



Gesetzentwurf

der Abgeordneten **Markus Rinderspacher, Ruth Waldmann, Ruth Müller, Kathi Petersen, Kathrin Sonnenholzner, Dr. Paul Wengert, Klaus Adelt, Prof. Dr. Peter Paul Gantzer, Harry Scheuenstuhl, Harald Güller, Susann Biedefeld, Günther Knoblauch, Dr. Herbert Kränzlein, Franz Schindler, Horst Arnold, Alexandra Hiersemann, Florian Ritter, Inge Aures, Volkmar Halbleib, Natascha Kohnen, Dr. Simone Strohmayer, Margit Wild, Reinhold Strobl** und **Fraktion (SPD)**

zur Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes

A) Problem

Krankenhauspolitik in Bayern ist weitgehend defensiv und nutzt vorhandene gesetzgeberische und planerische Spielräume zu wenig, um Probleme in der Versorgung mit stationären medizinischen Leistungen nachhaltig zu beheben. Wie alle anderen Länderregierungen besteht auch die Bayerische Staatsregierung auf einer Beibehaltung des sogenannten dualen Systems der Krankenhausfinanzierung: Während die Betriebskosten der Krankenhäuser von den Krankenkassen über Fallpauschalen finanziert werden, sollte der Staat in Form der Bundesländer für die Investitionskosten aufkommen. Trotz ihres Bekenntnisses zu dieser Form der geteilten Verantwortung in der Krankenhausfinanzierung hat die Staatsregierung ihre Haushaltsmittel für diesen Bereich kontinuierlich reduziert. Die Krankenhäuser müssen daher in größerem Ausmaß in den Erhalt und Ausbau ihrer Infrastruktur investieren, als sie Fördermittel vom Freistaat erhalten. Investitionen werden in nicht unerheblichem Umfang aus Eigenmitteln und damit auch aus Pflegesätzen und Vergütungen seitens der Krankenkassen finanziert. Bundesweit wird der Investitionsstau in den Krankenhäusern auf 16 bis 50 Mrd. Euro beziffert.

Die Defizite in der staatlichen Krankenhausfinanzierung haben erhebliche negative Konsequenzen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser: Krankenhäuser und ihre Träger müssen Personal insbesondere in der Pflege einsparen, und sie müssen die Zahl der durchgeführten medizinischen Prozeduren erhöhen, um ihr finanzielles Überleben zu sichern. Bereits im Jahr 2013 war mehr als die Hälfte der Krankenhäuser in Bayern defizitär. Die reduzierte Personalausstattung der Pflege führt zu einer immensen Arbeitsbelastung des Pflegepersonals und potentiell zu Risiken bei der Behandlungsqualität. Die Patientinnen und Patienten werden immer älter und sind dadurch häufig multimorbid, oftmals demenziell erkrankt oder pflegebedürftig. Im internationalen Vergleich hat das Pflegepersonal in Deutschlands Krankenhäusern pro Kopf mit am meisten Patientinnen und Patienten zu betreuen.

Die Defizite in der staatlichen Krankenhausfinanzierung wirken sich aber auch in anderen Bereichen der Strukturqualität der Krankenhäuser negativ aus: Der hohe finanzielle Druck lässt sie zum Beispiel bei der Umsetzung umfassender Barrierefreiheit sparen, bei der ausreichenden personellen Ausstattung des Sozialdienstes und eines professionellen Entlassungsmanagements, der Gewährleistung von

Übersetzungsdiensten für Migrantinnen und Migranten oder aber bei der Einrichtung würdevoller Räumlichkeiten zum Abschied von verstorbenen Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig verfügt aber nur etwa ein Drittel der Krankenhäuser in Bayern über sogenannte Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher, deren Aufgabe es wäre, Beschwerden und Anliegen von Patientinnen und Patienten aufzugreifen und gegenüber den Krankenhäusern und deren Trägern durchzusetzen.

Die Krankenhausplanung, in deren Rahmen die Staatsregierung darüber entscheidet, an welchen Standorten welche Krankenhäuser errichtet, saniert oder ausgebaut werden, ist nur wenig transparent oder qualitätsorientiert, und sie entspricht auch nicht den Bedürfnissen eines modernen Gemeinwesens an Information und Partizipation an einem so wichtigen gesellschaftlichen Funktionsbereich. Derzeit sind weder die Kompetenzen des zentralen Planungsgremiums ausreichend definiert, noch alle Stakeholder ausreichend einbezogen, noch besteht eine Informationsverpflichtung über den Stand der Krankenhausplanung gegenüber dem Bayerischen Landtag. Außerdem ist nicht erkennbar, inwiefern die Planungs- und Investitionsentscheidungen der zuständigen Staatsministerien auf einer nachvollziehbaren empirisch-wissenschaftlichen Grundlage beruhen.

B) Lösung

1. *Erweiterte Zielsetzung der bayerischen Krankenhauspolitik:*

Die Ziele der Krankenhauspolitik in Bayern werden um die Dimensionen Patienten- und Qualitätsorientierung sowie regionale Ausgeglichenheit erweitert. Die Verpflichtung von Freistaat, Landkreisen und kreisfreien Städten zur Sicherstellung einer regional ausgeglichenen Krankenhausversorgung wird gestärkt und explizit festgehalten. Die Krankenhäuser werden verstärkt zur Kooperation verpflichtet.

2. *Stärkung der Patientenorientierung:*

In einem neuen Abschnitt wird in mehreren Dimensionen die Patientenorientierung der bayerischen Krankenhäuser gefestigt und gefördert: Patientinnen und Patienten erhalten Informationsrechte, und ihre Anliegen und Beschwerden werden von neu einzurichtenden Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern vertreten. Die Anforderungen der Krankenhäuser im Hinblick auf ein professionelles Entlassungsmanagement, die Einrichtung eines Sozialdienstes und auf seelsorgerische Betreuung werden konkretisiert. Die Verpflichtungen der Krankenhäuser gegenüber Personengruppen, für die ein Krankenhausaufenthalt eine besondere Belastung darstellt wie Kinder, Menschen mit Behinderung, Migrantinnen und Migranten sowie ältere Menschen, werden festgelegt.

3. *Stärkung der Qualitätsorientierung in den Krankenhäusern:*

In einem weiteren neuen Abschnitt werden Anforderungen an die Krankenhäuser hinsichtlich verschiedener Dimensionen ihrer Struktur- und Prozessqualität formuliert: Dazu zählen Regelungen zu Personalmindestzahlen auch für Hebammen, dem Umgang mit

berufsbezogenen Belastungen, Stärkung von Maßnahmen gegen antibiotikaresistente Erreger sowie die Verpflichtungen zu einer kollegialen Betriebsleitung und zu einer transparenten und fairen Abrechnung von Wahlleistungen.

4. Mehr Qualitätsorientierung und Transparenz in der Krankenhausplanung:

Das Verfahren der Krankenhausplanung wird konkretisiert und an Qualitätsvorgaben orientiert, verstärkt durch externen wissenschaftlichen Sachverstand unterstützt und transparenter durch Einbezug des Bayerischen Landtags. Der Krankenhausplanungsausschuss als kooperatives Gremium der Krankenhausplanung erhält erweiterte und präzisiertere Kompetenzen; weitere Interessensgruppen erhalten ein Anhörungsrecht in den sie betreffenden Fragen.

5. Ausreichende staatliche Investitionsförderung:

Die staatliche Investitionsförderung für Plankrankenhäuser wird deutlich ausgeweitet. Ihr Umfang wird unmittelbaren haushalts- und tagespolitischen Opportunitäten entzogen und auf eine wissenschaftliche Grundlage gestellt.

C) Alternativen

Unveränderte Beibehaltung des bisherigen Regelungsbestands mit der Konsequenz einer Verschärfung der unter A) geschilderten Problematik.

D) Kosten

1. Für den Freistaat Bayern

Für den Freistaat Bayern entstehen jährliche Kosten durch die Erhöhung der Krankenhausinvestitionsförderung. Die konkrete Höhe der zusätzlichen Kosten ist abhängig von den jährlich vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) berechneten und veröffentlichten Investitionsbewertungsrelationen und der Zahl der in Bayern stationär behandelten Patientinnen und Patienten (vgl. die Detailbegründung zu Art. 25). Würden die Regelungen in diesem Gesetzentwurf im Jahr 2018 bereits vollumfänglich angewendet, ergäben sich Zusatzkosten für den Staatshaushalt in der Höhe von 366 Mio. Euro.

2. Für die Krankenhäuser und deren Träger

Den Krankenhäusern entstehen Mehrkosten durch die Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals, um den Anforderungen der Mindestpersonalregelungen nach Art. 15 zu entsprechen. Die genaue Höhe der zusätzlichen Personalkosten ist abhängig von der Ausgestaltung der Mindestpersonalregelung und vom aktuellen Personalbestand in den Krankenhäusern. Jene Krankenhäuser, die bisher das Prinzip der Barrierefreiheit noch nicht vollumfänglich umgesetzt haben, ergeben sich entsprechende bauliche Anpassungskosten, deren Höhe mangels aussagekräftiger Daten zur Barrierefreiheit in den Krankenhäusern (vgl. Drs. 17/5084, S. 106)

nicht genau zu beziffern ist. Für jene Krankenhäuser, die bisher noch über keinen Krankenhaussozialdienst im hier vorgesehenen Umfang verfügen, entstehen zusätzliche Personalkosten, deren Höhe ebenfalls mangels relevanter Zahlen (vgl. Drs. 17/15937, S. 2) nicht genau abzuschätzen ist. Ob für die Krankenhäuser zusätzliche Kosten durch die erforderlichen Räumlichkeiten für Patientenförsprecherinnen und Patientenförsprecher sowie für würdevolle Abschiedsräume entstehen, hängt von der derzeit gegebenen Ausstattung und den räumlichen Möglichkeiten in den einzelnen Krankenhäusern ab.

Längerfristig sollten die nach diesem Gesetzentwurf zusätzlich ausgereichten Mittel der staatlichen Investitionsförderung die höheren Kosten der Krankenhäuser ausgleichen.

3. Für die Kreise und kreisfreien Städte

Für die Kreise und kreisfreien Städte entstehen Kosten durch die Übernahme der Aufwandsentschädigung für die Patientenförsprecherinnen und Patientenförsprecher. Je nach Anzahl der im betreffenden Kreis bzw. der betreffenden kreisfreien Stadt befindlichen Plankrankenhäuser dürfte der dadurch entstehende finanzielle Aufwand pro Jahr im drei- oder niedrigen vierstelligen Bereich liegen.

4. Für die gesetzliche und private Krankenversicherung

Für die gesetzliche und die private Krankenversicherung entstehen keine zusätzlichen Kosten. Einsparungen durch Verbesserungen in der stationären Behandlungsqualität sind grundsätzlich vorstellbar, in ihrem Umfang aber nicht zu beziffern.

5. Für die Bürgerinnen und Bürger in Bayern

Für die Bürgerinnen und Bürger entstehen keine zusätzlichen Kosten.

Gesetzentwurf

zur Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes

§ 1

Das Bayerische Krankenhausgesetz (BayKrG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. März 2007 (GVBl. S. 288, BayRS 2126-8-G), das zuletzt durch § 2 des Gesetzes vom 13. Dezember 2016 (GVBl. S. 362) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt gefasst:

„1. Abschnitt Grundsätze

- Art. 1 Ziel des Gesetzes
- Art. 2 Sicherstellungsauftrag
- Art. 3 Zusammenarbeit der Krankenhäuser
- Art. 4 Geltungsbereich

2. Abschnitt Patientenorientierung

- Art. 5 Betreuung der Patientinnen und Patienten
- Art. 6 Information der Patientinnen und Patienten
- Art. 7 Kinder im Krankenhaus
- Art. 8 Menschen mit Behinderung im Krankenhaus
- Art. 9 Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus
- Art. 10 Ältere Menschen im Krankenhaus
- Art. 11 Seelsorgerische und ehrenamtliche Betreuung
- Art. 12 Soziale Beratung und Entlassungsmanagement
- Art. 13 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

3. Abschnitt Qualitätsorientierung und Organisation

- Art. 14 Landeseigene Qualitäts- und Struktur Anforderungen
- Art. 15 Mindestpersonalregelungen

- Art. 16 Umgang mit berufsbezogenen Belastungen
- Art. 17 Krankenhaushygiene
- Art. 18 Arzneimittelkommission
- Art. 19 Leitung und medizinische Organisation
- Art. 20 Wahlärztliche Leistungen

4. Abschnitt Krankenhausplanung

- Art. 21 Grundsätze der Krankenhausplanung
- Art. 22 Krankenhausplan
- Art. 23 Aufnahme in den Krankenhausplan
- Art. 24 Bayerischer Krankenhausplanungsausschuss

5. Abschnitt Investitionsförderung

- Art. 25 Grundsätze der Förderung
- Art. 26 Investitionsprogramme
- Art. 27 Einzelförderung von Investitionen
- Art. 28 Pauschale Förderung
- Art. 29 Förderung von Nutzungsentgelten
- Art. 30 Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten
- Art. 31 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen
- Art. 32 Ausgleich für Eigenkapital
- Art. 33 Förderung bei Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern
- Art. 34 Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen
- Art. 35 Widerruf von Förderbescheiden und Erstattung von Fördermitteln
- Art. 36 Trägerwechsel
- Art. 37 Übertragung von Krankenhauseinrichtungen, Mitbenutzung

6. Abschnitt Zuständigkeiten, Rechtsverordnungen

- Art. 38 Zuständigkeiten
- Art. 39 Rechtsverordnungen

7. Abschnitt Ergänzende Bestimmungen

- Art. 40 Auskunftspflichten der Krankenhausträger
- Art. 41 Rechtsformen kommunaler Krankenhäuser
- Art. 42 Erlöschen von Ansprüchen
- Art. 43 Datenschutz

8. Abschnitt Schlussbestimmungen

- Art. 44 Übergangsregelungen
- Art. 45 Inkrafttreten“

2. Der 1. Abschnitt wird wie folgt gefasst:

„1. Abschnitt Grundsätze

Art. 1 Ziel des Gesetzes

(1) ¹Ziel dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte sowie qualitätsorientierte und regional ausgeglichene Versorgung der Bevölkerung in leistungs- und entwicklungsfähigen Krankenhäusern sicherzustellen. ²Dies soll auf der Grundlage der Krankenhausplanung durch die Förderung eigenverantwortlich wirtschaftender und leistungsfähiger Krankenhäuser erreicht werden.

(2) Eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung erfordert insbesondere die Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl von Krankenhäusern, die die Notfallversorgung sicherstellen, sowie ausreichende intensivmedizinische Kapazitäten.

Art. 2 Sicherstellungsauftrag

(1) ¹Die Sicherstellung einer regional ausgeglichenen Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe. ²Der Freistaat stellt eine regional ausgeglichene Krankenhausversorgung durch seine Krankenhausplanung und Investitionsförderung sicher.

(2) ¹Die Landkreise und kreisfreien Städte stellen eine regional ausgeglichene Krankenhausversorgung durch das Errichten und das Betreiben von Krankenhäusern als Pflichtaufgabe der Selbstverwaltung sicher. ²Geeignete freigemeinnützige oder private Träger können Krankenhäuser betreiben, wenn sie bereit sind, eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. ³Kranken-

hausträger sind geeignet im Sinne dieses Gesetzes, wenn ihre Krankenhäuser bedarfsgerecht, wirtschaftlich und leistungsfähig sind und die Gewähr für die Einhaltung der für den Betrieb eines Krankenhauses geltenden Vorschriften bieten.

Art. 3 Zusammenarbeit der Krankenhäuser

¹Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid gemäß Art. 23 Abs. 2 zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Rettungsleitstellen und den Krankenkassen verpflichtet. ²Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen.

Art. 4 Geltungsbereich

Dieses Gesetz gilt für alle Krankenhäuser im Freistaat Bayern, soweit diese nach dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) förderfähig sind.“

3. Nach Art. 4 wird folgender Abschnitt 2 mit den Art. 5 bis 13 und folgender Abschnitt 3 mit den Art. 14 bis 20 eingefügt:

„2. Abschnitt Patientenorientierung

Art. 5 Betreuung der Patientinnen und Patienten

(1) Die Betriebsabläufe des Krankenhauses sollen so eingerichtet werden, dass sie dem Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach Schonung und Ruhe Rechnung tragen und eine ungestörte Nachtruhe gewährleisten.

(2) Ausbildungsaufgaben des Krankenhauses, die eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten erfordern, sind mit der gebotenen Rücksicht auf die Kranken und ihre Würde durchzuführen.

(3) Das Krankenhaus regelt angemessene tägliche Besuchszeiten, die insbesondere Berufstätigen auch an Werktagen Krankenbesuche ermöglichen.

Art. 6 Information der Patientinnen und Patienten

¹Krankenhäuser, einschließlich ihrer ambulanten Einrichtungen, sind verpflichtet, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen Auskünfte zu erteilen über:

1. die Verfügbarkeit, Qualität und Sicherheit ihrer erbrachten medizinischen Leistungen,
2. ihren Zulassungsstatus für die medizinische Versorgung,
3. ihren Versicherungsschutz zur Haftung für ihr medizinisches Personal,
4. die Preise ihrer medizinischen Leistungen.

²Von ihnen erstellte Rechnungen an Patienten über medizinische Leistungen müssen klar und verständlich sein.

Art. 7 Kinder im Krankenhaus

(1) ¹Die spezifischen Bedürfnisse kranker Kinder sind zu berücksichtigen. ²Ihrem Bedürfnis nach besonderer Zuwendung ist in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten soweit wie möglich Rechnung zu tragen. ³Das Krankenhaus soll im Rahmen seiner vorhandenen Räumlichkeiten die Mitaufnahme einer Begleitperson bei stationärer Behandlung ermöglichen.

(2) ¹Kinder sollen grundsätzlich in Kinderkrankenhäusern oder Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderchirurgie behandelt werden. ²Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sollen in kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen behandelt werden.

(3) ¹Alle Angehörigen von Heilberufen, die an der Behandlung von Kindern oder Jugendlichen beteiligt sind, sollen offensichtliche Anhaltspunkte einer Misshandlung, einer Vernachlässigung, eines sexuellen Missbrauch oder einer sonstigen erkennbaren Gefährdung des Kindeswohls dem zuständigen Jugendamt anzeigen. ²Die Anzeige erfolgt unter Angabe des Vor- und Familiennamens, des Geburtsdatums und der Wohnanschrift der beteiligten Personen. ³Bei Verdachtsmomenten einer Gefährdung des Kindeswohls kann die Situation zunächst mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten erörtert und auf die Inanspruchnahme von Hilfen hingewirkt werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. ⁴Zur Situationsklärung nach Satz 3 kann auch der Sozialdienst des Krankenhauses gemäß Art. 12 herangezogen werden.

Art. 8 Menschen mit Behinderung im Krankenhaus

(1) ¹Den besonderen Belangen und Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung ist bei der medizinischen Behandlung, sozialen Beratung und Betreuung sowie der räumlichen Unterbringung in angemessener Weise Rechnung zu tragen. ²Das Krankenhaus soll im Rahmen seiner vorhandenen Räumlichkeiten die Mitaufnahme einer Begleitperson bei stationärer Behandlung ermöglichen.

(2) ¹Das Krankenhaus koordiniert erforderliche Unterstützungsleistungen, insbesondere technische oder persönliche Hilfen. ²Es stimmt sich hierzu insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit mit Betreuern, Angehörigen oder Einrichtungen ab. ³Das Krankenhaus ergreift geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderung eine barrierefreie Nutzung seiner Einrichtungen und Leistungen zu ermöglichen.

Art. 9 Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus

Den speziellen Bedürfnissen von Migrantinnen und Migranten insbesondere im Hinblick auf die sprachliche Verständigung mit dem Krankenhauspersonal ist durch geeignete Maßnahmen Rechnung zu tragen.

Art. 10 Ältere Menschen im Krankenhaus

(1) ¹Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den Belangen alter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens Rechnung zu tragen und angemessene Behandlungskonzepte vorzuhalten. ²Das Krankenhaus hat entsprechend § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V insbesondere die im Einzelfall gegebene Indikation für eine geriatrische Frührehabilitation zu klären und geeignete Maßnahmen des Entlassungsmanagements nach Art 12 Abs. 2 zu ergreifen.

(2) ¹Die Krankenhäuser sind zu einem würdevollen Umgang mit sterbenden Patientinnen und Patienten verpflichtet. ²Auf die Bedürfnisse dieser Patientinnen und Patienten und von deren Angehörigen nach Wahrung der Würde, Ruhe, menschlicher Nähe und Seelsorge hat das Krankenhaus Rücksicht zu nehmen. ³Hinterbliebene sollen pietätvoll Abschied nehmen können. ⁴Hierzu ist ein geeigneter gesonderter Raum zur Verfügung zu stellen.

Art. 11 Seelsorgerische und ehrenamtliche Betreuung

(1) ¹Die Patientinnen und Patienten haben das Recht auf seelsorgerische Betreuung im Krankenhaus. ²Um den religiösen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Rechnung zu tragen, ist den Kirchen und Religionsgemeinschaften Gelegenheit zur Seelsorge und zur Durchführung von Gottesdiensten zu geben. ³Das Krankenhaus informiert über entsprechende Angebote, sorgt für die notwendigen räumlichen Voraussetzungen und bindet die Seelsorgerinnen und Seelsorger in geeigneter Weise in die organisatorischen Abläufe ein.

(2) ¹Die Krankenhäuser fördern die ehrenamtliche Hilfe zu Gunsten von Patientinnen und Patienten. ²Sie arbeiten mit den ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern eng zusammen. ³Aufgaben, die Beschäftigten des Krankenhauses obliegen, werden ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern nicht übertragen.

Art. 12 Soziale Beratung und Entlassungsmanagement

(1) ¹Das Krankenhaus stellt die soziale Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten durch geeignete Fachkräfte in ausreichender Anzahl sicher (Sozialdienst im Krankenhaus). ²Aufgabe des Sozialdienstes im Krankenhaus ist es, Patientinnen und Patienten sowie gegebenenfalls deren Angehörige in sozialen Fragen zu beraten, sie bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen, bei der Nachsorge sowie der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und damit die ärztliche und pflegerische Versorgung im Krankenhaus zu ergänzen.

(2) ¹Das Krankenhaus prüft rechtzeitig, ob nach der Entlassung ein weiterer Pflege-, Rehabilitations- oder Hilfebedarf zu erwarten ist. ²Ist dies der Fall, plant das Krankenhaus in Absprache mit den Betroffenen und gegebenenfalls den Angehörigen oder einer Betreuungsperson entsprechende Maßnahmen. ³Das Krankenhaus trägt im Rahmen der Pflegeüberleitung dafür Sorge, dass die Entlassungsplanung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit pflegerischer Expertise in Zusammenarbeit mit den Angehörigen und ambulanten Einrichtungen der Pflege rechtzeitig und individuell gestaltet wird.

Art. 13 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

(1) ¹Die örtlichen Stadträte oder Kreistage wählen für die Dauer ihrer Wahlperiode mit der Mehrheit ihrer Mitglieder für jedes Krankenhaus eine Person als Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher. ²Die örtlichen Stadträte oder Kreistage schreiben das Amt der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers öffentlich aus, und sie erstellen ein Anforderungsprofil. ³Die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher führen ihr Amt bis zum Amtsantritt einer Nachfolgerin oder eines Nachfolgers weiter.

(2) ¹Beschäftigte der Krankenhausträger oder Mitglieder ihrer Organe sind nicht wählbar. ²Die örtlichen Stadträte oder Kreistage können die von ihnen gewählten Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher abberufen.

(3) ¹Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher hält regelmäßig Sprechstunden in vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten ab. ²Sie oder er prüft Anregungen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und vertritt deren Anliegen. ³Sie oder er kann sich mit Einverständnis der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten jederzeit und unmittelbar an die zuständigen Stellen wenden. ⁴Die zuständigen Stellen arbeiten mit den Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern zusammen, gehen Anliegen nach und erteilen notwendige Auskünfte. ⁵Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher hat alle Sachverhalte, die ihr oder ihm in dieser Eigenschaft bekannt werden, vertraulich zu behandeln. ⁶Sie oder er legt dem Stadtrat oder dem Kreistag jährlich einen Bericht vor.

(4) Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher sind ehrenamtlich tätig und erhalten von der betreffenden kreisfreien Stadt oder dem betreffenden Landkreis eine Aufwandspauschale.

3. Abschnitt Qualitätsorientierung und Organisation

Art. 14 Landeseigene Qualitäts- und Strukturanforderungen

¹Zur Sicherung der Qualität in den bayerischen Krankenhäusern legt das Staatsministerium durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten nach Art. 24 Abs. 2 landeseigene Qualitäts- und Strukturanforderungen fest und nimmt dabei auf die Ergebnisse der einschlägigen internationalen Forschung Bezug. ²Die Vorgaben nach Satz 1 umfassen auch regelmäßige Schulungsmaßnahmen des Krankenhauses zu den sich aus den Art. 7 Abs. 3, Art. 8, Art. 9, Art. 10 und Art. 17 ergebenden Verpflichtungen. ³Die Vorgaben sind als Planungskriterium Bestandteil der Krankenhausplanung nach Art. 22 Abs. 2.

Art. 15 Mindestpersonalregelungen

¹Krankenhäuser halten das für eine gute Patientenversorgung erforderliche Personal auf Grundlage des Standes der Wissenschaft vor. ²Das Staatsministerium bestimmt durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten nach Art. 24 Abs. 2 und nach Anhörung der mittelbar Beteiligten nach Art. 24 Abs. 4 personelle Anforderungen für die medizinischen und pflegerischen Bereiche der Krankenhäuser. ³In der Rechtsverordnung sind insbesondere zu regeln:

1. Patientenbezogene Mindestpersonalzahlen, differenziert nach Berufsgruppen und Qualifikationen sowie Erkrankungsschwere und Stationsart, insbesondere für Intensivstationen,
2. Verfahren zur Berechnung des von einem Krankenhaus vorzuhaltenden Personals.

⁴Mindestpersonalregelungen gemäß Satz 1, 2 und 3 werden auch für die Betreuung durch Hebammen in Kreißsälen und auf Wöchnerinnenstationen festgelegt. ⁵Die Anforderungen der Krankenhaushygiene gemäß Art. 17 sind zu berücksichtigen. ⁶Die Vorgaben sind als Planungskriterium Bestandteil der Krankenhausplanung gemäß Art. 22 Abs. 2.

Art. 16

Umgang mit berufsbezogenen Belastungen

¹Jedes Krankenhaus soll ein Konzept zur Unterstützung des in der Patientenversorgung tätigen Personals bei der Bewältigung berufsbezogener Belastungen erstellen und umsetzen. ²Dies kann insbesondere durch eine vollständige aktuelle Gefährdungsbeurteilung nach Arbeitsschutzgesetz erreicht werden.

Art. 17

Krankenhaushygiene

¹Die Krankenhäuser haben die erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen im Krankenhaus zu treffen. ²Das Staatsministerium bestimmt durch Rechtsverordnung Maßnahmen, die die Krankenhäuser insbesondere gegen die Ausbreitung von antibiotikaresistenten Erregern ergreifen sollen. ³Die Empfehlungen der „Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ beim Robert-Koch-Institut sind im Hinblick auf die personellen und organisatorischen Voraussetzungen der Prävention nosokomialer Infektionen für die Krankenhäuser verbindlich. ⁴Die Maßnahmen nach Satz 2 und die Empfehlungen nach Satz 3 sind als landeseigenes Qualitätskriterium nach Art. 14 Bestandteil der Krankenhausplanung gemäß Art. 22 Abs. 2.

Art. 18

Arzneimittelkommission

(1) ¹Das Krankenhaus schafft die Voraussetzungen für die bestimmungsgemäße und sichere Anwendung von Arzneimitteln. ²Dazu bildet es eine Arzneimittelkommission. ³Die Arzneimittelkommission wird von der Betriebsleitung des Krankenhauses eingesetzt. ⁴In ihr sind Fachpersonen sowohl aus dem ärztlichen als auch aus dem pharmazeutischen Bereich vertreten. ⁵Das Staatsministerium bestimmt durch Rechtsverordnung das Nähere zu Bildung, Zusammensetzung und Verfahren der Arzneimittelkommission.

(2) Aufgaben der Arzneimittelkommission sind insbesondere

1. die Beratung und Unterstützung des ärztlichen und pflegerischen Personals in Fragen der leitliniengerechten Arzneimittelversorgung,
2. die Analyse des Einsatzes von Antibiotika mit dem Ziel der Eindämmung von multiresistenten Keimen,
3. die Beobachtung, Sammlung und Auswertung von Arzneimittelrisiken, von Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und von Gegenanzeigen und
4. die Erstellung und Fortschreibung einer Arzneimittelliste, in der die für den laufenden Verbrauch im Krankenhaus bestimmten Arzneimittel unter Berücksichtigung ihrer Qualität, Preiswürdigkeit und Verfügbarkeit aufgeführt sind; dabei sind auch die Gesichtspunkte der Arzneimittelsicherheit zu berücksichtigen.

(3) ¹Die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste ist von dem im Krankenhaus tätigen ärztlichen Personal zu berücksichtigen. ²Die Arzneimittelkommission ist über Nebenwirkungen von Arzneimitteln sowie über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden, nicht auf der Arzneimittelliste aufgeführten Arzneimittel umgehend zu unterrichten. ³Die Pflicht zur Unterrichtung gilt auch vor der Durchführung einer klinischen Prüfung von Arzneimitteln.

Art. 19

Leitung und medizinische Organisation

(1) ¹In jedem Krankenhaus wird eine kollegiale Betriebsleitung gebildet. ²An der Betriebsleitung sind eine leitende Ärztin oder ein leitender Arzt, die Leitung des Pflegedienstes und die kaufmännische Geschäftsführung gleichberechtigt zu beteiligen. ³Bei der Führung des Krankenhauses sind medizinische, pflegerische und wirtschaftliche Belange gleichermaßen zu berücksichtigen.

(2) ¹Der Krankenhausträger regelt die Aufgaben der Betriebsleitung und die Zuständigkeit ihrer Mitglieder. ²Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Abs. 1 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind.

(3) ¹Das Krankenhaus ist nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten gemäß den Vorgaben des Feststellungsbescheides gemäß Art. 23 Abs. 2 in Abteilungen zu gliedern. ²Der Krankenhausträger hat für jede Abteilung im Sinne des Feststellungsbescheides mindestens eine Abteilungsärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen. ³Diese sind in medizinischer Hinsicht nicht an Weisungen gebunden und für die Untersuchung

sowie Behandlung der Patientinnen und Patienten der Abteilung verantwortlich.

Art. 20 Wahlärztliche Leistungen

(1) ¹Das Krankenhaus darf unter Beachtung der Regelungen in den §§ 17 und 19 des Krankenhausentgeltgesetzes gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen) erbringen, soweit dadurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. ²Wahlleistungen umfassen nur besondere chefärztliche Betreuung, Unterbringung und Verpflegung. ³Wahlleistungspatientinnen und Wahlleistungspatienten sind im Übrigen mit anderen Patientinnen und Patienten gleichgestellt und dürfen nicht bevorzugt behandelt werden. ⁴Besondere Verpflegung, besondere Unterbringung und der Abschluss eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrages dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden.

(2) ¹Entgelte für wahlärztliche Leistungen, die ein Arzt auf der Grundlage eines gesonderten Behandlungsvertrages erbringt, rechnet der Krankenhausträger gesondert ab. ²Gleiches gilt für Entgelte aus ambulanter ärztlicher Tätigkeit, soweit es sich nicht um Tätigkeiten im Rahmen der §§ 117 bis 119 SGB V oder vergleichbarer Verträge handelt.

(3) ¹Von dem Entgelt behält der Krankenhausträger die in Abs. 4 bestimmten Anteile ein. ²Das restliche Entgelt leitet der Krankenhausträger nach Maßgabe des Abs. 5 an den Arzt bzw. die Ärztin sowie an die ärztlichen Mitarbeiter und an das nichtärztliche Fachpersonal weiter.

(4) ¹Von den Entgelten sind einzubehalten:

1. die Kosten, die der Arzt durch die Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Krankenhauses verursacht hat,
2. Ausgleichsbeträge für den Vorteil, der dem Arzt dadurch entsteht, dass er entsprechendes eigenes Personal, Material oder Einrichtungen nicht vorzuhalten braucht.

²Soweit der Arzt oder die Ärztin zur Erbringung der Leistung eigene Mittel aufgewendet hat, sind sie mit den einzubehaltenden Beträgen zu verrechnen. ³Bis zur Feststellung der endgültig einzubehaltenden Entgeltanteile behält der Träger eine Pauschale in Höhe von zehn vom Hundert der in Abs. 2 genannten Entgelte ein. ⁴Nach Feststellung der endgültigen Höhe der einzubehaltenden Beträge sind diese mit den Pauschalen zu verrechnen.

(5) ¹Über die Verteilung der beim Träger angesammelten Mittel an den Arzt bzw. die Ärztin und

an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entscheidet der Träger nach Anhörung eines Gremiums, in dem die an der Leistungserbringung beteiligten Berufsgruppen, die Krankenhausleitung und Betriebsrat, Personalrat oder die Mitarbeitervertretung repräsentiert sind. ²Bei der Verteilung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Aufgaben, Leistung, Verantwortung, Facharzteigenschaft und Erfahrung angemessen zu berücksichtigen. ³Die an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verteilten Mittel dürfen nicht im offensichtlichen Missverhältnis zu deren Leistung und Einkommen stehen.“

4. Der bisherige 2. Abschnitt Krankenhausplanung wird 4. Abschnitt und wird wie folgt gefasst:

„4. Abschnitt Krankenhausplanung

Art. 21 Grundsätze der Krankenhausplanung

(1) Zur Verwirklichung des in Art. 1 genannten Ziels wird ein Krankenhausplan für das gesamte Staatsgebiet aufgestellt und entsprechend der Entwicklung fortgeschrieben.

(2) ¹Die Krankenhausplanung wirkt auf wirtschaftliche Strukturen bei der bedarfsgerechten Versorgung durch medizinisch leistungsfähige Krankenhäuser hin. ²Dabei soll die – auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende – Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich unterstützt werden.

(3) Die Kooperation der Krankenhäuser mit niedergelassenen Ärzten, insbesondere beim kooperativen Belegarztwesen, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen soll Berücksichtigung finden.

(4) ¹Die Hochschulklinikplanung und die Krankenhausplanung sind aufeinander abzustimmen. ²Der Bestand an Krankenhäusern nach § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

Art. 22 Krankenhausplan

(1) ¹Der Krankenhausplan wird auf der Basis eines von einem oder einer Sachverständigen erstellten Gutachtens über die konkrete Versorgungssituation und den künftig zu erwartenden Versorgungsbedarf erstellt und bildet die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Zahl der Betten und teilstationären Plätze, Fachrichtungen sowie Versorgungsstufen ab. ²Der Krankenhausplan soll ferner darlegen, wie die Kran-

kenhäuser durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung untereinander die Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten sicherstellen können.

(2) ¹Der Krankenhausplan besteht aus den Grundsätzen der Krankenhausplanung nach Satz 2 und den Festlegungen über die Standorte der Krankenhäuser. ²Die Grundsätze der Krankenhausplanung umfassen insbesondere die Versorgungsziele, die Qualitätsanforderungen nach den Art. 14, 15 und 17, den Planungszeitraum, eine Bedarfsanalyse, die eine Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung enthält, die Anforderungen an die Krankenhäuser zur Teilnahme an der Notfallversorgung sowie Regelungen über das Planungsverfahren und die Planungsmethode. ³Bei der Erstellung der Grundsätze nach Satz 2 werden die Empfehlungen des Krankenhausplanungsausschusses nach Art. 24 Abs. 2 Satz 2 berücksichtigt.

(3) ¹Der zuständige Ausschuss des Bayerischen Landtags ist bei der Erstellung des Krankenhausplans anzuhören. ²Die Staatsregierung hat dem Landtag einmal in der zweiten Hälfte einer jeden Legislaturperiode einen Krankenhausbericht vorzulegen.

Art. 23

Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Ein Krankenhaus kann im Rahmen des Planungsverfahrens nach Art. 22 auf Antrag und nur mit den Fachgebieten in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung der Bayerischen Ärztekammer (Disziplinen) und den arbeitsteilig koordinierten Versorgungsschwerpunkten in den Krankenhausplan aufgenommen werden für die jeweils

1. eine dauerhafte und bedarfsgerechte Vorhaltung gesichert ist,
2. die durchgängige ärztliche und pflegerische Versorgung für das jeweilige Gebiet oder den jeweiligen Schwerpunkt gewährleistet ist,
3. die ärztliche Leitung und deren Vertretung die für sie disziplinrelevante Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat,
4. die ärztliche Versorgung im Facharztstandard gewährleistet ist,
5. eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft gewährleistet ist und
6. die Einhaltung der Bestimmungen gemäß den Art. 8 sowie 12 bis 16 nachgewiesen werden.

(2) ¹Gegenüber dem Krankenhausträger wird durch schriftlichen Bescheid festgestellt, ob und mit welchen Festlegungen im Sinn des Art. 22 sein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird (Feststellungsbescheid). ²Die Feststellung nach Satz 1 kann ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn und soweit die Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nicht nur vorübergehend nicht mehr vorliegen.

Art. 24

Bayerischer Krankenhausplanungsausschuss

(1) ¹Für die Mitwirkung der Beteiligten nach § 7 Abs. 1 KHG wird beim Staatsministerium der Bayerische Krankenhausplanungsausschuss gebildet. ²In diesem Gremium werden insbesondere folgende Angelegenheiten behandelt:

1. die Grundsätze der Krankenhausplanung nach Art. 22 Abs. 2,
2. die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans nach Art. 22 Abs. 1,
3. die Aufstellung und Fortschreibung der Investitionsprogramme nach Art. 26,
4. die Bestimmung landeseigener Qualitäts- und Strukturanforderung nach Art. 14 und
5. die Festlegung von Mindestpersonalregelungen nach Art. 15.

(2) ¹Unmittelbar Beteiligte des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses sind:

1. Bayerische Krankenhausgesellschaft,
2. Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern,
3. Bayerischer Gemeindetag,
4. Bayerischer Städtetag,
5. Bayerischer Landkreistag,
6. Bayerischer Bezirketag,
7. Freie Wohlfahrtspflege Bayern,
8. Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e. V. und
9. Landesausschuss Bayern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V..

²Soweit die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, ist die Kassenärztliche Vereinigung einzubeziehen. ³Soweit die ärztliche Weiterbildungsordnung und ihre Anwendung im Rahmen dieses Gesetzes betroffen ist, ist die Bayerische Ärztekammer einzubeziehen. ⁴Soweit über Fragen der Krankenhauspflege entschieden werden soll, ist die Vereinigung der Bayerischen Pflege einzubeziehen. ⁵Mit den unmittelbar Beteiligten sind bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme einvernehmliche Regelungen zu erzielen.

(3) ¹Das Staatsministerium beruft auf Vorschlag des für das Gesundheitswesen zuständigen Ausschusses im Bayerischen Landtag aus dem Kreis der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher für die Dauer von fünf Jahren eine Patientenvertreterin oder einen Patientenvertreter sowie eine Stellvertretung zum Mitglied des Krankenhausplanungsausschusses mit beratender Stimme. ²Die Patientenvertreterin oder der Patientenvertreter ist ehrenamtlich tätig und nicht weisungsgebunden. ³Für notwendige Auslagen

und für Zeitversäumnis ist der Patientenvertreterin oder dem Patientenvertreter von dem Staatsministerium eine angemessene Entschädigung zu zahlen.

(4) ¹Mittelbar Beteiligte des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses sind:

1. ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – Landesbezirk Bayern,
2. Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands – Landesverband Bayern,
3. Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
4. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Südost, Bayern-Mitteldeutschland e. V. und
5. Landesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihrer Angehörigen in Bayern e. V. (LAGH), Dachorganisation der Selbsthilfeverbände in Bayern.

²Die mittelbar Beteiligten sind bei den sie unmittelbar betreffenden Fragen vom Krankenhausplanungsausschuss anzuhören.

(5) ¹Jedes der in Abs. 2 und 4 genannten Mitglieder benennt dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege zwei Personen zur ständigen Vertretung. ²An den Sitzungen können die betroffenen Staatsministerien teilnehmen. ³Den Vorsitz führt das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.“

5. Der bisherige 3. Abschnitt Investitionsförderung wird 5. Abschnitt und wird wie folgt geändert:

a) Art. 9 wird zu Art. 25 und wird wie folgt gefasst:

**„Art. 25
Grundsätze der Förderung**

(1) ¹Die Fördermittel für Investitionskosten sind so zu bemessen, dass sie die förderfähigen, nach der Aufgabenstellung des Krankenhauses und den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit notwendigen Kosten decken. ²Die jährliche Gesamthöhe der Fördermittel für Investitionskosten richtet sich nach den jeweils aktuellen, vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemäß § 10 KHG veröffentlichten Investitionsbewertungsrelationen und nach der Gesamtzahl der entlassenen vollstationären Patientinnen und Patienten gemäß Krankenhausstatistik. ³Der Förderung liegen die Feststellungen über die Aufnahme in den Krankenhausplan zugrunde.

(2) Abweichend von den Abs. 1 können die Fördermittel unter den Voraussetzungen des § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG hinter den förder-

fähigen, nach der Aufgabenstellung des Krankenhauses und den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit notwendigen Investitionskosten zurückbleiben (Teilförderung).

(3) Die Kosten des Erwerbs oder der Anmietung bereits betriebener und in den Krankenhausplan aufgenommener Krankenhäuser, die Kosten einer Vorfinanzierung des Krankenhausträgers und die Kosten eigenen Personals werden nicht gefördert.

(4) ¹Die Fördermittel sind dem Krankenhausträger zu gewähren. ²Krankenhausträger ist, wer das Krankenhaus betreibt.“

b) Art. 10 bis 21 werden Art. 26 bis 37.

6. Der bisherige 4. Abschnitt Zuständigkeiten, Rechtsverordnungen wird 6. Abschnitt und wird wie folgt geändert:

a) Art. 22 wird Art. 38. Abs. 1 Ziffer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. die Krankenhausförderung nach Art. 27 Abs. 2 (fachliches Prüfungsverfahren), Art. 36 Abs. 2 (Feststellung des Trägerwechsels) und Art. 37 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 (Zustimmung zur Übertragung von Krankenhauseinrichtungen).“

b) Art. 38 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Es ist zugleich zuständig für die Krankenhausförderung nach Art. 27 Abs. 3 (Bewilligungsverfahren), Art. 29 (Nutzungsförderung), Art. 34 Abs. 3 (Absicherung), Art. 35 (Widerruf von Förderbescheiden und Erstattung von Fördermitteln), Art. 36 Abs. 1 (Widerrufverzicht beim Trägerwechsel) und Art. 37 mit Ausnahme von Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 (Übertragung von Krankenhauseinrichtungen, Mitbenutzung).“

c) Art. 23 wird Art. 39. Abs. 1 Satz 1 werden folgende Nrn. 9 bis 12 angefügt:

„9. das Nähere zu den landeseigenen Qualitäts- und Strukturanforderungen nach Art. 14,

10. das Nähere zu den Personalmindestzahlen nach Art. 15,

11. das Nähere zu den spezifischen Maßnahmen gemäß Art. 17, die Krankenhäuser gegen die Ausbreitung von antibiotikaresistenten Keimen ergreifen müssen,

12. das Nähere über Bildung und Zusammensetzung der Arzneimittelkommission nach Art. 18.“

7. Der bisherige 5. Abschnitt Ergänzende Bestimmungen wird 7. Abschnitt und wird wie folgt geändert:

Die Art. 24 bis 27 werden Art. 40 bis 43.

8. Der bisherige 6. Abschnitt Schlussbestimmungen wird 8. Abschnitt und wird wie folgt gefasst:

a) Art. 28 wird Art. 44 und wird wie folgt gefasst:

**„Art. 44
Übergangsregelungen**

(1) Art. 35 Abs. 1 Satz 2 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist auf alle Verfahren anzuwenden, bei denen bis dahin noch kein Bescheid erlassen worden ist.

(2) Soweit unselbständige Betriebsstätten bereits vor dem 1. Januar 2017 ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan ausgeschieden sind, gilt Art. 35 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 2 in der bis zum Ablauf des 31. Dezember 2016 geltenden Fassung weiter.

(3) Bis zum Inkrafttreten einer Rechtsverordnung gemäß Art. 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 sind für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern die Regelungen der Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl I S. 2355) sinngemäß anzuwenden.

(4) ¹Für Behandlungsplätze, die vor dem 1. Juli 2006 aus dem Krankenhausplan ausscheiden, gelten Art. 28, 33, 35 und 36 in der bisherigen Fassung. ²Dies gilt auch für Behandlungsplätze, die ab dem 1. Juli 2006 ausscheiden, wenn ihr Abbau auf einer einheitlichen bedarfsplanerischen Entscheidung beruht und mit dem Abbau vor dem 1. Juli 2006 begonnen wurde.“

b) Art. 45 wird aufgehoben.

§ 2

Dieses Gesetz tritt am 1. September 2018 in Kraft.

Begründung:

A) Allgemeines

Zuständigkeit von Bund und Ländern in Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes besteht für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a des Grundgesetzes). In diesem Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung hat das Land eine Gesetzgebungskompetenz solange und soweit der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht nicht Gebrauch gemacht hat (Art. 72 Abs. 1 des Grundgesetzes). Darüber hinaus hat der Bundesgesetzgeber in einer Reihe von Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) den Ländern ausdrücklich die Möglichkeit eröffnet, durch Landesrecht Näheres zu bestimmen.

Die Vorschriften im KHG zur Krankenhausplanung beschränken sich auf das Grundsätzliche. Dadurch ist für die Länder ein weitgehender Freiraum für das Recht der Krankenhausplanung geschaffen. Die Länder sind jedoch verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen (§ 6 des KHG) und die Aufnahme in den Krankenhausplan durch Bescheid festzustellen (§ 8 Abs. 1 Satz 3 des KHG). Das Nähere zur Krankenhausplanung ist durch Landesrecht zu bestimmen (§ 6 Abs. 4 des KHG). Im Hinblick auf die Mitwirkung der an der Krankenhausversorgung Beteiligten sind ebenfalls bundesrechtliche Vorgaben zu beachten (§ 7 des KHG).

Die Krankenhaushilfe setzt nach dem KHG eine Krankenhausplanung und Investitionsprogramme des Landes voraus (§ 6 Abs. 1, § 8 Abs. 1 Satz 1 des KHG). Im Bereich der Fördertatbestände sind die zentralen Entscheidungen bundesgesetzlich vorgegeben, so dass dem Landesgesetzgeber die Detailregelungen obliegen (vgl. § 11 des KHG). Der Krankenhausfinanzierung liegt das duale Finanzierungssystem zugrunde: Nach Maßgabe des KHG werden die Krankenhäuser wirtschaftlich gesichert, indem die Investitionskosten eines Krankenhauses durch öffentliche Fördermittel finanziert werden und das Krankenhaus die Betriebs- und Behandlungskosten über Erlöse aus den Pflegesätzen sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhält (§ 4 des KHG). Investitionskosten werden durch das KHG und die bundesrechtliche Abgrenzungsverordnung bestimmt und abgegrenzt (vgl. § 2 Nr. 2 und 3 sowie § 17 Abs. 4 Nr. 1 des KHG, § 1 der Abgrenzungsverordnung). Landesgesetzlich zu regeln ist das Aufbringen von Fördermitteln für die notwendigen Investitionskosten sowie das Ausgestalten der Förderung.

Erweiterte Zielsetzung der bayerischen Krankenhauspolitik

Die bisherige Regelung zum Ziel des BayKrG zielte auf eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen durch ein funktional abge-

stufes und effizientes Netz von Krankenhäusern ab. Weder Patienten- noch Qualitätsorientierung noch das Prinzip der regional ausgeglichenen Versorgung der Bevölkerung standen bisher im Fokus der Krankenhauspolitik in Bayern. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen alle öffentlichen Akteure sowie die Leistungserbringer auf die neue Zielsetzung verpflichtet werden. Um dies zu erreichen, wird der Freistaat Bayern zu mehr Kooperation und Transparenz in der Krankenhausplanung verpflichtet. Außerdem soll er deutlich mehr Mittel in die Krankenhausinfrastruktur investieren, um den Krankenhäusern die Umsetzung der Qualitätsziele in den Bereichen Personalbemessung, Krankenhaushygiene, Sozialdienst und Entlassungsmanagement und Barrierefreiheit zu ermöglichen.

Stärkung der Patientenorientierung

Es entspricht einem modernen Verständnis einer patientenorientierten stationären Versorgung, Rechte und Ansprüche der Patienten im Krankenhaus sowie die allgemeinen Verpflichtungen der Krankenhäuser gesetzlich ausdrücklich zu regeln. Dies ist in anderen Bundesländern bereits erfolgt. Zusätzlich zu Grundsätzen der Patientenbetreuung und einem Auskunftsrecht sollen Krankenhäuser die Bedürfnisse besonders vulnerabler Gruppen (Kinder, Menschen mit Behinderung, Migrantinnen und Migranten, ältere und sterbende Menschen) spezifisch berücksichtigen. Außerdem sollen sie einen Sozialdienst und ein Entlassungsmanagement einrichten, Krankenhauseel-sorge ermöglichen und mit Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern in geeigneter Art und Weise kooperieren.

Kinder sind auf besondere Bedingungen und Unterstützung im Krankenhaus angewiesen. Deshalb sind die Krankenhäuser aufgefordert, den Belangen kranker Kinder mit ihrem Bedürfnis nach besonderer Zuwendung in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten soweit wie möglich zu entsprechen und die Anwesenheit eines Elternteils während der Behandlung im Krankenhaus zu gewährleisten.

Nach Art. 25 der UN-Behindertenrechtskonvention anerkennen die Vertragsstaaten das Recht von Menschen mit Behinderung auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung auf Grund von Behinderung. Im Rahmen dieser Gesundheits-sorge ist durch geeignete Maßnahmen zu gewährleisten, dass behinderte Menschen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben. Dazu zählt auch die Realisierung des Prinzips der Barrierefreiheit in einem umfassenden Sinn und für alle Arten von körperlichen Einschränkungen. Auch ältere Menschen oder Personen mit einer Demenz profitieren von einem barrierefreien Krankenhaus.

Wenn Migrantinnen oder Migranten einer stationären medizinischen Behandlung bedürfen, stehen sie vor einer besonderen kommunikativen Herausforderung. Dabei geht es nicht nur um die rein sprachliche Ver-

ständigung über komplizierte und folgenreiche medizinische Sachverhalte. Migrantinnen und Migranten stehen auch vor der Aufgabe, die Art und Weise, wie in ihrer Herkunftskultur mit Gesundheit und Krankheit umgegangen wurde, anschlussfähig für das Medizinsystem in Deutschland zu machen. Mit dieser Übersetzungsleistung steht und fällt die Qualität der stationären Behandlung. Die Krankenhäuser sollen Migrantinnen und Migranten dabei zum Beispiel mit sprachlich kompetentem Personal unterstützen.

Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes, nach dem die Würde des Menschen unantastbar ist, gilt über den Tod des Menschen hinaus. Die Würde des Menschen zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. Diese Verfassungsnorm ist unmittelbar geltendes Recht und gewährt dem sterbenden Menschen umfassenden Schutz. Auch aus der Standesethik der Ärzteschaft gegenüber sterbenden Menschen ergibt sich nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 7. Mai 2004 die Pflicht des Arztes, „Sterbenden, d. h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können.“ Patientinnen und Patienten müssen in Würde sterben dürfen.

Das Krankenhaus bzw. der Sozialdienst im Krankenhaus soll dafür sorgen, dass Patientinnen und Patienten, die nach der Akutbehandlung weiterer Pflege und Betreuung bedürfen, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht sich selbst überlassen bleiben. Im Rahmen des Entlassungsmanagements soll das Krankenhaus vielmehr die erforderliche nachstehende Unterstützung rechtzeitig einleiten.

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

Stärkung der Qualitätsorientierung in den Krankenhäusern

Die Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität in Krankenhäusern ist ein Ziel, das sowohl in der Gesundheitspolitik als auch im Bereich der Krankenhausplanung stetig an Bedeutung gewonnen hat. Die gesetzlichen Vorgaben des BayKrG wurden bisher noch nicht an die Notwendigkeiten einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung angepasst.

Nach den bundesrechtlichen Vorgaben des KHG ist die von den Ländern durchzuführende Krankenhausplanung vorrangig eine Mengenplanung. Die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern berücksichtigt das KHG nicht. Diese wird über die Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt. Gemäß § 136c SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Abs. 1a des KHG Bestandteil des Krankenhausplans werden. Galt in der Vergangenheit noch eine „gebotene Qualität“ als ausreichend, so ist das heute nicht mehr der Fall. Mit Einführung des Krankenhausstrukturgesetzes hat der Gesetzgeber eine „qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung“ als Maßstab vorgegeben und bereits entsprechende Qualitätsparameter eingeführt.

Im BayKrG sind fachliche Anforderungen für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan bislang nicht benannt. Darüber hinaus hat die Bayerische Staatsregierung mit ihrer Änderung des BayKrG vom 19.12.2016 die Übernahme der Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses in Bayern außer Kraft gesetzt (Drs. 17/14710). Mit der Novellierung wird das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege beauftragt, Qualitäts- und Personalindikatoren in die Krankenhausplanung aufzunehmen, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen. Qualitätsrelevant sind vor allem eine personelle Mindestausstattung auch für Hebammen, der Umgang mit berufsbezogenen Belastungen, Maßnahmen gegen die Verbreitung von antibiotikaresistenten Keimen sowie regelmäßige Schulung des Personals im Hinblick auf die spezifischen Bedürfnisse besonders vulnerabler Patientengruppen. Qualitätsrelevant sind aber auch die Einrichtung einer kollegialen Betriebsleitung und die faire Verteilung von Liquidationserlösen aus Wahlleistungen, weil damit die Arbeitsmotivation des Krankenhauspersonals gestärkt und die Berücksichtigung verschiedener fachlicher Perspektiven gesichert wird. Schließlich ist aber auch die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit anderen gesundheitlichen Leistungserbringern für die längerfristige Sicherung der Behandlungsqualität von Bedeutung, weil sie Voraussetzung ist für ein funktionierendes Entlassungsmanagement und den reibungslosen Übergang von Patientinnen und Patienten in nachsorgende Einrichtungen.

Mehr Qualitätsorientierung und Transparenz in der Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung auf Landesebene agiert im Wesentlichen ohne Gestaltungsanspruch und scheint durch die Dynamik der Einführung des DRG-Systems überrollt worden zu sein. Durch das Spannungsverhältnis zwischen der DRG-Vergütung und der Existenz einer staatlichen Krankenhausplanung stellt sich die Frage nach der Rolle einer staatlichen Kranken-

hausplanung in einem wettbewerblichen Vergütungssystem. Die Krankenhausplanung in ihrer aktuellen Form schreibt bestehende Strukturen fort und damit ein Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung. Krankenhausplanung stellt derzeit eine vom medizinischen Bedarf der Versicherten und der Leistung der Krankenhäuser losgelöste Angebotsplanung dar. Es fehlen Versorgungsziele, und die Bedarfsorientierung ist eine Planungsillusion. Das Kriterium der Qualität sollte in die Versorgungsplanung aufgenommen werden.

Ausreichende staatliche Investitionsförderung

Die Schere zwischen der sinkenden staatlichen Investitionsförderung und dem Investitionsbedarf durch die steigende Kapitalintensität der Krankenhausleistungen öffnet sich immer weiter. Die Investitionskostenfinanzierung der Bundesländer reicht nicht für den tatsächlichen Bedarf aus. Schon jetzt wird rund die Hälfte der Krankenhausinvestitionen via DRG-Vergütung bezahlt. Der Hauptanteil der Investitionen wird über den Kapitalmarkt und aus Überschüssen finanziert, die betrieblichen Investitionsquoten liegen höher als die staatliche Förderung. Die Investitionsquote der Krankenhäuser bleibt weit unter der volkswirtschaftlichen Investitionsquote. Die Zweckentfremdung von DRG-Mitteln zur Finanzierung von Investitionen führt zu einem enormen Kostendruck auf die Mitarbeiter und zur Mengenausweitung bei stationären Leistungen. Die unzureichende und verzögerte öffentliche Investitionsförderung führt zu einer abnehmenden Akzeptanz von staatlichen Planungsentscheidungen und zu einer sich beschleunigenden unstrukturierten Privatisierung. Mehr und mehr Krankenhäuser verzichten auf die staatlichen Fördermittel – nicht zuletzt wegen der zeitraubenden administrativen Genehmigungsverfahren. Die staatliche Investitionsfinanzierung muss jenen Krankenhäusern, die die Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfüllen, ein langfristiges Überleben sichern helfen.

B) Im Einzelnen

Zu § 1:

Zu Nr. 1:

Die Inhaltsübersicht wird der Neufassung des Bayerischen Krankenhausgesetzes entsprechend angepasst.

Zu Nr. 2:

1. Abschnitt Grundsätze

Art. 1 Ziel des Gesetzes

Satz 1 in Abs. 1 verweist in programmatischer Form auf die erforderliche Neuorientierung der Krankenhauspolitik in Bayern. Im Mittelpunkt stehen Patientinnen und Patienten und deren Bedarf an einer qualitätsgesicherten Versorgung mit Krankenhausleistung-

gen. Dabei wird nicht nur auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser abgestellt, sondern insbesondere auch auf die Sicherstellung der Krankenhausversorgung von Patientinnen und Patienten mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich und wirtschaftlich handelnden Krankenhäusern. Die in Satz 1 aufgenommene Formulierung, dass neben einer patienten- und bedarfsgerechten auch eine qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung angestrebt wird, erhebt die Qualität der Versorgung der Bevölkerung zu einem gleichrangigen Ziel des BayKrG. Regional ausgeglichen ist die Krankenhausversorgung dann, sie von der Bevölkerung aller Landesteile innerhalb der medizinisch sachgerechten Frist erreichbar ist. Satz 2 macht deutlich, dass die Krankenhausplanung und -förderung dem in Satz 1 formulierten Ziel dienen. Mit der Verankerung der Qualität in der Zielvorgabe des BayKrG wird klargestellt, dass die Qualität der Versorgung und die damit eng verknüpfte Patientensicherheit ein Ziel der Krankenhausplanung ist. Qualitätskriterien können beispielsweise bei einer Entscheidung, welches Versorgungsangebot den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht wird, zum Tragen kommen.

Im Abs. 2 wird konkretisiert, was unter bedarfsgerechter Versorgung zu verstehen ist. Es wird die besondere Rolle der Notfallversorgung und die Bedeutung ausreichender Intensivkapazitäten betont, für die eine besondere staatliche Gewährleistungsverpflichtung besteht.

Art. 2 Sicherstellungsauftrag

Abs. 1 Satz 1 hält fest, dass es sich bei der Sicherstellung einer regional ausgeglichenen Krankenhausversorgung um eine öffentliche Aufgabe handelt. Satz 2 benennt die entscheidenden Aufgaben und Instrumente, die das Land zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung hat und die sich aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ergeben. Hierbei handelt es sich um die Krankenhausplanung gemäß dem 4. Abschnitt und die Investitionsförderung gemäß dem 5. Abschnitt.

Abs. 2 Satz 1 unterstreicht, dass die Landkreise und kreisfreien Städte als Folge des öffentlichen Sicherstellungsauftrages verpflichtet sind, die nach dem Krankenhausplan bedarfsgerechten Krankenhäuser einschließlich der Disziplinen und medizinischen Schwerpunkte entsprechend der arbeitsteiligen Koordinierung zu errichten und zu betreiben oder einzurichten. Gemäß Abs. 2 Satz 2 können auch geeignete freigemeinnützige oder private Träger Krankenhäuser betreiben, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt ist. Mit dieser Regelung wird dem Prinzip der Vielfalt der Krankenhausträger Rechnung getragen. Gleichzeitig verbleibt der Sicherstellungsauftrag und damit auch das Primat des Betriebs von Krankenhäusern bei der öffentlichen Hand.

Abs. 2 Satz 3 definiert die Eignung eines Krankenhausträgers für den Betrieb bedarfsgerechter Krankenhäuser. Die Eignung wird an die Gewähr der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit sowie an die Einhaltung der für den Betrieb eines Krankenhauses geltenden Vorschriften geknüpft. Damit wird sowohl das Leitbild eines sparsam wirtschaftenden und eigenverantwortlich handelnden Krankenhauses, als auch die Rechtstreue des Krankenhausträgers berücksichtigt. Zur Leistungsfähigkeit gehört insbesondere die Sicherstellung des medizinischen Versorgungsauftrags einschließlich der Vorhaltung der hierfür erforderlichen Organisationsstruktur und Personalausstattung.

Art. 3 Zusammenarbeit der Krankenhäuser

Zur Erfüllung der Versorgungsaufträge ist eine Verpflichtung der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit im Rahmen des Krankenhausplans erforderlich. Dadurch soll eine umfassende Versorgung kranker Menschen vor allem in Notfällen und die Vermeidung unwirtschaftlicher Mehrfachdiagnostik und -behandlung sichergestellt werden. Insbesondere hinsichtlich der Nutzung kostenintensiver Medizintechnik ist eine enge Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich erforderlich. Der Gedanke der Kooperation hat im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dies spiegelt sich in engen Absprachen über die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens wider. Insbesondere psychiatrische Versorgungsstrukturen, rehabilitative Maßnahmen sowie die ambulante und stationäre Pflege einschließlich der Hospize ergänzen das Versorgungsangebot für die Bevölkerung. Die Krankenhäuser und die übrigen Beteiligten am Gesundheits- und Sozialwesen sollen Konkurrenzdenken in den Hintergrund stellen und gemeinsames Handeln zum Nutzen der Allgemeinheit fördern. Vor diesem Hintergrund will die Vorschrift die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens forcieren. Die Zusammenarbeit soll auch zur Rationalisierung des Verwaltungs-, Versorgungs-

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

Art. 4 Geltungsbereich

Art. 4 entspricht der bisherigen Regelung des Geltungsbereichs des BayKrG.

Zu Nr. 3:**2. Abschnitt
Patientenorientierung****Art. 5 Betreuung der Patientinnen und Patienten**

Art. 5 spezifiziert den Grundsatz der Patientenorientierung im Hinblick auf wichtige organisatorische Abläufe im Krankenhaus. Das Krankenhaus und seine Organisation soll sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren und nicht umgekehrt. Dies betrifft insbesondere Betriebsabläufe wie ärztliche Visiten und die Essensausgabe (Abs. 1) oder die Erfüllung von Ausbildungsaufgaben (Abs. 2). Insbesondere für berufstätige Angehörige sind ausreichende und flexible Besuchszeiten von großer Bedeutung (Abs. 3).

Art. 6 Information der Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten begeben sich gegenüber medizinischen Leistungserbringern grundsätzlich in eine einseitige Abhängigkeitsbeziehung. Sobald sie sich im Falle elektiver Leistungen für ein Krankenhaus entschieden haben, sind sie vom Können des ärztlichen und pflegerischen Personals auf Gedeih und Verderb abhängig. Umso wichtiger ist es, dass sie auf Anfrage Auskunft über Qualität und Kosten der zu erwartenden medizinischen Leistungen Auskunft erhalten. Nur so ist es möglich, dass sie eine informierte Entscheidung über eine Behandlung treffen. Art. 6 Satz 1 regelt daher die entsprechenden Informationspflichten der Krankenhäuser und ermöglicht so auch eine Verbesserung von Transparenz als Voraussetzung für einen echten Wettbewerb um Qualität. Art. 6 Satz 2 stellt klar, dass auch die Rechnungen von Krankenhäusern die erbrachten medizinischen Leistungen und die dafür verrechneten Preise transparent darstellen müssen.

Art. 7 Kinder im Krankenhaus

Ein bevorstehender Krankenhausaufenthalt ist für jeden Menschen ein Grund zur Beunruhigung. Erwachsene verstehen die Notwendigkeit eines Klinikaufenthalts. Kleinere Kinder können noch keinen Zusammenhang zwischen Krankheit und einem Krankenhausaufenthalt herstellen. Ältere Kinder verstehen zwar, warum sie in eine Klinik müssen, leiden aber dennoch unter der Trennung von den Eltern. Denn oft verlassen Kinder wegen eines Klinikaufenthalts zum ersten Mal die Geborgenheit der Familie. Dieser besonderen Situation von Kindern will Abs. 1 Satz 1 und 2 Rechnung tragen. Eltern oder nahe stehende Personen sollten so oft wie möglich in der Nähe des kranken Kindes sein können. Aus diesem Grunde sollen die Krankenhäuser gemäß Abs. 1 Satz 3 im Rahmen ihrer Möglichkeiten bei der stationären Aufnahme eines Kindes eine diesem vertraute Begleitperson mit aufnehmen.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Deshalb sollen sie möglichst gemeinsam mit anderen Kindern und Jugendlichen durch speziell ausgebildete Berufsgruppen betreut werden. Sie sind daher nach Abs. 2 grundsätzlich in Kliniken oder Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin zu behandeln, in denen sichergestellt ist, dass speziell für die Behandlung von Kindern aus- und weitergebildetes ärztliches und pflegerisches Personal zur Verfügung steht. Wenn die Aufnahme auf einer Erwachsenenstation im Sinne einer bestmöglichen Versorgung begründet ist, sollen Kinder und Jugendliche nicht mit Erwachsenen zusammen untergebracht, durch Kinderkrankenpflegerinnen oder -pfleger betreut und durch Fachärztinnen oder -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin konsiliarisch behandelt werden. Zu den räumlichen Voraussetzungen gehören ausreichender Platz zum Spielen, schulische Betreuung sowie Aufnahme- und Aufenthaltsmöglichkeiten für die Eltern oder Bezugspersonen.

Der besondere Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird durch Abs. 3 gestärkt. Liegen offensichtliche Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls der betroffenen Patientinnen und Patienten vor, so sollen die behandelnden Angehörigen von Heilberufen gemäß § 4 zur Kooperation und Information im Kinderschutz die für den Schutz des Kindeswohls zuständigen Jugendämter unverzüglich unterrichten und ihnen die für deren Handeln erforderlichen Patientendaten mitteilen (Sätze 1 und 2). Neben den ausdrücklich genannten Fällen kommen andere Fälle der Kindeswohlgefährdung in Betracht. Dies kann der Fall sein wenn absehbar ist, dass die Eltern oder zumindest die Mutter mit der Pflege und Erziehung des Kindes überfordert sein könnte, wenn die Familie oder die Mutter dem Kind ablehnend gegenüber stehen oder wenn die soziale Situation der Familie professionelle sozialpädagogische Unterstützung erforderlich erscheinen lässt. Sind die Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls nicht offensichtlich, sondern liegen nur Verdachtsmomente vor, soll die Situation zunächst mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten erörtert und auf die Inanspruchnahme von Hilfen hingewirkt werden. Dabei darf der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt werden. Als fachlich kompetente Personen können zur Situationsklärung auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhaussozialdienstes herangezogen werden.

Art. 8 Menschen mit Behinderung im Krankenhaus

Krankenhäuser sollen den besonderen Belangen und Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung in angemessener Weise Rechnung tragen (Abs. 1 Satz 1). Diese Verpflichtung bezieht sich zum einen auf die medizinische Behandlung, darüber hinaus aber auch auf die soziale Beratung und das Entlassungsmanagement nach Art. 12. Durch Satz 2 wird der für Kinder im Krankenhaus aufgestellte Grundsatz, dass

die Mitaufnahme einer Begleitperson bei stationärer Behandlung ermöglicht werden soll, auf die Personengruppe der Menschen mit Behinderung übertragen (vgl. hierzu auch § 11 Abs. 3 SGB V).

Durch Abs. 2 Satz 1 wird das Menschenrecht auf eine würdevolle und angemessene Versorgung und Behandlung behinderter Menschen konkretisiert. Das Krankenhaus soll den berechtigten Hinweisen der Patientinnen und Patienten oder ihrer Angehöriger nachgehen und sich mit diesen abstimmen. Satz 2 konkretisiert, dass dies vor allem für Menschen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit gilt. Barrierefrei gemäß Satz 3 sind bauliche Anlagen dann, wenn sie für Menschen mit Behinderung in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Für Krankenhäuser bedeutet das, dass sie nicht nur über einen stufenlosen Zugang und Aufzug sowie über eine ausreichende Anzahl an barrierefreien Toiletten im öffentlichen Raum verfügen müssen. Auch sollte der Zugang zum Gebäude über eine Führungsschiene für sehbehinderte und erblindete Personen sowie über eine Rampe, deren Steigung sechs Prozent nicht übersteigt (DIN 18040-1), verfügen. Des Weiteren sollten innerhalb des Gebäudes ein ausreichend ausgebildetes Blinden- und Fluchtwegleitsystem sowie Induktionsschleifen für Menschen mit Hörbehinderung vorhanden sein. Rutschfeste Fliesen sowie umfassend angebrachte Haltegriffe und ausreichend räumliche Bewegungsfreiheit im Sanitätsbereich und den Patientenzimmern sind ebenfalls erforderlich. Ein barrierefreies Krankenhaus erleichtert auch demenzkranken Patientinnen und Patienten die Orientierung.

Art. 9 Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus

Menschen mit unterschiedlichen Einwanderungsbiographien machen einen wachsenden Anteil an der Bevölkerung aus. Im Krankenhaus besteht ein besonders großer Bedarf an interkultureller Öffnung und an kultursensiblen Angeboten, da es dort oft um weitreichende medizinische Eingriffe geht, die der Einwilligung und / oder intensiven Mitwirkung der Patientinnen und Patienten bedürfen. Hinzu kommen Notfälle, die schnelles Handeln erfordern. Gerade die Notfallambulanzen werden überdurchschnittlich häufig von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund aufgesucht. Wenn Patientinnen und Patienten diagnostische oder therapeutische Fragen nicht vollständig verstehen können oder ihre Symptome nicht verständlich machen können, fehlt die Grundlage für eine erfolgreiche medizinische Behandlung. Patientinnen und Patienten auf der einen und Stationsteams auf der anderen Seite benötigen deshalb Hilfe bei der sprachlichen und kulturellen Verständigung. Mit der Regelung in Art. 9 sollen die Krankenhäuser zu einer sinnvollen interkulturellen Öffnung befähigt werden. Wenn die Krankenhausleitungen ihre Institution inter-

kulturell öffnen, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter interkulturell kompetent aus-, fort- und weiterbilden und die interkulturelle Ausrichtung dauerhaft und konkret verankern, wird dies nicht nur zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung von Migrantinnen und Migranten führen, sondern auch zu einer generellen Verbesserung der Versorgungsqualität durch eine stärkere Patientenorientierung.

Art. 10 Ältere Menschen im Krankenhaus

Alte, hochbetagte oder demente Patientinnen und Patienten fühlen sich im Krankenhaus besonders unsicher. Ihnen soll mit Abs. 1 Satz 1 geholfen werden, diese Unsicherheit zu überwinden und in der für sie ungewohnten Umgebung des Krankenhauses ein selbstbestimmtes Leben fortzuführen. Daher sind für die Behandlung alter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten angemessene Behandlungs- und Weiterbildungskonzepte im Krankenhaus vorzuhalten. Gemäß Satz 2 soll die Indikation für eine geriatrische Frührehabilitation so früh wie möglich gestellt werden. Soweit erforderlich, sollen geeignete Patientinnen und Patienten in geriatrische Einrichtungen in Wohnortnähe verlegt oder entlassen werden, um eine fachgerechte sektorenübergreifende Versorgung unter Einbeziehung der wohnortnahen ambulanten Dienste zu gewährleisten. Durch geriatrische Rehabilitation kann der Eintritt von Pflegebedürftigkeit verzögert oder sogar ganz vermieden werden. Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist, dass ältere Menschen trotz Erkrankungen und Einschränkungen eine größtmögliche Selbstständigkeit erreichen bzw. erhalten.

Abs. 2 Satz 1 soll sicherstellen, dass in allen bayerischen Krankenhäusern die Würde des sterbenden Menschen geachtet wird und alle an der Krankenversorgung Beteiligten dies als ihre Aufgabe betrachten. Die menschlichen und ethischen Aspekte der besonderen Situation müssen auch in einem Krankenhausbetrieb angemessen berücksichtigt werden. Dies gilt auch für Patientinnen und Patienten, die sich bei ihrer Einlieferung in das Krankenhaus bereits im Sterbeprozess befinden. Satz 2 berücksichtigt die Interessen der Angehörigen. Mit diesen Regelungen macht der Gesetzgeber deutlich, dass der besonderen Situation, die sich für die Angehörigen nach dem Versterben eines Menschen ergibt, im Krankenhausalltag Rechnung getragen werden muss. Satz 3 normiert, dass den Hinterbliebenen zum Abschiednehmen ausreichend Raum und Zeit für ein petätvolles Abschiednehmen zur Verfügung stehen soll. Dafür ist gemäß Satz 4 von dem Krankenhaus ein angemessener gesonderter Raum zur Verfügung zu stellen.

Art. 11 Seelsorgerische und ehrenamtliche Betreuung

Krankenhauseelsorgerinnen und Krankenhauseelsorger begleiten Menschen in Situationen von Krankheit, Sterben und Tod. Im Sinne eines umfassenden

Dienstes an den Patientinnen und Patienten leistet die Krankenhauseelsorge einen wesentlichen Beitrag zu den vielfältigen Bemühungen der verschiedenen Berufsgruppen um den kranken Menschen. Das Angebot richtet sich an alle Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen, unabhängig von der religiösen Zugehörigkeit. Die Krankenhauseelsorge wendet sich aber auch an alle, die im Krankenhaus arbeiten. Sie ist nicht in die Krankenhaushierarchie und steht allen, die sich der Grenzsituation Krankenhaus stellen und häufig unter großer Belastung stehen, für Gespräche zur Verfügung. Seelsorgerinnen und Seelsorger kooperieren mit den ärztlichen, pflegerischen und sozialen Diensten und sind darauf angewiesen, dass diese die religiösen Bedürfnisse der Patienten erkennen, respektieren und an die Seelsorge weiterleiten.

Abs. 1 Satz 1 konkretisiert daher den in Art. 140 Grundgesetz verankerten Anspruch auf Krankenhauseelsorge. Satz 2 hält fest, dass sich das Angebot der Krankenhauseelsorge nicht nur Patientinnen und Patienten sondern auch an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Krankenhauses richtet. Satz 3 verpflichtet das Krankenhaus dazu, die notwendige Information und Infrastruktur zur Verfügung zu stellen und mit den Seelsorgerinnen und Seelsorgern zu kooperieren.

Ehrenamtliches Engagement, beispielsweise in Besuchsdiensten, als Angebote palliativer Begleitung oder im Rahmen von Hospizdiensten, kann eine große Hilfe für Betroffene sein. Die Krankenhäuser sollen solche ehrenamtliche Hilfen ermöglichen und fördern (Abs. 2 Satz 1). Sie sollen allerdings nicht eigene Behandlungs- oder Betreuungsaufgaben durch Ehrenamtliche erbringen lassen (Satz 2).

Art. 12 Soziale Beratung und Entlassungsmanagement

In Art. 12 wird der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf soziale Betreuung und Beratung nach § 112 SGB V sowie auf ein Entlassungsmanagement gemäß § 39 Abs. 1a SGB V konkretisiert. Abs. 1 Satz 1 normiert die Verpflichtung der Krankenhäuser, die soziale Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten durch geeignete Fachkräfte sicherzustellen. Geeignete Fachkräfte sind Personen, die ein Studium der Sozialen Arbeit auf Diplom-, Bachelor- oder Masterniveau absolviert haben, sowie speziell weitergebildete Pflegekräfte. In der Regelversorgung darf die maximale Fallzahl pro Jahr 600 Fälle nicht übersteigen. Als durchschnittlicher Zeitaufwand für die Betreuung einer Patientin oder eines Patienten ist von rund 160 Minuten auszugehen. Satz 2 beschreibt die Aufgabe des Sozialdienstes im Krankenhaus. Die Tätigkeit des Krankenhaussozialdienstes umfasst mit der Beratung von Patientinnen und Patienten sowie von deren Angehörigen die psychosoziale Dimension der Patientenversorgung. Er arbeitet mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus zusammen und ergänzt

so ein ganzheitliches Gesundheitskonzept um psychosoziale Aspekte.

Abs. 2 regelt das Entlassungsmanagement und trägt damit dem Gedanken Rechnung, dass das Krankenhaus sich nicht nur während des eigentlichen Krankenhausaufenthaltes um die Patientinnen und Patienten kümmern muss. Die Bedeutung des Entlassungsmanagements hat mit der Einführung der Fallpauschalen in den Akutkrankenhäusern und dem damit verbundenen Rückgang der Verweildauern zugenommen. Während des Krankenhausaufenthalts hat sich der Zeitkorridor für alle sozialarbeiterischen Interventionen deutlich verkürzt. Der Entscheidungsdruck für die Patientinnen und Patienten bei der Organisation ihrer Weiterversorgung ist deutlich angestiegen. Die Sätze 1 und 2 normieren daher, dass das Krankenhaus rechtzeitig den nach der Entlassung zu erwartenden weiteren Rehabilitations-, Pflege- und Hilfebedarf evaluieren und entsprechende Maßnahmen planen soll. Insbesondere bei elektiven Patientinnen und Patienten soll dies bereits vor der Aufnahme beginnen. Das Krankenhaus soll den Trägern der nachsorgenden sozialen, psychischen, pflegenden und rehabilitativen Hilfen frühzeitig die Möglichkeit einräumen, Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und dessen Angehörigen aufzunehmen. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige allein vor der für sie oft mühsamen Aufgabe stehen, im Anschluss an eine bevorstehende Krankenhauserkrankung kurzfristig eine geeignete Anschlussversorgung wie zu finden. Ein modernes pflegerisches Fall-Management bedarf vor dem Hintergrund zunehmender Fallzahlen, Multimorbidität, einer steigenden Zahl von Ein-Personen-Haushalten und der abnehmenden Pflegetätigkeit durch Angehörige einer Vielfalt von individuell angepassten pflegerischen Betreuungsformen (Satz 3).

Art. 13 Patientenfürsprecherinnen und Patienten-fürsprecher

Patientinnen und Patienten sind oftmals in der nicht alltäglichen Situation eines Krankenhausaufenthaltes, der zwangsläufig mit Einschränkungen der persönlichen Freiheit verbunden ist, auf die Hilfe einer unabhängigen Institution angewiesen. Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher unterstützen Patientinnen und Patienten unbürokratisch dabei, ihre berechtigten Interessen wahrzunehmen. Die Krankenhäuser sind gemäß § 135a Abs. 2 SGB V dazu verpflichtet, ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement einzuführen, wobei die Struktur des Beschwerdemanagements der Klinik überlassen bleibt.

Die „Vereinbarung über die Einrichtung von Patienten-fürsprechern an den Krankenhäusern in Bayern zur Förderung der Kommunikation zwischen Patient und Krankenhaus“, die 2012 zwischen dem damaligen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft abgeschlossen

wurde, hat zwar zu einer Steigerung der Zahl an Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern geführt. Eine flächendeckende Ausstattung der Krankenhäuser mit dieser wichtigen Institution des Patientenschutzes konnte durch die freiwillige Vereinbarung aber bei weitem nicht erzielt werden. Ende 2016 waren in 140 der 396 in Bayern zugelassenen Kliniken – also nur in gut einem Drittel – Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher tätig (Drs. 17/15937).

Die Absätze 1 und 2 enthalten verfahrensrechtliche Regelungen zur Wahl, Wählbarkeit und Abwahl der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher. Die Wahl durch Stadträte oder Kreistage legitimiert die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher, das Amt für alle Patientinnen und Patienten in dem jeweiligen Krankenhaus der Stadt oder des Landkreises auszuüben. Um eine qualitativ hochwertige Tätigkeit zu gewährleisten sollen die Stadträte oder Kreistage die für das Ehrenamt erforderlichen Anforderungen formulieren und ein Anforderungsprofil erstellen, dem die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher entsprechen müssen.

Abs. 3 regelt die Aufgabenstellung der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher. Damit werden nicht nur deren Verpflichtungen festgelegt, sondern auch ihre Rechte gegenüber den zuständigen Stellen wie z.B. Krankenhäuser, Krankenhausträger und Behörden formuliert. Ihre Position im Krankenhaus als unabhängige Beschwerdestelle, die unbürokratisch vor Ort Probleme im Sinne der Patientinnen und Patienten lösen soll, wird gefestigt. Die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher werden nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patientinnen und Patienten tätig. Sie sollen die besondere Situation, in der sich die Patientinnen und Patienten befinden, dadurch verbessern, dass sie Beschwerden und Anliegen sowohl gegenüber den Organen des Krankenhauses als auch unmittelbar gegenüber den Krankenhausdienstkräften vertreten.

Abs. 4 legt die Tätigkeit als Ehrenamt fest. Die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher unterliegen nicht der Weisung der Krankenhäuser. Durch die ehrenamtliche Tätigkeit bleibt die Unabhängigkeit der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher gewahrt; die Neutralität der Beschwerdestelle für die Patientinnen und Patienten wird sichergestellt. Ähnlich wie die Inhaber von anderen Ehrenämtern erhalten die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher eine finanzielle Entschädigung, die von den Kreisen bzw. kreisfreien Städten auszurichten ist.

3. Abschnitt Qualitätsorientierung und Organisation

Art. 14 Landeseigene Qualitäts- und Struktur- anforderungen

Grundsätzlich sind die Länder befugt, Qualitätsvorgaben in ihre Krankenhausplanung aufzunehmen. Auch wenn sich diese Befugnis bereits aus der Verpflichtung

zur Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern ableiten lässt (Artikel 2 Abs. 2 i. V. m. Art. 20 Grundgesetz), wurde mit dem Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) eine Regelung geschaffen, die Qualitätsparameter zum verbindlichen Bestandteil der Krankenhausplanung macht. Gleichzeitig wurde dem Landesgesetzgeber die Kompetenz eingeräumt, die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise auszuschließen oder aber weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung zu machen (§ 6 Abs. 1a Satz 2 KHG). Der Bayerische Landtag hat am 8. Dezember 2016 von dieser Regelung Gebrauch gemacht und beschlossen, dass in Bayern die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht Bestandteil der Krankenhausplanung sein sollen. Diese Entscheidung war kontraproduktiv für die Weiterentwicklung der Qualität in den bayerischen Krankenhäusern und wird durch die Neuformulierung der Krankenhausplanung in Art. 23 dieses Gesetzentwurfs aufgehoben.

Zusätzlich wird in Art. 14 Satz 1 von der vom Bundesgesetzgeber eingeräumten Möglichkeit Gebrauch gemacht, weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung zu machen. Damit soll die Sicherung einer hohen Versorgungsqualität im Bayerischen Krankenhausgesetz verankert werden. Entsprechend den bundesrechtlichen Vorgaben in § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG sind ergänzende eigene Qualitätsanforderungen künftig nicht mehr auf „qualitäts-sensible Leistungen oder Leistungsbereiche“ begrenzt. Dafür wird klargestellt, dass Qualitätsanforderungen sich auf die Ergebnisse der einschlägigen internationalen Forschung beziehen sollen. Außerdem ist das Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten im Krankenhausplanungsausschuss nach Art. 25 herzustellen. Die im Verordnungsweg erlassenen Anforderungen sollen auch regelmäßige Schulungsmaßnahmen des Krankenhauses zur speziellen Situation von Kindern, Menschen mit Behinderung, Migrantinnen und Migranten und älteren Menschen sowie zur Krankenhaushygiene umfassen (Satz 2). Gemäß der Intention von § 6 Abs. 1a KHG sind die zusätzlichen Qualitätsvorgaben Bestandteil der Krankenhausplanung (vgl. Satz 3).

Art. 15 Mindestpersonalregelungen

Neben den bundesweit eingeführten Qualitätskriterien können die Länder weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung machen (vgl. hierzu insbesondere § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG). Qualitätsanforderungen umfassen dabei grundsätzlich Anforderungen an die Struktur-, Prozess-, Indikations- und Ergebnisqualität. Strukturqualität ist insbesondere durch personelle Voraussetzungen wie beispielsweise Anzahl und Qualifikationen der Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter gekennzeichnet. Die Strukturqualität be-

einflusst maßgeblich das erreichbare Niveau der Prozess- und der Ergebnisqualität. Die Vorgaben auf Bundesebene zur Strukturqualität reichen bisher kaum aus. Erforderlich sind weitergehende Strukturvorgaben, die nicht nur pflegesensitive Bereiche gemäß § 135i SGB V betreffen.

Durch die Änderung wird klargestellt, dass die Krankenhäuser das erforderliche Personal auf der Grundlage des Standes der Wissenschaft vorhalten müssen (Satz 1). Das Staatsministerium soll durch Rechtsverordnung stationsbezogene personelle Anforderungen für die medizinischen und pflegerischen Bereiche der Krankenhäuser bestimmen (Satz 2). Ziel der Rechtsverordnung ist die Entlastung der Beschäftigten und die Sicherstellung einer dauerhaften Qualität der Patientenversorgung. Denn nach der Zielsetzung des § 1 Abs. 1 KHG sollte die personelle Besetzung eines Krankenhauses nicht nur eine fachgerechte, sondern vor allem auch eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten. Die Mindestpersonalregelungen sind im Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten im Krankenhausplanungsausschuss festzulegen. Die mittelbar Beteiligten sind anzuhören, da es sich dabei um eine sie unmittelbar betreffende Frage handelt. Die grundlegenden Inhalte der Rechtsverordnung regelt Satz 3. Eine Geburt wird belastender und risikoreicher je mehr Gebärende eine Hebamme gleichzeitig betreuen muss. Hebammen verlassen den Beruf, weil sie die Situation im Kreißsaal, in dem sie häufig mehrere Geburten zur selben Zeit betreuen sollen, nicht mehr verantworten können. Ein gravierender Mangel an klinisch tätigen Hebammen und die zusätzliche Belastung der noch in den Krankenhäusern tätigen Hebammen ist das Resultat dieser Überforderung. Daher muss auch für diesen Bereich eine angemessene Personalmindestbesetzung verbindlich festgelegt werden (Satz 4).

Art. 16 Umgang mit berufsbezogenen Belastungen und kritischen Ereignissen

Die Situation in der Krankenhauspflege ist zunehmend geprägt durch eine akute Leistungsverdichtung mit steigenden Fallzahlen, kürzeren Verweildauern und demografisch bedingt mehr demenziell erkrankten, behinderten und pflegebedürftigeren Patientinnen und Patienten. Die in der Patientenversorgung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind immer häufiger über Gebühr belastet und fühlen sich mit der Situation überfordert. Neben der körperlich anspruchsvollen Tätigkeit sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch den Umgang mit schwerkranken oder sterbenden Patientinnen und Patienten oft emotional belastenden Situationen ausgesetzt. Mit der Regelung in Art. 16 sollen die Rahmenbedingungen der Krankenhauspflege verbessert werden. Um der hohen Dauerbelastung des in der direkten Patientenversorgung tätigen Personals entgegenzuwirken, sollen die Krankenhäuser daher ein Konzept zur Unterstützung dieses Personenkreises bei der Bewältigung berufsbezogener

Belastungen erstellen und umsetzen. Maßnahmen wie beispielsweise Supervisionen als individuelle Unterstützungsangebote dienen unmittelbar der Gesunderhaltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und damit mindestens mittelbar der Versorgungsqualität und dem Schutz der Patientinnen und Patienten. Durch die Konkretisierung in Satz 2 soll vermieden werden, dass Konzepte „doppelt“ entwickelt werden.

Art. 17 Krankenhaushygiene

Die Sicherung der Krankenhaushygiene ist grundsätzlich bereits im Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG), der Verordnung zur Ausführung des Infektionsschutzgesetzes (AVIfSG) sowie der Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV) geregelt. Letztere normiert insbesondere die generellen Maßnahmen von Krankenhäusern im Hygienebereich, wie zum Beispiel die Aufstellung von Hygieneplänen, die Bildung von Hygienekommissionen, die Bestellung bzw. Beschäftigung von hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten, Hygienefachkräften und Hygienebeauftragten in der Pflege sowie die Beratung durch Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen. Seit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2011 sind die Krankenhäuser verpflichtet, die Empfehlungen der „Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut bezüglich der personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen bis spätestens zum 31.12.2019 umzusetzen. In finanzieller Hinsicht wird die Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen durch ein auf Bundesebene aufgelegtes Hygienesonderprogramm mit einer Dotierung von rund 467 Mio. Euro und einer Laufzeit bis zum Jahr 2020 gefördert. Im Bereich der neu geschaffenen, aufgestockten oder intern besetzten Hygienepersonalstellen geht im Jahr 2020 die krankenhausbazogene Zuschlagsfinanzierung durch Einrechnung in die Landesbasisfallwerte in eine dauerhafte Zusatzfinanzierung bei allen Krankenhäusern über.

Satz 1 verankert die Verpflichtung der Krankenhäuser zu Maßnahmen gegen nosokomiale Infektionen auch im BayKrG. Ein Regelungsdefizit besteht derzeit bei speziellen Maßnahmen gegen antibiotikaresistente Keime. Darauf bezieht sich die Verordnungsermächtigung in Art. 17 Satz 2. Die Zahl von Erregern mit Resistenzen gegen Antibiotika nimmt stetig zu, was vor allem in Krankenhäusern zu erheblichen Problemen im Bereich der nosokomialen Infektionen führt. Durch die Resistenz gegen Antibiotika erhöhen sich Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit bei übertragbaren Krankheiten für die davon betroffenen Patientinnen und Patienten. Auch die dadurch zusätzlich verursachten Kosten für das Gesundheitswesen sind erheblich. Als Gegenmaßnahme fordert die „Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie DART 2020“ des Bun-

des Ministeriums für Gesundheit von Krankenhäusern, dass Risikopatienten vor der Krankenhausaufnahme konsequent auf multiresistente Erreger untersucht werden sollen. Eine generelle Pflicht zur Durchführung ambulanter Screenings vor planbaren Krankenhausaufenthalten sei zu prüfen und die einschlägige Fortbildung des medizinischen Personals zu verbessern. Außerdem soll gewährleistet sein, dass die Krankenhäuser Aufzeichnungen über den Antibiotikaverbrauch führen, sachgerechte Schlussfolgerungen ziehen und den Einsatz gegebenenfalls anpassen.

Satz 3 normiert, dass die Empfehlungen der KRINKO für die Krankenhäuser verbindlich sind. Die Verbindlichkeit der KRINKO-Empfehlungen ergibt sich bereits jetzt aus der Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV). Die Empfehlungen werden mit Satz 4 unmittelbar Bestandteil der Krankenhausplanung, wodurch ihre Bedeutung nochmals hervorgehoben wird. Dies entspricht auch einer Forderung der Antibiotika-Resistenzstrategie der Bundesregierung.

Art. 18 Arzneimittelkommission

Wie bei der Erfassung und Analyse von Krankenhausinfektionen soll auch die Kontrolle der Arzneimittelanwendung im Krankenhaus und insbesondere die Erfassung des Einsatzes von Antibiotika und von Nebenwirkungen die stationäre Versorgung verbessern. Diesem Ziel dient die Einrichtung von Arzneimittelkommissionen in den Krankenhäusern gemäß Abs. 1. Die systematische Erfassung der Arzneimittelanwendung und -wirkung soll außerdem zu einer wirtschaftlicheren Arzneimittelverwendung im Krankenhaus führen. Satz 5 enthält eine Verordnungsermächtigung über die Bildung und Zusammensetzung der Arzneimittelkommission.

In Abs. 2 werden die wesentlichen Aufgaben der Arzneimittelkommission detailliert beschrieben. Kernaufgabe der Arzneimittelkommission ist die Beratung über den leitliniengerechten Einsatz von Arzneimitteln im Krankenhaus (Nummer 1). Die Analyse des Einsatzes von Antibiotika ist eine weitere Maßnahme zur Eindämmung von resistenten Keimen (Nummer 2). Außerdem soll die Arzneimittelkommission Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln analysieren (Nummer 3) sowie eine verbindliche Arzneimittelliste erstellen und fortschreiben (Nummer 4).

Abs. 3 enthält Bestimmungen zur Zusammenarbeit des Krankenhauspersonals mit den Mitgliedern der Arzneimittelkommission.

Art. 19 Leitung und medizinische Organisation

Grundsätzlich ist in den Krankenhäusern eine kollegiale Betriebsleitung vorzusehen, an der zumindest eine leitende Ärztin oder ein leitender Arzt, die leitende Pflegekraft und die kaufmännische Geschäftsführung zu beteiligen sind (Abs. 1 Sätze 1 und 2). Trotz

der großen Bedeutung wirtschaftlicher Aspekte bei der Führung eines Krankenhauses sollen pflegerische und medizinische Gesichtspunkte in gleichem Maße zum Tragen kommen (Satz 3).

Im Sinne einer angemessenen Flexibilität in der Direktionshoheit regelt der Krankenhausträger die Aufgaben der Betriebsleitung und die Zuständigkeit ihrer Mitglieder. Andere Formen der Betriebsleitung sind möglich, soweit die Grundstruktur der Vertretung der wesentlichen inneren Funktionsbereiche eines Krankenhauses nach Abs. 1 gewahrt bleibt (Abs. 2).

Der Führungsverantwortung des Krankenhausträgers entspricht es, das Krankenhaus nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten in Abteilungen zu gliedern. Die Vorgaben des Feststellungsbescheides sind bindend. Die Organisationsstruktur des Krankenhauses kann im Einzelfall anders aussehen, soweit dadurch der aufgrund der im Feststellungsbescheid genannten Fachgebiete definierte Versorgungsauftrag nicht verändert wird. Die Weisungsungebundenheit der leitenden Ärztinnen und Ärzte besteht allein in medizinischer Hinsicht (Abs. 3).

Art. 20 Wahlärztliche Leistungen

Allgemeine Krankenhausleistungen, zu denen die Unterkunft, Verpflegung und medizinische Versorgung durch den diensthabenden Arzt gehören, müssen eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung für jeden Patienten im Krankenhaus sicherstellen. Wahlleistungen dagegen sind Extraleistungen, die über diese notwendige Versorgung hinausgehen und die im Bereich der Unterkunft, sowie der ärztlichen und medizinischen Versorgung angeboten werden. Krankenhäuser dürfen nach Abs. 1 gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Wahlleistungen erbringen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt und Wahlleistungspatientinnen und Wahlleistungspatienten gegenüber anderen Patientinnen und Patienten nicht bevorzugt behandelt werden.

Die Abs. 2 bis 4 regeln die Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten, die zur Abrechnung (Liquidation) von Wahlleistungen berechtigt sind, gegenüber dem Krankenhausträger und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Grundsätzlich sollen alle Liquidationsberechtigten von ihren diesbezüglichen Einnahmen Beträge an die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abführen. Da die derzeitigen Regelungen in § 29 Abs. 3 der Berufsordnung der Bayerischen Ärztekammer und in Chefarztverträgen keine ausreichende und einheitliche Grundlage für die finanzielle Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Einnahmen der Chefärzte aus Privatliquidation darstellen, werden den Abs. 2 bis 4 die entsprechenden Bestimmungen aufgenommen. Hintergrund ist die Tatsache, dass die Liquidationsberechtigten ohne die

Unterstützung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Regel nicht dazu in der Lage wären, Liquidationseinnahmen in vergleichbarer Höhe zu erzielen. Es ist daher sachgerecht, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in bestimmtem Umfang an den Erlösen der Liquidationsberechtigten beteiligt werden.

Abs. 5 normiert einen Verfahrensrahmen, der bei der Verteilung der Mittel nach Abs. 4 anzuwenden ist. Der Krankenhausträger soll darüber nach Anhörung eines Gremiums entscheiden, in dem alle an der Leistungserbringung beteiligten Berufsgruppen sowie die Krankenhausleitung und der Betriebsrat vertreten sind. Dadurch soll ein Interessensausgleich zwischen den Beteiligten sichergestellt werden. Die Ausgestaltung des Verfahrens im Detail verbleibt in der Organisationshoheit der Krankenhäuser.

Zu Nr. 4:

4. Abschnitt Krankenhausplanung

Art. 21 Grundsätze der Krankenhausplanung

Art. 21 entspricht der Regelung im bisherigen Art. 3.

Art. 22 Krankenhausplan

Anders als bisher soll das Staatsministerium als Planungsbehörde zur Aufstellung des Krankenhausplans auf externen und wissenschaftlich fundierten Sachverstand zurückgreifen (Abs. 1). Dazu soll es einen externen Sachverständigen oder eine externe Sachverständige auswählen und damit beauftragen, ein Gutachten zur konkreten Versorgungssituation und den zukünftig zu erwartenden Versorgungsbedarf zu erstellen (Satz 1). In der Abbildung der Ist-Situation werden Kapazitäten und Strukturen einzelnen Standorten zugeordnet. Für die Prognose werden die künftig für den Planungszeitraum landesweit notwendigen Kapazitäten pro Gebiet innerhalb einer Bandbreite (Minimalwert, Mittelwert, Maximalwert) ermittelt. Darüber hinaus werden in Einzelgutachten pro Krankenhaus die erforderlichen Kapazitäten innerhalb der Fachabteilungen eines Krankenhauses prognostiziert. Das Gutachten legt Allgemeinkrankenhäuser mit drei Versorgungsstufen und Fachkrankenhäuser fest. Krankenhäuser der I. Versorgungsstufe dienen der Grundversorgung. Krankenhäuser der II. Versorgungsstufe erfüllen in Diagnose und Therapie auch überörtliche Schwerpunktaufgaben. Krankenhäuser der III. Versorgungsstufe halten im Rahmen des Bedarfs ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot sowie entsprechende medizinisch-technische Einrichtungen vor.

Mit der Regelung in Abs. 1 Satz 2 wird die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit nach Art. 3 konkretisiert.

Die Grundsätze der Krankenhausplanung gemäß Abs. 2 umfassen Aussagen zu Versorgungszielen,

Qualitätsanforderungen nach den Art. 14, 15 und 17, den Planungszeitraum, einer Bedarfsanalyse, zur Notfallversorgung an den Krankenhäusern sowie Regelungen über das Planungsverfahren und die Planungsmethode. Versorgungsziele beinhalten für Schwerpunktbereiche der Krankenhausversorgung konkrete Zielkriterien oder Planungsgrundsätze, die die Grundlage für die inhaltliche Ausrichtung des Krankenhausplans darstellen und bei konkreten Planungsentscheidungen zu beachten sind. Im Krankenhausplan formulierte Qualitätsanforderungen sollen dazu beitragen, dass insbesondere hinsichtlich der personellen und sächlichen Ausstattung der Krankenhäuser und der zeitlichen Verfügbarkeit bestimmter Krankenhausleistungen Mindeststandards in Plankrankenhäusern gewährleistet werden und der Wettbewerb der Krankenhäuser nicht zu Lasten der Qualität geführt wird. Von besonderer Bedeutung ist hier die Umsetzung der Anforderungen gemäß den Art. 14, 15 und 17. Die Gültigkeitsdauer des Krankenhausplans umfasst in der Regel einen mehrjährigen Zeitraum. Eine Bedarfsanalyse beschreibt den bestehenden und zu erwartenden Versorgungsbedarf, stellt dem eine Aufstellung der zur Bedarfsdeckung geeigneten Krankenhäuser gegenüber und legt fest, mit welchen dieser Krankenhäuser der Bedarf gedeckt werden soll. Bei der Prognose des Krankenhausversorgungsbedarfs werden insbesondere die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die künftige Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen beurteilt. Die Anforderungen an die Notfallversorgung sind nicht gesetzlich vorgegeben, sondern werden im Krankenhausplan festgelegt. Dadurch wird die Regelung in Art. 1 Abs. 2 konkretisiert. Die für die Notfallversorgung zugelassenen Krankenhäuser sind zur Notfallversorgung von externen Patientinnen und Patienten verpflichtet. Aus dieser Pflicht erschließt sich gleichzeitig das Recht, eine als Notaufnahme bezeichnete Funktionseinheit im Krankenhaus zu betreiben. Nur diese Kliniken erhalten keinen Abschlag auf den Basisfallwert (§ 4 Abs. 6 des Krankenhausentgeltgesetzes). Bei der Erarbeitung der Empfehlungen nach Satz 2 sind die einschlägigen Empfehlungen des Krankenhausplanungsausschusses zu berücksichtigen (Satz 3).

Gemäß Abs. 3 Satz 1 soll ist der zuständige Landtagsausschuss bei der Erstellung des Krankenhausplans anzuhören. In Satz 2 ist normiert, dass die Staatsregierung dem Landtag einmal in der zweiten Hälfte der Legislaturperiode einen Krankenhausbericht vorlegen soll. Da es sich bei der Versorgung mit stationären medizinischen Leistungen um eine originär staatliche Aufgabe handelt und ein großes öffentliches Interesse an Informationen darüber besteht, ist der Einbezug des fachlich zuständigen Ausschusses sowie eine regelmäßige Berichterstattung über Zustand und Perspektiven der Krankenhausversorgung in Bayern an den Landtag sachgerecht.

Art. 23 Aufnahme in den Krankenhausplan

Die Neuregelungen in Art. 23 stellen eine deutliche Konkretisierung der Regelungen zu Bedarfsgerechtigkeit und Eignung von Krankenhäusern im bisherigen Art. 5 dar. Als bedarfsgerecht wurde ein Krankenhaus bezeichnet, das zur Deckung eines Bedarfs notwendig und hierzu geeignet ist. Geeignet war ein Krankenhaus, wenn es die ihm zugeordnete Aufgabe medizinisch leistungsfähig und wirtschaftlich erfüllen konnte. Die Normierung in Abs. 1 ist deutlich präziser und zielt auf die Erfüllung von Vorgaben der Strukturqualität eines Krankenhauses ab. Diese Vorgaben müssen auf die einzelnen Fachgebiete und Schwerpunkte bezogen erfüllt werden, weil sonst nicht zu begründen ist, warum für die Betten dieses Fachgebiets ein Anspruch auf Fördermittel nach dem 5. Abschnitt bestehen soll. Deshalb werden Krankenhäuser nicht als Ganzes in den Krankenhausplan aufgenommen, sondern nur mit den Fachgebieten und Schwerpunkten, für die die Mindestanforderungen erfüllt sind.

Ziffer 1 konkretisiert mit der Vorgabe, dass die bedarfsgerechte Vorhaltung dauerhaft gesichert sein muss, das Erfordernis der Leistungsfähigkeit. Die bedarfsgerechte Vorhaltung im Sinne dieses Gesetzes bezieht sich auf die baulichen Gegebenheiten und die Ausstattung mit Apparaten und sonstigen Sachmitteln. Ziffer 2 trägt dem Umstand Rechnung, dass eine durchgängige ärztliche und pflegerische Versorgung gleichfalls zu einem leistungsfähigen Krankenhaus gehört. Die in Ziffer 3 verlangte abgeschlossene Weiterbildung der Leitung des Fachgebiets und deren Vertretung sollen sicherstellen, dass für jedes Fachgebiet eine Mindestanzahl von Fachärztinnen oder Fachärzten mit dem entsprechenden Weiterbildungsabschluss verfügbar ist. Ziffer 4 verknüpft die Aufnahme eines Fachgebiets in den Krankenhausplan mit der Einhaltung des „Facharztstandards“. Der Facharztstandard ist ein wichtiges Merkmal für die personelle Strukturqualität der stationären Versorgung. Der Facharztstandard ist gewahrt, wenn eine Ärztin oder ein Arzt diejenigen Maßnahmen ergreift, die ausreichend weitergebildete und gewissenhaft arbeitende Ärztinnen und Ärzte des Fachgebiets ergreifen würden. Während des Tages müssen nach dem Facharztstandard qualifizierte Ärztinnen und Ärzte ständig anwesend sein, außerhalb der Regelzeiten müssen entsprechende Bereitschafts- und Rufdienste bestehen. Das Krankenhaus muss gemessen an seinem Versorgungsauftrag über die erforderliche Anzahl an qualifizierten Ärztinnen und Ärzten verfügen und die Dienstpläne müssen eine Einhaltung des Facharztstandards sicherstellen. Das Erfordernis einer Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft nach Ziffer 5 soll eine zeitliche Lücke bei der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen verhindern. Ziffer 6 stellt sicher, dass bei Aufnahme in den Krankenhausplan die Regelungen dieses Gesetzes zu weiteren wichtigen Aspekten der Strukturqualität eines Krankenhauses (Barrierefreiheit, soziale Beratung und Entlassungsmanagement, Pati-

entenförsprecherin oder Patientenförsprecher, Umgang mit berufsbezogenen Belastungen, landeseigene Qualitäts- und Strukturanforderungen, Mindestpersonalregelungen) umgesetzt werden.

Die Normierungen in Abs. 2 regeln das administrative Verfahren bei der Aufnahme in den Krankenhausplan.

Art. 24 Bayerischer Krankenhausplanungsausschuss

§ 7 des KHG legt grundsätzlich die Mitwirkung der Beteiligten bei der Krankenhausplanung und bei der Aufstellung der Investitionsprogramme fest. Durch Bundesrecht ist eine differenzierte Beteiligung vorgeschrieben. Abs. 1 Satz 1 entspricht der bisherigen Regelung in Art. 7 Abs. 1 Satz 1. Satz 2 konkretisiert die Aufgaben des Krankenhausplanungsausschusses im Hinblick auf die grundsätzliche Ausrichtung der Krankenhauspolitik in Bayern. Der Krankenhausplanungsausschuss gibt Empfehlungen zu den Grundsätzen der Krankenhausplanung ab, die im Krankenhausplan zu berücksichtigen sind.

Die bisherige Regelung zu den unmittelbar Beteiligten des Krankenhausplanungsausschusses in den Ziffern 1 bis 9 des Art. 7 Abs. 1 Satz 2 ist sachgerecht und wird daher in Abs. 2 Satz 1 übernommen. Anders als bisher sollen sowohl die Bayerische Landesärztekammer als auch die Kassenärztliche Vereinigung Bayern einbezogen werden, wenn die ärztliche Weiterbildungsordnung bzw. die kassenärztliche Bedarfsplanung betroffen ist (Satz 2 und 3). In Satz 4 ist normiert, dass die Vereinigung der Bayerischen Pflege in den sie betreffenden Fragen unmittelbar Beteiligte und entsprechend einzubeziehen ist. Satz 5 entspricht der bisherigen Regelung in Art. 7 Abs. 2. Die Bestimmung regelt, dass mit den unmittelbar Beteiligten bei der Krankenhausplanung und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms Einvernehmen anzustreben ist.

Durch die Normierungen in Abs. 3 wird sichergestellt, dass in der Krankenhausplanung auch die Stimme der Patientinnen und Patienten Gehör findet. Zu diesem Zweck wird aus dem Kreis der neu zu installierenden Patientenförsprecherinnen und Patientenförsprecher eine Person mit beratender Stimme in den Krankenhausplanungsausschuss berufen (Satz 1). Um der Patientenvertretung das erforderliche politische und öffentliche Gewicht zu geben, erfolgt die Berufung auf Vorschlag des zuständigen Ausschusses im Bayerischen Landtag. Die Patientenvertretung ist nicht weisungsgebunden und erhält vom Staatsministerium eine Aufwandsentschädigung (Satz 2 und 3).

Ergänzend zu den unmittelbar Beteiligten werden in Abs. 4 die mittelbar Beteiligten genannt, die bei den sie unmittelbar betreffenden Fragen anzuhören sind. Es sind dies die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, der Marburger Bund, die Bayerische Landesärztekammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und

die Landesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE. Damit wird der wachsenden Bedeutung von Pflege, Psychotherapie und Selbsthilfe sowie der Repräsentation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen von Krankenhäusern auch in der Krankenhausplanung Rechnung getragen.

Die Normierungen in Abs. 5 entsprechen den bisherigen Regelungen in Art. 7 Abs. 3.

Zu Nr. 5:

a) Art. 25 Grundsätze der Förderung

Die Abs. 1 Satz 1 und 3 sowie die Abs. 2 bis 4 entsprechen den bisherigen Regelungen in Art. 9.

Mit der Änderung in Abs. 1 Satz 2 setzt der Freistaat Bayern seine aus dem KHG sich ergebenden Investitionsverpflichtungen verbindlich um und sorgt damit für qualitätsgesicherte patienten- und mitarbeitergerechte Krankenhäuser auf dem aktuellen Stand der technischen und medizinischen Entwicklung. Derzeit müssen die Krankenhäuser in Bayern in deutlich größerem Ausmaß in den Erhalt und Ausbau ihrer Infrastruktur investieren, als sie Fördermittel im Rahmen der staatlichen Investitionsförderung erhalten. Nach dem „Bayerischen Krankentrend“, einer Umfrage der Bayerischen Krankenhausgesellschaft unter den Kliniken im Freistaat, mussten im Jahr 2013 52 Prozent der Krankenhäuser ein negatives Betriebsergebnis ausweisen. Der negative Trend hatte sich damit verstärkt: Während im Jahr 2010 rund 20 Prozent der Kliniken ein negatives Ergebnis zu verzeichnen hatten, hat sich dieser Anteil im Jahr 2013 mit ca. 52 Prozent mehr als verdoppelt (2012: 46 Prozent; 2011: 39 Prozent).

Die Investitionen der Krankenhäuser werden in nicht unerheblichem Umfang aus Eigenmitteln und damit auch aus Pflegesätzen und Vergütungen seitens der Krankenkassen finanziert. Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass rund die Hälfte der Krankenhausinvestitionen über die DRG-Vergütung finanziert wird. Deutschlandweit wird der Investitionsstau auf 16 bis 50 Milliarden Euro beziffert. Die Zweckentfremdung von DRG-Mitteln zur Finanzierung von Investitionen führt zu einem enormen Kostendruck auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und zu einer Mengenausweitung bei stationären Leistungen. Die unzureichende und verzögerte öffentliche Investitionsförderung hat eine abnehmende Akzeptanz von staatlichen Planungsentscheidungen und eine sich beschleunigende unstrukturierte Privatisierung zur Folge. Im Freistaat Bayern hat der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft von 24% im Jahr 1991 auf 42% im Jahr 2015 zugenommen. Mehr und mehr Krankenhäuser verzichten auf die staatlichen Fördermittel. Die Investitionsquote der Krankenhäuser liegt derzeit bei etwa fünf Prozent und bleibt damit weit unter der volkswirtschaftlichen Investitionsquote von rund 18%.

Zur Bestimmung der Höhe der jährlichen staatlichen Krankenhausinvestitionen eignen sich die sogenannten Investitionsbewertungsrelationen, die vom Institut

für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich auf Grundlage von § 10 KHG berechnet werden (vgl. InEK 2017: Abschlussbericht Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen gem. § 10 KHG für das Jahr 2017). Auf der Basis einer Stichprobe von Plankrankenhäusern werden die Investitionskosten für alle Maßnahmen kalkuliert, die ihrer Art nach förderfähig im Sinne des KHG sind. Das sind grundsätzlich Investitionen in Bereichen des Krankenhauses, die der stationären Krankenversorgung dienen und nicht ausdrücklich aus der Förderung ausgenommen werden. Ob und in welchem Umfang für eine förderfähige Investitionsmaßnahme tatsächlich Fördermittel gewährt wurden, ist für die Kalkulationsrelevanz der Maßnahme ohne Belang. Nach den Berechnungen des InEK liegen die mittleren Investitionskosten je Fall derzeit bei rund 323 Euro. Nach den Zahlen des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung wurden im Jahr 2016 in Bayern 3.091.705 Fälle stationär in Krankenhäusern behandelt. Dies ergibt einen jährlichen Investitionsbedarf von aktuell rund 999 Mio. Euro. Die Haushaltsmittel für Krankenhausinvestitionen betragen zwischen 2004 und 2014 jährlich zwischen 430 und 500 Mio. Euro nach 600 bis 700 Mio. Euro zwischen 1990 und 2003. Im Haushaltsplan für 2017 waren 503 Mio. Euro veranschlagt. Für 2018 sind 633 Mio. Euro für die Krankenhausfinanzierung vorgesehen.

c) Die bisherigen Art. 10 bis 21 werden aus redaktionellen Gründen Art. 26 bis 37.

Zu Nr. 6:

a) Art. 38 Abs. 1 Ziffer 3 Zuständigkeiten

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen aufgrund der Neuordnung des BayKrG.

b) Art. 38 Abs. 2 Satz 2 Zuständigkeiten

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen aufgrund der Neuordnung des BayKrG.

c) Art. 39 Abs. 1 Satz 1 Rechtsverordnungen

Die Ergänzung in Nr. 9 ergibt sich aus der Neuregelung in Art. 14 Satz 1. Die Ergänzung in Nr. 10 ergibt sich aus der Neuregelung in Art. 15 Satz 1. Die Ergänzung in Nr. 11 ergibt sich aus der Neuregelung in Art. 17 Satz 2. Die Ergänzung in Nr. 12 ergibt sich aus der Neuregelung in Art. 18 Satz 5.

Zu Nr. 7:

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen aufgrund der Neuordnung des BayKrG.

Zu Nr. 8:

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen aufgrund der Neuordnung des BayKrG.

Zu § 2:

§ 2 regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.