über die Umsetzung der Vorschriften nach Satz 3 dieses Absatzes. Die Aufsicht ist im Benehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium vorzunehmen. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Vorschriften für

1. die Notfallversorgung nach § 40,
2. die Krankenhausalarm- und Einsatzplanung nach § 41,
3. die Schulungen und Übungen nach § 42,
4. die Bevorratung nach § 43 und
5. die übergeordnete Steuerung bei besonderen Gefahrenlagen nach § 44

sowie auf die aufgrund dieser Regelungen erlassenen Vorschriften. Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann im Einvernehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium einzelne Aufgaben der Aufsicht, die die Umsetzung der Nummern 1 bis 4 betreffen durch Rechtsverordnung konkretisieren.

(6) Bezuglich der Aufsicht nach Absatz 5 finden die Aufsichtsmittel nach Absatz 3 und 4 entsprechende Anwendung. Bei Gefahr im Verzug oder wenn sonst die ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben durch die angewiesene Einrichtung nicht gewährleistet erscheint, kann die Aufsichtsbehörde entweder einen bestimmten Mitarbeitenden der angewiesenen Einrichtung unmittelbar beauftragen oder anstelle der angewiesenen Einrichtung tätig werden (Selbsteintrittsrecht).

Abschnitt 2 **Krankenhausplanung**

§ 5 **Krankenhausplan**

(1) Das für Gesundheit zuständige Ministerium erstellt auf der Grundlage der Regelungen dieses Abschnitts sowie der Rechtsverordnung nach § 6 einen Krankenhausplan und schreibt ihn fort. Die Fortschreibung kann in genereller Form (Planfortschreibung) oder auf der Grundlage von § 7 für einzelne

Krankenhäuser (Einzelfortschreibung) erfolgen. Darüber hinaus findet eine normative Planfortschreibung durch die gemäß § 6 von dem für Gesundheit zuständigen Ministerium erlassene Rechtsverordnung statt.

(2) Der Krankenhausplan dient der Verwirklichung der in § 1 dieses Gesetzes und § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Ziele. Dabei legt er die allgemeinen und die sich für das Land Mecklenburg-Vorpommern spezifisch ergebenden Versorgungsziele fest. Das Versorgungsziel einer flächendeckenden und zugleich in angemessener Zeit erreichbaren Notfall- und Krankenhausversorgung kann durch Festlegung einer gestuften Versorgung und Einteilung der Planung in Planungsregionen und Versorgungsgebiete erreicht werden. Die Ziele und die Grundsätze der Raumordnung, der Landesplanung und regionaler Versorgungsbelange sind zu beachten. Die besonderen Belange von Forschung und Lehre sind zu berücksichtigen. Die Entwicklungen einer stärkeren Ambulantisierung, Digitalisierung, sektorenübergreifenden und telemedizinischen Versorgung sind zu berücksichtigen.

(3) Der Krankenhausplan beschreibt die aktuelle Lage der Krankenhausversorgung und die tatsächliche Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch eine Versorgungsanalyse. Auf dieser Grundlage prognostiziert der Krankenhausplan den künftigen Bedarf an Krankenhausleistungen mithilfe wissenschaftlicher Methoden insbesondere unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung. Erkenntnisse über ambulante Versorgungsstrukturen können hierbei einbezogen werden. Der Krankenhausplan kann durch medizinische Fachplanungen ergänzt werden.

(4) Auf der Grundlage der Bedarfsprognose nach Absatz 3 trifft der Krankenhausplan entsprechend den Zielen des § 1 Absatz 1, die für die Versorgung erforderlichen Versorgungsentscheidungen und weist die bedarfsgerechten Krankenhäuser mit ihren Krankenhausstandorten sowie die sonstigen, den Zielen nach § 1 dienenden Einrichtungen einschließlich der mit dem Krankenhaus notwendig verbundenen Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nach gegenwärtiger und zukünftiger Aufgabenstellung entsprechend ihrem jeweiligen Versorgungsauftrag aus.

(5) Mit der Versorgungsentscheidung wird der Inhalt des Versorgungsauftrags des Krankenhauses festgelegt und über den Feststellungsbescheid nach Maßgabe von § 7 umgesetzt und der Krankenhausplan fortgeschrieben. Inhalt des Versorgungsauftrages ist die Zuweisung entsprechend der nach § 6 festgelegten Planungssystematik. Auf der Grundlage ergänzender Fachplanungen im Krankenhausplan kann eine Zuweisung von Schwerpunkten und Zentren, besonderer Aufgaben und die Festlegung der Zusammenarbeit des Krankenhauses mit anderen Krankenhäusern oder anderen Leistungsträgern der gesundheitlichen Versorgung erfolgen. Außerdem können zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans oder aus Gründen der Qualitätssicherung einzelne Leistungen vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses ausgenommen werden. Krankenhäuser dürfen Krankenhausleistungen nur im Rahmen des im Bescheid festgestellten Versorgungsauftrags erbringen. Maßnahmen, die die Universitätsmedizin Greifswald oder die Universitätsmedizin Rostock betreffen, ergehen im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium.

(6) Der Krankenhausplan wird auf der Internetseite des für Gesundheit zuständigen Ministeriums veröffentlicht.

§ 6

Planungssystematik des Krankenhausplans, Verordnungsermächtigung

(1) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt durch Rechtsverordnung das Nähere zur Planungssystematik zu regeln, nach der der Krankenhausplan aufgestellt und fortgeschrieben wird. Außerdem regelt die Rechtsverordnung das Nähere zum Verfahren der Planfortschreibung und

Einzelfortschreibung nach § 5 Absatz 1 sowie zur Notwendigkeit von Anträgen der Krankenhausträger zur Versorgungsentscheidung nach § 5 Absatz 5.

(2) Die Rechtsverordnung nach Absatz 1 regelt, welche Planungssystematik im Krankenhausplan angewandt wird. Die Krankenhausplanung erfolgt durch eine kapazitätsbezogene Bettenplanung oder durch eine qualitätsausgerichtete Leistungsplanung. Beide Planungssystematiken können entweder jeweils ausschließlich für die gesamte Krankenhausversorgung, nebeneinander für abgegrenzte Bereiche der Krankenhausversorgung oder in Kombination für die gleichen Bereiche der Krankenhausversorgung angewandt werden.

(3) Soweit eine kapazitätsbezogene Bettenplanung erfolgt, regelt die Rechtsverordnung nach Absatz 1 das Nähere zur Unterteilung in sich gegebenenfalls überschneidende Fachbereiche, für die eine Bettenplanung durchgeführt wird.

(4) Soweit eine qualitätsausgerichtete Leistungsplanung erfolgt, regelt die Rechtsverordnung nach Absatz 1 das Nähere zur Unterteilung in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sowie an diese gerichteten Anforderungen. Leistungsgruppen bilden konkrete Krankenhausleistungen ab und werden nach fachlichen Gesichtspunkten zu Leistungsbereichen zusammengefasst.

(5) Für die jeweilige Planungssystematik können in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 geeignete quantitative Messgrößen wie Behandlungs- und Leistungskapazitäten sowie Mindest- oder Sollfallzahlen zur Sicherung einer hochwertigen Qualität der Krankenhausversorgung konkretisiert werden. Soweit qualitative Anforderungen für die Krankenhausversorgung zugeordnet werden, sind insbesondere die Regelungen zur Qualitätssicherung im und auf der Grundlage des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebend.

§ 7

Aufnahme in den Krankenhausplan und Ausscheiden aus dem Krankenhausplan

(1) Das für Gesundheit zuständige Ministerium stellt gegenüber dem Krankenhausträger durch Bescheid fest, ob und mit welchen Einzelfestlegungen des Krankenhausplans gemäß § 5 Absatz 5 sein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen ist. Insoweit muss der Feststellungsbescheid mindestens enthalten

1. den Namen, den Standort und die Standortnummer des Krankenhauses,
2. die Bezeichnung, die Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan sowie das Institutionskennzeichen,
4. den Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechend den vorzuhaltenden Fachbereichen oder Leistungsbereichen und Leistungsgruppen sowie weiteren speziellen Leistungsangeboten gemäß den medizinischen Fachplanungen oder sonstigen, sich für das Krankenhaus ergebenden Versorgungsaufgaben,
5. die dem Versorgungsauftrag zugrunde liegenden Planbettenzahlen, Behandlungsplatzzahlen oder andere im Krankenhausplan festgelegte qualitative oder quantitative Parameter der vorzuhaltenden Versorgungskapazität,

6. die Frist zur Umsetzung des Versorgungsauftrages gemäß Absatz 7,
7. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(2) Auf die Aufnahme in den Krankenhausplan besteht kein Rechtsanspruch. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhausstandorten entscheidet das für Gesundheit zuständige Ministerium unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Eignung des jeweiligen Standortes. Zur Beurteilung der Eignung werden insbesondere die Auswahlkriterien auf der Grundlage der Rechtsverordnung nach § 6 herangezogen. Darüber hinaus können zur Beurteilung der Eignung Kriterien der Qualität, der Zusammenarbeit nach § 29 Absatz 5, der personellen und infrastrukturellen Ausstattung des Krankenhauses, des Fachgebietsspektrums, der Aus- und Weiterbildungsangebote sowie der Teilnahme an der Verbundweiterbildung gemäß § 33 Absatz 1 und der Erfüllung der Pflicht nach § 9 Absatz 1 herangezogen werden, nach denen nach pflichtgemäßem Ermessen entschieden wird, welcher Krankenhausstandort den Grundsätzen nach § 1 und den Zielen der Krankenhausplanung des Landes Mecklenburg-Vorpommern am besten gerecht wird. Die Vielfalt der Krankenhausträger ist dann zu berücksichtigen, wenn die Eignung der Krankenhausstandorte gleichwertig ist. Bei der Universitätsmedizin Rostock und der Universitätsmedizin Greifswald sind die besonderen Belange von Forschung und Lehre zu berücksichtigen.

(3) Feststellungen über die Aufnahme in den oder die Herausnahme aus dem Krankenhausplan werden durch schriftlichen Bescheid des für Gesundheit zuständigen Ministeriums gegenüber dem Krankenhausträger je Krankenhausstandort getroffen und den unmittelbar Beteiligten nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 zur Kenntnis gegeben. Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans geboten ist. Dazu gehören Auflagen, die - auch nachträglich - aufgenommen, geändert oder ergänzt werden können. Das erlaubt auch die befristete Aufnahme eines Krankenhauses oder einzelner Bestandteile seines Versorgungsauftrages. Für Krankenhäuser, die zum Teil oder ganz aus dem Krankenhausplan ausscheiden, kann ein bestimmter Zeitpunkt des Ausscheidens vorgesehen werden.

(4) Erfolgt ein Trägerwechsel gemäß § 3 Absatz 3 Satz 1 oder eine wesentliche Veränderung bei den Anteilseignern nach § 3 Absatz 3 Satz 2 oder 3 für ein in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus, wirkt der Bescheid nach Absatz 3 für und gegen den neuen Träger. Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass ein Trägerwechsel oder eine Veränderung bei den Anteilseignern zu einer Gefährdung des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses führt, prüft das für Gesundheit zuständige Ministerium, ob eine Gefährdung vorliegt und ergreift bei Bedarf geeignete Maßnahmen zur Abwendung der Gefährdung. Kann die Gefährdung nicht anderweitig beseitigt werden, ist das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.

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

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

(7) Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses gemäß § 5 Absatz 5 ist innerhalb der im Feststellungsbescheid genannten Frist umzusetzen und einzuhalten. Wird der Versorgungsauftrag nach Ablauf des jeweiligen Zeitraums nicht oder nicht vollständig umgesetzt, kann das für Gesundheit zuständige Ministerium den Feststellungsbescheid ganz oder teilweise widerrufen. In begründeten Fällen kann das Ministerium auf Antrag des Krankenhausträgers die ihm mitgeteilte Umsetzungsfrist nach Satz 1 verlängern.

(8) Der Krankenhausträger des betroffenen Krankenhauses ist vor der Aufnahme sowie vor der Rücknahme oder dem Widerruf der Aufnahme anzuhören.

(9) Gegen den Feststellungsbescheid nach Absatz 1 Satz 1 sowie gegen sonstige Bescheide in Umsetzung des Krankenhausplans ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Rechtsbehelfe von Krankenhausträgern und Dritten gegen einen solchen Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 8 **Beteiligte**

(1) Unmittelbar Beteiligte im Sinne des § 7 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind:

1. die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen, der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung,
2. die Krankenhausgesellschaft des Landes und
3. die kommunalen Landesverbände.

(2) Weitere Beteiligte sind:

1. die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern,
2. der Medizinische Dienst Mecklenburg-Vorpommern,
3. eine Vertretung entweder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen oder der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher nach § 32; dies wird durch die Koordinierungsstelle Patientenbeteiligung angesiedelt beim SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e.V. bestimmt,
4. eine vom Landespflegerat Mecklenburg-Vorpommern benannte Vertretung.

(3) Die Erstellung, Änderung und Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt unter Einbeziehung der an der Krankenhausversorgung Beteiligten. Hierzu wird vom für Gesundheit zuständigen Ministerium unter dessen Vorsitz eine Planungsbeteiligtenrunde eingerichtet.

(4) Als Mitglieder der Planungsbeteiligtenrunde benennen die unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 als ihre Vertretungen jeweils bis zu vier Personen und bis zu vier Stellvertretungen und die unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 Nummer 3 jeweils bis zu zwei Personen und bis zu zwei Stellvertretungen. Als unmittelbar Beteiligte dürfen an der Planungsbeteiligtenrunde ausschließlich Personen teilnehmen, bei denen keine Interessenkonflikte bestehen, entsprechende Regelungen hier-

zu sind in der Geschäftsordnung nach Absatz 6 zu treffen. Die weiteren Beteiligten benennen als ihre Vertretungen jeweils eine Person und eine Stellvertretung. Sachverständige können mit Genehmigung des Vorsitzes der Planungsbeteiligtenrunde hinzugezogen werden.

(5) Mit den unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 ist bei Beschlüssen der Planungsbeteiligtenrunde Einvernehmen anzustreben. Wird kein Einvernehmen erzielt, gilt der Letztentscheid der für Gesundheit zuständigen Ministerin oder des für Gesundheit zuständigen Ministers. Die weiteren Beteiligten nach Absatz 2 sind ins Benehmen zu setzen.

(6) Die Planungsbeteiligtenrunde nach Absatz 4 gibt sich eine Geschäftsordnung. Kommt ein einstimmiger Beschluss durch die unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 zur Verabschiedung der Geschäftsordnung binnen einer Frist von drei Monaten ab Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht zustande, legt das für Gesundheit zuständige Ministerium die Geschäftsordnung fest.

§ 9

Auskunftspflichten, Sicherung der Krankenhausplanung, Verordnungsermächtigung

(1) Die Krankenhasträger sind verpflichtet, dem für Gesundheit zuständigen Ministerium unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes die für die Krankenhausplanung erforderlichen Auskünfte zu erteilen, insbesondere über das Leistungsangebot und die erbrachten Leistungen, die Verweildauer, die personelle und sächliche Ausstattung sowie über allgemeine statistische Angaben über die Patientinnen und Patienten und ihre Erkrankungen, soweit diese Auskünfte nicht auf anderem Wege oder nicht ohne unverhältnismäßigen Aufwand erlangt werden können.

(2) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung Erhebungen mit Auskunftspflicht bei den Krankenhäusern für Verwaltungszwecke und statistische Zwecke auf dem Gebiet des Gesundheitswesens anzuordnen. Die Auskunftspflicht erstreckt sich auf die in Absatz 1 genannten Erhebungstatbestände. Die Rechtsverordnung bestimmt das Nähere hierzu, insbesondere die einzelnen Erhebungstatbestände, die Art und die Periodizität der Erhebung, den Berichtszeitraum, den Berichtszeitpunkt, die Erhebungsstellen und den Berichtsweg. Für die in Absatz 1 genannten statistischen und krankenhausplanerischen Zwecke kann das für Gesundheit zuständige Ministerium abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314, S. 72, L 127 vom 23.5.2018, S. 2, L 74 vom 4.3.2021, S. 35) in der Rechtsverordnung auch die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten sowie angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Interessen der betroffenen Personen regeln, wobei durch die auswertende Stelle kein Personenbezug hergestellt werden darf, § 47 Absatz 2 Satz 1 und 2 gelten entsprechend. Die Erhebung kann auch auf Krankenhaus erstreckt werden, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind. Die ärztliche Schweigepflicht ist zu wahren.

Abschnitt 3

Landeskrankenhausförderung

§ 10

Grundlagen der Förderung

(1) Krankenhäuser, deren Aufnahme im Krankenhausplan erfolgt ist, werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts zur Gewährleistung ihres Versorgungsauftrages gefördert.

(2) Die Förderung erfolgt auf Antrag des Krankenhauses durch schriftlichen Bescheid des für Gesundheit zuständigen Ministeriums. Im Falle der Pauschalförderung nach § 17 und der Investitionspauschale nach § 22 bedarf es keines Antrages für die Folgejahre.

(3) Die Fördermittel dürfen nur zur Erfüllung des durch Feststellungsbescheid zur Aufnahme in den Krankenhausplan festgelegten Versorgungsauftrages des Krankenhauses und der im Fördermittelbescheid vorgegebenen Zweckbindung eigenverantwortlich verwendet werden. Bei der Verwendung der Fördermittel sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit einzuhalten.

(4) Die Fördermittel werden den Krankenhausträgern für das jeweilige Krankenhaus ab dem Jahr 2028 durch Investitionspauschalen im Wege jährlich zu bestimmender Festbeträge gewährt. Mit diesen Investitionspauschalen können die Krankenhausträger in dem in Absatz 3 genannten Rahmen eigenverantwortlich wirtschaften. Die Investitionspauschale kann für alle Fördertatbestände des § 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit Ausnahme des § 9 Absatz 2 Nummer 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verwendet werden. Ausnahmsweise kann für diese Fördertatbestände eine Einzelförderung gewährt werden, wenn dies für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit und die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Krankenhausleistungen unabweisbar ist.

§ 11

Ausnahmeregelung für die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock

(1) Auf die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock sind die Regelungen dieses Abschnittes nicht anwendbar.

(2) Sie erhalten bis zum 31. Dezember 2027 eine Pauschalförderung gemäß § 17. Die Höhe ergibt sich aus einem prozentualen Anteil des jeweiligen Haushaltsansatzes in Höhe von 3,687 Prozent. Davon erhält die Universitätsmedizin Rostock 2,369 Prozent und die Universitätsmedizin Greifswald 1,318 Prozent. Ab dem Jahr 2028 wird diese Pauschalförderung durch das für Wissenschaft zuständige Ministerium durchgeführt.

(3) Ab dem Jahr 2028 erhalten sie:

1. einen Zuschlag für die Ausbildungsplätze, die Höhe des Zuschlags ergibt sich aus der Rechtsverordnung nach § 17 Absatz 4 und § 22 Absatz 8,
2. die Investitionspauschale nach § 22 und gegebenenfalls die Einzelförderung nach § 10 Absatz 4 Satz 4, wenn sie mit Zustimmung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums ein Krankenhaus, der Grundversorgung an einem gesonderten Standort zum Zwecke der Sicherstellung der regionalen Versorgung übernommen haben, die Förderung ist auf den Investitionsbedarf für das Angebot der Grundversorgung zu beschränken und § 104c des Landeshochschulgesetzes ist im Falle einer Investitionspauschale nicht anwendbar.

§ 12

Aufbringung der Mittel

(1) Von den Ausgaben für die Krankenhausförderung nach diesem Gesetz tragen das Land 60 Prozent und die Landkreise und kreisfreien Städte 40 Prozent entsprechend den Festsetzungen des Haushaltplanes.

(2) Der jeweilige Beitrag der Landkreise und kreisfreien Städte berechnet sich nach den vom Statistischen Landesamt zum 31. Dezember des jeweils vorvergangenen Jahres fortgeschriebenen Einwohnerzahlen. Abweichend von Satz 1 kann das für Gesundheit zuständige Ministerium mit Zustimmung der kommunalen Landesverbände eine abweichende Beitragsberechnung für die Landkreise und kreisfreien Städte bestimmen.

§ 13 Investitionsprogramm

(1) Das für Gesundheit zuständige Ministerium stellt auf der Grundlage des Krankenhausplanes unter Berücksichtigung der Aufgabenstellung des Krankenhauses, des Bedarfs und der veranschlagten Haushaltsumittel jährlich ein Investitionsprogramm für Investitionsvorhaben nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf. Zum Investitionsprogramm ist ein Einvernehmen mit den unmittelbaren Beteiligten nach § 8 Absatz 1 anzustreben.

(2) Ein Anspruch auf Aufnahme in das Investitionsprogramm besteht nicht.

(3) Das Investitionsprogramm enthält bis zum 31. Dezember 2027 erstens diejenigen Investitionsvorhaben je Krankenhaus, über deren Förderung im betreffenden Jahreszeitraum durch das für Gesundheit zuständige Ministerium entschieden werden soll oder wurde, sowie den voraussichtlichen Finanzbedarf. Zweitens enthält es die Investitionspauschale nach § 22 in Verbindung mit § 16 Absatz 5 für die betroffenen Krankenhäuser. Es wird entsprechend der Finanzplanung jährlich fortgeschrieben.

(4) Ab 1. Januar 2028 enthält das Investitionsprogramm abweichend von Absatz 1 die Investitionspauschale nach § 22 für das jeweilige Krankenhaus und im Ausnahmefall dessen Einzelförderung nach § 10 Absatz 4 Satz 4.

§ 14 Einzelförderung von Investitionen bis 31. Dezember 2027

(1) Einzeln gefördert werden auf Antrag Investitionskosten, die dem Versorgungsauftrag der Einrichtung entsprechen, insbesondere

1. für die Errichtung (Neubau, Erweiterungsbau, Umbau) von Krankenhäusern einschließlich der Erstausstattung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern, sofern die Investition in das Investitionsprogramm aufgenommen wurde,
2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer üblichen durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
3. für die Ergänzung von Anlagegütern, die über die übliche Anpassung im Sinne von Absatz 2 wesentlich hinausgeht,
4. für die nicht zur Instandhaltung gehörenden Maßnahmen, durch die ein Anlagegut, ausgenommen ein Gebrauchsgut, in seiner Substanz vermehrt, in seinem Wesen erheblich verändert oder über seinen bisherigen Zustand hinaus deutlich verbessert wird oder durch die seine Nutzungsdauer wesentlich verlängert wird (Verbesserung).

Eine Einzelförderung entfällt für Investitionskosten, die nach § 17 pauschal gefördert werden.

(2) Wiederbeschaffung im Sinne dieses Gesetzes ist auch die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese nicht über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht.

(3) Die Einzelförderung setzt bei fachlicher Notwendigkeit ein baufachliches Prüfungsverfahren voraus. Entsprechende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen. Wird ein in Bau befindliches Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen, so können nur die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Investitionskosten gefördert werden. Eine Übernahme von Finanzierungen ist ausgeschlossen.

(4) Die Förderung erfolgt in der Regel durch Festbetragsfinanzierung. Diese kann aufgrund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden. Die Festbetragsförderung bedarf der Zustimmung des Krankenhausträgers. Sie soll Anreize setzen, die Investition sparsam zu verwirklichen. Deshalb sollen grundsätzlich Einsparungen, die nicht zur Erreichung des Förderzwecks benötigt werden, den pauschalen Fördermitteln nach § 17 für dieses Krankenhaus zugeführt werden, Kostenerhöhungen sind dagegen vom Krankenhaussträger zu tragen. Das Nähere ist in der Bewilligung festzulegen.

(5) Wird nicht durch Festbetrag gefördert, richtet sich die Förderung nach den für die bewilligte Investition entstehenden Kosten. Die Bewilligung legt die voraussichtliche Förderung auf der Grundlage der veranschlagten und geprüften Kosten fest. Die endgültige Höhe der Förderung wird nach Abschluss der Verwendungsnachweisprüfung festgestellt. Bei unvorhergesehenen außergewöhnlichen Kostensteigerungen kann durch Änderung der Bewilligung bestimmt werden, dass die Kosten durch Verminderung des Umfangs der Investition und durch sparsamere Ausführung gesenkt werden, soweit dies nach dem Baufortschritt noch möglich und dem Krankenhaussträger zumutbar ist.

(6) Über die Finanzierung der Maßnahme ist ein entsprechender Fördermittelbescheid zu erstellen. Diesem sind insbesondere Anlagen zu Nebenbestimmungen beizufügen.

(7) Wird eine geförderte Fläche nicht mehr zu Krankenhauszwecken genutzt, so sind die anteiligen Fördermittel grundsätzlich zurückzufordern. Sofern es krankenhausplanerisch sinnvoll ist, kann ein entsprechender Ersatz durch nicht geförderte Flächen erfolgen. Der Krankenhaussträger kann Flächen vermieten und muss ersatzweise Mieteinnahmen erzielen, die er laufend den Pauschalfördermitteln für sein Krankenhaus zuführt. Die Genehmigung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums ist hierfür erforderlich.

§ 15

Umfang der Einzelförderung bis 31. Dezember 2027

(1) Bei der Festlegung des förderfähigen Umfangs einer dem Versorgungsauftrag entsprechenden Investition sind Folgekosten vom für Gesundheit zuständigem Ministerium zu berücksichtigen.

(2) Förderfähig sind nur die entstehenden und nachzuweisenden Kosten der bewilligten Investition, die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigt und für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patientinnen und der Patienten im Krankenhaus notwendig sind. Bei Errichtungsmaßnahmen nach § 17 sind vorhandene Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens zu übernehmen, soweit dies wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

(3) Werden Einrichtungen des Krankenhauses nicht nur vorübergehend für Zwecke mitbenutzt, die nicht der akut stationären Versorgung durch in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser dienen, so kann dies bei der Bemessung der Fördermittel angemessen berücksichtigt werden.

(4) Das antragstellende Krankenhaus hat auf Verlangen die Wirtschaftlichkeit der Investitionen, die Folgekosten sowie die Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit im Einzelnen darzulegen.

§ 16

Auszahlung der Einzelfördermittel bis 31. Dezember 2027

(1) Die Fördermittel nach § 14 werden in dem Jahr ausgezahlt, für das sie im Fördermittelbescheid ausgewiesen werden und zur Verfügung stehen. Wurden bewilligte Einzelfördermittel noch nicht ausgezahlt, sind diese spätestens bis zum 15. Dezember 2027 auszuzahlen. Einzelfördermittel, die bis zum 31. Dezember 2027 noch nicht verwendet wurden, werden der Investitionspauschale des Krankenhauses für das Folgejahr zugeführt.

(2) Die ausgezahlten Mittel sind bis zur vollständigen Verwendung zinsgünstig und mündelsicher anzulegen.

(3) Die erzielten Zinsen stehen für die Finanzierung der Investition ergänzend zur Verfügung. Sofern über die auskömmliche Gesamtfinanzierung der Investition hinaus Zinsen erwirtschaftet werden, sind diese den pauschalen Fördermitteln oder ab 1. Januar 2028 der Investitionspauschale des jeweiligen Krankenhauses zuzuführen, in diesem Sinne zu verwenden und im Folgejahr im Verwendungsnachweis dafür auszuweisen.

(4) Wird eine beschiedene Investition nicht umgesetzt, sind die Fördermittel einschließlich der erwirtschafteten Zinsen zurückzuzahlen.

(5) Sind für Einzelförderungen vorgesehene Fördermittel des Landes für die Jahre 2026 und 2027 nicht bis zum 31. Dezember 2025 durch Fördermittelbescheide gebunden, werden diese Fördermittel als Investitionspauschale entsprechend der Regelungen nach § 22 ausgezahlt. § 22 Absatz 3 Satz 2 findet keine Anwendung.

§ 17

Pauschalförderung bis 31. Dezember 2027, Verordnungsermächtigung

(1) Durch pauschale jährliche Beträge werden gefördert

1. die Wiederbeschaffung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, ausgenommen Ver- und Gebrauchsgüter, mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),
2. sonstige nach § 14 förderfähige Investitionen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den Betrag von 500 000 Euro (Kostengrenze) ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen, diese Grenze kann im Einzelfall mit Genehmigung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums überschritten werden.

(2) Für die Entscheidung, ob die Kostengrenze überschritten wird, ist auf die vorauskalkulierten, vor- aussichtlich förderfähigen Kosten abzustellen. Kostensteigerungen dürfen nicht kalkuliert werden. Überschreiten die entstandenen förderfähigen Kosten die Kostengrenze, so ist eine nachträgliche Einzelförderung ausgeschlossen. Unterschreiten sie die Kostengrenze, so verbleibt es bei der Genehmigung, sofern diese nicht auf unrichtigen oder unvollständigen, vom Krankenhaus zu vertretenden Angaben beruht und der Förderzweck in vollem Umfang erreicht wird.

(3) Die Pauschalfördermittel werden auf Antrag jährlich bewilligt und ausgezahlt. Antragsrelevante Änderungen sind seitens des Krankenhauses mitzuteilen. Zinserträge aus dem Vorjahr sind den Pauschalfördermitteln zuzuführen.

(4) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, das rechnerische Verfahren sowie den Zuschlag für Ausbildungsplätze durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Finanzministerium zu bestimmen. Die Bemessungsgrundlagen und die Höhe der jeweiligen errechneten Jahrespauschale nach Absatz 1 werden durch Verwaltungsvorschrift im Amtsblatt für Mecklenburg-Vorpommern bekannt gegeben.

(5) Die Pauschalfördermittel dürfen nur im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses nach dem Krankenhausplan verwendet werden. Nicht verwendete Pauschalfördermittel werden den Pauschalfördermitteln oder ab 1. Januar 2028 der Investitionspauschale des Krankenhausstandortes für das Folgejahr zugeführt.

(6) Bei wesentlich abweichendem Bedarf kann ein anderer Pauschalbetrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Krankenhausplan notwendig oder ausreichend ist. Dabei ist das Wesen der Pauschalförderung zu berücksichtigen. Erträge, die das Krankenhaus aus einer Nutzung geförderter kurzfristiger Anlagegüter erzielen kann, sowie Zinserträge aus noch nicht zweckentsprechend verwendeten Pauschalfördermitteln, sind bei der Festsetzung zu berücksichtigen.

§ 18

Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten sowie von Grundstückskosten bis 31. Dezember 2027

(1) Auf Antrag werden für bedarfsgerechte Krankenhäuser Fördermittel bewilligt für

1. Anlaufkosten,
2. Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen, insbesondere auf andere soziale Aufgaben,
3. Kosten von Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken,

soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre. Es sind nur die den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechenden Kosten zu berücksichtigen.

(2) Eine Betriebsgefährdung im Sinne von Absatz 1 liegt nur vor, soweit die genannten Kosten nicht in zumutbarer Weise aus Mitteln des Krankenhauses oder des Krankenhausträgers finanziert werden können und wenn deshalb eine ausreichende Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses beeinträchtigt würde.

§ 19

Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen bis 31. Dezember 2027

(1) Hat ein Krankenhausträger vor Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für vor diesem Zeitpunkt festgestellte förderfähige Investitionen Darlehensmittel eingesetzt, so werden auf Antrag die vom Aufnahmezeitpunkt an entstehenden Schuldendienstlasten gefördert. Investitionskosten

werden nur berücksichtigt, soweit sie den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen.

(2) Darlehen, die zur Ablösung von Eigenkapital des Krankenhausträgers aufgenommen worden sind, können nicht berücksichtigt werden, wenn die Ablösung im Hinblick auf eine erwartete Förderung der Schuldendienstlasten erfolgt ist oder sonst nicht dringend geboten war. Entsprechendes gilt für erhöhte Lasten aus einer Umschuldung.

(3) Überschreiten die Abschreibungen der Investitionskosten nach Absatz 1 während des Förderungszeitraums die geförderten Tilgungsbeträge, so sind dem Krankenhausträger bei Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan auf Antrag Fördermittel in Höhe des Unterschiedsbetrages zu bewilligen; sind die Abschreibungen niedriger als die Tilgungsbeträge, so muss der Krankenhausträger den Unterschiedsbetrag zurückzahlen. Abschreibungsbeträge, die anteilig auf Investitionskosten entfallen, die nicht mit den nach Absatz 1 geförderten Darlehen finanziert wurden, werden nicht berücksichtigt. Für diese Rückforderung gilt § 24 entsprechend.

§ 20

Ausgleich für Eigenmittel bis 31. Dezember 2027

(1) Waren in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsge- setz mit Eigenmitteln des Krankenhauses beschaffte, der Abnutzung unterliegende Anlagegüter vorhanden, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen war, so wird dem Krankenhausträger bei vollständigem oder teilweisem Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan sowie bei Einschränkung des Leistungsangebots auf Antrag ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung gewährt. Eigenmittel im Sinne von Satz 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers, nicht jedoch zweckgebundene Zuwendungen.

(2) Für die Berechnung des Ausgleichsanspruchs sind der Buchwert des Anlagegutes bei Beginn der Förderung und die restliche Nutzungsdauer während der Zeit der Förderung zu Grunde zu legen.

(3) Ein Ausgleichsanspruch entfällt, soweit eine Ersatzinvestition gefördert wurde, deren Buchwert bei Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan dem nach Absatz 2 berechneten Ausgleichsbetrag entspricht. Der auf kurzfristige Anlagegüter entfallende Ausgleichsbetrag vermindert sich in der Regel um den Restnutzungswert nach Absatz 2 aller mit Pauschalfördermitteln beschafften Anlagegüter, sofern diese Anlagegüter verwertbar sind.

(4) Der antragstellende Krankenhausträger ist verpflichtet, die für die Beurteilung eines Ausgleichsanspruchs notwendigen Angaben zu machen und nachzuweisen. Lässt sich aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen der förderfähige Ausgleichsbetrag nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand feststellen, kann im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger der Ausgleichsbetrag pauschal festgelegt werden.

§ 21

Förderung der Nutzung von Anlagegütern bis 31. Dezember 2027

(1) Anstelle der Einzelförderung von Investitionen nach § 14 können auf Antrag Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern gefördert werden, wenn das für Gesundheit zuständige Ministerium der Nutzungsvereinbarung vor ihrem vertraglichen Abschluss zugestimmt hat. Die Zustimmung zur Nutzungsvereinbarung darf nur erteilt werden, wenn

1. für das Nutzungsverhältnis wichtige Gründe vorliegen,
2. Nutzung und Nutzungsentgelt anstelle einer Errichtung oder Beschaffung wirtschaftlich sind und
3. für die Förderung Haushaltsmittel bereitstehen.

Die Bewilligung von Fördermitteln kann zeitlich begrenzt werden.

(2) Wurde der Nutzungsvereinbarung nicht vorher zugestimmt, so kann das für Gesundheit zuständige Ministerium diese nachträglich genehmigen, wenn ansonsten für Krankenhausträger eine unzumutbare Härte entstünde. Eine Förderung des Nutzungsentgelts ist frühestens ab dem Zeitpunkt der Genehmigung, in Ausnahmefällen ab dem Zeitpunkt der Antragstellung zulässig.

(3) Pauschalfördermittel nach § 17 dürfen zu dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Zweck verwendet werden, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird.

§ 22

Investitionspauschale ab 1. Januar 2028, Verordnungsermächtigung

(1) Die Investitionspauschale nach § 10 Absatz 4 Sätze 1 bis 3 stellt den Regelfall der Krankenhausförderung dar. Das Erfordernis einer staatlichen baufachlichen Prüfung besteht nicht. Bei erstmaliger Aufnahme in den Krankenhausplan entsteht der Anspruch im auf das Jahr der Aufnahme folgenden Kalenderjahr.

(2) Der als Investitionspauschale jährlich zuzuweisende Festbetrag wird ermittelt, indem die jährlich zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel unter Berücksichtigung insbesondere der folgenden Grundsätze anteilig auf die Krankenhäuser verteilt werden:

1. der Festbetrag bemisst sich im Verhältnis zu den im Vorjahr erbrachten Krankenhausleistungen des Krankenhauses,
2. es wird ein Mindestbetrag je Krankenhaus festgelegt, das vollstationäre Leistungen erbringt,
3. es wird ein Zuschlag für Ausbildungsplätze gewährt und
4. es werden die ab dem Jahr 2009 ausschließlich mit Mittel des Landeshaushalts im Wege der Einzelförderung geförderten Investitionen, zeitlich gestuft im Sinne einer Reduzierung des Festbetrages, berücksichtigt; dies erfolgt längstens bis zum Jahr 2047.

(3) Die aufgrund der Bemessungsgrundlage nach Absatz 2 ermittelte Investitionspauschale wird jährlich bis spätestens jeweils zum 30. November dem Krankenhausträger des entsprechenden Krankenhauses durch das für Gesundheit zuständige Ministerium zugewiesen, in begründeten Ausnahmefällen sind unterjährige Abschlagszahlungen möglich. Im Einzelfall soll von einer Bewilligung abgesehen werden, wenn unter Berücksichtigung der Erklärungen gemäß § 25 Absatz 1 konkrete Anhaltspunkte bestehen, dass die Fortführung des Krankenhauses und seiner Standorte aus wirtschaftlichen Gründen in Frage steht. Dies ist in der Regel gegeben, wenn ein Insolvenzverfahren eröffnet worden ist oder

bevorsteht. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, auf Anforderung der Bewilligungsbehörde zur Prüfung des Sachverhaltes weitere Unterlagen und Gutachten zur Verfügung zu stellen.

(4) Krankenhasträger können die bewilligte Investitionspauschale krankenhausübergreifend einsetzen oder an andere Träger abtreten. Voraussetzungen sind, dass

1. am begünstigten Krankenhaus wirtschaftliche und bedarfsnotwendige Investition realisiert werden können,
2. der Versorgungsauftrag des abgebenden Krankenhauses oder des abtretenden Krankenhausträgers keine Einschränkung erfährt und
3. die vorhergehende Zustimmung durch das für Gesundheit zuständige Ministerium vorliegt.

(5) Der Krankenhasträger ist verpflichtet, die zugewiesenen oder an ihn abgetretenen Festbeträge bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf einem gesonderten und vom eigenen oder sonstigem Vermögen Dritter getrennten sowie entsprechend gekennzeichnetem Bankkonto (Treuhandkonto) zinsgünstig und mündelsicher anzulegen. Zinserträge, Erträge aus der Veräußerung geförderter Anlagegüter und Versicherungsleistungen für geförderte Anlagegüter hat der Krankenhasträger dem Treuhandkonto zuzuführen. Die auf dem Treuhandkonto befindlichen Beträge dürfen nur für die in § 10 Absatz 4 genannten Zwecke verwendet werden.

(6) Spätestens vor dem Beginn der Verausgabung von Mitteln aus den Investitionspauschalen für Investitionsmaßnahmen nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ab einer geplanten Investitionssumme in Höhe von 500 000 Euro ist eine grundbuchliche Sicherung zugunsten des Landes in Höhe der geplanten Mittelverwendung der auf dem Treuhandkonto verfügbaren Investitionspauschale gemäß Absatz 5 sicherzustellen. Werden tatsächlich mehr Mittel aus der Investitionspauschale verwendet als geplant, ist die grundbuchliche Sicherung entsprechend anzupassen oder vorzunehmen.

(7) Für geförderte Anlagegüter, die zu mehr als einem unerheblichen Anteil ihrer tatsächlichen Nutzungszeiten für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten genutzt werden, ist dem Treuhandkonto nach Absatz 5 regelmäßig der Betrag zuzuführen, der dem in der Vergütung der ambulanten Leistung enthaltenen Investitionskostenanteils für diese Nutzungszeiten der Anlagegüter entspricht und zu berechnen wäre.

(8) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Bemessungsgrundlagen für die Zuweisung der Höhe der Investitionspauschale, die Gewichtung der genannten Faktoren, die zu berücksichtigenden Daten und die Berechnungsweise nach Absatz 2 zu bestimmen, die Zahlungsmodalitäten, den Entgelten für die Nutzung geförderter Anlagegüter für die vertragsärztliche Versorgung sowie dem Verfahren zur Nachweisführung über die Verwendung der Investitionspauschale, die Anlage nicht verwendeter Mittel auf einem gesonderten Treuhandkonto sowie die grundbuchliche Sicherung zu regeln.

§ 23

Förderung bei Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern

(1) Krankenhäuser, die aufgrund einer Entscheidung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums aus dem Krankenhausplan ausscheiden, erhalten auf Antrag Ausgleichszahlungen, soweit diese erforder-

lich sind, um die Einstellung des Krankenhausbetriebes oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.

(2) Ausgleichszahlungen sollen finanzielle Härten für den Krankenhasträger vermeiden, die ansonsten mit der Schließung oder Umstellung verbunden wären. Sie 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, vor allem soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden,
4. Betriebsverluste, soweit sie wegen der Einstellung des Krankenhausbetriebes unvermeidlich waren.

(3) Bei Förderung der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben können nur diejenigen Investitionen berücksichtigt werden, die erforderlich sind, um die vorhandenen Anlagegüter für die neue Zweckbestimmung nutzbar zu machen. Eine Förderung für wesentliche Erweiterungen oder für Neubauten ist grundsätzlich ausgeschlossen.

(4) Der Krankenhasträger hat sich entsprechend seiner Vermögenssituation an den Kosten zu beteiligen und andere Finanzierungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Die Erträge, die bei einer anderen Nutzung des Krankenhauses erzielt und zur Finanzierung herangezogen werden können, sind zu berücksichtigen.

(5) Die Ausgleichszahlungen können pauschal geleistet werden.

§ 24 **Nebenbestimmungen und Rückforderung**

(1) Die Bewilligung von Fördermitteln kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, die zur Verwirklichung des Gesetzes- und Förderzwecks geboten sind.

(2) Dem Krankenhasträger obliegt es, alle für die Prüfung des Förderanspruchs notwendigen Angaben zu machen und zu belegen. Kommt er dieser Pflicht nicht in einem angemessenen Zeitraum nach, so kann der Antrag abgelehnt werden.

(3) Der Krankenhasträger ist unbeschadet sonstiger gesetzlicher Vorschriften verpflichtet, das förderfähige Anlagevermögen in betriebsüblichem Umfang gegen Risiken zu versichern. Bei Einzelförderung entfällt ein Förderanspruch, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden oder eine Investitionsmaßnahme durch schuldhaft unterlassene Wartung und Instandhaltung notwendig geworden ist. Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den Pauschalfördermitteln oder ab 1. Januar 2028 der Investitionspauschale zuzuführen, soweit die Pauschalfördermittel nicht nach Satz 2 für die Erstausstattung einzusetzen sind. Unterbleibt die Versicherung, so ist das Krankenhaus im Schadensfalle zu behandeln, als wenn es versichert gewesen wäre.

(4) Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann von dem Krankenhaussträger verlangen, dass er für einen möglichen Rückerstattungsanspruch in geeigneter Weise auf eigene Kosten Sicherheit leistet, in der Regel durch die Bestellung von Grundpfandrechten.

(5) Fördermittel für Investitionen sind zu erstatten, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung entsprechend der abgelaufenen betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer dieser Anlagegüter. Soweit Fördermittel zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern verwendet worden sind, gilt Satz 2 mit der Maßgabe entsprechend, dass auf die Nutzungsdauer dieser Maßnahmen, längstens aber auf die der erhaltenen oder wiederhergestellten Anlagegüter abzustellen ist. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn das Krankenhaus aus von ihm nicht zu vertretenden Gründen aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Absatz 3 Satz 3 bleibt unberührt.

(6) Von einer Rückforderung nach Absatz 5 kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem für Gesundheit zuständigen Ministerium aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Liegt das Ausscheiden des Krankenhauses im krankenhausplanerischen Interesse, weil es sich um eine Schließung oder Umstellung des Krankenhauses gemäß § 23 handelt, ist von einer Rückforderung abzusehen, wenn

1. krankenhausspezifische bauliche Investitionen in den Krankenhausgebäuden zu keiner Steigerung des Gebäudewertes für Nachfolgenutzungen geführt haben und auch nicht entsprechend ihrer ursprünglichen oder einer ähnlichen Zweckbestimmung weiter verwendbar sind oder
2. umsetzbare Anlagegüter anderweitig für die stationäre Akutversorgung eingesetzt werden können.

Erträge aus einer Verwertung der geförderten Anlagegüter sowie nicht zweckentsprechend verwendete Pauschalfördermittel oder Investitionspauschalen sind jedoch zu erstatten. Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.

(7) Die Absätze 5 und 6 gelten entsprechend, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan teilweise ausscheidet und deshalb Bereiche des Krankenhauses nicht mehr für Krankenhauszwecke genutzt werden.

(8) Werden einzeln geförderte Anlagegüter vor Ablauf ihrer Nutzungsdauer nicht mehr für Krankenhauszwecke genutzt, so ist dies dem für Gesundheit zuständigen Ministerium mitzuteilen, damit Erträge, die aus einer Verwertung der Anlagegüter erzielt worden sind oder zumutbar hätten erzielt werden können, zurückgefordert werden können. Bei Förderung einer Ersatzinvestition sind diese Erträge zur Finanzierung der Ersatzinvestition zu verwenden.

(9) Von der Rückforderung nach Absatz 5 kann abgesehen werden, wenn

1. geförderte bewegliche oder unbewegliche Anlagegüter, die nicht unmittelbar dem Betrieb des Krankenhauses zuzuordnen sind, aus fachlichen oder wirtschaftlichen Gründen mit Einverständnis des für Gesundheit zuständigen Ministeriums aus dem Krankenhausbetrieb ausgegliedert werden,

2. die geförderten Anlagegüter weiterhin überwiegend für die stationäre Krankenhausversorgung genutzt werden oder
3. die Erträge aus der Nutzung oder Veräußerung der geförderten Anlagen den Pauschalfördermitteln oder ab 1. Januar 2028 der Investitionspauschale des Krankenhauses zugeführt werden; das Krankenhaus hat darüber Nachweis zu führen.

(10) Fördermittel sind ganz oder teilweise zurückzufordern,

1. wenn sie nicht dem Förderzweck entsprechend oder entgegen den Nebenbestimmungen des Bewilligungsbescheids verwendet worden sind; eine nicht zweckentsprechende Verwendung der Mittel liegt auch vor, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt,
2. wenn eine Baumaßnahme abgebrochen und nicht fortgeführt wird,
3. soweit damit finanzierte Anlagegüter an Dritte sicherungsübereignet worden sind,
4. wenn nach der Gewährung von Leistungen nach § 14 der Krankenhausbetrieb nicht eingestellt oder nicht umgestellt wird oder
5. wenn die allgemein geltenden vergaberechtlichen Vorgaben bei Bau- und anderen Leistungen nicht eingehalten wurden.

(11) Übersteigen die aufgrund einer Bewilligung ausgezahlten Fördermittel, insbesondere die Abschlagszahlungen für Investitionen, den endgültigen förderfähigen Betrag, so ist der Mehrbetrag zu erstatten. Dies gilt nicht für Pauschalfördermittel nach § 17, Festbetragsfinanzierung sowie die Investitionspauschale.

(12) Ein Erstattungsanspruch nach den Absätzen 5 und 6 entfällt, wenn der Ausgleichsanspruch für Eigenmittel nach § 20 Absatz 3 um den Restnutzungswert geförderter Anlagegüter vermindert wird. Satz 1 gilt entsprechend für Mittel der Investitionspauschale.

§ 25 **Erklärungen im Rahmen der Jahresabschlussprüfung**

(1) Der Krankenhausträger hat eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer zu beauftragen, im Ergebnis der nach den gesetzlichen Verpflichtungen stattfindenden Jahresabschlussprüfung zu folgenden Prüfungsinhalten eine Erklärung gegenüber dem für Gesundheit zuständigen Ministerium abzugeben:

1. zur Ordnungsmäßigkeit der Buchführung und des Rechnungswesens,
2. zur Prüfung konkreter Anhaltspunkte nach § 22 Absatz 3 zusammenfassende Aussagen zu
 - a) der Entwicklung der Vermögens- und Ertragslage sowie der Liquidität des Krankenhauses,

- b) den Ursachen eines eventuell in der Gewinn- und Verlustrechnung ausgewiesenen Fehlbetrages (einschließlich verlustbringender Geschäfte und deren Ursachen),
- c) der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses sowie
- d) der Fortführungsprognose, soweit es einer solchen im Rahmen der pflichtgemäßen Jahresabschlussprüfung bedarf,

3. zur im Einzelnen zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel nach § 10 Absatz 3 und 4,

4. zur ordnungsgemäßen grundbuchlichen Sicherung von Baumaßnahmen gemäß § 22 Absatz 6.

(2) Die Erklärung der Wirtschaftsprüferin oder des Wirtschaftsprüfers erfolgt abgeleitet aus den Ergebnissen seiner nach den gesetzlichen Vorschriften erfolgenden Prüfungen. Soweit ein Krankenhaussträger nicht gesetzlich zur Durchführung einer Jahresabschlussprüfung verpflichtet ist, hat er nach Maßgabe dieses Paragraphen eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer zur Abgabe dieser Erklärung zu beauftragen.

(3) Die Erklärung ist dem für Gesundheit zuständigen Ministerium bis zum 30. September des auf das Wirtschaftsjahr folgenden Jahres vorzulegen.

§ 26 **Verwendungsnachweis**

(1) Die geförderten Krankenhäuser haben dem für Gesundheit zuständigen Ministerium jährlich einen Verwendungsnachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Pauschalfördermittel nach § 17 vorzulegen.

(2) Die Verwendung der Fördermittel, die nach den § 10 Absatz 4 Satz 4, §§ 14 und 15, 18 bis 21 und § 23 als Einzelförderung bewilligt worden sind, sind nach Kostengruppen für jede Investitionsmaßnahme einzeln, spätestens sechs Monate nach Inbetriebnahme oder Beendigung der Baumaßnahme, nachzuweisen. Abweichend von Satz 1 kann das für Gesundheit zuständige Ministerium für ausgezahlte Fördermittel nach § 16 Absatz 1 Satz 3 vorsehen, dass zu einem späteren Zeitpunkt die Inbetriebnahme oder Beendigung der Baumaßnahme nachzuweisen ist. Soweit sich die Förderung einer Maßnahme über mehrere Kalenderjahre erstreckt, ist im Verwendungsnachweis jährlich ein Zwischenbericht entsprechend Satz 1 zu geben.

(3) Die Verwendung der Fördermittel nach den §§ 14 und 15, 17 bis 21 ist nach Kostengruppen gegliedert insgesamt nachzuweisen. Das Nähere zum Verwendungsnachweis ist im Bescheid zu regeln.

Insbesondere für die Einzelförderung nach § 14 ist im Verwendungsnachweis vorzulegen:

1. ein verwaltungsseitiger Nachweis, der die Kostengruppen aufschlüsselt,
2. ein baufachlicher Nachweis,
3. ein Sachbericht und

4. ein Prüfbericht einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers über die Prüfung der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel.

Insbesondere für die Pauschalförderung nach § 17 ist im Verwendungsnachweis vorzulegen:

1. ein verwaltungsseitiger Nachweis, der die Kosten aufschlüsselt und
2. ein Sachbericht.

Daneben kann noch ein Prüfbericht einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers vorgelegt werden.

(4) Das für Gesundheit zuständige Ministerium oder eine von ihm beauftragte Stelle prüft die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel nach Absatz 3 sowie die Beachtung der mit der Bewilligung verbundenen Nebenbestimmungen. Es kann sich dabei auf Prüfergebnisse anderer beauftragter Stellen stützen. Der Landesrechnungshof ist berechtigt, die Nachweise für die Höhe der Fördermittel an Ort und Stelle zu prüfen, die Unterlagen einzusehen und Auskünfte einzuholen. Die Prüfungsrechte des Landesrechnungshofes bleiben unberührt. Das Ergebnis der Verwendungsnachweisprüfung wird dem Fördermittelempfänger schriftlich mitgeteilt.

(5) Der Nachweis der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel nach § 10 Absatz 4, § 22 und § 23 erfolgt abweichend von Absatz 4 durch die Vorlage eines durch eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer erstellten Prüfvermerks, in dem die zweckentsprechende Fördermittelverwendung bestätigt und der Nachweis der Bestätigung gemäß § 25 Absatz 1 und 2 erbracht wird. Zusätzlicher Inhalt des Prüfvermerks ist zumindest ein Sachbericht und ein verwaltungsseitiger Nachweis, der die Kosten aufschlüsselt. Die Bestätigung muss auch die Anlage noch nicht verwandelter Investitionspläne auf einem Treuhandkonto und eine ausreichende grundbuchliche Sicherung umfassen. Das für Gesundheit zuständige Ministerium führt eine Plausibilitätsprüfung auf Basis der nach den Sätzen 1 bis 3 vorzulegenden Unterlagen. Zum Zwecke der Prüfung ist insbesondere ein Sachbericht und die Bestätigung der Wirtschaftsprüferin oder des Wirtschaftsprüfers vorzulegen.

(6) Der Krankenhasträger hat auf Verlangen den Prüfungsberechtigten nach Absatz 4 und 5 die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen. Soweit es die Überprüfung erfordert, sind diese auch befugt, Grundstücke, Räume und Einrichtungen des Krankenhauses zu den Betriebs- und Geschäftszeiten zu betreten, dort Besichtigungen und Prüfungen vorzunehmen sowie in die geschäftlichen Unterlagen des Krankenhauses Einblick zu nehmen. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes eingeschränkt.

§ 27

Widerruf von Bescheiden, Verzinsung des Erstattungsanspruchs

Für den Widerruf eines Bewilligungsbescheides, die Erstattung und die Verzinsung der Fördermittel gilt das Landesverwaltungsverfahrensgesetz Mecklenburg-Vorpommern.

§ 28

Wechsel des Krankenhasträgers oder des Eigentümers

Wechselt der Krankenhasträger gemäß § 3 Absatz 3 Satz 1, ist ein neuer Antrag auf Investitionspläne nach § 22 durch den neuen Krankenhasträger zu stellen. Hat der bisherige Krankenhasträger

die gewährten Fördermittel auf den neuen Krankenhausträger übertragen, ist von einem Widerruf der Fördermittelbescheide abzusehen, wenn

1. der neue Krankenhausträger durch schriftliche Erklärung gegenüber dem für Gesundheit zuständigem Ministerium sämtliche bisherigen Förderbescheide sowie die mit der Förderung verbundenen Verpflichtungen, Bedingungen und Auflagen anerkennt und
2. nachweisbar sichergestellt ist, dass mögliche Rückforderungsansprüche des Landes ausreichend gesichert sind.

Abschnitt 4

Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus, Qualität und Sicherheit der Versorgung

§ 29

Aufnahme und Versorgung

(1) Für alle Patientinnen und Patienten die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, ist durch das Krankenhaus eine patientenzentrierte, diskriminierungsfreie und möglichst barrierefreie Behandlung insbesondere unter Beachtung der in § 1 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes genannten Gründe zu gewährleisten. Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses sind dem Selbstbestimmungsrecht, der Würde der Patientinnen und Patienten sowie ihren Bedürfnissen nach Schonung, Ruhe und einer aktivierenden Genesung anzupassen sowie angemessen zu gestalten.

(2) Der Krankenhausträger ist seinem Versorgungsauftrag entsprechend zur Aufnahme und Versorgung von Patientinnen und Patienten verpflichtet, soweit diese der Versorgung gemäß § 39 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedürfen. Die Krankenhausträger haben eine ihrer Aufgabenstellung entsprechende Dienst- und Aufnahmefähigkeit sicherzustellen. Die Pflichten zur Notfallversorgung nach § 40 bleiben unberührt.

(3) Der Krankenhausträger kann gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen als Wahlleistungen erbringen, soweit dadurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. Besondere Verpflegung, besondere Unterbringung und der Abschluss eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrages dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden.

(4) Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf den Empfang von Besuch in angemessenem Umfang. Die besonderen Bedürfnisse von Kindern, schwerkranken Patientinnen und Patienten sowie von Patientinnen und Patienten mit Behinderungen oder geriatrischen oder psychischen Erkrankungen sind in diesem Zusammenhang besonders zu berücksichtigen. Jedes Krankenhaus hat eine Besuchsregelung zu erlassen und diese im Internet und durch für die Patientinnen und Patienten ohne Weiteres ersichtlichen Aushang barrierefrei zu veröffentlichen. Bei Lese- oder Verständnisproblemen soll das Krankenhaus zudem Unterstützung ermöglichen. Einschränkungen von Besuchen im Rahmen der bestehenden Besuchsregelung sind zulässig, soweit dies aufgrund besonderer Umstände zwingend erforderlich ist. Hierbei ist den Patientinnen und Patienten die Kommunikation mit Angehörigen zu ermöglichen. Einschränkungen von Besuchsregelungen bedürfen einer verständlichen Begründung im Besuchskonzept.

(5) Zur Optimierung der regionalen Versorgung auf der Grundlage des Krankenhausplanes sind Krankenhäuser innerhalb ihres Einzugsbereichs ungeachtet ihrer Trägerschaft und entsprechend ihrer Aufgabenstellung zur Zusammenarbeit verpflichtet. Die Krankenhäuser sind im Interesse der durchge-

henden Sicherstellung und Optimierung der regionalen Versorgung der Patientinnen und Patienten zur engen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens einschließlich der Pflegestützpunkte verpflichtet. Die bundesrechtlichen Regelungen zum Entlassmanagement bleiben unberührt.

(6) Krankenhäusern und ihren Krankenhausträgern ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten und Patientinnen ein Entgelt oder andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen, sich gewähren oder versprechen zu lassen.

§ 30

Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen

(1) Die Krankenhäuser ergreifen geeignete Maßnahmen auf Grundlage diesbezüglich existierender strategischer Ziele, die mit der Bundesregierung oder der Landesregierung konsentiert sind, um den Bedürfnissen und davon abgeleiteten Bedarfen von Frauen und Familien vor, während und nach der Geburt ihres Kindes Rechnung zu tragen. Insbesondere sollen die Maßnahmen dazu beitragen, die Geburt möglichst interventionsarm zu gestalten, um eine physiologische Geburt zu ermöglichen. Das Selbstbestimmungsrecht der Frau muss während der Geburt gewahrt werden. Familien sind nach der Geburt ihres Kindes auf Hebammenbetreuung, Angebote der Wochenpflege sowie Beratungsangebote insbesondere aus dem Bereich der Frühen Hilfen hinzuweisen oder auf Wunsch der Patientin zu vermitteln. Krankenhausträger sollen mit Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern zusammenarbeiten oder können eigene Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger vorhalten.

(2) Die Krankenhäuser wirken an der Erfüllung der Aufgaben gemäß § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz insbesondere im Bereich der Frühen Hilfen mit. Wenn das Krankenhaus bei Schwangeren, Gebärenden oder Familien über ein geregeltes Verfahren einen Unterstützungsbedarf erkennt, ist es befugt, zu diesem Zweck mit geeigneten externen Partnern zusammenzuarbeiten, die einem Berufsgeheimnis oder einer vergleichbaren gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht unterliegen. Ein Unterstützungsbedarf, der die Weitergabe von Informationen erforderlich macht, liegt vor, wenn aufgrund der sozialen, gesundheitlichen oder sonstigen Situation der Patientin Risiken für die gesunde Entwicklung des Kindes wahrgenommen werden. Das Krankenhaus ist in diesem Fall befugt - soweit die Patientin nach Hinweis auf die beabsichtigte Offenlegung durch Übermittlung nicht etwas anderes bestimmt - folgende Daten an den externen Partner durch Übermittlung offen zu legen:

1. Name der Mutter,
2. Name der Sorgeberechtigten,
3. Geburtsdatum des Kindes,
4. Anschrift und Kommunikationsdaten.

Die Patientin hat für die Übermittlung ein voraussetzungsloses Widerspruchsrecht, worüber sie vor der beabsichtigten Übermittlung durch das Krankenhaus aufgeklärt werden muss. Ein Widerspruch der Patientin muss dokumentiert werden. Die Regelungen zum Tätigwerden bei Vorliegen gewichtiger

Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen nach § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz bleiben hiervon unberührt.

(3) Den besonderen Bedürfnissen kranker Kinder und Jugendlicher ist in Abstimmung mit den sorgeberechtigten Personen Rechnung zu tragen. Der Krankenhasträger bietet bei Kindern, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, an, eine Begleitperson aufzunehmen und arbeitet mit den Schulbehörden für die Ermöglichung eines Krankenhausunterrichts zusammen.

(4) Den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen ist mit professioneller Rücksichtnahme auf etwaige Beeinträchtigungen sowie personenspezifische Bedarfe Rechnung zu tragen. Begleitpersonen von Menschen mit Behinderungen sind grundsätzlich vom Krankenhaus aufzunehmen, insfern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

(5) Den besonderen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten mit geriatrischen oder psychischen Erkrankungen ist Rechnung zu tragen. Begleitpersonen sind auf Wunsch der Patientin oder des Patienten soweit wie möglich in das Krankenhaus aufzunehmen. Das Krankenhaus ergreift insbesondere geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Demenz im Krankenhaus angemessen versorgen zu können.

(6) Sterbende Patientinnen und Patienten haben in besonderem Maße einen Anspruch auf eine ihrer Würde entsprechenden Behandlung. Begleitpersonen sind auf Wunsch der Patientin oder des Patienten soweit wie möglich in das Krankenhaus aufzunehmen. Nahestehende Personen haben das Recht sich von der sterbenden Patientin oder Patienten zu verabschieden. Das Krankenhaus trifft geeignete Maßnahmen, um dies zu gewährleisten. Sofern die Patientinnen oder Patienten und ihre Angehörigen eine Behandlung und Pflege zu Hause wünschen, soll eine Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgen. Die erforderlichen ambulanten Dienste sollen vom Krankenhaus vermittelt werden.

(7) Krankenhasträger mit einem Versorgungsauftrag für gynäkologische Leistungen sollen für schwangere Frauen ein Angebot zur Vornahme von rechtlich zulässigen Schwangerschaftsabbrüchen zur Verfügung stellen.

§ 31 **Soziale Betreuung**

(1) Der Krankenhasträger stellt durch einen Sozialdienst im Krankenhaus die soziale Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten durch geeignete Fachkräfte sicher.

(2) Aufgabe des Sozialen Dienstes ist ergänzend zu der ärztlichen und pflegerischen Versorgung die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach dem Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließenden, insbesondere Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen der Übergangs- und Anschlusspflege zu organisieren. Er sorgt dafür, dass die zur Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen ab der Entlassung der Patientinnen und Patienten eingeleitet werden. Die Entscheidungsfreiheit der Patientinnen und Patienten ist dabei zu beachten. Der Sozialdienst kann vorsorglich tätig werden bei offenkundiger Hilflosigkeit oder mangelnder Einsichtsfähigkeit der Patientinnen und Patienten. Rechte und Pflichten anderer Sozialdienste bleiben hiervon unberührt.

(3) Im Interesse der Patientinnen und Patienten unterstützt der Krankenhasträger die Selbsthilfe im Gesundheitswesen sowie ehrenamtliche Patientendienste und arbeitet mit diesen zusammen.

(4) Die Krankenhausseelsorge sowie die Seelsorge von Religionsgemeinschaften bleiben unangetastet. Unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft ist zu

gewährleisten, dass das Recht auf Seelsorge im Krankenhaus wahrgenommen werden kann. Zur seelsorgerlichen Betreuung zählen auch Gottesdienste und religiöse Veranstaltungen. Hierfür stellt der Krankenhasträger angemessene Räumlichkeiten zur Verfügung.

§ 32

Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte können für die Dauer der Wahlperiode ihrer Kreistage und Stadtvertretungen für jedes in den Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern aufgenommene Krankenhaus mit dem Hauptstandort innerhalb der Gebietskörperschaft jeweils eine unabhängige Patientenfürsprecherin oder einen unabhängigen Patientenfürsprecher sowie eine Stellvertretung bestellen. Die Bestellung erfolgt auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen durch den SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e.V. im Einvernehmen mit dem Krankenhaus.

(2) Die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher müssen natürliche Personen sein und über die für die Aufgabenerfüllung erforderliche Zuverlässigkeit und Fachkunde, insbesondere ausreichende Erfahrungen im Sozial- oder Gesundheitswesen, verfügen. Bestimmt werden kann nicht, wer in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis zum Krankenhasträger steht oder diesem in anderer Weise, insbesondere als Organ oder Mitglied eines Organs, angehört. Die gewählten Personen sind bei der Ausübung ihres Amtes keinen Weisungen unterworfen. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher führt das Amt grundsätzlich bis zum Amtsantritt einer Nachfolgerin oder eines Nachfolgers weiter. Eine Abberufung ist nur aus wichtigem Grund zulässig. Das bestellende Organ nach Absatz 1 teilt den Namen und die Anschrift der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers dem für Gesundheit zuständigen Ministerium mit.

(3) Bei dem Amt der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers handelt es sich um ein Ehrenamt. Hierfür kann eine Entschädigung gemäß § 17 der Entschädigungsverordnung durch die jeweilige kreisfreie Stadt oder den jeweiligen Landkreis gewährt werden.

(4) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher vertritt die Interessen der Patientin oder des Patienten auf deren Wunsch gegenüber dem Krankenhaus im Rahmen dieses Gesetzes. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher soll mit dem Beschwerdemanagement des Krankenhauses sowie allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes und Patienten- und Selbsthilfeorganisationen eng zusammenarbeiten. Sie oder er prüft Anregungen, Bitten und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und wird grundsätzlich nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin oder des Patienten oder der sorgeberechtigten Person tätig, wobei weder eine rechtliche noch medizinische Beratung erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass auch anonymisierte Beschwerden bearbeitet werden. Sie oder er kann sich unmittelbar an die Krankenhausleitung, den Krankenhasträger und sonstige zuständige Institutionen oder Behörden wenden.

(5) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher legt der Stadtvertretung, der Bürgerschaft oder dem Kreistag jährlich einen Bericht vor. Im Bericht ist dem jeweiligen Krankenhaus die Möglichkeit der Stellungnahme einzuräumen. Der Bericht darf keine Angaben enthalten, die den Persönlichkeitsschutz von Patientinnen oder Patienten, Beschäftigten oder Besuchern des Krankenhauses verletzen. Der Bericht ist zugleich dem betroffenen Krankenhaus und dem für Gesundheit zuständigen Ministerium zuzuleiten.

(6) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher wird vom Krankenhaus in ihrer oder seiner Arbeit unterstützt. Der jeweilige Krankenhasträger hat der Patientenfürsprecherin oder dem Pa-

tientenfürsprecher eine angemessene Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen. Zur Ausübung sind ihr oder ihm insbesondere geeignete Räumlichkeiten und eine geeignete Arbeitsausstattung zur Verfügung zu stellen. Er stellt sicher, dass die Patientinnen und Patienten frühzeitig über den Namen, die dienstliche Anschrift, die Sprechstundenzeit und den Aufgabenbereich der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher in geeigneter Weise informiert werden. Hierzu ist den Patientinnen und Patienten insbesondere entsprechendes Informationsmaterial bereitzustellen. Der unmittelbare Zugang zur Patientenfürsprecherin oder zum Patientenfürsprecher muss gesichert sein.

(7) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher ist datenschutzrechtlich selbst für die Datenverarbeitung verantwortlich. Soweit das Krankenhaus Arbeitsmittel zur Verfügung stellt und diese fortlaufend wartet, handelt es im Auftrag der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers und darf die dabei erlangten Informationen nicht zu eigenen Zwecken verwenden. Eine Verarbeitung von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten ist nur mit deren Einwilligung zulässig. Das Krankenhaus ist verpflichtet, der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten gegen Vorlage der Einwilligung und einer Schweigepflichtentbindungserklärung auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher ist zur Verschwiegenheit verpflichtet und darf personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten nur bei Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung offenbaren. Das Krankenhaus kann darüber hinaus die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher hinsichtlich der außerhalb ihrer Tätigkeit erlangten Informationen zur Verschwiegenheit und zur Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen verpflichten und sonstige, nicht die Kerntätigkeit betreffende Anweisungen treffen, soweit dies durch die nach Absatz 6 notwendige Unterstützung erforderlich ist und die unabhängige Aufgabenwahrnehmung nicht beeinträchtigt.

§ 33 **Ausbildung und Berufsrecht**

(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet zur Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen untereinander und mit anderen Einrichtungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung zusammenzuarbeiten. Hierzu sollen sie Aus-, Fort- und Weiterbildungsverbünde unter Einbeziehung der ambulanten Leistungserbringer schließen. Bedarfsabhängig ist bei der Aus- und Weiterbildung auch eine Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des Landes zulässig. Die Krankenhäuser, die gemäß § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Versorgungsstufe „Level 3U“ oder „Level 3“ zugeordnet sind, können Koordinierungsaufgaben für die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen übernehmen oder diese Aufgaben können an sie durch das für Gesundheit zuständige Ministerium übertragen werden. Diese Krankenhäuser tragen entsprechend ihres grundsätzlich umfassenden Versorgungsauftrages eine besondere Verantwortung für die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Land.

(2) Die Krankenhäuser unterrichten die zuständige Kammer der Heilberufe sowie die für approbations- oder berufsrechtliche Maßnahmen oder die für die Berufserlaubnis zuständige Behörde, wenn Tatsachen den Verdacht eines Verstoßes gegen ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische, therapeutische, pflegerische, anästhesie- und operationstechnische, medizinisch-technologische, pharmazeutisch-technische oder pharmazeutische sowie hebammenrechtliche Berufspflichten rechtfertigen. Soweit dies zur Überwachung von Berufspflichten oder zur Durchführung von Maßnahmen im Zusammenhang mit der Approbation oder der Berufserlaubnis erforderlich ist, sind die Krankenhäuser verpflichtet, den in Satz 1 genannten Stellen auf Anforderung Aufzeichnungen und sonstige Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Patientendaten sind soweit möglich vor der Vorlage oder Auskunftserteilung zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren. Ist eine Anonymisierung oder Pseudonymisierung aufgrund der benötigten Daten, insbesondere bei Patientenakten, nicht möglich, sind vor einer Übermittlung die Klardaten der Patientin oder des Patienten zu entfernen. Dies gilt nicht, so weit die in Satz 1 genannten Stellen bei der Wahrnehmung der in Satz 2 genannten Aufgaben auf die

Kenntnis der Patientendaten zwingend angewiesen sind und der Übermittlung keine überwiegenden schutzwürdigen Interessen der Patientinnen und Patienten entgegenstehen. Das Krankenhaus informiert die betroffenen Patientinnen und Patienten über die beabsichtigte Übermittlung. Die Informationspflicht nach Artikel 14 Datenschutz-Grundverordnung der zuständigen Behörde sowie der zuständigen Kammer der Heilberufe bleibt hiervon unberührt. Die in Satz 1 genannten Stellen sind berechtigt, die davon betroffenen Krankenhäuser über festgestellte schwerwiegende Berufspflichtverletzungen, die sich auf die Berufsausübung auswirken können, zu unterrichten.

§ 34 **Qualitätssicherung**

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität und dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend zu erbringen. Hierbei sind die Regelungen zur Qualitätssicherung im und auf Grundlage des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebend.

(2) Das Krankenhaus hat mindestens eine Qualitätsbeauftragte oder einen Qualitätsbeauftragten zu bestellen. Aufgabe der Qualitätsbeauftragten oder des Qualitätsbeauftragten ist

1. die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit,
2. die Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die in dem jeweiligen Fachgebiet geltenden Qualitätsstandards und
3. die Unterstützung der Leitung des Krankenhauses bei der Umsetzung wissenschaftlicher und gesetzlicher Vorgaben.

(3) Das Krankenhaus ist verpflichtet, der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen, falls bei der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 in Verbindung mit § 135a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Ergebnis für einen Qualitätsindikator nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auffällig geblieben ist.

(4) Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann die Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität in Mecklenburg-Vorpommern e. V. bei landesspezifischen Sachverhalten der Qualitätssicherung unterstützend hinzuziehen.

§ 35 **Organspenderegister**

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die technischen Voraussetzungen zu schaffen, um Einsicht in das Organspenderegister des Bundes gemäß § 2a des Transplantationsgesetzes zu nehmen.

§ 36 **Krankenhaushygiene und Umwelt**

(1) Die Krankenhaussträger sind verpflichtet, die nach dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen.

(2) Die Krankenhaussträger sind verpflichtet, sich bei der Planung von Neubauten und von wesentlichen Umbauten durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales in hygienischer Hinsicht beraten

zu lassen. Der Behandlung von Patientinnen und Patienten dienende Neubauten und wesentliche Umbauten von Krankenhausgebäuden dürfen nur in Betrieb genommen werden, wenn sie in krankenhaushygienischer Sicht dem anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechend gebaut sind und vom Landesamt für Gesundheit und Soziales bestätigt worden ist, dass sie den krankenhaushygienischen Anforderungen entsprechen. Eine solche Bestätigung erfolgt nicht, wenn die Beratung nicht erfolgt ist oder krankenhaushygienischen Anforderungen nicht entsprochen wurde. Die baufachliche Prüfung ist für Einzelförderungen von Investitionskosten nach § 14 dann nicht abzuschließen.

(3) Im Rahmen der Landeskrankenhausförderung und beim Betrieb der Krankenhäuser sind unter Wahrung der Wirtschaftlichkeit und unter Einbeziehung der Folgekosten die Belange des Umwelt- und Klimaschutzes zu beachten. Insbesondere sind notwendige Klimaanpassungsmaßnahmen zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten umzusetzen sowie einer umweltverträglichen Beschaffung und Entsorgung Rechnung zu tragen.

§ 37

Leitung und innere Organisation eines Krankenhauses

(1) In jedem Krankenhaus wird auf Standortebene eine Betriebsleitung gebildet. Krankenhausträger mehrerer Krankenhäuser oder eines Krankenhauses mit mehreren Standorten können eine gemeinsame Betriebsleitung bilden. An der Betriebsleitung sind eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegefachperson und die Leiterin oder der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes gleichrangig zu beteiligen. Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Satz 2 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind.

(2) Der Krankenhausstandort ist nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten nach den Vorgaben der Feststellungen des Krankenhausplans in Abteilungen gegliedert.

(3) Der Krankenhausträger hat für jede Abteilung mindestens eine Abteilungsärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen, die oder der nicht weisungsgebunden ist und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt wird. Diese sind für die Untersuchung und Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Abteilung verantwortlich. Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen leiten. Für Abteilungen, die Patientinnen und Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, können neben der Abteilungsärztin oder dem Abteilungsarzt Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten bestellt werden, die bei der Untersuchung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und selbstständig tätig sind.

§ 38

Arzneimittelkommission

(1) Jeder Krankenhausträger hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. Krankenhäuser, zwischen denen ein Versorgungsvertrag nach § 14 des Apothekengesetzes besteht, können eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden.

(2) Mitglieder der Arzneimittelkommission sind insbesondere die Leitung der Krankenhausapotheke oder der krankenhausversorgenden Apotheke, eine Stationsapothekerin oder ein Stationsapotheker, die für Antibiotic Stewardship beauftragte Ärztin oder Arzt sowie für jede Fachrichtung des Krankenhauses jeweils eine leitende Ärztin oder ein leitender Arzt und die leitende Pflegefachkraft. Geleitet wird die Arzneimittelkommission von der Leitung der Krankenhausapotheke oder der krankenhausver-

sorgenden Apotheke. Die Arzneimittelkommission tagt mindestens zweimal im Jahr. Sie gibt sich eine Geschäftsordnung.

(3) Die Arzneimittelkommission hat die Aufgabe,

1. eine Liste der im Krankenhaus üblicherweise verwendeten Arzneimittel unter besonderer Berücksichtigung ihrer Qualität, ihrer Auswirkungen auf die Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit zu erstellen,
2. das Krankenhauspersonal in Fragen der Arzneimittelversorgung zu beraten und zu informieren, dabei sollen entsprechend § 115c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung berücksichtigt werden.

(4) Die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste ist von den Krankenhausärztinnen und -ärzten bei der Arzneitherapie zu berücksichtigen. Die Arzneimittelkommission ist über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Liste erfasst sind, zu unterrichten. Sie ist vor der Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln zu informieren. Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die nach Art und Umfang über das gewöhnliche Maß hinausgehen, sind der Arzneimittelkommission unverzüglich zu melden.

§ 39

Stationsapothekerin oder Stationsapotheker

(1) Der Krankenhasträger hat sicherzustellen, dass in jedem Krankenhaus in ausreichender Zahl Apothekerinnen oder Apotheker als Beratungspersonen für die Stationen eingesetzt werden (Stationsapothekerinnen oder Stationsapotheker). Ihr Einsatz erfolgt in Präsenz oder telepharmazeutisch. Der Krankenhasträger bestimmt anhand der Größe und der Fachrichtung der Stationen und der von ihnen erbrachten Leistungen, in welchem Umfang Stationsapothekerinnen oder Stationsapotheker jeweils für die vorhandenen Fachrichtungen beratend tätig sein sollen; dabei sind Fachrichtungen besonders zu berücksichtigen, in denen besonders häufig

1. die Arzneimittelversorgung anzupassen ist,
2. verschiedene Infusionen nebeneinander oder nacheinander angewendet werden oder
3. mehrere Medikamente nebeneinander eingesetzt werden.

(2) Die Stationsapothekerin oder der Stationsapotheker hat die Aufgabe, im Rahmen der Zusammenarbeit mit ärztlichem und pflegerischem Personal zu einer sicheren, zweckmäßigen sowie wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie und damit zu einer effizienteren Betriebsführung beizutragen. Zur Aufgabe nach Satz 1 gehört:

1. die Durchführung geeigneter Maßnahmen, um sicherzustellen, dass die für Patientinnen und Patienten vorgesehenen Medikamente auf Wechselwirkungen, Risiken und Nebenwirkungen sowie auf risikoärmere Alternativen geprüft werden und die Medikamentenstellung sicher erfolgt,

2. die Durchführung geeigneter Maßnahmen, um sicherzustellen, dass bei Aufnahme und Entlassung von Patientinnen und Patienten geprüft wird, inwieweit der Medikationsplan anzupassen ist,
3. die pharmazeutische Beratung des ärztlichen und pflegerischen Personals, das an der stationären Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligt ist.

Im Übrigen soll durch Beratung darauf hingewirkt werden, dass

1. Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte in der versorgenden Apotheke ordnungsgemäß angefordert werden,
2. Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte ordnungsgemäß gelagert und verwendet werden,
3. notwendige Maßnahmen zur Patientensicherheit und zur Arzneimittelsicherheit getroffen werden.

(3) Die Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker unterstehen fachlich der Leitung der Krankenhausapotheke. Verfügt das Krankenhaus nicht über eine eigene Krankenhausapotheke, so soll die Sicherstellung der Aufgaben den Absätzen 1 und 2 im Vertrag nach § 14 Absatz 3 oder 4 des Apothekergesetzes mit der krankenhausversorgenden Apotheke geregelt werden.

(4) Zur Stationsapothekerin oder zum Stationsapotheker sollten nur Personen bestimmt werden, welche die Weiterbildung im Fachgebiet Klinische Pharmazie abgeschlossen oder bereits begonnen haben.

Abschnitt 5 **Notfallversorgung und besondere Gefahrenlagen**

§ 40 **Notfallversorgung, Verordnungsermächtigung**

(1) Krankenhäuser, die im Rahmen ihres Versorgungsauftrags an der Notfallversorgung teilnehmen, sind zur Aufnahme und Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten verpflichtet. Notfallbehandlungen sind höher zu priorisieren als nicht dringend medizinisch notwendige Behandlungen. Krankenhäuser nach Satz 1 müssen organisatorisch und medizinisch zur Aufnahme und qualifizierten stationären Erstversorgung von Notfallpatientinnen und -patienten in der Lage sein. Sie sind insbesondere verpflichtet,

1. eine geeignete zentrale Anlaufstelle (Notaufnahme) zu betreiben und
2. eine Ersteinschätzung und -versorgung der Notfallpatientinnen und -patienten durchzuführen und sie bei Bedarf stationär aufzunehmen.

(2) Unabhängig von seinem Versorgungsauftrag hat jedes Krankenhaus bei Gefahr für Leib und Leben die gebotene ärztliche Erstversorgung zu leisten und die gegebenenfalls erforderliche Verlegung zu organisieren.

(3) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung nähere Bestimmungen über das elektronische Behandlungskapazitätennachweis- und Zuweisungssystem für die Notfallversorgung und den Massenanfall von Verletzten zu erlassen. Diese Verordnung regelt die Einzelheiten der Meldepflichten der Krankenhäuser sowie die Anforderungen an die fortlaufende Aktualisierung der gemeldeten Kapazitäten. Für statistische und krankenhausplanerische Zwecke kann das für Gesundheit zuständige Ministerium abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung in der Rechtsverordnung auch die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten sowie angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Interessen der betroffenen Personen regeln, wobei durch die auswertende Stelle kein Personenbezug hergestellt werden darf, § 47 Absatz 2 Satz 1 und 2 gelten entsprechend. Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre verfügbaren Behandlungskapazitäten unverzüglich und vollständig in das durch diese Verordnung vorgeschriebene System zu übermitteln und aktuell zu halten. Die Verantwortlichkeiten für den Betrieb des Systems sind durch Dienstanweisung festzulegen. Die vom Rettungsdienst vorgenommene Patientenzuweisung an das jeweilige Krankenhaus gilt mit der Einstellung durch den Rettungsdienst in das System als erfolgt.

(4) Fällt das Behandlungskapazitätennachweis- und Zuweisungssystem für die Notfallversorgung und den Massenanfall von Verletzten nach der Notfallzuweisungsverordnung aus, sind die Krankenhäuser verpflichtet, auf andere geeignete Kommunikationswege zwischen Rettungsleitstellen, Rettungsdiensten und Krankenhäusern zurückzugreifen, bis die Störung behoben ist.

§ 41

Krankenhausalarm- und -einsatzplan, Leiterin oder Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung, Einsatzleitung, Verordnungsermächtigungen

(1) Jedes Krankenhaus hat sich seinem Versorgungsauftrag entsprechend auf Gefahrenlagen vorzubereiten, die die Behandlungskapazität wesentlich belasten oder die Funktionalität wesentlich einschränken. Hierzu dienen die in diesem Abschnitt definierten Maßnahmen, deren Kosten die Krankenhäuser selbst tragen, sofern nichts anderes geregelt ist. Jedes Krankenhaus bestellt an jedem Standort eine Leiterin oder einen Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung sowie eine Stellvertretung und erstellt einen Krankenhausalarm- und -einsatzplan.

(2) Der Krankenhausalarm- und -einsatzplan adressiert auf Basis einer Risikoanalyse zumindest folgende Gefahrenlagen:

1. Evakuierung und Räumung des Krankenhauses,
2. Massenanfall von Verletzten und Erkrankten,
3. chemische, biologische, radio-nukleare, bioterroristische Gefahrenlagen,
4. polizeiliche Lagen im Krankenhaus,
5. Brand im Krankenhaus,
6. Naturgefahren,
7. Ausfall der Informationstechnik unter Einhaltung insbesondere des § 391 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs,

8. kritischer Personalmangel,
9. Ausfall der Basisversorgung nach § 43 Absatz 3.

(3) Der Krankenhausalarm- und -einsatzplan beinhaltet für die nach Absatz 2 genannten Gefahrenlagen mindestens folgende organisatorische und operative Maßnahmen:

1. Meldewege, Auslösung des Alarms, Alarmierung des Krankenhauspersonals und Dritter,
2. die Einsatzleitung,
3. die Raumordnung und Wegeführung,
4. die Erweiterung der Aufnahmekapazität,
5. die Abstimmung mit den Alarm- und Einsatzplänen der benachbarten Krankenhäuser, insbesondere die gegenseitige Unterstützung.

(4) Der Krankenhausalarm- und -einsatzplan ist durch das Krankenhaus regelmäßig fortzuschreiben und alle zwei Jahre dem für Gesundheit zuständigen Ministerium vorzulegen. Der Krankenhausalarm- und -einsatzplan ist bei erstmaliger Vorlage und bei wesentlichen inhaltlichen Anpassungen bei der Fortschreibung von einer oder einem externen Sachverständigen prüfen zu lassen. Mit dem Plan sind die Dokumentation nach § 42 Absatz 2 Satz 2 der seit der letzten Vorlage durchgeführten Übungen vorzulegen sowie die Erkenntnisse aus den Übungen nach § 42 Absatz 2 und 3 und daraus abgeleitete Änderungen des Krankenhausalarm- und -einsatzplans zu benennen. Das Ministerium kann sich den Krankenhausalarm- und -einsatzplan zudem anlassbezogen vorlegen lassen. Erstmalig ist der Krankenhausalarm- und -einsatzplan spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorzulegen.

(5) Der Krankenhausalarm- und -einsatzplan ist abzustimmen zumindest mit der zuständigen unteren Katastrophenschutzbehörde, dem zuständigen Gesundheitsamt, der zuständigen Rettungsleitstelle, der zuständigen Polizeibehörde und den benachbarten Krankenhäusern. Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird im Einvernehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium ermächtigt, durch Rechtsverordnung Näheres zur Art und Weise sowie des Ausmaßes der Zusammenarbeit zu regeln.

(6) Im Falle einer Gefahrenlage richtet das Krankenhaus am betroffenen Standort lageabhängig eine geeignete Einsatzleitung ein und benennt eine Verbindungsperson für die zuständigen Behörden.

(7) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, darüber hinaus Näheres zu den genannten oder weiteren organisatorischen und operativen Maßnahmen durch Rechtsverordnung zu regeln. Dies kann auch die Bereitstellung von diesbezüglichen Daten über eine IT-Fachanwendung umfassen, einschließlich personenbezogener Daten und besonderer Kategorien personenbezogener Daten wie zum Beispiel die Meldung über den Intensivbettenbestand, das verfügbare Personal für Intensivstationen sowie den Infektionsstatus von Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen im Krankenhausbereich, oder die Benennung von relevanten Funktionsträgern mit zugehörigen Kontaktdaten im Krankenhausstandort zur Bewältigung von besonderen Gefahrenlagen. Es werden Form, Inhalt, Art und Umfang der Meldung und die Meldeempfängerin oder der Meldeempfänger sowie der Meldeurnen vorgegeben.

§ 42

Schulungen und Übungen, Verordnungsermächtigung

(1) Die Krankenhäuser unterweisen die Beschäftigten jährlich über die Vorsorgemaßnahmen gemäß des Krankenhausalarm- und -einsatzplans.

(2) Die Krankenhäuser erproben ihre Krankenhausalarm- und -einsatzpläne durch

1. zumindest jährliche Alarmierungsübungen,
2. regelmäßige Übungen zur Einsatzbereitschaft.

Die Übungen sind zu dokumentieren.

(3) Die Krankenhäuser nehmen auf eigene Kosten an Katastrophenschutz- und Rettungsdienstübungen teil; hierzu zählen insbesondere Übungen nach § 14 Absatz 3 des Landeskatastrophenschutzgesetzes.

(4) Vor Übungen, die die Erfüllung des Versorgungsauftrags wesentlich beeinträchtigen können, informieren die Krankenhäuser die betroffenen Stellen, insbesondere die Rettungsleitstelle, die benachbarten Krankenhäuser und das für Gesundheit zuständige Ministerium.

(5) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung nähere Regelungen zu erlassen, um weitere Vorgaben zu den Übungen festzulegen.

§ 43

Bevorratung und Notversorgung, Verordnungsermächtigungen

(1) Die Krankenhäuser haben Reserven entsprechend § 30 der Apothekenbetriebsordnung vorzuhalten. Zu diesen Reserven zählen neben Arzneimitteln sämtliche zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung notwendigen Medizinprodukte einschließlich medizinischer Gase. Das für Gesundheit zuständige Ministerium ist berechtigt, durch Rechtsverordnung nähere Vorgaben zur Bevorratung gemäß Satz 1 zu treffen.

(2) Zur Vorsorge für besondere Gefahrenlagen kann das für Gesundheit zuständige Ministerium im Einvernehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium Krankenhäuser mit der Bevorratung von Sanitätsmaterial beauftragen. Die aufgrund eines Auftrags nach Satz 1 beschafften Bestände sollen in den Versorgungskreislauf des Krankenhauses aufgenommen werden, soweit diese üblicherweise dort Verwendung finden. Näheres über die Bevorratung mit Sanitätsmaterial, die Finanzierung, Art und Größe der für die Bevorratung geeigneten Krankenhäuser, den Umgang mit dem Sanitätsmaterial sowie die Zugriffsrechte des Einsatzpersonals bei Gefahrenlagen regelt das für Gesundheit zuständige Ministerium im Einvernehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium durch Rechtsverordnung.

(3) Krankenhäuser haben mindestens für den Ausfall der folgenden technischen Basisversorgung vorzusorgen:

1. Stromversorgung mit einer Versorgungsgarantie von 72 Stunden,
2. Wärme- und Primärenergieträgerversorgung,
3. Trinkwasserver- und Abwasserentsorgung,

4. Versorgung mit medizinischen Gasen.

Das Ausmaß der Vorsorge richtet sich nach den Festlegungen des Krankenhausalarm- und -einsatzplans gemäß § 41. Sind für die Sicherstellung der Ausfallvorsorge umfangreichere bauliche oder technische Maßnahmen, zum Beispiel solche mit Genehmigungspflicht, durch das Krankenhaus vorzunehmen, so sind diese innerhalb von zwei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes umzusetzen.

§ 44 Übergeordnete Steuerung bei besonderen Gefahrenlagen

(1) Sind auf Grund einer besonderen Gefahrenlage über das übliche Patientenaufkommen erheblich hinausgehende Patientenzahlen zu erwarten oder die Behandlungskapazitäten erheblich eingeschränkt, kann das für Gesundheit zuständige Ministerium im Benehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium Anordnungen zur Steuerung der Patientenströme und zur Belegung der Behandlungskapazitäten treffen, soweit das zur Sicherstellung der Versorgung vor allem bei überregionalen Gefahrenlagen erforderlich ist. Diese Anordnungen sind zu befristen, eine Verlängerung ist möglich.

(2) Anordnungen nach Absatz 1 können insbesondere betreffen:

1. Vorgaben zur Steuerung und Aufnahme von Patienten im Krankenhaus,
2. die Abordnung von Personal von Krankenhäusern oder Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation zur Entlastung von Krankenhäusern,
3. die Freihaltung und Erweiterung von Behandlungskapazitäten,
4. die Zurückstellung von Behandlungen, deren Aufschub aus medizinischer Sicht vertretbar erscheint,
5. die Festlegung von Organisationsstrukturen innerhalb und außerhalb der Krankenhäuser,
6. Vorgaben zur verpflichtenden Nutzung von IT-Fachanwendungen zur Vorbereitung auf oder Bewältigung von besonderen Gefahrenlagen und
7. die temporäre Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandortes.

(3) Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann Befugnisse nach Absatz 2 Nummer 1 bis 4 zur regionalen und überregionalen Koordinierung des Betriebes der Krankenhäuser einzelnen Krankenhäusern oder geeigneten ärztlichen Beauftragten übertragen. Die benannten Krankenhäuser oder ärztlichen Beauftragten können auch zur Vorbereitung konkreter Aufbau- und Ablaufmaßnahmen zur Gefahrenabwehr sowie zur Vorbereitung von Anordnungen nach Absatz 2 hinzugezogen und mit Aufgaben betraut werden.

(4) Anordnungen nach Absatz 1 bis 3 können auch gegenüber Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ergehen. Für die Dauer und den Umfang ihrer Inanspruchnahme gelten diese als in den Krankenhausplan aufgenommen.

(5) Adressaten von Anordnungen nach Absatz 1 bis 4 sind angemessen in Geld zu entschädigen, so weit die Anordnung ein Sonderopfer abverlangt, das insbesondere auch über die Aufgaben nach diesem Abschnitt hinausgeht. Die Entschädigung wird nur gewährt, wenn die Adressaten keinen, insbe-

sondere bundesrechtlich geregelten Ersatz erlangen können. Die Entschädigung wird aus Landesmitteln gewährt.

Abschnitt 6 **Die Verarbeitung personenbezogener Daten im Krankenhaus**

§ 45 **Anwendungsbereich**

(1) Im Krankenhaus verarbeitete personenbezogene Daten unterliegen unabhängig von der Art ihrer Verarbeitung der Datenschutz-Grundverordnung und ergänzend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen dieses Abschnitts. § 38 in Verbindung mit § 6 Absatz 4, Absatz 5 Satz 2 und Absatz 6 des Bundesdatenschutzgesetzes gelten entsprechend.

(2) Das Krankenhaus ist Verantwortlicher gemäß Artikel 4 Nummer 7 der Datenschutz-Grundverordnung.

(3) Personenbezogene Daten von Angehörigen einer Patientin oder eines Patienten oder von sonstigen Dritten sind von dem Berufsgeheimnis umfasst, wenn die Daten dem Krankenhaus im Zusammenhang mit der Behandlung der Patientin oder des Patienten bekannt werden.

§ 46 **Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, Verordnungsermächtigung**

(1) Die Verarbeitung personenbezogener Daten von Patientinnen und Patienten durch das Krankenhaus ist zulässig, soweit dies zur Erfüllung des mit den Patientinnen und Patienten oder zu deren Gunsten abgeschlossenen Behandlungsvertrages einschließlich aller Vertragsanbahnungshandlungen, der Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflicht und der Pflegedokumentation, zur sozialen und seelsorgerlichen Betreuung der Patientinnen und Patienten und zur Leistungsabrechnung und Abwicklung von Ansprüchen, die mit der Behandlung im Zusammenhang stehen, erforderlich ist.

(2) Soweit dies gemäß Absatz 1 erforderlich ist, dürfen die Daten gegenüber Behandlungseinrichtungen anderer Fachrichtungen desselben Krankenhauses offenbart werden. Die Offenbarung gegenüber Dritten außerhalb des Krankenhauses zu Zwecken des Absatzes 1 oder der Durchführung einer Mit- oder Nachbehandlung ist nur zulässig, soweit diese ihrerseits zur Verarbeitung der Daten befugt sind und die Patientin oder der Patient nichts anderes bestimmt hat.

(3) Das Krankenhaus hat sicherzustellen, dass der zuständige Träger des Rettungsdienstes Kenntnis zu Daten und Diagnosen zu Patientinnen und Patienten erhält, die über den Rettungsdienst ins Krankenhaus gekommen sind und die für die Erfüllung des Qualitätsmanagements im Rettungsdienst notwendig sind. In einer Rechtsverordnung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums wird abschließend festgelegt, welche medizinische Daten zur Krankenbehandlung von den Krankenhäusern zu erheben, zu speichern und dem Träger Rettungsdienst zur Kenntnis zu geben sind. Für die Zwecke des Qualitätsmanagements kann das für Gesundheit zuständige Ministerium abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung in der Rechtsverordnung auch die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten sowie angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Interessen der betroffenen Personen regeln, wobei durch die auswertende Stelle kein Personenbezug hergestellt werden darf, § 47 Absatz 2 Satz 1 und 2 gelten entsprechend.

(4) Die Offenbarung der personenbezogenen Daten zum Zweck der Unterrichtung von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen ist zulässig, wenn kein gegenteiliger Wille durch die Patientin oder den Patienten kundgetan wurde, die Einwilligung der Patientin oder des Patienten nicht rechtzeitig erlangt

werden kann und keine sonstigen Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine Übermittlung nicht angebracht ist.

§ 47 **Weitere Verarbeitung von Daten**

(1) Eine Verarbeitung personenbezogener Daten von Patientinnen und Patienten zu einem anderen als in § 46 Absatz 1 genannten Zweck ist nur zulässig, wenn dies

1. zur Geltendmachung von zivilrechtlichen Ansprüchen des Krankenhauses oder zur Abwehr entsprechender Ansprüche sowie zur Verfolgung von Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten Dritter,
2. zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen sowie zur Qualitätskontrolle der Leistungen des Krankenhauses,
3. zu Planungszwecken und Wirtschaftlichkeits- und Organisationsuntersuchungen sowie Auswertungen der Tätigkeit des Krankenhauses zu organisatorischen und statistischen Zwecken,
4. zu im öffentlichen Interesse liegenden Forschungszwecken nach §§ 50, 51 und 54,
5. zur im Krankenhaus durchgeföhrter Aus-, Fort- und Weiterbildung in ärztlichen oder anderen Fachberufen des Gesundheitswesens,
6. zur Rechnungsprüfung durch den Krankenhausträger, einer von ihm beauftragten Wirtschaftsprüferin oder eines von ihm beauftragten Wirtschaftsprüfers oder den Landesrechnungshof und zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch Beauftragte gemäß § 113 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. zur Meldung nach § 15b Absatz 2 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst über die Durchführung einer Kinderuntersuchung nach § 26 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderlich ist oder
8. zum Zwecke der Prüfung durch akkreditierte Zertifizierungsstellen während des Besuchs des Krankenhauses auf Verlangen, soweit dies zur Wahrnehmung der Aufgaben dieser Stellen erforderlich ist; die Einsichtnahme darf nur durch eine Person erfolgen, die einem Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht unterliegt, was dem Krankenhaus vor der Einsicht in die Patientendaten nachzuweisen ist.

(2) Zu Zwecken nach Absatz 1 sind die personenbezogenen Daten in einer Weise zu verarbeiten, bei der die Identifizierung von betroffenen Personen nicht oder nicht mehr möglich ist. Sind die Zwecke auf diese Weise nicht zu erreichen, ist die Verarbeitung von pseudonymisierten Daten zulässig, soweit nicht überwiegende schutzwürdige Interessen der betroffenen Person entgegenstehen. Eine Verarbeitung von Klardaten ist nur im Ausnahmefall zulässig, wenn eine Pseudonymisierung aufgrund der Art der benötigten Daten oder der Art der Verarbeitung nicht möglich ist. Die Klardaten und die pseudonymisierten Daten sind zu anonymisieren oder zu löschen, sobald der Zweck es zulässt, längstens jedoch nach einem Jahr seit Beginn der zweckändernden Verarbeitung. Die Einschränkung gilt nicht, wenn Aus-, Fort- oder Weiterzubildende unter der Aufsicht von Fachpersonal unmittelbar an der Erfüllung des Behandlungsvertrages mitwirken. Die Verarbeitung personenbeziehbarer Daten darf nur durch oder unter der Verantwortung von Personen erfolgen, die unmittelbar oder als mitwirkende Per-

son einem Berufsgeheimnis oder einer vergleichbaren gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht unterliegen und sich auf entsprechende Zeugnisverweigerungsrechte und Beschlagnahmeverbote berufen können.

§ 48

Einschränkung des Rechts auf Auskunft der betroffenen Person

Soweit der Einsichtnahme oder der Erteilung der Auskunft erhebliche therapeutische Gründe oder eine erhebliche Gefahr für Dritte entgegenstehen, kann im Einzelfall die Auskunft über die gespeicherten Daten oder die Akteneinsicht durch eine Ärztin oder einen Arzt oder eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten des Krankenhauses vermittelt oder eingeschränkt werden. Die Notwendigkeit der Einschränkung ist zu begründen und zu dokumentieren.

§ 49

Lösung und Sperrung von Daten

(1) Ist eine Speicherung der personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten für die Zwecke, für die sie rechtmäßig verarbeitet werden, nicht mehr erforderlich, tritt an Stelle der Lösung eine Sperrung der Daten, solange

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

Die Daten können anstelle der Lösung anonymisiert werden, wenn sichergestellt ist, dass der Personenbezug in keiner Weise wiederhergestellt werden kann.

(2) Gesperrte Daten sind gesondert zu speichern oder gesondert vor einem Zugriff zu sichern. Gesperrte Daten dürfen vor Ablauf der Sperrfrist nicht weiterverarbeitet werden. Die Sperrung darf nur aufgehoben werden, wenn

1. die Aufhebung für die Durchführung einer Behandlung,
2. zur Erfüllung der Zwecke aus § 47 erforderlich ist oder
3. wenn die Patientin oder der Patient einwilligt.

Die Aufhebung der Sperrung ist zu begründen und zu protokollieren.

(3) Soweit die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten in automatisierten Verfahren mit der Möglichkeit des Direktabrufs gespeichert werden, ist nach Abschluss der Behandlung einschließlich der Abwicklung der damit zusammenhängenden Zahlungsvorgänge, spätestens jedoch ein Jahr nach Abschluss der Behandlung die Möglichkeit des Direktabrufs durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen auf das erforderliche Maß einzuschränken.

§ 50

Speicherung und Bereitstellung von personenbezogenen Daten zu Forschungszwecken im eigenen Krankenhaus, Widerspruchsrecht

(1) Nach § 46 Absatz 1 erhobene personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten dürfen abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung in dem Krankenhaus, das die Daten erhoben hat, für Forschungszwecke weiterverarbeitet werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Patientin oder der Patient schriftlich oder in elektronischer Form in die Datenverarbeitung eingewilligt hat oder dass die für das Krankenhaus zuständige Ethikkommission unter Beteiligung der Datenschutzbeauftragten oder des Datenschutzbeauftragten das öffentliche Interesse an dem jeweiligen Forschungsvorhaben festgestellt hat und mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen erfüllt ist:

1. die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten werden vor deren Bereitstellung anonymisiert,
2. die Bereitstellung personenbezogener Daten der Patientinnen und Patienten erfolgt, nachdem eine Treuhandstelle diese pseudonymisiert hat und nur die Treuhandstelle in der Lage ist, sie einer natürlichen Person zuzuordnen,
3. die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich durch die damit beauftragte Person in einem speziell für das jeweilige Forschungsvorhaben vom Krankenhaus bereitgestellten Datenverarbeitungssystem, das von den für die Behandlungsdaten und Verwaltung genutzten Datenverarbeitungssystemen im Krankenhaus getrennt ist.

(2) Um die Bereitstellung der personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten zu den Zwecken des Absatzes 1 zu ermöglichen, dürfen die im Rahmen des § 46 Absatz 1 erhobenen personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten auch ohne Bezug zu einem bereits konkretisierten Forschungsvorhaben in einem speziell für Forschung vorgesehenen System, das von den für die Behandlung und Verwaltung genutzten Systemen im Krankenhaus getrennt ist, gespeichert, aufbereitet, in standardisierte Formate übertragen oder anonymisiert werden (Forschungsdatensystem). Das Krankenhaus kann durch Vertrag nach Artikel 28 der Datenschutz-Grundverordnung eine andere Stelle mit der Datenverarbeitung nach Satz 1 beauftragen. Die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten dürfen in diesem System höchstens für die Dauer von fünf Jahren in einer Form gespeichert werden, die die Identifizierung der Patientinnen und Patienten ermöglicht. Diese Höchstfrist verlängert sich jeweils um weitere fünf Jahre, wenn die Patientinnen und Patienten vor Ablauf der Frist aus Satz 3 erneut auf ihr Widerspruchsrecht nach Absatz 5 Satz 1 hingewiesen werden. Nach Ablauf der Frist sind die Daten zu anonymisieren oder zu löschen.

(3) Eine Verarbeitung zu anderen als im öffentlichen Interesse liegenden Forschungszwecken wie sie in Absatz 1, 2 und § 51 normiert sind, ist unzulässig.

(4) Das Krankenhaus ist für die Datenverarbeitung nach Absatz 1 und 2 datenschutzrechtlich verantwortlich. Jede Bereitstellung personenbezogener Daten der Patientinnen und Patienten für konkrete Forschungsvorhaben ist zu dokumentieren. Werden personenbezogene Daten für ein konkretes Forschungsvorhaben bereitgestellt, ist dieses in das Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten aufzunehmen.

(5) Unbeschadet der Informationspflichten aus Artikel 12 bis 14 der Datenschutz-Grundverordnung und der Betroffenenrechte aus Artikel 15 bis 22 der Datenschutz-Grundverordnung können Patientinnen und Patienten einer Verarbeitung nach Absatz 1 Nummer 2 und 3, Absatz 2 sowie nach § 51 Absatz 1 Nummer 2 und 3 voraussetzungslos widersprechen. Das Krankenhaus darf die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten ab diesem Zeitpunkt zu den Zwecken des Absatzes 1 Nummer 3 und Absatz 2 und des § 51 Absatz 1 Nummer 3 nur in einer Weise verarbeiten, die die

Identifizierung der betroffenen Person nicht mehr ermöglicht. Im Falle des § 50 Absatz 1 Nummer 2 und des § 51 Absatz 1 Nummer 2 unterrichtet das Krankenhaus die Treuhandstelle über den Widerspruch, welche unverzüglich die Merkmale löscht, die eine Zuordnung der personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten zu einer natürlichen Person ermöglichen. Hat das Krankenhaus im Einzelfall festgestellt, dass der Widerspruch die Verwirklichung des Forschungszwecks unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt, müssen die Merkmale abweichend von Satz 3 nicht gelöscht werden. Die Gründe, die einer Löschung nach Satz 3 entgegenstehen, sind zu dokumentieren. Personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten aus bildgebenden Verfahren, Biomaterialien oder genetischen Daten, die nach Absatz 1 Nummer 2 und 3, Absatz 2 und § 51 Absatz 1 Nummer 2 und 3 verarbeitet worden sind, sind im Falle eines Widerspruchs zu löschen. Das Krankenhaus darf die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten erst nach Ablauf einer Frist von vier Wochen ab dem Zeitpunkt der Kenntnisnahme des Widerspruchsrechts für die Zwecke des Absatzes 1 Nummer 2 und 3 und Absatz 2 sowie des § 51 Absatz 1 Nummer 2 und 3 verarbeiten.

(6) Über das Widerspruchsrecht nach Absatz 5 sind die Patientinnen und Patienten vor der Erhebung der personenbezogenen Daten, soweit dies aus gesundheitlichen Gründen der betroffenen Person unmöglich ist, unverzüglich nach dem Wegfall dieser Gründe, zu informieren. Das Krankenhaus muss die Kenntnisnahme dieser Information nachweisen können. Um Patientinnen und Patienten mehr Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen, kann das Krankenhaus zusätzlich zu dem allgemeinen voraussetzungslosen Widerspruchsrecht auch ein gestaffeltes Widerspruchsrecht anbieten. Dieses ermöglicht den Patientinnen und Patienten gezielt einzelnen Verarbeitungen, wie beispielsweise der Übermittlung an Stellen außerhalb des Krankenhauses nach § 51, zu widersprechen.

(7) Soweit personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten für konkrete Forschungsvorhaben bereitgestellt werden, sind diese zu anonymisieren, sobald es der Forschungszweck erlaubt. Kann der Forschungszweck auf diese Weise nicht erreicht werden, ist die Verarbeitung mit pseudonymisierten Daten zulässig. Können Patientendaten, insbesondere aus bildgebenden Verfahren, Biomaterialien oder genetische Daten, aus tatsächlichen Gründen weder anonymisiert noch pseudonymisiert werden, müssen angemessene technische und organisatorische Maßnahmen getroffen werden, die die Herstellung eines Personenbezugs durch die Forschenden verhindern, sobald der Forschungszweck es zulässt.

(8) Eine Kontaktaufnahme zu Patientinnen und Patienten nach Abschluss der Behandlung ist nur mit ausdrücklicher Einwilligung der Patientinnen und Patienten zulässig. Dies gilt nicht, wenn die Kontaktaufnahme ausschließlich dazu dient, die Patientinnen und Patienten über das voraussetzungslose Widerspruchsrecht nach Absatz 5, Absatz 6 oder der Erfüllung der Zwecke aus § 46 zu informieren.

(9) Die Verarbeitung nach Absatz 1 und 2 ist nur durch Personen zulässig, die unmittelbar oder als mitwirkende Person einem Berufsgeheimnis oder einer vergleichbaren gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht unterliegen, sich auf gesetzliche Zeugnisverweigerungsrechte berufen und die Herausgabe der personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten unter Verweis auf ein gesetzliches Beschlagnahmeverbot oder eine vergleichbare gesetzliche Regelung verweigern können. Satz 1 gilt auch für Personen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit Zugriff auf die Systeme nach Absatz 1 Nummer 2 und 3 oder Absatz 2 erhalten.

§ 51 **Datenübermittlung zu Forschungszwecken an Stellen außerhalb des Krankenhauses und gemeinsame Forschung**

(1) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten ist abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung an andere Verantwortliche nur zulässig,

wenn die Patientin oder der Patient schriftlich oder in elektronischer Form in die Datenverarbeitung eingewilligt hat oder die für das Krankenhaus zuständige Ethikkommission unter Beteiligung der oder des Datenschutzbeauftragten das öffentliche Interesse an der geplanten Übermittlung festgestellt hat und mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen erfüllt ist:

1. die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten werden vor der Übermittlung anonymisiert,
2. die Übermittlung erfolgt, nachdem eine Treuhandstelle die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten pseudonymisiert hat und nur die Treuhandstelle in der Lage ist, die bereitgestellten Daten einer natürlichen Person zuzuordnen,
3. das Krankenhaus hat die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten vor der Übermittlung pseudonymisiert oder, soweit dies nicht möglich ist, insbesondere bei Patientendaten aus bildgebenden Verfahren, bei Biomaterialien oder genetischen Daten, angemessene technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, die die Herstellung eines Personenbezugs durch den Empfänger verhindern.

(2) Sollen personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten aus bildgebenden Verfahren, Biomaterialien oder genetischen Daten übermittelt werden, die nicht anonymisiert werden können, muss das Krankenhaus Maßnahmen treffen, die eine Durchsetzung des Widerspruchsrechts nach § 50 Absatz 5 sicherstellen. Darüber hinaus ist der Empfänger vertraglich zu verpflichten, die erhaltenen Daten im Falle eines Widerspruchs nach § 50 Absatz 5 unverzüglich zu vernichten und diese Vernichtung gegenüber dem Krankenhaus zu bestätigen.

(3) Das Krankenhaus prüft vor der Übermittlung die Wahrung angemessener technischer und organisatorischer Maßnahmen bei der Übertragung der personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten.

(4) Verfolgt das Krankenhaus eigene Zwecke an dem Forschungsvorhaben des Datenempfängers, sind beide für die weitere Verarbeitung von Daten gemeinsam verantwortlich. Die Vorschriften zu Dokumentations- und Aufzeichnungspflichten nach § 50 Absatz 4 Satz 2 und 3 und zu Rechten und Pflichten bei der Datenverarbeitung nach § 50 Absatz 7, 8 und 9 gelten entsprechend.

§ 52 **Treuhandstelle**

(1) Eine Treuhandstelle kann zur Anonymisierung oder Pseudonymisierung und der Speicherung der Merkmale, mit deren Hilfe ein Patientenbezug hergestellt werden kann, im Rahmen einer gemeinsamen Verantwortlichkeit nach Artikel 26 der Datenschutz-Grundverordnung herangezogen werden. Die Treuhandstelle ist bei der Aufgabenwahrnehmung unabhängig. Es ist sicherzustellen, dass keine Interessenkonflikte mit dem Krankenhausträger oder dessen Gesellschaftern entstehen oder diese unzulässig Einfluss auf die Treuhandstelle nehmen. Ist die Treuhandstelle bei einer öffentlichen Stelle im Sinne des § 2 Absatz 1 und 2 des Landesdatenschutzgesetzes errichtet, finden § 22 Absatz 3 des Landesdatenschutzgesetzes und § 85 des Sicherheits- und Ordnungsgesetzes keine Anwendung.

(2) Die Treuhandstelle verfügt über eine eigenständige Leitung mit Personalverantwortung, ein eigenes Budget, eigene Räume und eigene Informationstechnik. Das Personal der Treuhandstelle muss die persönlichen Voraussetzungen nach § 50 Absatz 9 erfüllen, für die Aufgaben fachlich geeignet sein und in persönlicher Hinsicht keinen Anlass zu Zweifeln an der Zuverlässigkeit geben. Leitung und Mit-

arbeitende der Treuhandstelle sind fachlich unabhängig und unterliegen bei der Aufgabenerfüllung keinem Weisungsrecht des Krankenhausträgers oder dessen Gesellschaftern. Der jeweiligen Leitung der Treuhandstelle sind Mitarbeitende unmittelbar unterstellt, selbst wenn diese zusätzlich noch andere Aufgaben für den Krankenhausträger oder dessen Gesellschafter wahrnehmen.

(3) An die Treuhandstelle dürfen entgegen Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten übermittelt werden, soweit diese zur Aufgabenerfüllung nach § 50 Absatz 1 Nummer 2 und § 51 Absatz 1 Nummer 2 erforderlich sind. Bei der Bereitstellung und Übermittlung dieser Daten sind ausschließlich projektspezifische Pseudonyme zu verwenden. Die unzulässige Zusammenführung von Daten ist auszuschließen. Insbesondere ist zu gewährleisten, dass für einzelne Forschungsvorhaben erhobene personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten und Daten, die für andere Zwecke benötigt werden, jeweils getrennt voneinander verarbeitet werden. Die Treuhandstelle darf die Daten nicht länger verarbeiten, als diese für das jeweilige Forschungsvorhaben benötigt werden.

(4) Die Einrichtung oder Beauftragung einer Treuhandstelle mit Sitz außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum darf nur erfolgen, wenn dort ein vergleichbarer Datenschutz besteht und die Anforderungen aus § 50 Absatz 9 rechtlich wirkungsvoll geschützt und durchsetzbar sind.

§ 53 Veröffentlichung von personenbezogenen Daten

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten zur Veröffentlichung von Forschungsergebnissen ist nur zulässig, wenn mindestens eine der nachstehenden Bedingungen erfüllt ist:

1. die Patientin oder der Patient hat ausdrücklich schriftlich oder in elektronischer Form in die Veröffentlichung eingewilligt,
2. die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten werden vor der Veröffentlichung anonymisiert.

§ 54 Verarbeitung von personenbezogenen Daten bei Verfahren des maschinellen Lernens (künstliche Intelligenz)

(1) Nach § 46 Absatz 1 erhobene personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten dürfen abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung unter der datenschutzrechtlichen Verantwortung des Krankenhauses, bei dem die Daten erhoben worden sind, im Rahmen eines konkreten Forschungsvorhabens als Trainingsdaten für die Entwicklung oder Weiterentwicklung einer künstlichen Intelligenz verwendet werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Patientin oder der Patient schriftlich oder in elektronischer Form in die Verarbeitung eingewilligt hat oder die für das Krankenhaus zuständige Ethikkommission unter Beteiligung der oder des Datenschutzbeauftragten das öffentliche Interesse an dem geplanten Forschungsvorhaben festgestellt hat und mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen erfüllt ist:

1. die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten werden vor der Verarbeitung anonymisiert,

2. die Verarbeitung erfolgt, nachdem eine Treuhandstelle die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten pseudonymisiert hat und nur die Treuhandstelle in der Lage ist, die bereitgestellten Daten einer natürlichen Person zuzuordnen,
3. das Krankenhaus hat die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten vor der Verarbeitung pseudonymisiert oder, soweit dies nicht möglich ist, insbesondere bei Patientendaten aus bildgebenden Verfahren, bei Biomaterialien oder genetischen Daten, angemessene technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, die die Herstellung eines Personenbezuugs durch den Verarbeiter verhindern.

(2) Eine Verarbeitung zu anderen als im öffentlichen Interesse liegenden Forschungszwecken wie sie im Absatz 1 normiert ist, ist unzulässig.

(3) Sollen personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten als Trainingsdaten nach Absatz 1 verwendet werden, ist vor dieser Verarbeitung eine Datenschutz-Folgenabschätzung durchzuführen.

(4) Unbeschadet der Informationspflichten aus Artikel 12 bis 14 der Datenschutz-Grundverordnung und der Betroffenenrechte aus Artikel 15 bis 22 der Datenschutz-Grundverordnung kann die betroffene Person einer Verarbeitung nach Absatz 1 voraussetzungslos widersprechen. Ab dem Zeitpunkt des Widerspruchs dürfen die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten nicht mehr als Trainingsdaten verwendet werden. Über dieses Widerspruchsrecht ist die betroffene Person vor der Erhebung der personenbezogenen Daten, soweit dies aus gesundheitlichen Gründen der betroffenen Person unmöglich ist, unverzüglich nach dem Wegfall dieser Gründe, zu informieren. Das Krankenhaus muss die Kenntnisnahme dieser Information nachweisen können. Das Krankenhaus darf die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten erst nach Ablauf einer Frist von vier Wochen ab dem Zeitpunkt der Kenntnisnahme des Widerspruchsrechts als Trainingsdaten verwenden.

(5) § 50 Absatz 4 Satz 2 und 3, Absätze 7, 8, 9 gelten entsprechend.

§ 55 Datenverarbeitung im Auftrag

Das Krankenhaus darf mit der Verarbeitung personenbezogener Daten einen Auftragsverarbeiter beauftragen, soweit sichergestellt ist, dass die personenbezogenen Daten beim Auftragsverarbeiter, insbesondere hinsichtlich bestehender gesetzlicher Geheimhaltungspflichten, gesetzlicher Zeugnisverweigerungsrechte und Beschlagnahmeverbote, einem Schutzniveau unterliegen, welches einer Datenverarbeitung durch das und im Krankenhaus nach diesem Abschnitt entspricht.

§ 56 Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen den Vorschriften dieses Gesetzes personenbezogene Daten, die nicht offenkundig sind,

1. erhebt, speichert, unbefugt verwendet, verändert, übermittelt, weitergibt, zum Abruf bereithält oder löscht,
2. abruft, einsieht, sich anderweitig verschafft, durch Vortäuschung falscher Tatsachen an sich oder andere zu übermitteln veranlasst oder

3. bei zu Forschungszwecken nach § 51 Absatz 1 Nummer 2 pseudonymisierten Daten einen Personenbezug herstellt.

(2) Ordnungswidrig handelt auch, wer vorsätzlich oder fahrlässig die Handlung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 einer anderen Person oder Stelle durch die nicht durch das Krankenhaus legitimierte Gewährung des Zugangs ermöglicht.

(3) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 50 000 Euro geahndet werden.

(4) Ist die Handlung gleichzeitig eine Ordnungswidrigkeit nach Artikel 83 Absatz 4 bis 6 der Datenschutz-Grundverordnung, finden die Bestimmungen der Absätze 1 bis 3 keine Anwendung.

Abschnitt 7

Gebühren und Auslagen, Inkrafttreten und Außerkrafttreten

§ 57

Gebühren und Auslagen

Für die Verfahren bei dem für Gesundheit zuständigen Ministerium nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz und nach diesem Gesetz werden keine Gebühren und Auslagen erhoben. Hiervon unberührt bleibt das Verfahren bei der Schiedsstelle nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

§ 58

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Gleichzeitig tritt das Landeskrankenhausgesetz vom 20. Mai 2011 (GVOBI. M-V S. 327), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2024 (GVOBI. M-V S. 479) geändert worden ist, außer Kraft.