Amtliche Abkürzung:	LKHG M-V
Ausfertigungsdatum:	20.05.2011
Gültig ab:	11.06.2011
Dokumenttyp:	Gesetz
Quelle:	
Fundstelle:	GVOBl. M-V 2011, 327
Gliederungs-Nr:	212-18

Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern
(Landeskrankenhausgesetz
LKHG M-V -)
Vom 20. Mai 2011

Zum 10.07.2025 aktuellste verfügbare Fassung der Gesamtausgabe

Stand: letzte berücksichtigte Änderung: Inhaltsverzeichnis, §§ 34 und 39 geändert, § 37 neu gefasst sowie §§ 37a bis 37d neu eingefügt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2024 (GVOBl. M-V S. 479)

Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis

Titel	Gültig ab
Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Landeskrankenhausgesetz LKHG M-V -) vom 20. Mai 2011	11.06.2011
Eingangsformel	11.06.2011
Inhaltsverzeichnis	30.07.2024
Abschnitt 1 - Allgemeine Bestimmungen, Krankenhausversorgung	11.06.2011
§ 1 - Grundsätze	11.06.2011
§ 2 - Begriffsbestimmungen	11.06.2011
§ 3 - Geltungsbereich	11.06.2011
Abschnitt 2 - Patientenrechte	11.06.2011
§ 4 - Aufnahme und Versorgung	11.06.2011
§ 5 - Soziale Betreuung	11.06.2011
§ 6 - Dienstbereitschaft und Zusammenarbeit	26.05.2018
§ 7 - Qualitätsmanagement	11.06.2011
§ 8 - Krankenhausaufsicht, Statistik	11.06.2011
Abschnitt 3 - Krankenhaus- und Investitionsplanung	11.06.2011
§ 9 - Krankenhausplanung	26.05.2018
§ 10 - Beteiligte, unmittelbar Beteiligte	11.06.2011

Titel	Gültig ab
§ 11 - Finanzierung, Grundsatz	11.06.2011
§ 12 - Investitionsprogramm	11.06.2011
§ 13 - Einzelförderung von Investitionen	11.06.2011
§ 14 - Umfang der Einzelförderung	11.06.2011
§ 15 - Pauschalförderung	11.06.2011
§ 16 - Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten sowie von Grundstückskosten	11.06.2011
§ 17 - Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen	11.06.2011
§ 18 - Ausgleich für Eigenmittel	11.06.2011
§ 19 - Förderung bei Schließung oder Umstellung	11.06.2011
§ 20 - Förderung der Nutzung von Anlagegütern	11.06.2011
§ 21 - Nebenbestimmungen, Rückforderung	11.06.2011
§ 22 - Verwendungsnachweis	11.06.2011
§ 23 - Widerruf von Bescheiden, Verzinsung des Erstattungsanspruchs	11.06.2011
§ 24 - Aufbringung der Mittel	11.06.2011
Abschnitt 4 - Innere Strukturen der Krankenhäuser	11.06.2011
§ 25 - Krankenhausleitung	11.06.2011
§ 26 - Medizinische Organisation	11.06.2011
§ 27 - Abgaben aus Liquidationserlösen	11.06.2011
Abschnitt 5 - Ausbildungsstätten	11.06.2011
§ 28 - Staatliche Anerkennung, Finanzierung	11.06.2011
Abschnitt 6 - Katastrophenschutz, Krankenhaushygiene	11.06.2011
§ 29 - Brand- und Katastrophenschutz	11.06.2011
§ 30 - Krankenhaushygiene	11.06.2011
§ 31 - Arzneimittelkommission	11.06.2011
Abschnitt 7 - Patientendatenschutz	11.06.2011
§ 32 - Anwendungsbereich und Begriffsbestimmungen	25.05.2018
§ 33 - Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung	25.05.2018
§ 34 - Weitere Verarbeitung von Daten	30.07.2024
§ 35 - Einschränkung des Rechts auf Auskunft der betroffenen Person	25.05.2018
§ 36 - Löschung und Sperrung von Daten	25.05.2018

Titel	Gültig ab
§ 37 - Speicherung und Bereitstellung von personenbezogenen Daten zu Forschungszwecken im eigenen Krankenhaus, Widerspruchsrecht	30.07.2024
§ 37a - Datenübermittlung zu Forschungszwecken an Stellen außerhalb des Krankenhauses und gemeinsame Forschung	30.07.2024
§ 37b - Treuhandstelle	30.07.2024
§ 37c - Veröffentlichung von personenbezogenen Daten	30.07.2024
§ 37d - Verarbeitung von personenbezogenen Daten bei Verfahren des maschinellen Lernens (künstliche Intelligenz)	30.07.2024
§ 38 - Datenverarbeitung im Auftrag	25.05.2018
§ 39 - Ordnungswidrigkeiten	30.07.2024
Abschnitt 8	11.06.2011
§ 40 - Übergangsbestimmungen	11.06.2011
§ 41 - Inkrafttreten, Außerkrafttreten	11.06.2011

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1
Allgemeine Bestimmungen, Krankenhausversorgung

§ 1 Grundsätze
§ 2 Begriffsbestimmungen
§ 3 Geltungsbereich

Abschnitt 2
Patientenrechte

§ 4 Aufnahme und Versorgung
§ 5 Soziale Betreuung
§ 6 Dienstbereitschaft und Zusammenarbeit
§ 7 Qualitätsmanagement
§ 8 Krankenhausaufsicht, Statistik

Abschnitt 3
Krankenhaus- und Investitionsplanung

§ 9 Krankenhausplanung
§ 10 Beteiligte, unmittelbar Beteiligte
§ 11 Finanzierung, Grundsatz
§ 12 Investitionsprogramm
§ 13 Einzelförderung von Investitionen
§ 14 Umfang der Einzelförderung
§ 15 Pauschalförderung
§ 16 Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten sowie von Grundstückskosten

§ 17	Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen
§ 18	Ausgleich für Eigenmittel
§ 19	Förderung bei Schließung oder Umstellung
§ 20	Förderung der Nutzung von Anlagegütern
§ 21	Nebenbestimmungen, Rückforderung
§ 22	Verwendungsnachweis
§ 23	Widerruf von Bescheiden, Verzinsung des Erstattungsanspruchs
§ 24	Aufbringung der Mittel
Abschnitt 4 Innere Struktur der Kranken-häuser	
§ 25	Krankenhausleitung
§ 26	Medizinische Organisation
§ 27	Abgaben aus Liquidationserlösen
Abschnitt 5 Ausbildungsstätten	
§ 28	Staatliche Anerkennung, Finanzierung
Abschnitt 6 Katastrophenschutz, Kranken-haushygiene	
§ 29	Brand- und Katastrophenschutz
§ 30	Krankenhaushygiene
§ 31	Arzneimittelkommission
Abschnitt 7 Patientendatenschutz	
§ 32	Anwendungsbereich und Begriffsbestimmungen
§ 33	Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung
§ 34	Weitere Verarbeitung von Daten
§ 35	Einschränkung des Rechts auf Auskunft der betroffenen Person
§ 36	Löschung und Sperrung von Daten
§ 37	Speicherung und Bereitstellung von personenbezogenen Daten zu Forschungszwecken im eigenen Krankenhaus, Widerspruchs-recht
§ 37a	Datenübermittlung zu Forschungszwecken an Stellen außerhalb des Krankenhauses und gemeinsame Forschung
§ 37b	Treuhandstelle
§ 37c	Veröffentlichung von personenbezogenen Daten
§ 37d	Verarbeitung von personenbezogenen Daten bei Verfahren des maschinellen Lernens (künstliche Intelligenz)
§ 38	Datenverarbeitung im Auftrag
§ 39	Ordnungswidrigkeiten
Abschnitt 8	
§ 40	Übergangsbestimmungen
§ 41	Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Abschnitt 1
Allgemeine Bestimmungen, Krankenhausversorgung

§ 1
Grundsätze

(1) Ziel dieses Gesetzes ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen sowie zu sozial tragbaren Entgelten beizutragen. Das Gesetz soll außerdem die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten fördern.

(2) Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte. Bei der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen handelt es sich um eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse. Krankenhausträger sind in der Regel freigemeinnützige, kommunale oder private Träger und das Land sowie die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, rechtsfähigen Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts. Falls sich kein anderer geeigneter Träger findet, sind die Landkreise und kreisfreien Städte verpflichtet, Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben. Sie nehmen diese Aufgabe als Selbstverwaltungsaufgabe wahr.

(3) Gemeinden und Landkreise können Krankenhäuser

1. als Eigenbetriebe oder

2. in der Rechtsform des privaten Rechts nach Maßgabe der entsprechenden Vorschriften der Kommunalverfassung in Verbindung mit der Eigenbetriebsverordnung vom 25. Februar 2008 (GVOBl. M-V S. 71)

führen oder sich daran beteiligen.

(4) Für das Verfahren bei den Behörden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, der Bundespflegesatzverordnung , dem Krankenhausentgeltgesetz und nach diesem Gesetz werden keine Gebühren und Auslagen erhoben. Hiervon unberührt bleibt das Verfahren bei der Schiedsstelle nach § 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz.

§ 2
Begriffsbestimmungen

(1) Krankenhausträger im Sinne dieses Gesetzes ist, wer ein Krankenhaus im Sinne des § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist, betreibt. Ein in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus muss räumlich, personell und organisatorisch eigenständig sein. Es hat seinen Versorgungsauftrag nach dem Krankenhausplan vollständig zu erfüllen. Eine Mehrfachträgerschaft ist zur Gewährleistung der Trägervielfalt auf zwei Krankenhäuser begrenzt. Sie kann durch Zustimmung des für Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums in begründeten Ausnahmefällen überschritten werden.

(2) Fallen Betreiber und Eigentümer des Krankenhauses personell auseinander, ist dies dem für Gesundheitswesen zuständigen Ministerium gegenüber anzuzeigen. Die Trägerschaft besteht dann gemeinschaftlich. Die Fördermittel werden gegenüber dem gemeinschaftlichen Träger bewilligt. Die Aus-

zahlung der Mittel erfolgt an denjenigen, der von dem gemeinschaftlichen Träger dafür benannt wird. Jede Änderung diesbezüglich ist unverzüglich anzuzeigen.

(3) Krankenhäuser müssen wirtschaftlich eigenständige Betriebe sein. Sie sind nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betreiben. Mehrere Betriebsstätten eines Krankenhausträgers bilden zusammen nur dann ein Krankenhaus im Sinne des Gesetzes, wenn die Betriebsstätten organisatorisch und wirtschaftlich sowie fachlich eine Einheit bilden. Das Krankenhaus im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird einheitlich unter Nennung der einzelnen Betriebsstätten in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen. Eine nachträgliche Änderung der Zuweisung von Fachabteilungen an den Betriebsstätten darf nicht den Voraussetzungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder der bedarfsgerechten Versorgung der Patientinnen und der Patienten zuwiderlaufen und ist dem für Gesundheitswesen zuständigen Ministerium mit zeitlichem Vorlauf von drei Monaten anzuzeigen.

§ 3
Geltungsbereich

(1) Das Gesetz gilt für alle Krankenhäuser im Land Mecklenburg-Vorpommern, die der allgemeinen akut stationären, teilstationären oder tagesklinischen Versorgung dienen, soweit nichts anderes bestimmt ist. Der dritte Abschnitt gilt nur für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen worden sind.

(2) Dieses Gesetz gilt mit Ausnahme der §§ 11 bis 14, 16 bis 20 und 25 bis 27 auch für die Krankenhäuser der Körperschaften, rechtsfähigen Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts, die der Aufsicht des Landes unterstehen und die Universitätsklinika sind.

(3) Für Krankenhäuser, die von Kirchen, Religionsgemeinschaften oder ihnen zugeordneten Einrichtungen ohne Rücksicht auf deren Rechtsform betrieben werden, finden die Vorschriften des Vierten Abschnitts keine Anwendung.

(4) Für Krankenhäuser im Straf- und Maßregelvollzug gelten die §§ 25, 26 und 29 bis 39.

(5) Für Privatkrankenanstalten der akut stationären Versorgung im Sinne des § 30 der Gewerbeordnung, die nicht in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind, gelten § 4 Absatz 3 und 4 sowie die §§ 8, 26, 29, 30, 32 bis 39 entsprechend.

Abschnitt 2
Patientenrechte

§ 4
Aufnahme und Versorgung

(1) Wer der stationären oder teilstationären Behandlung bedarf, hat Anspruch auf Aufnahme in ein Krankenhaus. Durch die Aufnahme erlangt die Patientin oder der Patient Anspruch auf eine angemessene Behandlung ohne Rücksicht auf die jeweilige wirtschaftliche Leistungsfähigkeit oder soziale Stellung. Die Patientin oder der Patient ist berechtigt, jederzeit die über ihn erfassten Daten vollständig einzusehen und auf Wunsch gegen ein angemessenes Entgelt Kopien zu erhalten.

(2) Der Krankenhausträger ist seinem Versorgungsauftrag entsprechend zur Aufnahme von kranken Personen verpflichtet. Ist das Krankenhaus belegt, so hat es eine kranke Person einstweilen aufzunehmen, soweit die sofortige Aufnahme notwendig und nicht durch ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist. Der Krankenhausträger hat für eine notwendige Verlegung Sorge zu tragen. Weitergehende Pflichten zur Hilfe in Notfällen bleiben unberührt.

(3) Den besonderen Bedürfnissen kranker Kinder und Jugendlicher ist in Abstimmung mit den Personensorgeberechtigten Rechnung zu tragen. Dies muss sich auch auf die Besuchszeiten beziehen. Der Krankenhausträger bietet bei Kindern, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, an, eine Begleitperson aufzunehmen und arbeitet mit den Schulbehörden für die Durchführung eines Krankenhausunterrichts zusammen.

(4) Den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen ist Rechnung zu tragen. Der Krankenhausträger soll eine Begleitperson auf Wunsch der Patientin oder des Patienten aufnehmen (Assistenzpflegekräfte).

(5) Frauen, die entbunden haben, sind auf Angebote der Wochenpflege und Beratungsangebote hinzuweisen. Bei erkennbarem Hilfebedarf ist das Jugendamt unverzüglich zu informieren. Krankenhausträger sollen mit Familienhebammen zusammenarbeiten oder können eigene Familienhebammen vorhalten.

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

(7) Betten für Patientinnen und Patienten, die gesondert berechenbare Wahlleistungen mit dem Krankenhaus vereinbaren, sind in die jeweiligen Stationen einzugliedern.

§ 5
Soziale Betreuung

(1) Der Krankenhausträger stellt die soziale Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten durch geeignete Fachkräfte sicher (Sozialdienst im Krankenhaus). Im Interesse der Patientinnen und Patienten unterstützt der Krankenhausträger die Selbsthilfe im Gesundheitswesen sowie ehrenamtliche Patientendienste und arbeitet mit diesen zusammen.
Die Krankenhausseelsorge sowie die Seelsorge von Religionsgemeinschaften bleiben unangetastet. Zur seelsorgerlichen Betreuung zählen auch Gottesdienste und religiöse Veranstaltungen. Hierfür stellt der Krankenhausträger angemessene Räumlichkeiten zur Verfügung.

(2) Der Sozialdienst im Krankenhaus hat die Aufgabe, Patientinnen und Patienten auf deren Wunsch in sozialen Fragen zu beraten und ihnen Hilfe anzubieten. Er unterstützt in enger Abstimmung mit den jeweiligen Kostenträgern insbesondere bei Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen, bei der Nachsorge, Pflege und der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen und ergänzt damit die ärztliche und pflegerische Versorgung im Krankenhaus. Die Entscheidungsfreiheit der Patientin und des Patienten ist dabei zu beachten. Der Sozialdienst kann vorsorglich tätig werden bei offenkundiger Hilflosigkeit oder mangelnder Einsichtsfähigkeit der Patientinnen und Patienten. Rechte und Pflichten anderer Sozialdienste bleiben hiervon unberührt.

(3) Den besonderen Bedürfnissen geriatrischer Patientinnen und Patienten ist Rechnung zu tragen. Dies muss sich auch auf die Besuchszeiten beziehen. Begleitpersonen sind auf Wunsch der Patientin oder des Patienten soweit wie möglich in das Krankenhaus aufzunehmen.

(4) Sterbende Patientinnen und Patienten haben in besonderem Maße einen Anspruch auf eine ihrer Würde entsprechenden Behandlung. Begleitpersonen sind auf Wunsch der Patientin oder des Patienten soweit wie möglich in das Krankenhaus aufzunehmen. Sofern die Patientinnen oder Patienten und

ihre Angehörigen eine Behandlung und Pflege zu Hause wünschen, soll eine Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgen. Die erforderlichen ambulanten Dienste sollen vom Krankenhaus vermittelt werden.

§ 6
Dienstbereitschaft und Zusammenarbeit

(1) Die Krankenhausträger haben eine ihrer Aufgabenstellung entsprechende Dienst- und Aufnahmebereitschaft sicherzustellen, insbesondere ist die rechtzeitige ärztliche Hilfeleistung zu gewährleisten.

(2) Die Krankenhausträger arbeiten auf der Grundlage dieses Gesetzes und des Krankenhausplanes entsprechend ihrer Aufgabenstellung miteinander, mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens einschließlich der Pflegestützpunkte, dem Rettungsdienst, den Katastrophenschutzbehörden, den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zusammen. Die Krankenhausträger stellen durch geeignete Vorkehrungen, insbesondere durch die Erstellung und Fortschreibung von Alarm- und Einsatzplänen sicher, dass auch bei einem Massenanfall von Verletzten oder Betroffenen eine ordnungsgemäße Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Möglichkeiten gewährleistet werden kann. Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium ist berechtigt, sich die Pläne vorlegen zu lassen. Der Zusammenschluss von Leistungserbringern auf dem Gebiet des Gesundheits- und Sozialwesens einschließlich der Pflegestützpunkte ist zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualitätssicherung zulässig, soweit nicht die Abläufe des Krankenhausbetriebes beeinträchtigt werden.

(3) Zur Sicherung der Zusammenarbeit sollen die Krankenhausträger mit den anderen Beteiligten des Absatzes 2 Satz 1 Vereinbarungen schließen.

(4) Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens einschließlich der Pflegestützpunkte dient der Sicherung einer durchgehenden Versorgung der Patientinnen und Patienten. Der Krankenhausträger hat bei Entlassung der Patientinnen und Patienten insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass durch Übersendung von Unterlagen der diagnostische Aufwand der ärztlichen Weiterbehandlung verringert wird und eine kontinuierliche und den Erfordernissen der Wirtschaftlichkeit entsprechende Behandlung gesichert ist. Durch Einbezug der Pflegestützpunkte im Rahmen des Entlassmanagements bei Menschen mit fortdauerndem Pflegebedarf gewährleistet der Krankenhausträger einen reibungslosen Übergang bei den Zuständigkeiten hinsichtlich der Betreuung und Versorgung der Patientinnen und Patienten.

§ 7
Qualitätsmanagement

(1) Der Krankenhausträger trifft Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch eine organisatorisch konkret benannte Stelle, die mit allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe eng zusammenarbeiten soll. Den Patientinnen und Patienten ist unbenommen, weitere Beschwerden zu führen.

(2) Die Krankenhausträger führen eine interne Qualitätssicherung im Sinne des § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich Obduktionen durch. Sie sind verpflichtet, an externen qualitätssichernden Maßnahmen teilzunehmen. Das Nähere ist in den Verträgen nach den §§ 109, 112 und 115 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt.

(3) Die Krankenhausträger wirken an der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe mit.

§ 8

Krankenhausaufsicht, Statistik

(1) Der gesamte Krankenhausbetrieb unterliegt der Krankenhausaufsicht. Die Vorschriften über die Rechtsaufsicht über die Landkreise und kreisfreien Städte bleiben unberührt.

(2) Die Krankenhausaufsicht erstreckt sich auf die Einhaltung der krankenhausrechtlichen Vorschriften. Aufsichtsbehörde ist, soweit in Rechtsvorschriften nicht etwas anderes bestimmt ist,

1. hinsichtlich der §§ 4 bis 6 Absatz 1 und § 29 sowie der darauf gestützten Rechtsverordnungen das Gesundheitsamt,

2. hinsichtlich des § 30, der darauf gestützten Rechtsverordnungen und der sonstigen Vorschriften über die Krankenhaushygiene das Landesamt für Gesundheit und Soziales,

3. hinsichtlich der Krankenhäuser nach § 3 Absatz 2 das für Bildung, Wissenschaft und Kultur zuständige Ministerium und hinsichtlich der übrigen Krankenhäuser das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium.

Das Gesundheitsamt ist an Besichtigungen durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales zu beteiligen.

(3) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, der Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Krankenhausaufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Bei dringender Gefahr für die Krankenhaushygiene ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

(4) Krankenhausträger sind verpflichtet, dem für Gesundheitswesen zuständigen Ministerium die für die Durchführung dieses Gesetzes erforderlichen Auskünfte in anonymisierter Form zu erteilen. Diese Daten dürfen nur für verwaltungsinterne Zwecke genutzt, den Gesundheitsbehörden nur für verwaltungsinterne Zwecke sowie den an der Krankenhausplanung Beteiligten, soweit dies im Rahmen der Krankenhaus- und Investitionsplanung erforderlich ist, übermittelt werden. Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung Form, Inhalt und Zeitpunkt der Auskünfte festzulegen.

Abschnitt 3
Krankenhaus- und Investitionsplanung

§ 9
Krankenhausplanung

(1) Zur Verwirklichung der in den §§ 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Ziele stellt das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium für das Land einen Krankenhausplan als Rahmenplan auf und schreibt ihn regelmäßig entsprechend der tatsächlichen Bedarfsentwicklung fort. Die Ziele und die Grundsätze der Raumentwicklung sind zu beachten. Insbesondere sind die Qualität und Sicherstellung der Versorgung zu beachten. § 6 Absatz 1a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes findet keine Anwendung. Bei Krankenhäusern nach § 3 Absatz 2 sind die besonderen Belange von Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Der Krankenhausplan kann Einzelregelungen zur medizinischen Fachplanung enthalten. Diese Planungen sind dann Bestandteil des Krankenhausplanes. Er wird in der aktuellen Fassung im Internet öffentlich zugänglich gemacht.

(2) Entscheidungen über die Aufnahme in den und das Ausscheiden aus dem Krankenhausplan werden durch schriftlichen Bescheid gegenüber dem Krankenhausträger festgestellt. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Die Anfechtungsklage eines Dritten gegen den Bescheid nach Satz 1 hat keine aufschiebende Wirkung. Die Änderung eines Feststellungsbescheides durch gerichtliche Entscheidung zieht unmittelbar die entsprechende Änderung des Krankenhausplanes nach sich.

(3) Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist Voraussetzung für die Förderung nach dem dritten Abschnitt. Der Krankenhausplan enthält allgemeine Zielsetzungen.

(4) Der Krankenhausplan wird von dem für Gesundheitswesen zuständigen Ministerium unter Beteiligung der an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten erstellt. Sofern im Einvernehmen mit den Krankenhausträgern nicht bettenführende Angebote aufgegeben oder Gesamtbettenreduzierungen vorgenommen werden, muss der Änderung des Feststellungsbescheides grundsätzlich kein Anhörungsverfahren vorausgehen.

(5) Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann ein Krankenhaus zur Bereitstellung von Bettenkapazitäten bei einem Massenanfall von Patientinnen und Patienten verpflichten.

(6) Rehabilitationskliniken können von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium im Einvernehmen mit dem für Brand- und Katastrophenschutz und Rettungsdienst zuständigen Ministerium im Rahmen von Katastrophen oder Großschadensereignissen verpflichtet werden, Patientinnen und Patienten zur Behandlung oder zur Isolierung im Rahmen ihrer Möglichkeiten stationär aufzunehmen. Sie gelten für die Dauer und den Umfang ihrer Inanspruchnahme als in den Krankenhausplan aufgenommen.

(7) Die Einzelfestsetzungen für jedes Krankenhaus umfassen mindestens die Fachabteilungen und die Gesamtzahl der Planbetten. Darüber hinaus kann auch die Zahl der Planbetten je Fachabteilung, die Zuweisung besonderer Aufgaben sowie die Zusammenarbeit mehrerer Krankenhäuser festgelegt werden. Der Krankenhausplan hat insbesondere den Anforderungen an eine ortsnahe Notfallversorgung Rechnung zu tragen und weist die teilnehmenden Krankenhäuser entsprechend aus.

(8) Der Krankenhausplan weist auch die Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der förderfähigen Ausbildungsplätze aus. Im Krankenhausplan ist nachrichtlich anzugeben, für welche Gebiete und Schwerpunkte ein Krankenhaus als Weiterbildungsstätte zugelassen ist.

(9) Wird ein in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus von einem anderen Träger übernommen, so tritt dieser in die Rechte und Pflichten des bisherigen Trägers ein. Dies ist dem für Gesundheitswesen zuständigen Ministerium mitzuteilen.

§ 10
Beteiligte, unmittelbar Beteiligte

Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium arbeitet mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten bei der Durchführung dieses Gesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eng zusammen. Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung des Investitionsprogramms ist das Einvernehmen mit den unmittelbar an der Krankenhausplanung Beteiligten anzustreben. Unmittelbar Beteiligte sind die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen, der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung, die Krankenhausgesellschaft des Landes und die kommunalen Landesverbände. Artikel 14 Absatz 2 Satz 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), das zuletzt durch Artikel 205 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl.

I S. 2304, 2330) geändert worden ist, bleibt unberührt. Beteiligte ist daneben die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

§ 11
Finanzierung, Grundsatz

(1) Die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser werden nach den Vorschriften dieses Abschnitts und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium gefördert.

(2) Die Fördermittel sind nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dieses Gesetzes so zu bemessen, dass sie die förderfähigen und unter Beachtung des Versorgungsauftrages des jeweiligen Krankenhauses notwendigen Investitionskosten nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit decken.

§ 12
Investitionsprogramm

(1) Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium stellt auf der Grundlage des Krankenhausplanes unter Berücksichtigung der Aufgabenstellung des Krankenhauses, des Bedarfs und des Haushalts jährlich ein Investitionsprogramm für Investitionsvorhaben nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf. Bei der Aufstellung des Investitionsprogramms sind die Bedarfsnotwendigkeit, die Dringlichkeit der Maßnahme und die Folgekosten zu berücksichtigen. Ein Anspruch auf Aufnahme in das Investitionsprogramm besteht nicht.

(2) Das Investitionsprogramm enthält diejenigen Investitionsvorhaben, über deren Förderung im betreffenden Jahreszeitraum entschieden werden soll, sowie den voraussichtlichen Finanzbedarf. Es wird entsprechend der Finanzplanung jährlich fortgeschrieben.

§ 13
Einzelförderung von Investitionen

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

1. für die Errichtung (Neubau, Erweiterungsbau, Umbau) von Krankenhäusern einschließlich der Erstausstattung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern, sofern die Investition in das Investitionsprogramm aufgenommen wurde,

2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer üblichen durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,

3. für die Ergänzung von Anlagegütern, die über die übliche Anpassung im Sinne von Absatz 2 wesentlich hinausgeht,

4. für die nicht zur Instandhaltung gehörenden Maßnahmen, durch die ein Anlagegut, ausgenommen ein Gebrauchsgut, in seiner Substanz vermehrt, in seinem Wesen erheblich verändert oder über seinen bisherigen Zustand hinaus deutlich verbessert wird oder durch die seine Nutzungsdauer wesentlich verlängert wird (Verbesserung).

Eine Einzelförderung entfällt für Investitionskosten, die nach § 15 pauschal gefördert werden.

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

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

(4) Die Förderung erfolgt in der Regel durch Festbetragsfinanzierung. Diese kann aufgrund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden. Die Festbetragsförderung bedarf der Zustimmung des Krankenhausträgers. Sie soll Anreize setzen, die Investition sparsam zu verwirklichen. Deshalb sollen grundsätzlich Einsparungen, die nicht zur Erreichung des Förderzwecks benötigt werden, den pauschalen Fördermitteln nach § 15 für dieses Krankenhaus zugeführt werden, Kostenerhöhungen sind dagegen vom Krankenhausträger zu tragen. Das Nähere ist in der Bewilligung festzulegen.

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

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

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

§ 14
Umfang der Einzelförderung

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

(2) Förderfähig sind nur die entstehenden und nachzuweisenden Kosten der bewilligten Investition, die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigt und für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patientinnen und der Patienten im Krankenhaus notwendig sind. Bei Errichtungsmaßnahmen (§ 13) sind vorhandene Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens zu übernehmen, soweit dies wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

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

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

§ 15[1)]
Pauschalförderung

(1) Durch pauschale jährliche Beträge werden gefördert

1. die Wiederbeschaffung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, ausgenommen Verbrauchs- und Gebrauchsgüter, mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),

2. sonstige nach § 13 förderungsfähige Investitionen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den Betrag von 100 000 Euro (Kostengrenze) ohne Mehrwertsteuer nicht übersteigen. Diese Grenze kann im Einzelfall mit Genehmigung des für Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums überschritten werden.

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

(3) Die Pauschalfördermittel werden auf Antrag jährlich bewilligt. Für die folgenden Jahre bedarf es keines erneuten Antrags. Antragsrelevante Änderungen sind seitens des Krankenhauses mitzuteilen. Die Pauschalfördermittel werden im Mai und September ausgezahlt. Zinserträge aus dem Vorjahr sind den Pauschalfördermitteln zuzuführen.

(4) Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, das rechnerische Verfahren sowie den Zuschlag für Ausbildungsplätze durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Finanzministerium zu bestimmen. Die Bemessungsgrundlagen und die Höhe der jeweiligen errechneten Jahrespauschale nach Absatz 1 werden durch Erlass im Amtsblatt für Mecklenburg-Vorpommern bekannt gegeben.
Krankenhäuser nach § 3 Absatz 2 erhalten einen prozentualen Anteil des jeweiligen Haushaltsansatzes in Höhe von 3,687 Prozent, davon

- 2,369 Prozent die Universitätsklinik Rostock,

- 1,318 Prozent die Universitätsklinik Greifswald.

(5) Die Pauschalfördermittel dürfen nur im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses nach dem Krankenhausplan verwendet werden. Nicht verwendete Pauschalfördermittel werden den Pauschalfördermitteln des Krankenhauses für das Folgejahr zugeführt.

(6) Bei wesentlich abweichendem Bedarf kann ein anderer Pauschalbetrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Krankenhausplan notwendig oder ausreichend ist. Dabei ist das Wesen der Pauschalförderung zu berücksichtigen. Erträge, die das Krankenhaus aus einer Nutzung geförderter kurzfris-

tiger Anlagegüter erzielen kann, sowie Zinserträge aus noch nicht zweckentsprechend verwendeten Pauschalfördermitteln, sind zu berücksichtigen.

Fußnoten

1) § 15 Abs. 3, 4 und 6 treten gemäß § 41 Satz 2 am 1. Januar 2012 in Kraft.

§ 16
Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten sowie von Grundstückskosten

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

1. Anlaufkosten,

2. Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen, insbesondere auf andere soziale Aufgaben,

3. Kosten von Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken,

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

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

§ 17
Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen

(1) Hat ein Krankenhausträger vor Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für vor diesem Zeitpunkt festgestellte förderfähige Investitionen Darlehensmittel eingesetzt, so werden auf Antrag die vom Aufnahmezeitpunkt an entstehenden Schuldendienstlasten gefördert. Investitionskosten werden nur berücksichtigt, soweit sie den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen.

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

(3) Überschreiten die Abschreibungen der Investitionskosten nach Absatz 1 während des Förderungszeitraums die geförderten Tilgungsbeträge, so sind dem Krankenhausträger bei Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan auf Antrag Fördermittel in Höhe des Unterschiedsbetrages zu bewilligen; sind die Abschreibungen niedriger als die Tilgungsbeträge, so muss der Krankenhausträger den Unterschiedsbetrag zurückzahlen. Abschreibungsbeträge, die anteilig auf Investitionskos-

ten entfallen, die nicht mit den nach Absatz 1 geförderten Darlehen finanziert wurden, werden nicht berücksichtigt. Für diese Rückforderung gilt § 21 entsprechend.

§ 18
Ausgleich für Eigenmittel

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

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

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

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

§ 19
Förderung bei Schließung oder Umstellung

(1) Krankenhäuser, die aufgrund einer Entscheidung des für Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums aus dem Krankenhausplan ausscheiden, erhalten auf Antrag Ausgleichszahlungen, soweit diese erforderlich sind, um die Einstellung des Krankenhausbetriebes oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.

(2) Ausgleichszahlungen sollen finanzielle Härten für den Krankenhausträger vermeiden, die ansonsten mit der Schließung oder Umstellung verbunden wären. Sie sind insbesondere zu bewilligen für:

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,

2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Schließung entstehen,

3. Investitionen zur Umstellung auf andere, vor allem soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden,

4. Betriebsverluste, soweit sie wegen der Einstellung des Krankenhausbetriebes unvermeidlich waren.

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

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

(5) Die Ausgleichszahlungen können pauschal geleistet werden.

§ 20
Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) Anstelle der Einzelförderung von Investitionen nach § 13 können auf Antrag Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern gefördert werden, wenn das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium der Nutzungsvereinbarung vor ihrem vertraglichen Abschluss zugestimmt hat. Die Zustimmung zur Nutzungsvereinbarung darf nur erteilt werden, wenn

1. für das Nutzungsverhältnis wichtige Gründe vorliegen,

2. Nutzung und Nutzungsentgelt anstelle einer Errichtung oder Beschaffung wirtschaftlich sind und

3. für die Förderung Haushaltsmittel bereitstehen.

Die Bewilligung von Fördermitteln kann zeitlich begrenzt werden.

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

(3) Pauschalfördermittel nach § 15 dürfen zu dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Zweck verwendet werden, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird.

§ 21
Nebenbestimmungen, Rückforderung

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

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

(3) Der Krankenhausträger ist unbeschadet sonstiger gesetzlicher Vorschriften verpflichtet, das förderfähige Anlagevermögen in betriebsüblichem Umfang gegen Risiken zu versichern. Bei Einzelförde-

rung entfällt ein Förderanspruch, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden oder eine Investitionsmaßnahme durch schuldhaft unterlassene Wartung und Instandhaltung notwendig geworden ist. Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den Pauschalfördermitteln zuzuführen, soweit sie nicht nach Satz 2 für die Erstausstattung einzusetzen sind. Unterbleibt die Versicherung, so ist das Krankenhaus im Schadensfalle zu behandeln, als wenn es versichert gewesen wäre.

(4) Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann von dem Krankenhausträger verlangen, dass er für einen möglichen Rückerstattungsanspruch in geeigneter Weise Sicherheit leistet, in der Regel durch die Bestellung von Grundpfandrechten. Die notwendigen Kosten der Absicherung werden in die Förderung einbezogen.

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

(6) Von einer Rückforderung nach Absatz 5 kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem für Gesundheitswesen zuständigen Ministerium aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Liegt das Ausscheiden des Krankenhauses nach Absatz 6 im krankenhausplanerischen Interesse, ist von einer Rückforderung abzusehen, wenn und soweit

1. krankenhausspezifische bauliche Investitionen in den Krankenhausgebäuden zu keiner Steigerung des Gebäudewertes für Nachfolgenutzungen geführt haben und auch nicht entsprechend ihrer ursprünglichen oder einer ähnlichen Zweckbestimmung weiter verwendbar sind oder

2. umsetzbare Anlagegüter anderweitig für die stationäre Akutversorgung eingesetzt werden können.

Erträge aus einer Verwertung der geförderten Anlagegüter sowie nicht zweckentsprechend verwendete Pauschalfördermittel sind jedoch zu erstatten. Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.

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

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

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

1. geförderte bewegliche oder unbewegliche Anlagegüter, die nicht unmittelbar dem Betrieb von bettenführenden Abteilungen des Krankenhauses zuzuordnen sind, aus fachlichen oder wirt-

schaftlichen Gründen mit Einverständnis des für Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums aus dem Krankenhausbetrieb ausgegliedert werden oder

2. die geförderten Anlagegüter weiterhin überwiegend für die stationäre Krankenhausversorgung genutzt werden oder

3. die Erträge aus der Nutzung oder Veräußerung der geförderten Anlagen den Pauschalfördermitteln des Krankenhauses zugeführt werden. Das Krankenhaus hat darüber Nachweis zu führen.

(10) Fördermittel sind ganz oder teilweise zurückzufordern,

1. wenn sie nicht dem Förderzweck entsprechend oder entgegen den Nebenbestimmungen des Bewilligungsbescheids verwendet worden sind. Eine nicht zweckentsprechende Verwendung der Mittel liegt auch vor, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt;

2. soweit damit finanzierte Anlagegüter sicherungsübereignet worden sind,

3. wenn nach der Gewährung von Leistungen nach § 19 der Krankenhausbetrieb nicht eingestellt oder nicht umgestellt wird,

4. wenn die allgemein geltenden vergaberechtlichen Vorgaben bei Bau- und anderen Leistungen nicht eingehalten wurden.

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

(12) Ein Erstattungsanspruch nach den Absätzen 5 und 6 entfällt, wenn der Ausgleichsanspruch für Eigenmittel nach § 18 Absatz 3 um den Restnutzungswert geförderter Anlagegüter vermindert wird.

§ 22
Verwendungsnachweis

(1) Die geförderten Krankenhäuser haben dem für Gesundheitswesen zuständigen Ministerium jährlich einen Verwendungsnachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Pauschalfördermittel nach § 15 vorzulegen.

(2) Die Verwendung der Fördermittel, die nach den §§ 13, 14, 16 bis 20 einzeln bewilligt worden sind, ist nach Kosten und Leistungen für jede Investitionsmaßnahme einzeln, spätestens sechs Monate nach Abnahme der wesentlichen Bauleistungen, nachzuweisen. Soweit sich die Förderung einer Maßnahme über mehrere Kalenderjahre erstreckt, ist im Verwendungsnachweis jährlich ein Zwischenbericht entsprechend Satz 1 zu geben.

(3) Die Verwendung der Fördermittel nach den §§ 13 bis 20 ist nach Verwendungsarten gegliedert insgesamt nachzuweisen. Insoweit kann der Verwendungsnachweis im Falle des § 13 Absatz 4 auch durch die Vorlage eines Abschlussberichts, in dem die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel bestätigt wird, ersetzt werden. Bei der Festbetragsförderung erfolgt daneben eine in das Einzelne gehende Prüfung des abschließenden Nachweises der Verwendung von Fördermitteln regelmäßig als

Stichprobe oder soweit hierfür besondere Gründe vorliegen. Eine Plausibilitätsprüfung, die aus baufachlicher Sicht die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel untersucht, hat zu erfolgen.

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

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

§ 23
Widerruf von Bescheiden, Verzinsung des Erstattungsanspruchs

Für den Widerruf eines Bewilligungsbescheides, die Erstattung und die Verzinsung der Fördermittel gelten das Landesverwaltungsverfahrensgesetz sowie die Landeshaushaltsordnung Mecklenburg-Vorpommern und die dazu gehörigen Verwaltungsvorschriften.

§ 24
Aufbringung der Mittel

(1) Von den Kosten der Krankenhausförderung nach diesem Gesetz tragen das Land 60 Prozent und die Landkreise und kreisfreien Städte 40 Prozent entsprechend den Festsetzungen des Haushaltsplanes. Satz 1 gilt nach Abzug der im Haushaltsplan festgesetzten Benutzerbeiträge nach Artikel 14 Absatz 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes entsprechend für die nach Artikel 14 Absatz 2 Satz 2 des Gesundheitsstrukturgesetzes von den Ländern aufzubringenden Mittel der zusätzlichen Investitionsprogramme.

(2) Der Beitrag der Landkreise und kreisfreien Städte berechnet sich nach den vom Statistischen Landesamt zum 31. Dezember des jeweils vorvergangenen Jahres fortgeschriebenen Einwohnerzahlen.

(3) Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium bestimmt das Verfahren zur Verteilung der von den Landkreisen und kreisfreien Städten aufzubringenden Mittel. Dabei kann mit Zustimmung der kommunalen Landesverbände auch ein von Absatz 2 abweichender Verteilungsschlüssel bestimmt werden.

(4) Die von den Landkreisen und kreisfreien Städten aufgebrachten Finanzmittel werden als Eigenmittel berücksichtigt, soweit es die Förderung ihrer eigenen Krankenhäuser betrifft.

Abschnitt 4
Innere Strukturen der Krankenhäuser

§ 25
Krankenhausleitung

(1) Die Krankenhausleitung besteht aus einer leitenden Ärztin oder einem leitenden Arzt und den Leiterinnen oder Leitern des Pflegedienstes und des Verwaltungsbereichs. Der Krankenhausträger regelt Aufgaben und Verfahren der Krankenhausleitung sowie die Zuständigkeiten ihrer Mitglieder.

(2) Der Krankenhausleitung obliegt die Betriebsführung des Krankenhauses im Rahmen der Beschlüsse und allgemeinen Richtlinien des Krankenhausträgers. Der Krankenhausträger kann sich einzelne Leitungsaufgaben selbst vorbehalten.

(3) Die Krankenhausleitung ist dem Krankenhausträger gegenüber verantwortlich für die patientengerechte Versorgung, die Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit und die Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses.

§ 26
Medizinische Organisation

(1) Das Krankenhaus ist nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten entsprechend den Vorgaben des Feststellungsbescheides in Fachabteilungen gegliedert.

(2) Für jede Fachabteilung ist eine leitende Ärztin oder ein leitender Arzt zu bestellen, die oder der die Verantwortung für die Untersuchung und Behandlung der Patientinnen und Patienten trägt. Eine Fachabteilung kann auch von einer Belegärztin oder einem Belegarzt geleitet werden, soweit diese nach dem Feststellungsbescheid als Belegabteilung zugelassen ist.

§ 27
Abgaben aus Liquidationserlösen

(1) Der Krankenhausträger ist verpflichtet, aus den Einkünften, die Ärztinnen oder Ärzte des Krankenhauses aus wahlärztlicher Tätigkeit oder persönlicher Ermächtigung erzielen, eine Abgabe zu verlangen, die pauschaliert werden kann. Neben der Erstattung der Kosten, die durch die ärztliche Tätigkeit nach Satz 1 verursacht werden, verlangt der Krankenhausträger einen angemessenen Vorteilsausgleich. Individualvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten gehen dieser Verpflichtung vor.

(2) Werden im stationären Bereich von hierzu berechtigten Ärztinnen oder Ärzten wahlärztliche Leistungen gesondert berechnet, so sind die ärztlichen Kräfte an den hieraus erzielten Einnahmen zu beteiligen. Die Beteiligung soll sich auch auf nichtärztliche wissenschaftliche Kräfte erstrecken. Beamtete ärztliche Kräfte werden an den Einnahmen beteiligt, wenn die Mitarbeit an den wahlärztlichen Leistungen als Nebentätigkeit genehmigt worden ist.

(3) Der Krankenhausträger hat die Beteiligung nach Absatz 2 sicherzustellen und festzulegen. An der Verteilung wirkt das begünstigte Krankenhauspersonal mit. Dabei sind Verantwortung, Leistung, Erfahrung und die Dauer der Zugehörigkeit zum Krankenhaus zu berücksichtigen.

(4) Grundlage für die Feststellung der Mitarbeiterbeteiligung durch den Krankenhausträger sind die Einkünfte aus der wahlärztlichen Tätigkeit, die der ärztlichen Kraft nach Abzug der Abgaben nach Absatz 1 verbleiben. Hiervon steht dem Krankenhauspersonal ein Prozentsatz zu, der mit der Höhe der Einkünfte steigt, jedoch 40 Prozent nicht überschreiten darf. Der Krankenhausträger kann bestimmen, dass eine Pflicht zur Beteiligung des Krankenhauspersonals besteht, soweit die maßgebenden Einkünfte eine Mindesthöhe überschreiten.

Abschnitt 5
Ausbildungsstätten

§ 28
Staatliche Anerkennung, Finanzierung

(1) Die staatliche Anerkennung der Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe a bis l des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird auf Antrag durch die zuständige Behörde erteilt. Dies gilt nicht, soweit es sich um öffentliche Schulen handelt.

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

1. fachlich und pädagogisch geeignete Lehrkräfte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen,

2. die Räumlichkeiten und Einrichtungen den an die Ausbildung zu stellenden Anforderungen entsprechen und die notwendigen Lehr- und Lernmittel vorhanden sind,

3. eine zweckmäßige Ausstattung der Organisation nachgewiesen wird,

4. die Leitung der Ausbildungsstätte einer hierfür besonders geeigneten Person übertragen wird und

5. die Angliederung an oder die Zusammenarbeit mit einem oder mehreren geeigneten Krankenhäusern oder entsprechenden Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Durchführung der berufspraktischen Ausbildungsanteile gewährleistet ist.

(3) Die staatliche Anerkennung kann widerrufen werden, wenn ihre Voraussetzungen nicht vorgelegen haben oder später weggefallen sind.

(4) Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann durch Rechtsverordnung die Mindestvoraussetzungen nach Absatz 2 regeln, insbesondere

1. die Mindestzahl, die Qualifikation und die praktische Berufserfahrung der Lehrkräfte und Ausbilder sowie die Eignungsvoraussetzungen für die Leitung einer Ausbildungsstätte,

2. die Mindestzahl, die Größe und die Einrichtung der für einen geordneten Ausbildungsbetrieb erforderlichen Räumlichkeiten.

(5) Auf die Ausbildungsstätten sind die Vorschriften des Dritten Abschnitts mit Ausnahme des § 19 anzuwenden.

Abschnitt 6
Katastrophenschutz, Krankenhaushygiene

§ 29
Brand- und Katastrophenschutz

(1) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, mit den zuständigen Leitstellen für den Rettungsdienst, den Brandschutz und den Katastrophenschutz Vereinbarungen über die Organisation eines zentralen Bettennachweises zu treffen.

(2) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, zur Mitwirkung im Brand- und Katastrophenschutz Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen, mit den zuständigen Stellen abzustimmen und an Übungen teilzunehmen. Benachbarte Krankenhausträger haben ihre Alarm- und Einsatzpläne aufeinander abzustimmen und sich gegenseitig zu unterstützen.

(3) Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innenministerium durch Rechtsverordnung Näheres über die Aufstellung und den Inhalt der Alarm- und Einsatzpläne sowie das Verfahren der gegenseitigen Abstimmung und Unterstützung im Brand- und Katastrophenfall zu bestimmen.

§ 30
Krankenhaushygiene

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

(2) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, sich bei der Planung von Neubauten und von wesentlichen Umbauten durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales in hygienischer Hinsicht beraten zu lassen. Der Behandlung von Patientinnen und Patienten dienende Neubauten und wesentliche Umbauten von Krankenhausgebäuden dürfen nur in Betrieb genommen werden, wenn sie in krankenhaushygienischer Sicht dem anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechend gebaut sind und vom Landesamt für Gesundheit und Soziales bestätigt worden ist, dass sie den krankenhaushygienischen Anforderungen entsprechen. Eine solche Bestätigung darf nicht erfolgen, wenn die Beratung nicht erfolgt ist oder krankenhaushygienischen Anforderungen nicht entsprochen wurde. Die baufachliche Prüfung ist dann nicht abzuschließen.

§ 31
Arzneimittelkommission

(1) Jeder Krankenhausträger hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. Krankenhäuser, zwischen denen ein Versorgungsvertrag nach § 14 des Apothekengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) geändert worden ist, besteht, können eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden.

(2) Die Arzneimittelkommission hat die Aufgabe,

1. eine Liste der im Krankenhaus üblicherweise verwendeten Arzneimittel unter besonderer Berücksichtigung ihrer Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erstellen,

2. das Krankenhauspersonal in Fragen der Arzneimittelversorgung zu beraten und zu informieren. Dabei sollen entsprechend § 115c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung berücksichtigt werden.

(3) Die Arzneimittelkommission ist über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Liste erfasst sind, zu unterrichten. Sie ist vor der Durchführung klinischer Prüfun-

gen von Arzneimitteln zu informieren. Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die nach Art und Umfang über das gewöhnliche Maß hinausgehen, sind der Arzneimittelkommission unverzüglich zu melden.

Abschnitt 7
Patientendatenschutz

§ 32
Anwendungsbereich und Begriffsbestimmungen

Im Krankenhaus verarbeitete personenbezogene Daten unterliegen unabhängig von der Art ihrer Verarbeitung der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung; ABl. L EU 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314, S. 72) und ergänzend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen dieses Abschnitts. § 38 in Verbindung mit § 6 Absatz 4, Absatz 5 Satz 2 und Absatz 6 des Bundesdatenschutzgesetzes gelten entsprechend. Der Krankenhausträger ist Verantwortlicher gemäß Artikel 4 Nummer 7 der Datenschutz-Grundverordnung.

§ 33
Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung

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

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

(3) Die Offenbarung der personenbezogenen Daten zum Zweck der Unterrichtung von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen ist zulässig, wenn kein gegenteiliger Wille durch die Patientin oder den Patienten kundgetan wurde, die Einwilligung der Patientin oder des Patienten nicht rechtzeitig erlangt werden kann und keine sonstigen Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine Übermittlung nicht angebracht ist.

§ 34
Weitere Verarbeitung von Daten

(1) Eine Verarbeitung personenbezogener Daten von Patientinnen und Patienten zu einem anderen als in § 33 Absatz 1 genannten Zweck ist nur zulässig, wenn dies

1. zur Geltendmachung von zivilrechtlichen Ansprüchen des Krankenhauses oder zur Abwehr entsprechender Ansprüche sowie zur Verfolgung von Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten Dritter,

2. zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,

3. zu Planungszwecken und Wirtschaftlichkeits- und Organisationsuntersuchungen,

4. zu im öffentlichen Interesse liegenden Forschungszwecken nach § 37, § 37a und § 37d,

5. zur im Krankenhaus durchgeführter Aus-, Fort- und Weiterbildung in ärztlichen oder anderen Fachberufen des Gesundheitswesens,

6. zur Rechnungsprüfung durch den Krankenhausträger, einer von ihm beauftragten Wirtschaftsprüferin oder eines von ihm beauftragten Wirtschaftsprüfers oder den Landesrechnungshof und zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch Beauftragte gemäß § 113 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder

7. zur Meldung nach § 15b Absatz 2 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst über die Durchführung einer Kinderuntersuchung nach § 26 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

erforderlich ist.

(2) Zu Zwecken nach Absatz 1 Nummer 2, 3 und 5 sind die Daten in einer Weise zu verarbeiten, bei der die Identifizierung von betroffenen Personen nicht oder nicht mehr möglich ist. Sind die Zwecke auf diese Weise nicht zu erreichen, ist die Verarbeitung von pseudonymisierten Daten zulässig, soweit nicht überwiegende schutzwürdige Interessen der betroffenen Person entgegenstehen. Die pseudonymisierten Daten sind zu anonymisieren oder zu löschen, sobald der Zweck es zulässt, spätestens jedoch nach Ablauf eines Jahres nach der Zweckänderung. Die Einschränkung gilt nicht, wenn Aus-, Fort- oder Weiterzubildende unter der Aufsicht von Fachpersonal unmittelbar an der Erfüllung des Behandlungsvertrages mitwirken.

(3) Die Verarbeitung zum Zweck des Absatzes 1 Nummer 1 und 6 darf nur durch oder unter der Verantwortung von Personen erfolgen, die einem Berufsgeheimnis unterliegen.

(4) Empfänger, denen nach diesem Gesetz personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten offenbart werden, haben diese Daten unbeschadet sonstiger Datenschutzbestimmungen und Geheimhaltungspflichten in demselben Umfang geheim zu halten wie das Krankenhaus selbst.

(5) Soweit die Vorschriften dieses Gesetzes auf Empfänger, denen die Daten zu den Zwecken nach Absatz 1 offenbart werden, keine Anwendung finden, ist eine Offenbarung nur zulässig, wenn die Empfänger sich zur Einhaltung der Vorschriften nach Absatz 2 bis 4 verpflichten.

(6) Soweit personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten an andere Empfänger offenbart werden, hat der Verantwortliche die Zwecke und Rechtsgrundlagen der Offenbarung, die Empfänger, die Kategorien der offenbarten Daten und den Kreis der betroffenen Personen zu dokumentieren. Der Datenschutzbeauftragte des Krankenhauses ist zu beteiligen.

§ 35
Einschränkung des Rechts auf Auskunft der betroffenen Person

Das Krankenhaus kann im Einzelfall die Auskunft nach Artikel 15 der Datenschutz-Grundverordnung oder die Akteneinsicht durch eine Ärztin oder einen Arzt vermitteln lassen, sofern andernfalls eine unverhältnismäßige Beeinträchtigung der Gesundheit der Patientin oder des Patienten zu befürchten ist. Die Notwendigkeit der Vermittlung ist zu begründen und schriftlich in der Krankenakte festzuhalten.

§ 36

Löschung und Sperrung von Daten

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

1. der Löschung eine durch Rechtsvorschrift oder durch die ärztliche Berufsordnung vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist entgegensteht oder

2. Grund zu der Annahme besteht, dass durch die Löschung schutzwürdige Belange der Patientinnen und Patienten beeinträchtigt würden.

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

(2) Gesperrte Daten sind gesondert zu speichern. Soweit dies nicht möglich ist, sind die Daten mit einem Sperrvermerk zu versehen. Gesperrte Daten dürfen vor Ablauf der Sperrfrist nicht weiter verarbeitet werden. Zur Erschließung der Akten ist im Krankenhausarchiv ein Nachweis zu führen, zu dem kein direkter Zugriff anderer Bereiche besteht. Die Sperrung kann nur aufgehoben werden, wenn

1. die Aufhebung für die Durchführung einer Behandlung, mit der die frühere Behandlung in einem medizinischen Sachzusammenhang steht, oder

2. zur Erfüllung der Zwecke aus § 34 erforderlich ist oder

3. wenn die Patientin oder der Patient einwilligt.

Die Aufhebung der Sperrung ist zu begründen und in der Krankenunterlage zu vermerken.

(3) Soweit die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten in automatisierten Verfahren mit der Möglichkeit des Direktabrufs gespeichert werden, ist nach Abschluss der Behandlung die Möglichkeit des Direktabrufs zu sperren.

§ 37
Speicherung und Bereitstellung von personenbezogenen Daten zu Forschungszwecken im eigenen Krankenhaus, Widerspruchsrecht

(1) Nach § 33 Absatz 1 erhobene personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten dürfen abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung in dem Krankenhaus, das die Daten erhoben hat, für Forschungszwecke weiter verarbeitet werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Patientin oder der Patient schriftlich oder in elektronischer Form in die Datenverarbeitung eingewilligt hat oder dass die für das Krankenhaus zuständige Ethikkommission unter Beteiligung der Datenschutzbeauftragten oder des Datenschutzbeauftragten das öffentliche Interesse an dem jeweiligen Forschungsvorhaben festgestellt hat und mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen erfüllt ist:

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

2. die Bereitstellung personenbezogener Daten der Patientinnen und Patienten erfolgt, nachdem eine Treuhandstelle diese pseudonymisiert hat und nur die Treuhandstelle in der Lage ist, sie einer natürlichen Person zuzuordnen,

3. die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich durch die damit beauftragte Person in einem speziell für das jeweilige Forschungsvorhaben vom Krankenhaus bereitgestellten Datenverarbeitungssystem, das von den für die Behandlungsdaten und Verwaltung genutzten Datenverarbeitungssystemen im Krankenhaus getrennt ist.

(2) Um die Bereitstellung der personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten zu den Zwecken des Absatzes 1 zu ermöglichen, dürfen die im Rahmen des § 33 Absatz 1 erhobenen personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten auch ohne Bezug zu einem bereits konkretisierten Forschungsvorhaben in einem speziell für Forschung vorgesehenen System, das von den für die Behandlung und Verwaltung genutzten Systemen im Krankenhaus getrennt ist, gespeichert, aufbereitet, in standardisierte Formate übertragen oder anonymisiert werden (Forschungsdatensystem). Das Krankenhaus kann durch Vertrag nach Artikel 28 der Datenschutz-Grundverordnung eine andere Stelle mit der Datenverarbeitung nach Satz 1 beauftragen. Die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten dürfen in diesem System höchstens für die Dauer von fünf Jahren in einer Form gespeichert werden, die die Identifizierung der Patientinnen und Patienten ermöglicht. Diese Höchstfrist verlängert sich jeweils um weitere fünf Jahre, wenn die Patientinnen und Patienten vor Ablauf der Frist aus Satz 3 erneut auf ihr Widerspruchsrecht nach Absatz 5 Satz 1 hingewiesen werden. Nach Ablauf der Frist sind die Daten zu anonymisieren oder zu löschen.

(3) Eine Verarbeitung zu anderen als im öffentlichen Interesse liegenden Forschungszwecken wie sie in Absatz 1, 2 und § 37a normiert sind, ist unzulässig.

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

(5) Unbeschadet der Informationspflichten aus Artikel 12 bis 14 der Datenschutz-Grundverordnung und der Betroffenenrechte aus Artikel 15 bis 22 Datenschutz-Grundverordnung können Patientinnen und Patienten einer Verarbeitung nach Absatz 1 Nummer 2 und 3, Absatz 2 sowie nach § 37a Absatz 1 Nummer 1 und 3 voraussetzungslos widersprechen. Das Krankenhaus darf die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten ab diesem Zeitpunkt zu den Zwecken des Absatzes 1 Nummer 3 und Absatz 2 und des § 37a Absatz 1 Nummer 3 nur in einer Weise verarbeiten, die die Identifizierung der betroffenen Person nicht mehr ermöglicht. Im Falle des § 37 Absatz 1 Nummer 2 und des § 37a Absatz 1 Nummer 2 unterrichtet das Krankenhaus die Treuhandstelle über den Widerspruch, welche unverzüglich die Merkmale löscht, die eine Zuordnung der personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten zu einer natürlichen Person ermöglichen. Hat das Krankenhaus im Einzelfall festgestellt, dass der Widerspruch die Verwirklichung des Forschungszwecks unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt, müssen die Merkmale abweichend von Satz 3 nicht gelöscht werden. Die Gründe, die einer Löschung nach Satz 3 entgegenstehen, sind zu dokumentieren. Personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten aus bildgebenden Verfahren, Biomaterialien oder genetischen Daten, die nach Absatz 1 Nummer 2 und 3, Absatz 2 und § 37a Absatz 1 Nummer 2 und 3 verarbeitet worden sind, sind im Falle eines Widerspruchs zu löschen. Das Krankenhaus darf die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten erst nach Ablauf einer Frist von vier Wochen ab dem

Zeitpunkt der Kenntnisnahme des Widerspruchsrechts für die Zwecke des Absatzes 1 Nummer 2 und 3 und Absatz 2 sowie des § 37a Absatz 1 Nummer 2 und 3 verarbeiten.

(6) Über das Widerspruchsrecht nach Absatz 5 sind die Patientinnen und Patienten vor der Erhebung der personenbezogenen Daten, soweit dies aus gesundheitlichen Gründen der betroffenen Person unmöglich ist, unverzüglich nach dem Wegfall dieser Gründe, zu informieren. Das Krankenhaus muss die Kenntnisnahme dieser Information nachweisen können. Um Patientinnen und Patienten mehr Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen, kann das Krankenhaus zusätzlich zu dem allgemeinen voraussetzungslosen Widerspruchsrecht auch ein gestaffeltes Widerspruchsrecht anbieten. Dieses ermöglicht den Patientinnen und Patienten gezielt einzelnen Verarbeitungen, wie beispielsweise der Übermittlung an Stellen außerhalb des Krankenhauses nach § 37a, zu widersprechen.

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

(8) Eine Kontaktaufnahme zu Patientinnen und Patienten nach Abschluss der Behandlung ist nur mit ausdrücklicher Einwilligung der Patientinnen und Patienten zulässig. Dies gilt nicht, wenn die Kontaktaufnahme ausschließlich dazu dient, die Patientinnen und Patienten über das voraussetzungslose Widerspruchsrecht nach Absatz 5, Absatz 6 oder der Erfüllung der Zwecke aus § 33 zu informieren.

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

§ 37a
Datenübermittlung zu Forschungszwecken an Stellen außerhalb des Krankenhauses und gemeinsame Forschung

(1) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten ist abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung an andere Verantwortliche nur zulässig, wenn die Patientin oder der Patient schriftlich oder in elektronischer Form in die Datenverarbeitung eingewilligt hat oder die für das Krankenhaus zuständige Ethikkommission unter Beteiligung der oder des Datenschutzbeauftragten das öffentliche Interesse an der geplanten Übermittlung festgestellt hat und mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen erfüllt ist:

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

2. die Übermittlung erfolgt, nachdem eine Treuhandstelle die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten pseudonymisiert hat und nur die Treuhandstelle in der Lage ist, die bereitgestellten Daten einer natürlichen Person zuzuordnen,

3. das Krankenhaus hat die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten vor der Übermittlung pseudonymisiert oder, soweit dies nicht möglich ist, insbesondere bei Patientendaten aus bildgebenden Verfahren, bei Biomaterialien oder genetischen Daten, angemessene technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, die die Herstellung eines Personenbezugs durch den Empfänger verhindern.

(2) Sollen personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten aus bildgebenden Verfahren, Biomaterialien oder genetischen Daten übermittelt werden, die nicht anonymisiert werden können, muss das Krankenhaus Maßnahmen treffen, die eine Durchsetzung des Widerspruchsrechts nach § 37 Absatz 5 sicherstellen. Darüber hinaus ist der Empfänger vertraglich zu verpflichten, die erhaltenen Daten im Falle eines Widerspruchs nach § 37 Absatz 5 unverzüglich zu vernichten und diese Vernichtung gegenüber dem Krankenhaus zu bestätigen.

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

(4) Verfolgt das Krankenhaus eigene Zwecke an dem Forschungsvorhaben des Datenempfängers, sind beide für die weitere Verarbeitung von Daten gemeinsam verantwortlich. Die Vorschriften zu Dokumentations- und Aufzeichnungspflichten nach § 37 Absatz 4 Satz 2 und 3 und zu Rechten und Pflichten bei der Datenverarbeitung nach § 37 Absatz 7, 8 und 9 gelten entsprechend.

§ 37b
Treuhandstelle

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

(2) Die Treuhandstelle verfügt über eine eigenständige Leitung mit Personalverantwortung, ein eigenes Budget, eigene Räume und eigene Informationstechnik. Das Personal der Treuhandstelle muss die persönlichen Voraussetzungen nach § 37 Absatz 9 erfüllen, für die Aufgaben fachlich geeignet sein und in persönlicher Hinsicht keinen Anlass zu Zweifeln an der Zuverlässigkeit geben. Leitung und Mitarbeitende der Treuhandstelle sind fachlich unabhängig und unterliegen bei der Aufgabenerfüllung keinem Weisungsrecht des Krankenhausträgers oder dessen Gesellschaftern. Der jeweiligen Leitung der Treuhandstelle sind Mitarbeitende unmittelbar unterstellt, selbst wenn diese zusätzlich noch andere Aufgaben für den Krankenhausträger oder dessen Gesellschafter wahrnehmen.

(3) An die Treuhandstelle dürfen entgegen Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten übermittelt werden, soweit diese zur Aufgabenerfüllung nach § 37 Absatz 1 Nummer 2 und § 37a Absatz 1 Nummer 2 erforderlich sind. Bei der Be-

reitstellung und Übermittlung dieser Daten sind ausschließlich projektspezifische Pseudonyme zu verwenden. Die unzulässige Zusammenführung von Daten ist auszuschließen. Insbesondere ist zu gewährleisten, dass für einzelne Forschungsvorhaben erhobene personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten und Daten, die für andere Zwecke benötigt werden, jeweils getrennt voneinander verarbeitet werden. Die Treuhandstelle darf die Daten nicht länger verarbeiten, als diese für das jeweilige Forschungsvorhaben benötigt werden.

(4) Die Einrichtung oder Beauftragung einer Treuhandstelle mit Sitz außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum darf nur erfolgen, wenn dort ein vergleichbarer Datenschutz besteht und die Anforderungen aus § 37 Absatz 9 rechtlich wirkungsvoll geschützt und durchsetzbar sind.

§ 37c
Veröffentlichung von personenbezogenen Daten

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

1. die Patientin oder der Patient hat ausdrücklich schriftlich oder in elektronischer Form in die Veröffentlichung eingewilligt,

2. die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten werden vor der Veröffentlichung anonymisiert.

§ 37d
Verarbeitung von personenbezogenen Daten bei Verfahren des maschinellen Lernens (künstliche Intelligenz)

(1) Nach § 33 Absatz 1 erhobene personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten dürfen abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung unter der datenschutzrechtlichen Verantwortung des Krankenhauses, bei dem die Daten erhoben worden sind, im Rahmen eines konkreten Forschungsvorhabens als Trainingsdaten für die Entwicklung oder Weiterentwicklung einer künstlichen Intelligenz verwendet werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Patientin oder der Patient schriftlich oder in elektronischer Form in die Verarbeitung eingewilligt hat oder die für das Krankenhaus zuständige Ethikkommission unter Beteiligung der oder des Datenschutzbeauftragten das öffentliche Interesse an dem geplanten Forschungsvorhaben festgestellt hat und mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen erfüllt ist:

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

2. die Verarbeitung erfolgt, nachdem eine Treuhandstelle die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten pseudonymisiert hat und nur die Treuhandstelle in der Lage ist, die bereitgestellten Daten einer natürlichen Person zuzuordnen,

3. das Krankenhaus hat die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten vor der Verarbeitung pseudonymisiert oder, soweit dies nicht möglich ist, insbesondere bei Patientendaten aus bildgebenden Verfahren, bei Biomaterialien oder genetischen Daten, angemessene

technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, die die Herstellung eines Personenbezugs durch den Verarbeiter verhindern.

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

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

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

(5) § 37 Absatz 4 Satz 2 und 3, Absätze 7, 8, 9 gelten entsprechend.

§ 38
Datenverarbeitung im Auftrag

(1) Der Verantwortliche darf die Verarbeitung von personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten einem Auftragnehmer übertragen, wenn

1. Störungen im Betriebsablauf sonst nicht vermieden werden können,

2. die Datenverarbeitung dadurch erheblich kostengünstiger gestaltet werden kann oder

3. das Krankenhaus seinen Betrieb einstellt.

Dem Auftragnehmer dürfen Patientendaten nur insoweit offenbart werden, als dies für die Auftragserfüllung erforderlich ist.

(2) Eine über drei Monate hinausgehende Speicherung von Patientendaten durch einen Auftragnehmer ist außerhalb des Krankenhauses nur zulässig, wenn die Patientendaten auf getrennten Datenträgern gespeichert sind, die der Auftragnehmer für den Krankenhausträger verwahrt.

(3) Soweit die Auftragsverarbeitung nicht auf eine ausdrückliche Einwilligung der Patientinnen und Patienten gestützt werden kann, ist die Verarbeitung im Auftrag nur durch Personen zulässig, die einem Berufsgeheimnis nach § 203 Absatz 1 und 2 des Strafgesetzbuches unterliegen oder nach § 203 Absatz 4 des Strafgesetzbuches zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

(4) Übernimmt ein Auftragnehmer nach einer Betriebseinstellung eines Krankenhauses den gesamten Bestand der Patientendaten, gelten für ihn als verantwortliche Stelle hinsichtlich der Verarbeitung dieser Daten die Vorschriften dieses Abschnitts. Bei der Übernahme ist vertraglich sicherzustellen, dass

die Patientinnen und Patienten für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung oder Untersuchung auf Verlangen in gleicher Weise wie bisher beim Krankenhaus Auskunft und Einsicht erhalten.

(5) Eine Auftragsverarbeitung außerhalb des Geltungsbereichs des Grundgesetzes ist nur zulässig, wenn die Patientin oder der Patient in die Auftragsverarbeitung im Ausland ausdrücklich eingewilligt hat oder der Auftragsverarbeiter nach dem Recht seines Sitzlandes selbst einer gesetzlichen Geheimhaltungspflicht unterliegt.

§ 39
Ordnungswidrigkeiten

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

1. erhebt, speichert, unbefugt verwendet, verändert, übermittelt, weitergibt, zum Abruf bereithält oder löscht oder

2. abruft, einsieht, sich anderweitig verschafft, durch Vortäuschung falscher Tatsachen an sich oder andere zu übermitteln veranlasst.

(2) Ordnungswidrig handelt auch, wer vorsätzlich oder fahrlässig personenbezogene Daten, die nicht offenkundig sind, entgegen §§ 37 bis 37d

1. unbefugt erhebt, speichert, verwendet, verändert, übermittelt, weitergibt, zum Abruf bereithält oder löscht,

2. unbefugt abruft, einsieht, sich anderweitig verschafft, durch Vortäuschung falscher Tatsachen an sich oder andere zu übermitteln veranlasst oder

3. in den Fällen der §§ 37 Absatz 1 Nummer 2, 37a Absatz 1 Nummer 2 und 3, 37d Absatz 1 Nummer 2 und 3 unbefugt einen Personenbezug herstellt.

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

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

Abschnitt 8

§ 40
Übergangsbestimmungen

§ 30 Absatz 2, 3, 4 und 6 des Landeskrankenhausgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2002 (GVOBl. M-V S. 262), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. Oktober 2008 (GVOBl. M-V S. 374) geändert worden ist, ist bis zum 31. Dezember 2011 für die Förderung von Ausbildungsplätzen, den Erlass einer Rechtsverordnung, die pauschale Förderung im Einzelfall und die Auszahlung der pauschalen Fördermittel weiter anzuwenden.

§ 41
Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt mit Ausnahme des § 15 Absatz 3, 4 und 6 am Tag nach seiner Verkündung in Kraft. § 15 Absatz 3, 4 und 6 tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

(2) An dem im Absatz 1 Satz 1 bezeichneten Tag tritt das Landeskrankenhausgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2002 (GVOBl. M-V S. 262), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. Oktober 2008 (GVOBl. M-V S. 374) geändert worden ist, außer Kraft.