

# **GESETZENTWURF**

der Regierung des Saarlandes

betr.: Gesetz zur Änderung des Saarländischen Krankenhausgesetzes und weiterer Rechtsvorschriften

## **A. Problem und Ziel**

Das Saarländische Krankenhausgesetz (SKHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. November 2015 (Amtsbl. I S. 857), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 15. März 2017 (Amtsbl. I S. 476, 484), hat sich grundsätzlich bewährt. Es sollte jedoch an die modernen Anforderungen der Krankenhausplanung und veränderten gesellschaftlichen Strukturen im Saarland, die durch den weiter voranschreitenden demografischen Wandel sowie die Fortschritte in Medizin und Technik gekennzeichnet sind, angepasst werden und die Vorgaben des Bundesgesetzgebers umsetzen.

Die Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung haben sich seit der letzten großen Änderung des SKHG im Jahr 2015 nochmals verändert. Durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229)) soll eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden. Dazu hat der Bundesgesetzgeber eine Reihe von Maßnahmen zur Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität, Verbesserungen der Krankenhausfinanzierung und Personalsituation in den Krankenhäusern sowie die Einrichtung eines Krankenhausstrukturfonds, der einen wesentlichen Beitrag zur strukturellen Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft leisten wird, auf den Weg gebracht. Dabei ist die Qualität die gesundheitspolitische Zielgröße und Leitperspektive. 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.

Mit der Novellierung des Saarländischen Krankenhausgesetzes wird die Ausgestaltung auf landesrechtlicher Ebene vorgenommen.

Neben den auf Bundesebene vorgegebenen Qualitätsanforderungen können durch Landesrecht weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden (§ 6 Absatz 1a Satz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch den Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist).

Mit der Novellierung wird dem für die Krankenhausplanung zuständigen Ministerium daher die Möglichkeit gegeben, mit Blick auf die bevorstehende Krankenhausplanungsperiode der Jahre 2018 bis 2025 Qualitäts- und Personalindikatoren in die Krankenhausplanung aufzunehmen, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen. Dazu zählen insbesondere Regelungen zur Zuordnung besonderer Aufgaben und Leistungen, zur Zertifizierung durch Fachgesellschaften und zur personellen Struktur im medizinischen und pflegerischen Bereich der Krankenhäuser, denn die Patientinnen und Patienten müssen sich in den saarländischen Krankenhäusern auf eine medizinisch gebotene und hochwertige Versorgung verlassen können.

Ziel der Landesregierung ist es auch weiterhin, eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen. Das erfordert allerdings eine Stärkung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit, der sektorenübergreifenden Versorgung, des Abbaus von Doppelstrukturen verknüpft mit Neuausrichtungen und Spezialisierungen. Zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patientinnen und Patienten gehört aber auch gleichzeitig eine Entlastung für die Beschäftigten in der stationären Krankenpflege.

Um die oben genannten Ziele zu erreichen, bedarf es einer Krankenhausinvestitionsfinanzierung, die darauf abzielt, auch insbesondere diejenigen Krankenhäuser passgenau zu fördern, die die genannten qualitativen Versorgungsziele anstreben, und bereit sind, Personaluntergrenzen sicherzustellen, Versorgungskapazitäten zu konzentrieren und trägerübergreifende bzw. indikationsspezifische Kooperationen vorzunehmen. Dazu eignet sich die sog. „Einzelfinanzierung“ von langfristigen Investitionsmaßnahmen am besten. Bis zum Jahr 2009 wurde im Saarland die Finanzierung von langfristigen Investitionsmaßnahmen gemäß § 9 Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (Um- und Neubaumaßnahmen, Generalsanierungen) i.V.m. §§ 28 ff. SKHG bereits durch „Einzelförderung“ gefördert. Seit dem Jahr 2010 wurde das Verfahren der Einzelförderung auf ein pauschaliertes Verfahren – parallel zum Verfahren der Pauschalmittel nach § 9 Abs. 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz – umgestellt. Die Anwendung dieser sog. „pauschalierten Einzelförderung“ wurde in einer Verordnung bis Ende des Jahres 2017 befristet. Ab dem Jahr 2018 tritt an deren Stelle wieder „automatisch“ die Förderung von Krankenhausinvestitionen im Rahmen der Einzelförderung von Maßnahmen gem. § 30 SKHG. Neu ist allerdings, dass das Land auf der Basis des § 30 SKHG einen eigenen Krankenhausstrukturfonds einrichtet, mit dem vorrangig solche Investitionen gefördert werden, die qualitative Versorgungsziele anstreben.

Daneben ist auch eine Steuerung durch eine effiziente, bedarfsgerechte und passgenaue Krankenhausplanung entscheidend. Unter Berücksichtigung der veränderten Rahmenbedingungen ist es sinnvoll, das Krankenhausplanungsverfahren nochmals zu ändern und von dem derzeitigen krankenhauserplanerischen 2-Phasen-Modell – welches im Rahmen der Neubekanntmachung des Krankenhausgesetzes vom 6. November 2015 eingeführt wurde – wieder Abstand zu nehmen und zum ursprünglichen Planungsverfahren zurückzukehren.

Auch das Thema Pflege und Pflegepersonal in den Krankenhäusern gewinnt immer mehr an Bedeutung. Die Patientinnen oder Patienten werden immer älter und sind dadurch häufig multimorbid, oftmals demenziell erkrankt oder pflegebedürftig. Problematisch ist, dass die Personalausstattung – auch in den saarländischen Krankenhäusern – diesen Anforderungen kaum gerecht werden kann. Das hat auch der Bundesgesetzgeber erkannt und hat aktuell mit der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ wichtige Vorhaben auf den Weg gebracht. Diese Maßnahmen alleine reichen aber aus Sicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie kaum aus. Auch auf Landesebene wird hier zusätzlicher Handlungsbedarf gesehen. Um die Arbeitsbedingungen in der Pflege in den saarländischen Krankenhäusern zu verbessern und die Pflege am Bett zu stärken hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie deshalb mit Unterstützung des Landespflegerates die Initiative „Pflegepakt Saarland“ ins Leben gerufen und viele Maßnahmen zur Stärkung der Pflege auf den Weg gebracht. Der hohe Stellenwert der Pflege und die Ziele zur Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege sollen aber auch im Saarländischen Krankenhausgesetz verankert werden. Erforderlich ist hier vor allem eine bedarfsgerechte, ausreichende und refinanzierte Personalausstattung im medizinischen und pflegerischen Bereich, denn dies führt zu einer Verbesserung der Arbeitssituation derjenigen, die in der Patientenversorgung tätig sind und trägt konsequent zu einer Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung bei.

## **B. Lösung**

Mit der Änderung des SKHG soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sichergestellt werden und insbesondere auch das Thema Pflege in den Fokus gerückt werden.

Der Gesetzentwurf enthält folgende Schwerpunkte:

- Die pflegerische und soziale Betreuung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus hat einen hohen Stellenwert. Dieses Leitbild soll daher auch im Saarländischen Krankenhausgesetz zum Ausdruck gebracht werden. Wichtig ist dabei, dass die Belange derjenigen Menschen, die in besonderer Weise hilfebedürftig sind, individuell berücksichtigt werden (§§ 6, 6a SKHG-E).
- Um der hohen Dauerbelastung des in der Patientenversorgung tätigen Personals entgegenzuwirken, sollen Krankenhäuser ein Konzept zur Unterstützung dieses Personenkreises bei der Bewältigung berufsbezogener Belastungen erstellen und umsetzen (§ 9a SKHG-E).
- Bundesweit wird aktuell die Diskussion zum Umgang mit Patientendaten bzw. Patientenakten im Falle der Schließung oder Umwandlung eines Krankenhauses in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung geführt. Hierzu wurde in dem § 13 Abs. 4a SKHG-E eine entsprechende Regelung getroffen.
- Der Bundesgesetzgeber hat die Qualität der Krankenhausversorgung in den Mittelpunkt gestellt und den Ländern Instrumente an die Hand gegeben, Qualitätsvorgaben für die Krankenhäuser einzuführen. Hierzu bedarf es einer landesgesetzlichen Regelung, die als Rechtsgrundlage zur Festlegung dieser Vorgaben fungiert (§ 22 Abs. 3a SKHG-E).

- Um die Qualität in der Pflege in den saarländischen Krankenhäusern zu erhöhen und die Arbeitssituation der Beschäftigten zu verbessern, ist es erforderlich, in allen Bereichen der stationären Versorgung für eine adäquate, und refinanzierte personelle Ausstattung zu sorgen. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, dass das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium durch Rechtsverordnung stationsbezogene personelle Anforderungen für die medizinischen und pflegerischen Bereiche der Krankenhäuser bestimmt (§ 22 Abs. 3b SKHG-E).
- Mit dem neuen Krankenhausplan für die Jahre 2018 bis 2025 sollen Strukturveränderungen angegangen werden. Doppelstrukturen und Überkapazitäten müssen abgebaut werden. Es müssen Einrichtungen mit einem attraktiven Leistungsspektrum, moderner Infrastruktur, Ausbildungsangeboten und Kooperationen geschaffen werden. Hierzu bedarf es eines effizienten und bewährten Krankenhausplanungsverfahrens, das geeignet ist, dieses Ziel auch zeitnah zu erreichen (§ 23 SKHG-E).
- Die Förderung der langfristigen Investitionsmaßnahmen gemäß § 9 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz erfolgt derzeit durch eine „pauschalierte Einzelförderung“ der Krankenhäuser. Dieses Finanzierungsmodell wurde in der „Verordnung zur Pauschalierung der Einzelförderung nach § 30 Abs. 5 SKHG“ bis Ende des Jahres 2017 befristet. Nach Auslaufen dieser Verordnung erfolgt die Förderung langfristiger Investitionsmaßnahmen mittels einer sog. „Einzelförderung“ gem. § 30 SKHG. Diese Methode wurde in der Vergangenheit bereits angewendet und stellt eine bislang gängige Vorgehensweise im Rahmen der Investitionskostenfinanzierung dar, die auch von anderen Bundesländern weit überwiegend verwendet wird. Die Anwendung dieses Finanzierungsmodells ist vor dem Hintergrund der aktuellen Situation der Kliniklandschaft ein wichtiges Steuerungsinstrument, um eine strukturorientierte und vor allem passgenaue Krankenhausfinanzierung sicherzustellen. Da die Umstellung auf dieses Finanzierungsmodell sozusagen „automatisch“ mit Ablauf des Jahres 2017 erfolgt, ist hierzu keine Änderung im SKHG erforderlich. Neu ist allerdings, dass das Land auf der Basis des § 30 SKHG einen eigenen Krankenhausstrukturfonds einrichtet, mit dem vorrangig solche Investitionen gefördert werden, die qualitative Versorgungsziele anstreben (§ 30 Abs.4 SKHG-E i.V.m. dem Entwurf des § 10 der Verordnung zur Regelung des Verfahrens zur Krankenhausförderung nach § 30 Abs. 4 SKHG)
- Aufgrund der Einrichtung eines Krankenhausstrukturfonds durch den Bund, wurde die Möglichkeit der Förderung von Vorhaben zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung als Fördertatbestand mitaufgenommen. Damit wurden die Varianten der Investitionsförderung ergänzt (§ 34 SKHG-E).

### **C. Alternativen**

Keine.

### **D. Finanzielle Auswirkungen**

#### **1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand**

Keine, da auf die Beauftragung eines externen Unternehmens zur Durchführung der baufachlichen Prüfung von Investitionsmaßnahmen verzichtet wird.

#### **2. Vollzugaufwand**

Kein Vollzugaufwand.

In der vorangegangenen Fassung dieser Vorlage, die im Rahmen der internen Anhörung an die Ressorts verschickt wurde, wurde aufgrund der Zuständigkeitsverlagerung der baufachlichen Prüfung ein erhöhter Vollzugsaufwand (eine VZ-Kraft innerhalb der Krankenhausförderbehörde) angegeben. Da die baufachliche Prüfung wie von Seiten des MFE/MIBS gewünscht, nunmehr wie bisher von der „zuständigen staatlichen technischen Behörde sichergestellt wird, entfällt dieser Aufwand auf Seiten des MSGFF. Da diese Änderungen entfallen, muss mangels Änderungserfordernis des SKHG ein etwaiger personeller Mehrbedarf auf Seiten des MBIS mit Blick auf die Durchführung der baufachlichen Prüfung außerhalb dieses Verfahrens diskutiert werden. Diese Frage ist damit nicht mehr Gegenstand des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens.

Sowohl von Seiten des MFE als auch von Seiten des MIBS wurde darauf hingewiesen, dass das Gesetz nicht zu Mehrkosten führen sollte, die letztlich den Haushalt des Landes oder der Kommunen belasten könnten. Hierzu wird von Seiten des MSGFF klargestellt, dass das MSGFF nicht beabsichtigt, direkte finanzwirksame Qualitätsparameter einzuführen, welche zu einer finanziellen Mehrbelastung des Landes oder der Kommunen führen. Es geht vorliegend vielmehr darum, eine Stärkung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit sowie den Abbau von Doppelstrukturen verknüpft mit Neuausrichtungen und Spezialisierungen voranzutreiben. Denn es liegt auf der Hand, dass diese strukturellen Verbesserungen zu einer höheren Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten führen. Im Übrigen wird darauf verwiesen, dass es sich bei den erwähnten §§ 23 Abs. 3a und 3b SKHG-E zunächst lediglich um Vorschriften handelt, die als Rechtsgrundlage fungieren und deren letztendliche Ausgestaltung von vielen weiteren Faktoren abhängt. Einzig und allein durch die Schaffung von Rechtsgrundlagen entstehen keine Kosten.

#### **E. Sonstige Kosten**

Keine.

#### **F. Auswirkungen von frauenpolitischer Bedeutung**

Keine.

#### **G. Federführende Zuständigkeit**

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

**G e s e t z**  
**zur Änderung des**  
**Saarländischen Krankenhausgesetzes und weiterer Rechtsvorschriften**

**Vom**

Der Landtag wolle beschließen:

**Artikel 1**  
**Änderung des Saarländischen Krankenhausgesetzes**

Das Saarländische Krankenhausgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. November 2015 (Amtsbl. I S. 857), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 15. März 2017 (Amtsbl. I S. 476, 484), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
  - a) Nach der Angabe zu § 6 wird folgende Angabe eingefügt:  
„§ 6a Pflege und individuelle Betreuung der Patientinnen und Patienten“.
  - b) Nach der Angabe zu § 9 wird folgende Angabe eingefügt:  
„§ 9a Umgang mit berufsbezogenen Belastungen“.
  - c) § 34 wird wie folgt geändert:  
In der Angabe zu § 34 werden nach dem Wort „Grundstückskosten“ die Wörter „sowie Vorhaben zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen“ angefügt.
2. In § 2 Absatz 2 wird die Angabe „§ 6 Absätze 1 und 2“ durch die Angabe „§ 6 Absätze 3 und 4“ ersetzt.
3. In § 4 Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „der §§ 140a bis 140d“ durch die Wörter „des § 140a“ ersetzt.
4. In § 5 Absatz 6 werden die Wörter „Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ durch die Wörter „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten“ ersetzt.
5. § 6 wird wie folgt gefasst:

„§ 6

Soziale und seelsorgerische Betreuung

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

(2) Die Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf seelsorgerische Betreuung im Krankenhaus.

(3) Sozialer Dienst und Krankenhauseelsorge werden auf Wunsch der Patientin und des Patienten tätig.

(4) Der Sozialdienst arbeitet eng und vertrauensvoll mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst zusammen. Er hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen und sie oder ihn sowie gegebenenfalls ihre oder seine Angehörigen in sozialen Fragen zu beraten. Die psycho-soziale Betreuung und Beratung erfolgt insbesondere durch persönliche Hilfe, die Unterstützung bei der Einleitung von medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Rehabilitationsmaßnahmen und bei der Vorbereitung häuslicher Pflege sowie durch die Vermittlung von ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Anschluss an die Entlassung aus dem Krankenhaus. Liegen Hinweise vor, dass eine ambulante oder stationäre pflegerische Weiterversorgung und Betreuung der Patientin oder des Patienten sicherzustellen ist, veranlasst der Sozialdienst bei der Pflegekasse unverzüglich eine Begutachtung nach § 18 Absatz 3 Satz 3 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung –. Bei Patientinnen und Patienten, die nicht in der Sozialen Pflegeversicherung versichert sind, veranlasst der Sozialdienst die Information des jeweiligen Versicherungsunternehmens oder zuständigen Leistungsträgers.

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

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

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

6. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 6a

Pflege und individuelle Betreuung der Patientinnen und Patienten

(1) Die Pflege der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus hat einen hohen Stellenwert. Pflege versteht sich dabei nicht nur als Krankenpflege, sondern unterstützt ebenso das Gesundsein und Gesundbleiben des Menschen. Pflege bei Gesundheitsproblemen ist eine Hilfestellung an Menschen aller Altersgruppen und soll die individuelle Situation und die individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten berücksichtigen.

(2) Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe sind der Würde der Patientinnen und Patienten sowie ihren Bedürfnissen nach Schonung, Ruhe und einer aktivierenden Genesung anzupassen und angemessen zu gestalten. Die besonderen Belange kranker Kinder, hochbetagter, dementer, behinderter sowie psychiatrischer Patientinnen und Patienten sind besonders zu berücksichtigen. Die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson ist sicherzustellen; die aus sonstigen Gründen begehrte Mitaufnahme einer Begleitperson ist vom Krankenhaus zu ermöglichen, soweit die Aufnahme und die Versorgung von Patientinnen und Patienten nicht beeinträchtigt wird.

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

7. In § 9 Satz 1 werden nach dem Wort „eine“ die Wörter „qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte und“ eingefügt und die Wörter „Qualität ihrer Leistungen“ durch das Wort „Versorgung“ ersetzt.

8. Nach § 9 wird folgender § 9a eingefügt:

„§ 9a

Umgang mit berufsbezogenen Belastungen

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

9. In § 11 Absatz 3 werden die Wörter „Artikel 4 Absatz 21 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154)“ werden durch die Wörter „Artikel 4 Absatz 20 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666)“ ersetzt und die Wörter „18. November 2010 (Amtsbl. I S. 1420)“ werden durch die Wörter „13. Oktober 2015 (Amtsbl. I S. 790)“ ersetzt.

10. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz eingefügt:

(4a) Bei Betriebsaufgabe oder Umwandlung eines Krankenhauses oder eines Teils davon in eine nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtung wird die Patientendokumentation abgeschlossen. In diesen Fällen hat das Krankenhaus die Patientendaten aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden und dabei der Geheimnisschutz gewahrt bleibt.“

b) In Absatz 5 wird die Angabe „4“ durch „4a“ ersetzt.

c) In Absatz 8 Satz 6 werden nach der Angabe „(BGBl. I S. 66)“ ein Komma und die Wörter „zuletzt geändert durch Artikel 5 Absatz 3 des Gesetzes vom 10. März 2017 (BGBl. I S. 410)“ eingefügt.

11. In § 13a Absatz 6 Satz 1 wird das Wort „Betriebseinstellung“ durch das Wort „Betriebsaufgabe“ ersetzt und werden nach den Wörtern „eines Krankenhauses“ die Wörter „oder nach einer Umwandlung eines Krankenhauses in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung“ eingefügt.
12. In § 16 Absatz 7 Satz 2 werden die Wörter „1. Juli 2009 (Amtsbl. I S. 1087)“ durch die Wörter „30. November 2016 (Amtsbl. I S. 1080)“ ersetzt.
13. In § 19 Absatz 1 Satz 2 wird nach dem Wort „muss“ das Wort „entweder“ eingefügt und nach dem Wort „qualifiziert“ das Satzzeichen gestrichen und die Wörter „oder eine Ausbildung nach den Bestimmungen des Pflegeberufgesetzes oder ein Studium des Pflegemanagements oder der Pflegewissenschaften oder eine vergleichbare Ausbildung nachweisen“ eingefügt.
14. § 22 wird wie folgt geändert:
  - a) in § 22 werden die folgenden Absätze 3a und 3b eingefügt:

„(3a) Zur Sicherung der Qualität in den saarländischen Krankenhäusern und zur Beschreibung und Zuordnung besonderer Aufgaben und Leistungen kann das zuständige Ministerium landeseigene Qualitäts- und Strukturanforderungen festlegen. Die Krankenhausplanungsbehörde kann Regelungen zu Zertifizierungsverpflichtungen der Krankenhäuser für alle Aufgaben treffen. Die Vorgaben sind als Planungskriterium Bestandteil der Krankenhausplanung. Wird die Zertifizierung nicht innerhalb einer bestimmten Frist nachgewiesen, so kann der entsprechende Versorgungsauftrag entzogen werden.

(3b) Das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium bestimmt durch Rechtsverordnung personelle Anforderungen für die medizinischen und pflegerischen Bereiche der Krankenhäuser. Die personellen Anforderungen sollen dabei auf Gutachterbasis beruhende, stationsbezogene Personalmindestzahlen (Personaluntergrenzen) und Mindestanforderungen betreffend die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ärztlichen Dienst und in den pflegerischen Bereichen unter Berücksichtigung der Normal-, Intensiv- und Intermediate-Care Stationen umfassen. Die verpflichtenden, personellen Mindestanforderungen sollen evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Die Vorgaben sind als Planungskriterium Bestandteil der Krankenhausplanung.“
  - b) In Absatz 7 Nummer 4 werden nach dem Wort „Festlegung“ die Wörter „einer Bandbreite“ gestrichen.
  - c) Absatz 8 Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 1 wird das Satzzeichen nach dem Wort „stehen“ durch ein „und“ ersetzt.
    - bb) Die bisherige Nummer 2 wird gestrichen.
    - cc) Die bisherige Nummer 3 wird zu Nummer 2.
15. § 23 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „stellen“ durch das Wort „stellt“ ersetzt. Nach dem Wort „(Krankenhausplanungsbehörde)“ werden die Wörter „und die Selbstverwaltungspartner nach § 26“ gestrichen.
- b) Der bisherige Absatz 2 wird aufgehoben.
- c) Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 2.
- d) Der neue Absatz 2 wird wie folgt geändert:
  - aa) Satz 1 wird gestrichen.
  - bb) Der neue Satz 1 wird wie folgt geändert:

Das Wort „Krankenhausrahmenplan“ wird durch das Wort „Krankenhausplan“ ersetzt.
  - cc) Der neue Satz 2 wird wie folgt geändert:

Die Wörter „gemäß Absatz 4“ werden durch die Wörter „sowie Qualitätsvorgaben“ ersetzt.
  - dd) Der neue Satz 3 wird wie folgt geändert:

Das Wort „Krankenhausrahmenplan“ wird durch das Wort „Krankenhausplan“ ersetzt.
  - ee) Der neue Satz 4 wird wie folgt geändert:

Das Wort „Krankenhausrahmenplan“ wird durch das Wort „Krankenhausplan“ ersetzt.
  - ff) Nach dem neuen Satz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Der Krankenhausplan kann für abgegrenzte Bereiche durch Krankenhausfachpläne ergänzt werden; diese sind Teil des Krankenhausplans.“
- e) Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben.
- f) Der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 3.
- g) Der neue Absatz 3 wird wie folgt geändert:
  - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenhausplanungsbehörde erörtert mit den Selbstverwaltungspartnern nach § 26 in Planungsgesprächen die für das betreffende Krankenhaus beabsichtigten Vorgaben.“
  - bb) Satz 4 wird wie folgt geändert:

Das Wort „Strukturvorgaben“ wird durch das Wort „Vorgaben“ ersetzt.
- h) Der bisherige Absatz 6 wird zu Absatz 4.
- i) Der neue Absatz 4 wird wie folgt geändert:
  - aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

Nach dem Wort „Krankenhausplanungsbehörde“ werden die Wörter „erarbeitet den Entwurf eines Krankenhausplans und“ eingefügt. Die Wörter „den Krankenhausrahmenplan“ werden durch das Wort „diesen“ ersetzt.
  - bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

Das Wort „Krankenhausrahmenplan“ wird durch die Wörter „Entwurf des Krankenhausplans“ ersetzt. Das Wort „seine“ wird durch das Wort „dessen“ ersetzt.
- j) Der bisherige Absatz 7 wird zu Absatz 5.

- k) Der neue Absatz 5 wird wie folgt geändert:  
In dem neuen Absatz 5 wird das Wort „Krankenhausrahmenplan“ durch das Wort „Krankenhausplan“ ersetzt.
- l) Die bisherigen Absätze 8 bis 10 werden aufgehoben.
- m) Die bisherigen Absätze 11 und 12 werden die Absätze 6 und 7.
- n) Der neue Absatz 6 wird wie folgt gefasst:  
„(6) Der Krankenhausplan sowie seine Fortschreibungen werden von der Landesregierung beschlossen und im Amtsblatt des Saarlandes veröffentlicht.“
16. § 25 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird das Wort „Krankenhausrahmenplan“ durch das Wort „Krankenhausplan“ ersetzt.
- b) In Absatz 4 wird das Wort „Krankenhausrahmenplan“ durch das Wort „Krankenhausplan“ ersetzt.
17. § 27 Absatz wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Nummer 2 werden die Wörter „Krankenhausrahmenplans nach § 23 Absatz 3“ durch die Wörter „Krankenhausplans nach § 23 Absatz 2“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Nummer 20 werden die Wörter „die Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen im Saarland e.V.“ durch die Wörter „der Landespflegerat des Saarlandes“ ersetzt.
18. In § 28 Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „für einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren“ gestrichen.
19. § 30 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Rechtsverordnung“ die Wörter „im Einvernehmen mit dem Ministerium für Finanzen und Europa“ gestrichen.
- b) In Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „Rechtsverordnung“ die Wörter „im Einvernehmen mit dem Ministerium für Finanzen und Europa“ gestrichen.
20. § 31 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden die Wörter „Artikel 5a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423)“ durch die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986)“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 werden die Wörter „Artikel 5b des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423)“ durch die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986)“ ersetzt.
21. § 34 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Grundstückskosten“ die Wörter „sowie Vorhaben zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen“ angefügt.
- b) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
- c) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350) fördert die Krankenhausförderbehörde im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Baumaßnahmen der im Krankenhausplan des Saarlandes aufgenommenen Krankenhäuser einschließlich der Kosten der Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen von Krankenhäusern und Kosten für die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen, wenn dadurch die Versorgungsstrukturen verbessert werden. Die Zuwendungen werden ohne Rechtspflicht im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel und nach Maßgabe der vom Bundesversicherungsamt gegenüber dem Saarland erteilten Auszahlungsbescheide gemäß § 6 Absatz 1 KHSFV über Fördermittel aus dem Strukturfonds bewilligt. Dabei sind der Beschluss 2012/21/EU, § 9 Absatz 2 Nummer 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie die allgemeinen haushaltsrechtlichen Bestimmungen zu beachten und entsprechend anzuwenden.“

## **Artikel 2**

### **Änderung der Verordnung zur Regelung des Verfahrens zur Krankenhausförderung nach § 30 Abs. 4 des Saarländischen Krankenhausgesetzes (SKHG)**

Die Verordnung zur Regelung des Verfahrens zur Krankenhausförderung nach § 30 Abs. 4 des Saarländischen Krankenhausgesetzes vom 1. August 2006 (Amtsbl. S. 1505) wird wie folgt geändert:

1. In § 1 werden nach dem Wort „Krankenhausträger“ die Wörter „jeweils zum 1. April eines jeden Jahres“ gestrichen.
2. § 3 wird wie folgt geändert:
  - a) Die Angabe „§ 15“ wird durch die Angabe „§ 3 Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.
  - b) Die Angabe „– HOAI –“ wird durch die Angabe „vom 10. Juli 2013 (BGBl. I S. 2276)“ ersetzt.
3. In § 5 Satz 1 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und nach dem Komma das Wort „Die“ durch das Wort „die“ ersetzt.
4. In § 7 Satz 2 wird nach dem Wort „von“ die Angabe „250.000 Euro“ durch die Angabe „500.000 Euro“ ersetzt.

5. In § 10 wird das Wort „ausreichende“ durch die Wörter „qualitativ hochwertige“ ersetzt und nach dem Wort „Bevölkerung“ werden die Wörter „und insbesondere unter der Berücksichtigung einer strukturellen Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung sowie der Berücksichtigung von stationsbezogenen Personalmindestzahlen“ eingefügt.
6. In § 12 werden die Wörter „VOL/VOB“ durch die Wörter „vergaberechtlichen Vorschriften“ ersetzt.
7. In § 16 Satz 2 wird nach dem Wort „von“ die Angabe „250.000 Euro“ durch die Angabe „500.000 Euro“ ersetzt. .

### **Artikel 3**

#### **Änderung des Saarländischen Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetzes**

In § 3 Nummer 1 und 2 des Saarländischen Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetzes vom 6. Mai 2009 (Amtsbl. S. 906), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 15. März 2017 (Amtsbl. I S. 476), wird jeweils die Angabe „oder § 1b“ durch die Wörter „Absatz 1 oder 2“ ersetzt.

### **Artikel 4**

#### **Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

## **B e g r ü n d u n g :**

### **A. Allgemeines**

#### **Rahmenbedingungen**

Das Saarländische Krankenhausgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. November 2015 (Amtsbl. I S. 857), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 15. März 2017 (Amtsbl. I S. 476, 484) hat sich grundsätzlich bewährt. Es sollte jedoch an die modernen Anforderungen der Krankenhausplanung und veränderten gesellschaftlichen Strukturen im Saarland, die durch den weiter voranschreitenden demografischen Wandel sowie die Fortschritte in Medizin und Technik gekennzeichnet sind, angepasst werden und die Vorgaben des Bundesgesetzgebers umsetzen.

Die Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung haben sich seit der letzten großen Änderung des SKHG im Jahr 2015 nochmals verändert. Durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229)) soll eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden. Dazu hat der Bundesgesetzgeber eine Reihe von Maßnahmen zur Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität, Verbesserungen der Krankenhausfinanzierung und Personalsituation in den Krankenhäusern sowie die Einrichtung eines Krankenhausstrukturfonds, der einen wesentlichen Beitrag zur strukturellen Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft leisten wird, auf den Weg gebracht. Dabei ist die Qualität die gesundheitspolitische Zielgröße und Leitperspektive. 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.

Mit der Novellierung des Saarländischen Krankenhausgesetzes wird die Ausgestaltung auf landesrechtlicher Ebene vorgenommen.

Neben den auf Bundesebene vorgegebenen Qualitätsanforderungen können durch Landesrecht weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden (§ 6 Absatz 1a Satz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist).

Mit der Novellierung wird dem für die Krankenhausplanung zuständigen Ministerium daher die Möglichkeit gegeben, mit Blick auf die bevorstehende Krankenhausplanungsperiode der Jahre 2018 bis 2025 Qualitäts- und Personalindikatoren in die Krankenhausplanung aufzunehmen, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen. Dazu zählen insbesondere Regelungen zur Zuordnung besonderer Aufgaben und Leistungen, zur Zertifizierung durch Fachgesellschaften und zur personellen Struktur im medizinischen und pflegerischen Bereich der Krankenhäuser, denn die Patientinnen und Patienten müssen sich in den saarländischen Krankenhäusern auf eine medizinisch gebotene und hochwertige Versorgung verlassen können.

Ziel der Landesregierung ist es auch weiterhin, eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen. Das erfordert allerdings eine Stärkung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit, der sektorenübergreifenden Versorgung, des Abbaus von Doppelstrukturen verknüpft mit Neuausrichtungen und Spezialisierungen. Zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patientinnen und Patienten gehört aber auch gleichzeitig eine Entlastung für die Beschäftigten in der stationären Krankenpflege.

Um die oben genannten Ziele zu erreichen, bedarf es einer Krankenhausinvestitionsfinanzierung, die darauf abzielt, auch insbesondere diejenigen Krankenhäuser passgenau zu fördern, die die genannten qualitativen Versorgungsziele anstreben und bereit sind, Personaluntergrenzen sicherzustellen, Versorgungskapazitäten zu konzentrieren und trägerübergreifende bzw. indikationsspezifische Kooperationen vorzunehmen. Dazu eignet sich die sog. „Einzelfinanzierung“ von langfristigen Investitionsmaßnahmen am besten. Bis zum Jahr 2009 wurde im Saarland die Finanzierung von langfristigen Investitionsmaßnahmen gemäß § 9 Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (Um- und Neubaumaßnahmen, Generalsanierungen) i.V.m. §§ 28 ff. SKHG bereits durch „Einzelförderung“ gefördert. Seit dem Jahr 2010 wurde das Verfahren der Einzelförderung auf ein pauschaliertes Verfahren – parallel zum Verfahren der Pauschalmittel nach § 9 Absatz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetzes – umgestellt. Die Anwendung dieser sog. „pauschalierten Einzelförderung“ wurde in einer Verordnung bis Ende des Jahres 2017 befristet. Ab dem Jahr 2018 tritt an deren Stelle wieder „automatisch“ die Förderung von Krankenhausinvestitionen im Rahmen der Einzelförderung von Maßnahmen gem. § 30 SKHG.

Daneben ist auch eine Steuerung durch eine effiziente, bedarfsgerechte und passgenaue Krankenhausplanung entscheidend. Unter Berücksichtigung der veränderten Rahmenbedingungen ist es sinnvoll, das Krankenhausplanungsverfahren nochmals zu ändern und von dem derzeitigen krankenhauserplanerischen 2-Phasen-Modell – welches durch die Novelle des Krankenhausgesetzes vom 6. November 2015 eingeführt wurde – wieder Abstand zu nehmen und zum ursprünglichen Planungsverfahren zurückzukehren.

Auch das Thema Pflege und Pflegepersonal in den Krankenhäusern gewinnt immer mehr an Bedeutung. Die Patientinnen oder Patienten werden immer älter und sind dadurch häufig multimorbid, oftmals demenziell erkrankt oder pflegebedürftig. Problematisch ist, dass die Personalausstattung – auch in den saarländischen Krankenhäusern – diesen Anforderungen kaum gerecht werden kann. Das hat auch der Bundesgesetzgeber erkannt und hat aktuell mit der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ wichtige Vorhaben auf den Weg gebracht. Diese Maßnahmen alleine reichen aber aus Sicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie kaum aus. Auch auf Landesebene wird hier zusätzlicher Handlungsbedarf gesehen. Um die Arbeitsbedingungen in der Pflege in den Saarländischen Krankenhäusern zu verbessern und die Pflege am Bett zu stärken hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie deshalb mit Unterstützung des Landespflegerates die Initiative „Pflegepakt Saarland“ ins Leben gerufen und viele Maßnahmen zur Stärkung der Pflege auf den Weg gebracht. Der hohe Stellenwert der Pflege und die Ziele zur Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege sollen aber auch im Saarländischen Krankenhausgesetz verankert werden. Erforderlich ist hier vor allem eine bedarfsgerechte und ausreichende aber auch eine durch die Krankenhäuser mit den Krankenkassen im Rahmen der Betriebskosten refinanzierte Personalausstattung im medizinischen und pflegerischen Bereich, denn dies führt zu einer Verbesserung der Arbeitssituation derjenigen, die in der Patientenversorgung tätig sind und trägt konsequent zu einer Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung bei. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass der Bundesgesetzgeber Regelungen zur Finanzierung auch von landeseigenen Vorgaben schafft.

Der Gesetzesentwurf enthält folgende Schwerpunkte:

- Die pflegerische und soziale Betreuung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus hat einen hohen Stellenwert. Dieses Leitbild soll daher auch im Saarländischen Krankenhausgesetz zum Ausdruck gebracht werden. Wichtig ist dabei, dass die Belange derjenigen Menschen, die in besonderer Weise hilfebedürftig sind, individuell berücksichtigt werden (§§ 6, 6a SKHG-E).
- Um der hohen Dauerbelastung des in der Patientenversorgung tätigen Personals entgegenzuwirken, sollen Krankenhäuser ein Konzept zur Unterstützung dieses Personenkreises bei der Bewältigung berufsbezogener Belastungen erstellen und umsetzen (§ 9a SKHG-E).
- Bundesweit wird aktuell die Diskussion zum Umgang mit Patientendaten bzw. Patientenakten im Falle der Schließung oder Umwandlung eines Krankenhauses in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung geführt. Hierzu wurde in dem § 13 Abs. 4a SKHG-E eine entsprechende Regelung getroffen.
- Der Bundesgesetzgeber hat die Qualität der Krankenhausversorgung in den Mittelpunkt gestellt und den Ländern Instrumente an die Hand gegeben, Qualitätsvorgaben für die Krankenhäuser einzuführen. Um landeseigene Qualitätskriterien wie bspw. die Verpflichtung zur Zertifizierung durch Fachgesellschaften festzulegen, bedarf es einer landesgesetzlichen Regelung, die als Rechtsgrundlage zur Festlegung dieser Vorgaben fungiert (§ 22 Abs. 3a SKHG-E).
- Um die Qualität in der Pflege in den saarländischen Krankenhäusern zu erhöhen und die Arbeitssituation der Beschäftigten zu verbessern, ist es erforderlich, in allen Bereichen der stationären Versorgung für eine adäquate und durch die Krankenhäuser mit den Krankenkassen im Rahmen der Betriebskosten refinanzierte personelle Ausstattung zu sorgen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass der Bundesgesetzgeber Regelungen zur Finanzierung auch von landeseigenen Vorgaben schafft. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, dass das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium durch Rechtsverordnung stationsbezogene personelle Anforderungen für die medizinischen und pflegerischen Bereiche der Krankenhäuser bestimmt (§ 22 Abs. 3b SKHG-E).
- Mit dem neuen Krankenhausplan für die Jahre 2018 bis 2025 sollen Strukturveränderungen angegangen werden. Doppelstrukturen und Überkapazitäten müssen abgebaut werden. Es müssen Einrichtungen mit einem attraktiven Leistungsspektrum, moderner Infrastruktur, Ausbildungsangeboten und Kooperationen geschaffen werden. Hierzu bedarf es eines effizienten und bewährten Krankenhausplanungsverfahrens, das geeignet ist, dieses Ziel auch zeitnah zu erreichen (§ 23 SKHG-E).

- Die Investitionsförderung der langfristigen Investitionsmaßnahmen gemäß § 9 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz erfolgt derzeit durch eine „pauschalierte Einzelförderung“ der Krankenhäuser. Dieses Finanzierungsmodell wurde in der „Verordnung zur Pauschalierung der Einzelförderung nach § 30 Abs. 5 SKHG“ bis Ende des Jahres 2017 befristet. Nach Auslaufen dieser Verordnung erfolgt die Förderung langfristiger Investitionsmaßnahmen mittels einer sog. „Einzelförderung“ gem. § 30 SKHG. Diese Methode wurde in der Vergangenheit bereits angewendet und stellt eine bislang gängige Vorgehensweise im Rahmen der Investitionskostenfinanzierung dar, die auch von anderen Bundesländern weit überwiegend verwendet wird. Die Anwendung dieses Finanzierungsmodells ist vor dem Hintergrund der aktuellen Situation der Kliniklandschaft ein wichtiges Steuerungsinstrument, um eine strukturorientierte und vor allem passgenaue Krankenhausfinanzierung sicherzustellen. Da die Umstellung auf dieses Finanzierungsmodell sozusagen „automatisch“ mit Ablauf des Jahres 2017 erfolgt, ist hierzu keine Änderung im SKHG erforderlich. Neu ist allerdings, dass das Land auf der Basis des § 30 SKHG einen eigenen Krankenhausstrukturfonds einrichtet, mit dem vorrangig solche Investitionen gefördert werden, die qualitative Versorgungsziele anstreben (§ 30 Abs. 4 SKHG-E i.V.m. dem Entwurf des § 10 der Verordnung zur Regelung des Verfahrens zur Krankenhausförderung nach § 30 Abs. 4 SKHG).
- Aufgrund der Einrichtung eines Krankenhausstrukturfonds wurde die Möglichkeit der Förderung von Vorhaben zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgenommen. Damit wurden die Varianten der Investitionsförderung ergänzt (§ 34 SKHG-E).

## B. Im Einzelnen

### Artikel 1

#### Nummer 1:

Die Inhaltsübersicht wird angepasst.

#### Nummer 2:

Redaktionelle Änderung. Die Änderung erfolgt im Kontext der Änderung des § 6 SKHG-E, da die bisherigen Absätze 1 und 2 des § 6, auf die verwiesen wurde, nunmehr zu den Absätzen 3 und 4 geworden sind.

#### Nummer 3:

Die §§ „bis 140d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“, auf die verwiesen wurde, sind weggefallen. Die wesentlichen Regelungen sind nunmehr in § 140a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zusammengefasst.

#### Nummer 4:

Redaktionelle Änderung.

**Nummer 5:**

Gerade im Krankenhaus erleben die Menschen als Patientinnen oder Patienten immer wieder belastende oder freudige Situationen. Ein Aufenthalt im Krankenhaus kann auch mit vielen Ängsten und Sorgen verbunden sein. Daher ist es wichtig, den Patientinnen und Patienten oder auch ihren Angehörigen Ansprechpartner an die Hand zu geben, die sie begleiten und die ihnen helfen, sich auf neue Situationen einzustellen und die ihnen bei religiösen und existentiellen Fragen zur Seite stehen. Absatz 2 konkretisiert deshalb den verfassungsrechtlich verankerten Anspruch auf Krankenhausseelsorge. Absatz 3 stellt klar, dass sowohl die Krankenhausseelsorge als auch der soziale Dienst auf Wunsch der Patientinnen oder Patienten tätig werden sollen. Davon unbenommen ist, dass der Sozialdienst auch aufgrund sonstiger Regularien in bestimmten Fällen selbständig tätig werden muss.

**Nummer 6:**

Neben einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ist auch das Thema Pflege und individuelle Betreuung im Krankenhaus ein wichtiger Bestandteil, der zum Gesundsein und Gesundbleiben der Patientinnen und Patienten beiträgt. Hierzu zählen den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprechend gestaltete Abläufe während des gesamten Krankenhausaufenthaltes sowie eine individuelle Betreuung darüber hinaus. Wichtig ist, dass dabei auch die Belange derjenigen Menschen, die in ganz besonderer Weise schutz- und hilfebedürftig sind, individuell berücksichtigt werden. Das Thema „Pflege im Krankenhaus“ hat für die saarländische Landesregierung einen hohen Stellenwert. Das betrifft nicht nur die Situation derjenigen Menschen, die in der Pflege arbeiten, sondern auch die Situation derjenigen Menschen, die gepflegt und betreut werden müssen. Gute Rahmenbedingungen sind für beide, diejenigen die pflegen und diejenigen, die gepflegt werden, von großer Bedeutung. Daher wurden insbesondere mit dem neuen § 6a die bisher bestehenden Regelungen zur Pflege, Betreuung und Behandlung ergänzt und durch die Regelung in Absatz 1 ausgeweitet.

**Nummer 7:**

Nach der bisherigen Regelung in § 9 SKHG sind die Krankenhäuser verpflichtet, eine den fachlichen Erfordernissen und dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität ihrer Leistungen zu gewährleisten.

Der Bundesgesetzgeber hat mit dem Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I. S. 2229) die Qualität der Krankenhausversorgung gestärkt und in den Fokus gerückt. War in der Vergangenheit noch eine „bedarfsgerechte“ Versorgung ausreichend, so spricht der Gesetzgeber nunmehr von einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung (§ 1 Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist). § 1 Absatz 1 benennt den Zweck und die Ziele des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und gibt damit die Grundlagen der Krankenhausplanung der Länder vor.

Dementsprechend und mit dem Ziel, die Qualität in der Krankenhausversorgung zu stärken, wurde der § 9 SKHG, der die Qualitätssicherung in den saarländischen Krankenhäusern regelt, um die Merkmale einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung erweitert.

**Nummer 8:**

Die Situation in der Pflege in Krankenhäusern 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 kommt noch hinzu, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch den Umgang mit schwerkranken oder sterbenden Patientinnen und Patienten auch diesen emotional belastenden Situationen ausgesetzt sind. Der § 9a soll daher als weitere Maßnahme die Rahmenbedingungen in der Pflege verbessern. 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 dem Schutz der Patientinnen und Patienten, weil diese so vor Gefahren, die sich aus der Ermüdung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ergeben können, bewahrt werden. Durch die Konkretisierung in Satz 2 soll vermieden werden, dass Konzepte „doppelt“ entwickelt werden.

**Nummer 9:**

Redaktionelle Änderungen.

**Nummer 10:****Absatz 4a):****Absatz 4a):**

Der Absatz 4a wurde eingefügt, da es bisher keine Regelung gibt, wie die Patientendaten im Falle von Schließung oder Umwandlung eines Krankenhauses in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung aufzubewahren sind. Denn datenschutzrechtliche Fragen treten zumindest dann auf, wenn die Aufbewahrungsfrist für die Patientendaten noch nicht abgelaufen ist. Die Vorschrift soll klarstellen, dass das betroffene Krankenhaus im Falle der Schließung oder Umwandlung des Krankenhauses oder eines Teils davon in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung dafür Sorge tragen muss, dass die verbleibenden Patientendaten in gehörige Obhut kommen. Auch eine Übergabe von Patientendaten zur Verwahrung an ein externes Unternehmen ist möglich. Für den Fall, dass ein Krankenhaus aufgelöst und von einem anderen Krankenhaus in seinem Personal- und Sachmittelbestand übernommen oder von einem neuen Träger weitergeführt wird, tritt eine Rechtsnachfolge ein, so dass die vorhandenen Patientendaten vom Rechtsnachfolger aufzubewahren sind.

**Buchstaben b) und c):**

Folgeänderung und redaktionelle Änderung.

**Nummer 11:**

§ 13a regelt die Datenverarbeitung im Auftrag. In Absatz 6 geht es um die Fälle, in denen ein Auftragnehmer nach einer Betriebsaufgabe die Patientendaten aufbewahrt. Für den Auftragnehmer gelten für ihn als verantwortliche Stelle hinsichtlich der Verarbeitung von Patientendaten die Vorschriften dieses Abschnitts (Vierter Abschnitt: Auskunftspflicht, Datenschutz, Krankenhausaufsicht). Bei der Änderung des Absatzes 6 Satz 1 handelt es sich vorliegend um eine Folgeänderung. Denn in § 13 Absatz 4b SKHG-E wird eine Regelung zur Aufbewahrung von Patientendaten im Falle von „Betriebsaufgabe oder Umwandlung eines Krankenhauses oder eines Teils davon in eine nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtung“ getroffen. Vor diesem Hintergrund ist der § 13a Absatz 6 Satz 1 entsprechend dem Wortlaut nach anzupassen und um den Fall der Umwandlung eines Krankenhauses oder eines Teils davon in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung auszuweiten.

**Nummer 12:**

Redaktionelle Änderung.

**Nummer 13:**

§ 19 Absatz 1 Satz 2 regelt die personellen fachlichen Anforderungen, die für die Ausübung der Funktion einer Pflegedirektorin oder eines Pflegedirektors vorausgesetzt werden. Diese Anforderungen müssen gerade vor dem Hintergrund des kürzlich in Kraft getretenen Pflegeberufgesetzes ergänzt werden. Dadurch soll es zusätzlich auch Absolventen einer Ausbildung nach den Bestimmungen des Pflegeberufgesetzes oder eines Studiums des Pflegemanagements oder der Pflegewissenschaften oder Absolventen die eine vergleichbare Weiterbildung nachweisen, möglich sein, diese Funktion auszuüben.

**Nummer 14:**

Innerhalb des § 22 wurden die Absätze 3a und 3b eingefügt.

**Absatz 3a):**

Grundsätzlich sind die Länder befugt, Qualitätsvorgaben in ihre Krankenhausplanung aufzunehmen. Auch wenn sich dieses Befugnis bereits aus der Verpflichtung zur Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern ableiten lässt (Artikel 2 Absatz 2 i.V.m. Artikel 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 und die Länder ausdrücklich ermächtigt, neben den bundesweit eingeführten Qualitätskriterien weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung zu machen (vgl. hierzu insbesondere § 6 Absatz 1a Satz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz).

Ausgehend davon soll mit der vorliegenden Regelung die Sicherung einer hohen Versorgungsqualität im Saarländischen Krankenhausgesetz verankert werden. Im Rahmen der Änderung des SKHG wird das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium ermächtigt, zur Beschreibung und Zuordnung bestimmter Leistungen und besonderer Aufgaben landeseigene Qualitäts- und Strukturanforderungen festzulegen. Der Gesetzgeber beabsichtigt nicht, kostenintensive und für die Krankenhäuser aufwendige neue Qualitätsparameter einzuführen. Ziel ist es, Strukturen zu verbessern, Spezialisierungen zu fördern, Konzentrationen von Leistungen zu erzielen und die Angebotsstruktur der saarländischen Krankenhäuser weiterzuentwickeln.

Darüber hinaus soll das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium ermächtigt werden, Regelungen zu Zertifizierungsverpflichtungen der Krankenhäuser zu treffen. Die Vorteile einer Zertifizierung können unter anderem darin liegen, besondere Kenntnisse und Fähigkeiten zu bündeln, interdisziplinäre Angebote vorzuhalten, spezielle Ausstattungen und Ausrichtung der Behandlung anzubieten sowie einen Qualitätsgewinn durch höhere Fallzahlen zu erzielen. Wird die Zertifizierung allerdings nicht innerhalb einer bestimmten Frist nachgewiesen, so kann auch der entsprechende Versorgungsauftrag entzogen werden. Ziel ist es, mit diesen Vorgaben die Versorgungsqualität zu steigern. Voraussetzung ist allerdings, dass der Bundesgesetzgeber die rechtlichen Rahmenbedingungen so verbessert und die Planungsbehörden der Länder damit in der Lage sind, solche Anforderungen rechtssicher auszugestalten. Das ist derzeit noch nicht der Fall, mit der Folge, dass von Seiten der Planungsbehörde derzeit noch keine Zertifizierungsvorgaben festgelegt werden können.

**Absatz 3b):**

Neben den bundesweit eingeführten Qualitätskriterien können die Länder weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung machen (vgl. hierzu insbesondere § 6 Absatz 1a Satz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist). Qualitätsanforderungen umfassen dabei grundsätzlich Anforderungen an die Struktur-, Prozess-, Indikations- und Ergebnisqualität. Strukturqualität beschreibt neben der Prozess- und Ergebnisqualität einen wesentlichen Qualitätsaspekt der medizinischen Versorgung. Strukturqualität ist insbesondere auch durch personelle Bedingungen wie beispielsweise Qualifikation oder Anzahl der Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter gekennzeichnet. Die Strukturqualität beeinflusst maßgeblich das erreichbare Niveau der Prozess- und der Ergebnisqualität.

Durch die Änderung soll daher das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium durch Rechtsverordnung stationsbezogene personelle Anforderungen für die medizinischen und pflegerischen Bereiche der Krankenhäuser bestimmen. Die Vorgaben auf Bundesebene zur Strukturqualität reichen aus Sicht der Landesregierung bisher kaum aus. Erforderlich sind weitergehende Strukturvorgaben, die nicht nur einzelne, ausgewählte Bereiche betreffen. Ziel der Rechtsverordnung soll die Entlastung der Beschäftigten und die Sicherstellung einer dauerhaften Qualität der Patientenversorgung sein. Denn nach der Zielsetzung des § 1 Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist) sollte die personelle Besetzung eines Krankenhauses nicht nur eine fachgerechte, sondern vor allem auch eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten. Dieses Ziel soll mit der Ermächtigung des Gesetzgebers zum Erlass einer entsprechenden Verordnung erreicht werden. Die Vorgaben erfolgen auf Gutachterbasis und unter der Voraussetzung, dass der Bundesgesetzgeber Regelungen zur Finanzierung auch von landeseigenen Vorgaben schafft. Es ist dabei vorgesehen, dass nach Vorlage der bundesgesetzlichen Regelungen zu Personaluntergrenzen ein landesindividuelles Sondergutachten vergeben wird und auf dessen Basis unter breiter Beteiligung der Betroffenen eine Expertenkommission landeseigene personelle Anforderungen erarbeitet werden. Diese sollen dann Gegenstand der Rechtsverordnung sein. Eine Refinanzierung durch das Land im Hinblick auf die Betriebskosten ist ausgeschlossen. Zudem sollen die Regelungen auch evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

**Nummer 15:**

Da sich die Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung – insbesondere mit Einführung des Krankenhausstrukturgesetzes – maßgeblich verändert haben, bedarf es auch einer Anpassung der Vorschriften zur Aufstellung des Krankenhausplans. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten, müssen Versorgungsstrukturen optimiert, Überkapazitäten abgebaut und die Krankenhauslandschaft im Saarland strukturell weiterentwickelt werden. Um diese Ziele zu erreichen, bedarf es einer Steuerung durch die Krankenhausplanungsbehörde, um eine effiziente und passgenaue, aber auch innovative Krankenhausplanung sicherzustellen.

Im Rahmen der Bekanntmachung der Neufassung des Saarländischen Krankenhausgesetzes vom 6. November 2015 wurde das Krankenhausplanungsverfahren auf ein 2-Phasen-Modell umgestellt. Nach dem 2-Phasen-Modell hat die Landesregierung zwar bei der Aufstellung bzw. der Fortschreibung des Krankenhausplanes über die Aufnahme der Krankenhäuser in den Krankenhausplan, über die Zahl und Art der Abteilungen, über die Gesamtzahl der dem Krankenhaus zugewiesenen Betten sowie über die Gesamtzahl der Ausbildungsplätze der Gesundheitsfachberufe zu entscheiden. Aber die Festlegung der Verteilung der Planbetten auf die Abteilungen innerhalb eines Krankenhauses, wird nach diesem Modell von den Selbstverwaltungspartnern, also den Krankenhausträgern und den Kostenträgern, in eigener Verantwortung festgelegt. Die Krankenhausplanung teilt sich damit in zwei Phasen auf: die Phase 1 mit der Erstellung eines Rahmenplanes durch die Landesregierung und die sich daran anschließende Phase 2, in der die Selbstverwaltungspartner die Bettenverteilung vornehmen können.

Unter kritischer Würdigung dieses Verfahrens und mit dem Ziel, die trägerübergreifende Zusammenarbeit und die sektorenübergreifende Versorgung zu stärken sowie den Abbau von Doppelstrukturen, Neuausrichtungen und Spezialisierungen voranzutreiben, wird von dem 2-Phasen-Modell durch die vorliegende Änderung des SKHG Abstand genommen.

§ 23 SKHG wird dahingehend geändert, dass das vor Einführung des 2-Phasen-Modells praktizierte Planungsverfahren grundsätzlich wieder Anwendung findet. Dieses „Detailplanungsverfahren“ hat sich in der Vergangenheit bewährt und unterscheidet sich von dem 2-Phasen-Modell dahingehend, dass die Krankenhausplanungsbehörde die Kapazitäten pro Krankenhaus und Abteilungsstruktur bettengenau plant.

Unter Anwendung des „Detailplanungsverfahrens“ war der Wortlaut in Absatz 1 anzupassen. Im weiteren Verlauf wurden die Absätze, die ein Planungsverfahren beschreiben, das dem 2-Phasen-Modell entspricht, zum Teil aufgehoben oder mit Blick auf das Detailplanungsverfahren angepasst. Zusätzlich wurden Regelungen zum Detailplanungsverfahren konkretisiert und ergänzt. Zudem waren eine Vielzahl redaktioneller Änderungen erforderlich. Die Rückkehr zum Detailplanungsverfahren gewährleistet allerdings immer noch eine flexible Krankenhausplanung im Sinne des § 25 SKHG. Mit dieser Regelung wurde den Selbstverwaltungspartnern nach § 26 SKHG im Verlauf der Geltungsdauer eines Krankenhausplans die Möglichkeit eingeräumt, von der Gesamtbettenzahl je Krankenhaus innerhalb eines Korridors von 5% nach oben oder unten einvernehmlich abzuweichen. Mit dieser Flexibilisierung soll den Krankenhausträgern und Kostenträgern nach wie vor die Möglichkeit eingeräumt werden, unterperiodisch und zeitnah auf konkrete Herausforderungen oder Veränderungen im Bedarf selbstständig zu reagieren und Kapazitäten anzupassen.

**Nummer 16:**

**Buchstaben a) und b):**  
Folgeänderung.

**Nummer 17:****Buchstabe a)**

Folgeänderung.

**Buchstabe b):**

In Absatz 2 Punkt 20 war die „Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen im Saarland e.V.“ durch den „Landespflegerat des Saarlandes“ zu ersetzen, denn die ALK ist Mitglied im Dachverband des Landespflegerates des Saarlandes. Der Landespflegerat vertritt die Pflegenden und ist damit deren Interessensvertretung.

**Nummer 18:**

Die Zeitangabe „für einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren“ wurde gestrichen. Eine zeitliche Beschränkung erscheint mit Blick auf eine längerfristige Planung über den Zeitraum der mittelfristigen Finanzplanung hinaus wenig sinnvoll, zumal nunmehr erstmalig die Krankenhausplanungsperiode einen Zeitraum von 2018 bis 2025 umfasst und nicht wie bisher einen Zeitraum von fünf Jahren.

**Nummer 19:****Buchstaben a) und b):**

Durch die Änderung wird die Krankenhausförderbehörde ermächtigt, das Förderverfahren und die Art der Förderung von Investitionsmaßnahmen der Krankenhäuser (Einzelförderung oder Pauschalförderung) durch Rechtsverordnung festzulegen, ohne dass zuvor ein Einvernehmen mit einem weiteren Ministerium herzustellen ist. Diese Änderung erfolgt aufgrund der Vereinfachung und der Beschleunigung des Verwaltungsverfahrens.

**Nummer 20:****Buchstaben a und b):**

Redaktionelle Änderungen.

**Nummer 21:****Buchstabe a):**

Die Überschrift wurde um die Wörter „Vorhaben zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen“ ergänzt, da sich der Regelungsbereich des § 34 SKHG aufgrund des neuen Absatzes 2 um einen zusätzlichen Fördertatbestand erweitert.

**Buchstabe b):**

Redaktionelle Änderung.

**Buchstabe c):**

Im Siebten Abschnitt des SKHG, der die Förderung der Krankenhäuser regelt, werden in den §§ 30 ff. die verschiedenen Fördertatbestände der Krankenhausförderung normiert. Diese Fördertatbestände müssen ergänzt werden, da mit Einführung des Krankenhausstrukturfonds (§§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist und der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) vom 17. Dezember 2015, BGBl. I S. 2350) eine weitere Fördermöglichkeit hinzugekommen ist. Die Krankenhausförderbehörde fördert demnach im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Baumaßnahmen der im Krankenhausplan des Saarlandes aufgenommenen Krankenhäuser einschließlich der Kosten der Schließung eines Krankenhauses oder Teilen von Krankenhäusern bzw. Kosten für die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen, wenn dadurch die Versorgungsstrukturen verbessert werden.

Die Vorschrift ergänzt die bisherigen Fördertatbestände. Sie enthält keine neue, über die bundesgesetzlichen Regelungen hinausgehende Regelung.

**Zu Artikel 2 (Änderung der Verordnung zur Regelung des Verfahrens zur Krankenhausförderung nach § 30 Abs. 4 des Saarländischen Krankenhaus-gesetzes vom 1. August 2016):**

**Nummer 1:**

Zur Aufnahme in den Investitionsplan wurde bisher seitens der Bewilligungsbehörde von dem Krankenhausträger gefordert, dass er „bis zum 1. April eines jeden Jahres“ für einzelne Investitionsmaßnahmen gem. § 30 SKHG Förderanträge vorlegt. Durch die Änderung soll der Bewilligungsbehörde die Befugnis eingeräumt werden, die Einreichungsfristen flexibel zu gestalten, um damit gleichzeitig sehr zügig und zeitnah auf Veränderungen reagieren zu können.

**Nummer 2**

**Buchstaben a) und b):**

Redaktionelle Änderungen.

**Nummer 3:**

Sprachliche Änderung.

**Nummer 4:**

Die Änderung erfolgt in Form einer Anpassung des Betrages an die Vorgaben aus dem Saarländischen Krankenhausgesetz. Es handelte sich in der bisherigen Fassung der Verordnung um einen redaktionellen Fehler. Dies wurde vorliegend korrigiert.

**Nummer 5:**

Nach Maßgabe der in § 1 Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) genannten Zielrichtung, eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten, bedarf es einer Krankenhausinvestitionsfinanzierung, die darauf abzielt, insbesondere diejenigen Krankenhäuser passgenau zu fördern, die diese genannten qualitativen Versorgungsziele anstreben. Die Krankenhäuser sollen nach dem Willen des Landesgesetzgebers auch bereit sein, stationsbezogene Personaluntergrenzen sicherzustellen, Versorgungskapazitäten zu konzentrieren und trägerübergreifende bzw. indikationsspezifische Kooperationen vorzunehmen. Aus diesem Grund war eine Anpassung dieser Vorschrift vorzunehmen. Durch die Einschränkung „insbesondere“ soll deutlich gemacht werden, dass zusätzlich Raum bleibt um weitere, notwendige Investitionen (wie beispielsweise Brandschutzmaßnahmen) im Rahmen der Investitionskostenfinanzierung zu fördern.

**Nummer 6:**

Redaktionelle Änderung.

**Nummer 7:**

Die Änderung erfolgt in Form einer Anpassung des Betrages an die Vorgaben aus dem Saarländischen Krankenhausgesetz. Es handelte sich in der bisherigen Fassung der Verordnung um einen redaktionellen Fehler. Dies wurde vorliegend korrigiert.

**Zu Artikel 3 (Änderung des Saarländischen Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetzes):**

Die Beratungspflicht der Beratungs- und Prüfbehörde nach dem Saarländischen Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetz („Heimaufsicht“) nach § 3 Nummer 1 und 2 dieses Gesetzes besteht nur für „klassische“ stationäre Einrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und stationäre Hospize, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen und Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens sind davon nicht mehr umfasst.

**Zu Artikel 4 (Inkrafttreten):**

Artikel 4 regelt das Inkrafttreten dieses Gesetzes am Tag nach der Verkündung.