

Gesetz

zur Neuordnung des Krankenhauswesens (Sächsisches Krankenhausgesetz – SächsKHG)

Vom 19. August 1993

Rechtsbereinigt mit Stand vom 1. Januar 2005

Der Sächsische Landtag hat am 15. Juli 1993 folgendes Gesetz beschlossen:

Inhaltsverzeichnis ¹

Erster Abschnitt Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Grundsätze
- § 2 Anwendungsbereich

Zweiter Abschnitt Krankenhausplanung

- § 3 Aufgabe der Krankenhausplanung
- § 4 Krankenhausplan
- § 5 Sächsischer Krankenhausplanungsausschuss
- § 6 Sicherung der Krankenhausplanung
- § 7 Aufnahme in den Krankenhausplan

Dritter Abschnitt Öffentliche Förderung

- § 8 Grundsätze der Förderung
- § 9 Investitionsprogramme
- § 10 Einzelförderung
- § 11 Pauschale Förderung
- § 12 Förderung der Nutzung von Anlagegütern
- § 13 Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten
- § 14 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen
- § 15 Ausgleich von Eigenkapital
- § 16 Förderung bei Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern
- § 17 Pflichten der Krankenhäuser, Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen
- § 18 Widerruf von Förderbescheiden
- § 19 Rückerstattung von Fördermitteln
- § 20 Nachweis über die Verwendung der Fördermittel

Vierter Abschnitt Innere Struktur und Organisation der Krankenhäuser

- § 21 Fachabteilungen, Leitung, Privatstationen
- § 22 Arzneimittelkommission
- § 23 Pflege, soziale und seelsorgerische Betreuung
- § 24 Abrechnung besonderer ärztlicher Leistungen

- § 25 Verteilung der einbehaltenen Beträge
- § 26 Abweichende Bestimmungen

Fünfter Abschnitt Pflichten der Krankenhäuser

- § 27 Zusammenarbeit der Krankenhäuser
- § 28 Rechtsaufsicht
- § 29 Krankenhaushygiene
- § 30 Dienst- und Aufnahmebereitschaft, Katastrophenschutz
- § 31 Aufnahme- und Meldepflichten
- § 32 Auskunftspflichten und Datenverarbeitung
- § 33 Datenschutz
- § 34 Datenschutz bei Forschungsvorhaben
- § 35 Abschlussprüfung

Sechster Abschnitt Übergangs- und Schlussbestimmungen

- § 36 Zuständigkeit
- § 37 Verwaltungsvorschriften
- § 38 Übergangsvorschrift
- § 39 In-Kraft-Treten

Erster Abschnitt Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Grundsätze

(1) Ziel dieses Gesetzes ist es, entsprechend § 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG –) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 887) im Freistaat Sachsen eine bedarfsgerechte und humane Versorgung der Bevölkerung in leistungsfähigen sowie sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen, die in struktureller, funktioneller, bautechnischer und hygienischer Hinsicht modernen Anforderungen entsprechen. Die bedarfsgerechte Patientenversorgung soll unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte durch ein funktional abgestuftes Netz möglichst gleichmäßig über das Gebiet des Freistaates verteilter einander ergänzender Krankenhäuser sichergestellt werden. Dabei ist die Weiterentwicklung der Strukturen, der Leistungsfähigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser unter Berücksichtigung des medizinischen, medizinisch-technischen und des pflegerischen Fortschritts sowie der demographischen Entwicklung eine ständige Aufgabe. Bei Universitätsklinika und akademischen Lehrkrankenhäusern sind die Belange der Forschung und Lehre angemessen zu berücksichtigen.²

(2) Das Zusammenwirken der Träger der gesundheitlichen Versorgung ist zu fördern. Die stationäre Krankenversorgung soll durch das Angebot häuslicher Krankenpflege, teilstationäre Betreuung, vor- und nachstationäre Behandlung und ambulantes Operieren in vertretbarem Umfang entlastet werden.

(3) Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist nach Maßgabe dieses Gesetzes eine öffentliche Aufgabe. Findet sich kein anderer geeigneter Träger, sind die Landkreise oder

Kreisfreien Städte verpflichtet, als bedarfsgerecht ausgewiesene Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben.

(4) Bei der Durchführung dieses Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenträger zu fördern; freigemeinnützigen und privaten Trägern ist ausreichend Raum zur Mitwirkung an der Krankenhausversorgung zu geben.

§ 2

Anwendungsbereich

(1) Dieses Gesetz gilt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 für Krankenhäuser im Sinne von § 2 Nr. 1 KHG, die auf Grund des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) gefördert werden.

(2) Die Bestimmungen des Vierten Abschnitts gelten mit Ausnahme der §§ 21 Abs. 1 und 4, 22 und 23 nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen, ohne Rücksicht auf deren Rechtsform, betrieben werden. Sie treffen für ihre Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen.

(3) Dieses Gesetz gilt mit Ausnahme der §§ 8 bis 20 und des § 21 Abs. 1 und 2 auch für Universitätsklinika und deren klinische Einrichtungen, soweit sie der Versorgung der Bevölkerung dienen.

(4) Die Bestimmungen des Ersten und Dritten Abschnitts gelten mit Ausnahme der § 11 Abs. 1 und 2 und Abs. 5 Satz 1, §§ 15 und 16 für die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten im Sinne von § 2 Nr. 1a KHG entsprechend.³

Zweiter Abschnitt

Krankenhausplanung

§ 3

Aufgabe der Krankenhausplanung

Das zuständige Staatsministerium stellt einen Krankenhausplan für das Gebiet des Freistaates gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn in der Regel im Drei-Jahresrhythmus fort. Der Krankenhausplan kann durch Fachprogramme, die besondere Teile des Krankenhausplanes sind, ergänzt werden.

§ 4

Krankenhausplan

(1) Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Bettenzahl und Fachrichtung sowie die Ausbildungsstätten und dazugehörige Ausbildungskapazitäten der Ausbildungsstätten nach § 2 Abs. 1a KHG aus. Teilgebiete von Fachrichtungen werden bei den künftigen Fortschreibungen aufgenommen, soweit es aus Gründen der Qualitätssicherung notwendig ist. Bei der Krankenhausplanung sind die Erfordernisse der Raumordnung und der Landesplanung sowie regionale Versorgungsbelange und -interessen zu berücksichtigen.

(2) Die Krankenhausplanung geht von drei Versorgungsstufen für Allgemeinkrankenhäuser und von Fachkrankenhäusern aus:

1. Krankenhäuser der Regelversorgung müssen die Fachrichtungen Chirurgie und/oder Innere Medizin umfassen. Wird ein entsprechender Bedarf festgestellt, können sie daneben zum Beispiel die Fachrichtungen Gynäkologie und Geburtshilfe, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Orthopädie, Pädiatrie, Psychiatrie und Urologie vorhalten. Eigene Abteilungen für Teilgebiete einer Fachrichtung im Sinne der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer sollen sie nicht vorhalten.
2. Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung erfüllen in Diagnose und Therapie auch überörtliche Schwerpunktaufgaben. Sie umfassen die Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Orthopädie, Pädiatrie und Urologie. Wird ein entsprechender Bedarf festgestellt, können sie auch die Fachrichtungen Dermatologie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Neurologie und Psychiatrie vorhalten.
3. Krankenhäuser der Maximalversorgung müssen im Rahmen des Bedarfs mit ihren Leistungsangeboten über Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung wesentlich hinausgehen. Sie sollen die entsprechenden hochdifferenzierten medizinisch-technischen Einrichtungen vorhalten. Universitätsklinika nehmen Aufgaben der Maximalversorgung wahr. Sie sind unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben aus Forschung und Lehre in die Krankenhausplanung einzubeziehen.
4. Fachkrankenhäuser sind Krankenhäuser, die nur Kranke bestimmter Krankheitsarten oder bestimmter Altersstufen aufnehmen. Sie sind nach Art der Krankheit abgegrenzte Einrichtungen, in denen überwiegend einer bestimmten Fachrichtung zugehörige Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden oder in denen Geburtshilfe geleistet wird.

Die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe erfolgt nach den wahrgenommenen Versorgungsaufgaben.

5. Ausnahmsweise kann im Benehmen mit dem Krankenhausplanungsausschuss eine Fachabteilung an einem Krankenhaus der Regelversorgung, die in Diagnose und Therapie überörtliche Schwerpunktaufgaben erfüllt, der Versorgungsstufe Schwerpunktversorgung zugeordnet werden. Umgekehrt kann im Benehmen mit dem Krankenhausplanungsausschuss einer Fachabteilung an einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung, die keine überörtlichen Schwerpunktaufgaben erfüllt, die Versorgungsstufe der Regelversorgung zugeordnet werden.⁴

(3) Die in § 3 Nr. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind in den Krankenhausplan aufzunehmen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen.

(4) Der Krankenhausplan ist im Sächsischen Amtsblatt zu veröffentlichen.

§ 5

Sächsischer Krankenhausplanungsausschuss

(1) Für die Mitwirkung der Beteiligten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 und Satz 2 KHG wird beim zuständigen Staatsministerium der Sächsische Krankenhausplanungsausschuss gebildet. Dem Ausschuss gehören an

1. die Krankenhausgesellschaft Sachsen mit drei Vertretern,
2. die Liga der freien Wohlfahrtsverbände mit einem Vertreter,

3. der Verband der Privatkrankenanstalten in Sachsen e.V. mit einem Vertreter,
4. die Arbeitsgemeinschaft der Sächsischen Krankenkassenverbände (Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen) mit vier Vertretern,
5. der Landesausschuss Sachsen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. mit einem Vertreter,
6. der Sächsische Landkreistag mit einem Vertreter,
7. der Sächsische Städte- und Gemeindetag mit einem Vertreter,
8. die Sächsische Landesärztekammer mit einem Vertreter und
9. die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen mit einem Vertreter.

(2) Der Krankenhausplanungsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung, die das zuständige Staatsministerium genehmigt und die veröffentlicht wird.

(3) Mit den Mitgliedern des Krankenhausplanungsausschusses sind bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme einvernehmliche Regelungen anzustreben. An den Sitzungen können Vertreter des Staatsministeriums des Innern, der Finanzen, für Wissenschaft und Kunst sowie für Umwelt und Landesentwicklung teilnehmen. Den Vorsitz führt ein Vertreter des zuständigen Staatsministeriums.

(4) Die Anhörung des betroffenen Krankenhauses (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 KHG) soll schriftlich erfolgen.

§ 6

Sicherung der Krankenhausplanung

(1) Alle staatlichen Behörden, Gemeinden, Gemeindeverbände und sonstige der Aufsicht des Freistaates unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts teilen dem zuständigen Staatsministerium unverzüglich krankenhauplanerisch bedeutsame Baumaßnahmen, die beabsichtigte Einstellung des Betriebes oder die Änderung der Aufgabenstellung eines Krankenhauses mit, von denen sie im Rahmen ihrer Zuständigkeit erfahren.

(2) Krankenhausträger haben über alle für die Krankenhausplanung bedeutsamen Angelegenheiten dem zuständigen Staatsministerium auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

§ 7

Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Gegenüber dem Krankenhausträger wird festgestellt, ob und mit welchen Ausweisungen im Sinne des § 4 sein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird. Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplanes geboten ist. Für Krankenhäuser, die zum Teil oder ganz bis zum Zieljahr aus dem Krankenhausplan ausscheiden, kann im Feststellungsbescheid ein Zeitpunkt dafür festgelegt werden.

(2) Auf die Aufnahme in den Krankenhausplan besteht kein Rechtsanspruch. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet das zuständige Staatsministerium unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Freistaates am besten gerecht wird.

(3) Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann ganz oder teilweise zurückgenommen werden, wenn und soweit die Voraussetzungen für die Aufnahme nicht vorgelegen haben. Er kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme nicht nur vorübergehend nicht mehr vorliegen.

Dritter Abschnitt Öffentliche Förderung

§ 8 Grundsätze der Förderung

- (1) Investitionskosten von Krankenhäusern werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnittes von dem zuständigen Staatsministerium unter Berücksichtigung der Folgekosten gefördert.
- (2) Die Landkreise und Kreisfreien Städte können an den Kosten der Krankenhausfinanzierung, die nach den Vorschriften dieses Abschnittes jährlich aufzubringen sind, mit einer zu erhebenden Krankenhausumlage beteiligt werden, die nach Maßgabe des jeweiligen Gesetzes über einen kommunalen Finanzausgleich erhoben wird.
- (3) Die Fördermittel sind so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen, nach der Aufgabenstellung des Krankenhauses betriebswirtschaftlich notwendigen Investitionskosten decken; die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit sind zu berücksichtigen. Der Förderung liegen die Feststellungen über die Aufnahme in den Krankenhausplan zugrunde.
- (4) Erklärt ein Krankenhausträger in besonderen Bedarfssituationen oder zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen ganz oder teilweise durch öffentlich-rechtlichen Vertrag mit dem zuständigen Staatsministerium einen Verzicht auf Förderung, bleibt sein Recht unberührt, im Rahmen der §§ 17 Abs. 5 und 25 KHG die tatsächlich nicht geförderten Kosten gemäß § 14 der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflugesatzverordnung – BPflV) vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666/BGBl. III 2126-9-8) unter Einschluss eines allgemeinen Wagniszuschlages sowie einer angemessenen Eigenkapitalverzinsung im Pflugesatz zu berücksichtigen; dies gilt auch im Falle der lediglich teilweisen Festbetrags- oder Pauschalförderung.
- (5) Krankenhäusern, die ohne Zustimmung des zuständigen Staatsministeriums von den Feststellungen über die Aufnahme in den Krankenhausplan abweichen, kann die Förderung ganz oder teilweise versagt werden.
- (6) Für das Verfahren bei den Behörden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, der Bundespflugesatzverordnung und nach diesem Gesetz werden keine Gebühren und Auslagen erhoben. Hiervon unberührt bleibt das Verfahren bei der Schiedsstelle nach § 18a KHG.

§ 9 Investitionsprogramme

- (1) Zur Verwirklichung der Ziele des Krankenhausplanes stellt das zuständige Staatsministerium jährlich Investitionsprogramme auf. In dem Investitionsprogramm wird die vorgesehene Verwendung der in dem betreffenden Jahr zur Verfügung stehenden Fördermittel für Investitionen nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 dargestellt.
- (2) Ein Rechtsanspruch auf Förderung wird erst durch die Bewilligung von Fördermitteln begründet; die Bewilligung erfolgt auf der Grundlage des Investitionsprogrammes. Die

Feststellung der Aufnahme eines Vorhabens in das Investitionsprogramm wird mit der Bewilligung von Fördermitteln verbunden; die Feststellung der Nichtaufnahme bedarf der Schriftform, sofern ein Antrag vorlag, ein Vorhaben in das Investitionsprogramm aufzunehmen.

§ 10 Einzelförderung

(1) Investitionskosten für

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Sanierung und/oder Erweiterungsbau) einschließlich der erforderlichen Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern, ausgenommen Gebrauchsgüter,
3. die Ergänzungsbeschaffung von Anlagegütern, soweit diese über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht,

werden nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8 gefördert (Einzelförderung), wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben die Wertgrenze gemäß § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 übersteigen. Nicht als Investitionskosten gelten die Kosten des Erwerbs oder der Anmietung bereits betriebener und in den Krankenhausplan aufgenommener Krankenhäuser, die Kosten einer Vorfinanzierung sowie die Kosten eigenen Personals für Investitionen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1. Werden bedarfsnotwendige Anlagegüter eines Krankenhauses für Zwecke außerhalb der stationären Krankenhausversorgung mitbenutzt, ist dies bei der Bemessung der Fördermittel anteilig zu berücksichtigen; das Nähere wird durch das zuständige Staatsministerium durch Rechtsverordnung geregelt.

(2) Die Einzelförderung nach Absatz 1 Nr. 1 wird auf Antrag nach dem Ergebnis des fachlichen Prüfungsverfahrens bewilligt, wenn die Gesamtfinanzierung gesichert ist, die Fördermittel in einem Investitionsprogramm bereitgestellt sind, die Aufnahme der Maßnahme in das Investitionsprogramm festgestellt ist und zum Zeitpunkt der Bewilligung mit der Maßnahme noch nicht begonnen ist. Als Maßnahmebeginn ist grundsätzlich der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Lieferungs- oder Leistungsvertrages zu bewerten. Bei Baumaßnahmen gelten Planungen und Baugrunduntersuchungen nicht als Beginn des Vorhabens. Eine vorzeitige Bewilligung nach einem verkürzten Bewilligungsverfahren ist möglich.

Die Einzelförderung nach Absatz 1 Nr. 2 und 3 wird auf Antrag im Rahmen der hierfür bereitstehenden Haushaltsmittel nach dem Ergebnis des fachlichen Prüfungsverfahrens bewilligt, wenn die Gesamtfinanzierung gesichert ist und zum Zeitpunkt der Bewilligung mit der Maßnahme noch nicht begonnen ist; die Sätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

(3) Im fachlichen Prüfungsverfahren prüft die zuständige Behörde, ob das Vorhaben im Rahmen der Krankenhausplanung bedarfsgerecht ist und inwieweit es unter Einbeziehung der Folgekosten den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht; auf dieser Grundlage wird der Förderbetrag festgelegt oder festgesetzt (Absätze 4 bis 6). Es sind nur Kosten zu berücksichtigen, für die der Träger nachgewiesen hat, dass sie bei Beachtung der Grundsätze von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigt sind.

(4) Bei der Einzelförderung wird der Förderbetrag

1. mit Zustimmung des Krankenhausträgers als Festbetrag nach Absatz 5 oder als Höchstbetrag nach Absatz 6 festgelegt (Vereinbarungsförderung)
oder
2. nach den angefallenen förderfähigen Kosten bemessen (Absatz 7); vor Durchführung eines Vorhabens werden die Kosten vorläufig festgesetzt (Festsetzungsförderung).

(5) Die Förderung kann durch Festbetrag vorgenommen werden, soweit ein Vorhaben dafür geeignet ist. Die Höhe des Festbetrages wird mit Zustimmung des Krankenhausträgers festgelegt. Der Festbetrag ist so zu bemessen, dass er unter Berücksichtigung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit die notwendigen Investitionen ermöglicht. Er soll aufgrund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden. Erreichen die angefallenen Kosten für das Vorhaben den Festbetrag nicht, so verbleibt der Unterschiedsbetrag dem Krankenhausträger. Fördermittel werden nur nachbewilligt, wenn und soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher behördlicher Anordnungen erforderlich werden.

(6) Die förderfähigen Kosten geeigneter Vorhaben können mit Zustimmung der Krankenhausträgers als Höchstbetrag festgelegt werden, in dessen Rahmen der Krankenhausträger eigenverantwortlich über die Art und Weise der Durchführung notwendiger Maßnahmen entscheidet. Als geeignet sind Vorhaben insbesondere dann anzusehen, wenn keine nachteiligen Auswirkungen auf die medizinische Leistungsfähigkeit und die Folgekosten zu erwarten sind. Im fachlichen Prüfungsverfahren wird in diesen Fällen lediglich festgestellt, ob Maßnahmen mit der Krankenhausplanung im Einklang stehen, ob sie notwendig und zweckmäßig sind und auf welchen Betrag die förderfähigen Kosten zu begrenzen sind. Erreichen die nachgewiesenen Kosten den festgelegten Höchstbetrag nicht, ist der Unterschiedsbetrag zurückzuerstatten. Fördermittel werden nur nachbewilligt, wenn und soweit Mehrkosten auf Grund nachträglicher behördlicher Anordnungen erforderlich werden.

(7) In den übrigen Fällen richtet sich die Förderung nach den angefallenen förderfähigen Kosten. Vor der Durchführung eines Vorhabens werden die Gesamtkosten im fachlichen Prüfungsverfahren vorläufig festgesetzt. Das Ergebnis des fachlichen Prüfungsverfahrens kann hinsichtlich Art und Umfang des Vorhabens im Rahmen ergänzender Prüfungsverfahren nur geändert werden, wenn und soweit zusätzliche Kosten unabweisbar sind und für den Krankenhausträger unvorhersehbar waren.

(8) Wird ein Krankenhaus erstmals in den Krankenhausplan aufgenommen und sind zum Zeitpunkt der Aufnahme Maßnahmen bereits begonnen, so dürfen sie fortgesetzt werden. Der Förderung werden nur die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Investitionskosten zugrundegelegt.

§ 11 Pauschale Förderung

(1) Durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschalen) werden auf Antrag des Krankenhausträgers gefördert

1. die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern (Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände), ausgenommen Gebrauchs- und Verbrauchsgüter,
2. sonstige nach § 10 Abs. 1 Satz 1 förderfähige Investitionen, wenn die Kosten einschließlich Umsatzsteuer für das einzelne Vorhaben ein Viertel der

Jahrespauschale des einzelnen Krankenhauses gemäß Absatz 3, höchstens jedoch bei Krankenhäusern und Fachabteilungen

- a) der Regelversorgung den Betrag von 120 000 DM,
- b) der Schwerpunktversorgung sowie Fachkrankenhäuser den Betrag von 200 000 DM,
- c) der Maximalversorgung den Betrag von 250 000 DM nicht übersteigen.

(2) Für die Kostengrenze nach Absatz 1 Nr. 2 ist der nach § 10 Abs. 4 festgelegte oder festgesetzte Förderbetrag maßgeblich. Nachträgliche Über- oder Unterschreitungen der Kostengrenze sind auch dann unbeachtlich, wenn eine Einzelförderung abgelehnt oder nicht beantragt wurde.

(3) Die Jahrespauschalen nach Absatz 1 dürfen nur für Investitionen im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses nach dem Feststellungsbescheid verwendet werden.

(4) Zinsen aus der Anlage ausbezahlter Fördermittel sind dem in Absatz 1 genannten Zweck zuzuführen. Werden die Fördermittel nicht verzinslich angelegt, wird der Krankenhausträger so gestellt, als hätte er Zinsen in Höhe des jeweiligen Basiszinssatzes nach § 247 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 9. April 2002 (BGBl. I S. 1239) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, bis zur Verwendung der Fördermittel erzielt oder dem im Absatz 1 genannten Zweck zugeführt.

(5) Das Staatsministerium für Soziales wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen und im Benehmen mit dem Krankenhausplanungsausschuss durch Rechtsverordnung die Bemessungskriterien und die Höhe der Jahrespauschalen nach Absatz 1 festzusetzen. Dabei können neben der Versorgungsstufe auch andere sachgerechte Bezugsgrößen als das Krankenhausbett zugrunde gelegt werden. Die Höhe der Jahrespauschalen beträgt für jedes nach § 9 Abs. 1 KHG als förderfähig zugrunde gelegte Krankenhausbett mindestens 2 500 DM.

(6) Krankenhäuser, die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG betreiben, erhalten zur Förderung der notwendigen Investitionen nach Absatz 1 einen Zuschlag zur Jahrespauschale nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach Absatz 5.⁵

§ 12

Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) Anstelle der Einzelförderung von Investitionskosten nach § 10 können auf Antrag Entgeltanteile bis zur Höhe der zulässigen Abschreibung für die Nutzung von Anlagegütern im Rahmen der hierfür bereitstehenden Haushaltsmittel gefördert werden, wenn die zuständige Behörde vor Abschluss der Nutzungsvereinbarung zugestimmt hat. § 10 Abs. 1 bis 3 und Abs. 4 Nr. 2 gelten entsprechend. Die zuständige Behörde kann nachträglich eine Genehmigung erteilen, wenn andernfalls für die Krankenhausträger eine unzumutbare Härte entstehen würde.

(2) Wird ein Krankenhaus erstmals in den Krankenhausplan aufgenommen und besteht im Zeitpunkt der Aufnahme bereits ein Nutzungsverhältnis im Sinne des Absatzes 1, gilt Absatz 1 mit der Maßgabe entsprechend, dass unverzüglich eine Genehmigung einzuholen ist. In diesem Falle kann das Nutzungsentgelt bis zu der in Absatz 1 Satz 1 genannten Höhe vom Zeitpunkt der Aufnahme in den Krankenhausplan an gefördert werden.

(3) Die Jahrespauschale nach § 11 darf zur Finanzierung von Entgelten für die Nutzung von Anlagegütern eingesetzt werden, deren Herstellung oder Beschaffung sonst aus der Jahrespauschale zu bestreiten wäre, sofern dies einer wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung entspricht; Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend.

§ 13

Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

(1) Auf Antrag werden gefördert

1. Anlaufkosten,
2. Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen,
3. Kosten für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken,

soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes gefährdet wäre (Betriebsgefährdung). Eine Förderung wird nur gewährt, wenn zu erwarten ist, dass mit ihr die Betriebsgefährdung nicht nur vorübergehend beseitigt werden kann.

(2) Eine Betriebsgefährdung liegt nur vor, wenn die Kosten nach Absatz 1 in zumutbarer Weise weder aus dem zweckbestimmten Vermögen des Krankenhauses und des Krankenhausträgers noch aus den zu erwartenden künftigen Überschüssen des Krankenhauses finanzierbar sind und wenn deshalb eine ausreichende Versorgung der Patienten im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses gefährdet ist.

(3) Eine Förderung der in Absatz 1 genannten Kosten entfällt, wenn sie durch Dritte übernommen werden.

(4) Ist zu erwarten, dass Kosten der in Absatz 1 genannten Art entstehen, hat der Krankenhausträger die zuständige Behörde über Art und voraussichtliche Höhe unverzüglich zu unterrichten.

§ 14

Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen

(1) Hat ein Krankenhausträger vor Aufnahme des Krankenhauses in die vorläufige Förderliste bzw. den Landeskrankenhausplan für förderfähige, vor diesem Zeitpunkt entstandene Investitionskosten nach § 10 Abs. 1 Satz 1 dieses Gesetzes Darlehen aufgenommen, werden auf Antrag die seit der Aufnahme in den Krankenhausplan entstehenden Schuldendienstlasten gefördert.

(2) Darlehen, die zur Ablösung von Eigenkapital des Krankenhausträgers aufgenommen worden sind, können nicht berücksichtigt werden, wenn die Ablösung im Hinblick auf eine zu erwartende Förderung der Schuldendienstlasten erfolgt ist oder sonst nicht dringend geboten war. Entsprechendes gilt, wenn und soweit sich Schuldendienstlasten auf Grund einer Umschuldung erhöht haben.

(3) Sind die im Förderzeitraum vorzunehmenden Abschreibungen für die mit dem Darlehen finanzierten förderungsfähigen Investitionen höher als die geförderten Tilgungsbeträge, werden bei Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan auf Antrag Fördermittel in Höhe des Unterschiedsbetrages bewilligt; sind die Abschreibungen niedriger, hat der Krankenhausträger den Unterschiedsbetrag zurückzuzahlen. Außer Betracht bleiben

Abschreibungsbeträge, die anteilig auf Investitionen entfallen, die nicht mit den nach Absatz 1 geförderten Darlehen finanziert worden sind.

§ 15

Ausgleich für Eigenkapital

(1) Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung mit Eigenmitteln beschaffte, abnutzbare und förderungsfähige Anlagegüter vorhanden, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, wird dem Krankenhausträger nach Feststellung des Ausscheidens des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan auf Antrag ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung im Förderzeitraum gewährt, sofern der Krankenhausbetrieb eingestellt ist und das Krankenhaus nicht weiterhin für Krankenzwecke genutzt wird.

(2) Der Berechnung des Ausgleichsbetrages sind die Buchwerte bei Beginn der Förderung und die darauf beruhenden Abschreibungen zugrunde zulegen.

(3) Ein Ausgleichsanspruch besteht nicht, soweit nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz eine Ersatzinvestition gefördert worden ist und der Restnutzungswert dieser Ersatzinvestition bei der Feststellung des Ausscheidens des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan dem nach den Absätzen 1 und 2 berechneten Ausgleichsbetrag entspricht; für Anlagegüter, deren Wiederbeschaffung pauschal gefördert worden ist, ist der Nutzungswert aller mit den Pauschalmitteln beschafften Anlagegüter maßgebend.

(4) 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 ermittelt und festgesetzt werden.

§ 16

Förderung bei Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern

(1) Für ein Krankenhaus, das auf Grund einer Entscheidung der zuständigen Behörde ganz oder teilweise mit mindestens einer Abteilung oder Ausbildungsstätte aus dem Krankenhausplan ausscheidet, erhält der Krankenhausträger auf Antrag Ausgleichszahlungen, soweit sie erforderlich sind, um unzumutbare finanzielle Härten bei der Schließung des Krankenhauses bzw. Betriebsteiles oder seiner Umstellung auf andere Aufgaben zu vermeiden. Bei der Bemessung der Ausgleichszahlungen sind die Finanz- und Vermögenslage des Krankenhausträgers sowie Leistungen Dritter angemessen zu berücksichtigen.

(2) Ausgleichszahlungen können insbesondere bewilligt werden für

1. unvermeidbare Kosten, die bei der Abwicklung von Verträgen entstehen,
2. angemessene Aufwendungen zur Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Schließung oder Umstellung entstehen,
3. unvermeidliche Betriebsverluste, soweit sie auf der Einstellung des Krankenhausbetriebes beruhen,
4. Investitionen zur Umstellung auf andere, insbesondere soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.

(3) Ausgleichszahlungen nach den Absätzen 1 und 2 können unmittelbar Dritten gewährt werden, wenn das Krankenhaus als andere Einrichtung fortgeführt wird und die

Umstellungskosten vereinbarungsgemäß dem künftigen Betreiber der Einrichtung zur Last fallen.⁶

§ 17

Pflichten der Krankenhäuser, Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen

(1) Dem Antragsteller obliegt es, die zur Beurteilung eines Förderanspruchs notwendigen Angaben zu machen und zu belegen. Kommt er dem nicht oder nur unzureichend nach, kann der Förderantrag zurückgewiesen werden.

(2) Fördermittel dürfen nur dem Förderzweck entsprechend verwendet werden.

(3) Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit diese zur Sicherstellung einer zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel oder zur Erreichung der Ziele des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, dieses Gesetzes oder des Krankenhausplanes erforderlich sind.

(4) Das Krankenhaus ist unbeschadet sonstiger gesetzlicher Vorschriften verpflichtet, das förderungsfähige Anlagevermögen im betriebswirtschaftlich angemessenen Umfang gegen Risiken zu versichern. Bei Einzelförderung entfällt ein Förderanspruch, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden.

Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den Pauschalmitteln zuzuführen, soweit sie nicht nach Satz 2 für die Erstausrüstung einzusetzen sind. Unterbleibt die Versicherung, ist das Krankenhaus im Schadensfalle so zu behandeln, als wäre es versichert gewesen.

(5) Vom Krankenhausträger kann verlangt werden, dass er vor Auszahlung oder Übertragung der Fördermittel für einen möglichen Rückforderungsanspruch in geeigneter Weise, in der Regel durch Bestellung von Grundpfandrechten, Sicherheit leistet; die notwendigen Kosten der Absicherung werden in die Förderung einbezogen.

(6) Das zuständige Staatsministerium legt Förderrichtlinien für das Verfahren fest.

§ 18

Widerruf von Förderbescheiden

(1) Werden Fördermittel entgegen dem im Förderbescheid bestimmten Zweck verwendet oder werden mit der Förderung verbundene Auflagen nicht oder nicht innerhalb einer dem Empfänger der Fördermittel gesetzten Frist erfüllt, kann der Bescheid ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit widerrufen werden. Eine nicht zweckentsprechende Verwendung liegt auch vor, wenn

1. Fördermittel nicht mehr für den vorgesehenen Zweck oder nicht alsbald nach der Auszahlung hierfür verwendet werden,
2. nach der Gewährung von Fördermitteln gemäß § 16 die Umstellung auf andere Aufgaben oder die Einstellung des Krankenhausbetriebes nicht erfolgt oder
3. bei einem geförderten Anlagegut infolge erheblicher Verletzung der Sorgfaltspflicht, die der Krankenhausträger zu vertreten hat, eine wesentliche Verkürzung der üblichen

Nutzungsdauer des Anlagegutes eingetreten ist und daher die Wiederbeschaffung mit Fördermitteln vorzeitig erfolgt.

Die Verpflichtung zur alsbaldigen Verwendung nach der Auszahlung gilt nicht für pauschale Fördermittel nach § 11.

(2) Förderbescheide sind zu widerrufen, wenn und soweit das Krankenhaus seine Aufgabe nach dem Krankenhausplan nicht oder nicht mehr erfüllt. Hiervon kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem zuständigen Staatsministerium aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Satz 2 gilt auch, wenn der Träger eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses wechselt und

1. das Krankenhaus mit dem neuen Krankenhausträger in den Krankenhausplan aufgenommen ist,
2. der bisherige Krankenhausträger die gewährten Fördermittel auf den neuen Krankenhausträger überträgt,
3. der neue Krankenhausträger durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Freistaat Sachsen sämtliche bisherigen Förderbescheide und die mit der Förderung verbundenen Verpflichtungen, Bedingungen und Auflagen anerkennt und sichergestellt ist, dass die bestehenden Sicherungsrechte für mögliche Rückforderungsansprüche nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und diesem Gesetz nicht erlöschen.

§ 19

Rückerstattung von Fördermitteln

(1) Soweit ein Förderbescheid nach § 18 widerrufen oder nach sonstigen Rechtsvorschriften mit Wirkung für die Vergangenheit aufgehoben oder infolge des Eintritts einer auflösenden Bedingung unwirksam wird, sind die Fördermittel zurückzuerstatten.

(2) Hat der Empfänger der Fördermittel die Umstände, die zur Rücknahme, zum Widerruf oder zur Unwirksamkeit des Förderbescheides geführt haben, nicht zu vertreten, gelten vorbehaltlich des Absatzes 3 für den Umfang der Erstattung mit Ausnahme der Verzinsung die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung entsprechend. Auf den Wegfall der Bereicherung kann sich der Empfänger der Fördermittel nicht berufen, wenn er die Umstände, die zum Entstehen des Erstattungsanspruches geführt haben, kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte.

(3) Soweit im Falle des § 18 Abs. 2 mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder beschafft worden sind, vermindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer der jeweils geförderten Anlagegüter. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn dem Krankenhaus die Erfüllung seiner Aufgaben nach Gewährung der Fördermittel aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund unmöglich wird.

(4) Der Erstattungsanspruch wird mit seiner Entstehung fällig; er ist von diesem Zeitpunkt an mit dem jeweiligen Zinssatz der Spitzenrefinanzierungsfazilität der Europäischen Zentralbank (SRF-Satz) für das Jahr zu verzinsen. Von der Zinsforderung kann abgesehen werden, wenn der Empfänger der Fördermittel die Umstände, die zu dem Erstattungsanspruch geführt haben, nicht zu vertreten hat und er die Erstattung innerhalb der von der Bewilligungsbehörde

festgesetzten Frist leistet. Werden die Fördermittel nicht alsbald nach der Auszahlung zur Erfüllung des Förderzwecks verwendet und wird der Förderbescheid nicht widerrufen, sind für die Zeit bis zur zweckentsprechenden Verwendung Zinsen nach Satz 1 zu verlangen; dies gilt nicht für die pauschale Förderung nach § 11.

(5) Rückzahlungsforderungen können mit Förderleistungen auf Grund des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dieses Gesetzes sowie mit Leistungen nach dem Finanzausgleichsgesetz verrechnet werden.⁷

§ 20

Nachweis über die Verwendung der Fördermittel

(1) Das geförderte Krankenhaus hat für das abgelaufene Kalenderjahr einen Nachweis über die Verwendung der ihm in diesem Jahr zugewiesenen Fördermittel zu erstellen und der Bewilligungsstelle vorzulegen. Inhalt, Gliederung und Form dieses Nachweises legt das zuständige Staatsministerium in den Förderrichtlinien fest.

(2) Das Regierungspräsidium und dessen Beauftragte sind berechtigt, die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel und die Beachtung der mit der Bewilligung verbundenen Nebenbestimmungen zu überwachen. Sie können sich dabei auf die Prüfungsergebnisse anderer Prüfungseinrichtungen stützen.

(3) Der Krankenhausträger, die Krankenhausleitung und deren Beauftragte haben dem Regierungspräsidium und dessen Beauftragten auf Verlangen die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen.

(4) Soweit es die Überprüfung erfordert, sind das Regierungspräsidium und dessen Beauftragte befugt, Grundstücke, Räume, Anlagen und Einrichtungen des Krankenhauses zu betreten, dort Besichtigungen und Prüfungen vorzunehmen sowie in die geschäftlichen Unterlagen des Krankenhauses Einsicht zu nehmen. Werden die Unterlagen an einem anderen Ort aufbewahrt, erstreckt sich das Betretungsrecht auch auf diesen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 GG; Artikel 30 SächsVerf) wird insoweit eingeschränkt.

(5) Ein nach Absatz 3 Auskunftspflichtiger kann die Auskunft auf Fragen verweigern, deren Beantwortung ihn selbst oder einen der in § 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr strafrechtlicher Verfolgung oder eines Verfahrens nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten aussetzen würde.

(6) Der Sächsische Rechnungshof ist berechtigt, die von den Krankenhausträgern zu erbringenden Nachweise, die für die Höhe der Fördermittel maßgebend sind, und die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel an Ort und Stelle zu prüfen, die Unterlagen einzusehen und Auskünfte einzuholen.

Vierter Abschnitt

Innere Struktur und Organisation der Krankenhäuser

§ 21

Fachabteilungen, Leitung, Privatstationen

(1) Das Krankenhaus ist nach Maßgabe des Krankenhausplanes nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten in Fachabteilungen zu gliedern. Darüber hinaus sollten nach Möglichkeit und Bedarf medizinisch-technische Fachabteilungen,

wie Röntgenabteilung, Krankenhausapotheke, klinisches Laboratorium, besondere Organisationseinheiten mit selbständiger Leitung sowie Abteilungen im Verwaltungs-, Wirtschafts- und Versorgungsbereich gebildet werden.

(2) In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. Der Betriebsleitung gehören, entsprechend der Gliederung des Krankenhauses in medizinischen Bereich, Pflegedienstbereich und Verwaltungsbereich, der leitende Chefarzt, die leitende Pflegekraft und der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes an. Vorsitzender der Betriebsleitung ist der leitende Chefarzt. Der Krankenhausträger regelt die Aufgaben der Betriebsleitung und die Zuständigkeiten seiner Mitglieder, insbesondere die Vertretung des Krankenhauses.

(3) Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Absatz 2 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind. Die Vorschriften des Gesetzes über das Universitätsklinikum Leipzig an der Universität Leipzig und das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden (Universitätsklinik-Gesetz – UKG) vom 6. Mai 1999 (SächsGVBl. S. 207) bleiben unberührt.⁸

(4) Privatstationen im Krankenhaus sind unzulässig. Unberührt bleibt das Recht der Patienten, im Krankenhaus Wahlleistungen in Anspruch zu nehmen.

§ 22

Arzneimittelkommission

(1) Das Krankenhaus bildet eine Arzneimittelkommission. Mehrere Krankenhäuser können eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden. Verantwortlicher Leiter der Arzneimittelkommission ist ein Krankenhausapotheker oder ein in Arzneimittelfragen besonders erfahrener Krankenhausarzt. Der Leiter einer krankenhauversorgenden öffentlichen Apotheke ist Mitglied der Arzneimittelkommission.

(2) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere die Aufgabe,

1. eine Arzneimittelliste, in der die für den laufenden Verbrauch im Krankenhaus bestimmten Arzneimittel aufgeführt sind, nach medizinischen, pharmazeutischen und wirtschaftlichen Aspekten zu erstellen und fortzuschreiben; dabei sind auch Gesichtspunkte der Arzneimittelsicherheit zu berücksichtigen.
2. die Ärzte in Fragen der Pharmakotherapie und klinischen Pharmazie zu beraten und zu unterstützen sowie die Preiswürdigkeit und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelbeschaffung zu überwachen,
3. Arzneimittelrisiken, insbesondere Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Gegenanzeigen zu erfassen sowie die Ärzte des jeweiligen Krankenhauses und die Arzneimittelkommissionen der Kammern der Heilberufe hierüber zu unterrichten.

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

(4) Die Arzneimittelkommission ist über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Arzneimittelliste enthalten sind, zu informieren. Sie ist vor der Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln in gleicher Weise wie die zuständige Apotheke zu unterrichten.

§ 23

Pflege, soziale und seelsorgerische Betreuung

- (1) Die Patienten haben Anspruch auf eine menschenwürdige Behandlung und auf eine würdevolle Begleitung im Sterben.
- (2) Die Betriebsabläufe des Krankenhauses sollen patientenfreundlich gestaltet werden. Insbesondere ist den Bedürfnissen der Patienten nach Schonung und Ruhe Rechnung zu tragen. Ausbildungsaufgaben des Krankenhauses, die eine Beteiligung von Patienten erfordern, sind mit der gebotenen Rücksicht auf diese durchzuführen.
- (3) Für alle Patienten sind vom Krankenhaus angemessene Besuchszeiten festzulegen, die nicht von der Inanspruchnahme von Wahlleistungen abhängig gemacht werden dürfen.
- (4) Der Krankenhausträger trifft Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch eine unabhängige Stelle.
- (5) Das Krankenhaus hat einen Sozialdienst einzurichten.
- (6) Der Sozialdienst hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, ihn in psychologischen Fragen zu beraten, bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und Hilfen, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, zu vermitteln. In der Regel soll für jeweils 400 Patienten wenigstens ein hauptamtlicher Mitarbeiter vorgesehen werden.
- (7) Das Krankenhaus sollte im Rahmen seiner Möglichkeiten bei Kleinkindern den größtmöglichen Kontakt mit den Erziehungsberechtigten gewähren; es soll die schulische Betreuung von Kindern unterstützen, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.
- (8) Das Recht auf Teilnahme am Gottesdienst und auf seelsorgerische Betreuung im Krankenhaus ist zu gewährleisten.

§ 24

Abrechnung besonderer ärztlicher Leistungen

- (1) Entgelte für wahlärztliche Leistungen, die ein Arzt auf der Grundlage eines gesonderten Behandlungsvertrages erbringt, rechnet der Krankenhausträger gesondert ab. Gleiches gilt für Entgelte aus ambulanter ärztlicher Tätigkeit, soweit es sich nicht um Tätigkeiten im Rahmen der §§ 117 bis 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder vergleichbarer Verträge handelt.
- (2) Von dem Entgelt behält der Krankenhausträger die in Absatz 3 bestimmten Anteile ein. Das restliche Entgelt leitet der Krankenhausträger nach Maßgabe des Absatzes 4 an den Arzt und nach Maßgabe des § 25 an die ärztlichen Mitarbeiter und an das nichtärztliche Fachpersonal weiter.
- (3) Von den Entgelten sind einzubehalten:
 1. die Kosten, die der Arzt durch die Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Krankenhauses verursacht hat,
 2. Ausgleichsbeträge für den Vorteil, der dem Arzt dadurch entsteht, dass er entsprechendes eigenes Personal, Material oder Einrichtungen nicht vorzuhalten braucht.

Soweit der Arzt zur Erbringung der Leistung eigene Mittel aufgewendet hat, sind sie mit den einzubehaltenden Beträgen zu verrechnen. Bis zur Feststellung der endgültig einzubehaltenden Entgeltanteile behält der Träger eine Pauschale in Höhe von zehn vom Hundert der in Absatz 1 genannten Entgelte ein. Nach Feststellung der endgültigen Höhe der einzubehaltenden Beträge sind diese mit den Pauschalen zu verrechnen.

(4) Aus dem restlichen Entgelt im Sinne von Absatz 2 erhält der Arzt Anteile nach folgender Tabelle:

Er erhält bei einem restlichen Entgelt

bis	20 000 DM	90 vom Hundert,
von	20 001 DM bis 60 000 DM	
für je	4 000 DM	Entgeltsteigerung je 1 vom Hundert weniger, d. h. 89 bis 80 vom Hundert,
von	60 001 DM bis 120 000 DM	
für je	6 000 DM	Entgeltsteigerung je 1 vom Hundert weniger, d. h. 79 bis 70 vom Hundert,
von	120 001 DM bis 200 000 DM	
für je	8 000 DM	Entgeltsteigerung je 1 vom Hundert weniger, d. h. 69 bis 60 vom Hundert,
von	200 001 DM bis 350 000 DM	
für je	10 000 DM	Entgeltsteigerung je 1 vom Hundert weniger, d. h. 59 bis 45 vom Hundert.

Bei Entgelten über 350 000 DM erhält der Arzt für den diese Summe übersteigenden Betrag einen Vomhundertsatz in Höhe von 45 vom Hundert.

Die Einbehaltung nach einem höheren Vomhundertsatz gemäß Satz 1 darf nicht dazu führen, dass der Arzt einen geringeren Betrag erhält als bei Anwendung eines niedrigeren Vomhundertsatzes.

Der nach Abzug der Beträge nach den Absätzen 3 und 4 verbleibende Endbetrag wird angesammelt und nach Maßgabe des § 25 an die ärztlichen Mitarbeiter und an das nichtärztliche Fachpersonal verteilt.

§ 25

Verteilung der einbehaltenen Beträge

(1) Über die Verteilung der beim Träger angesammelten Mittel an die Mitarbeiter entscheidet der Träger nach Anhörung eines Gremiums, in dem die an der Leistungserbringung beteiligten Berufsgruppen, die Krankenhausleitung und der Personalrat vertreten sind. Bei der Verteilung sind Aufgaben, Leistung – auch in der Forschung –, Verantwortung, Facharzteigenschaft und Erfahrung der Mitarbeiter angemessen zu berücksichtigen. Die an die Mitarbeiter verteilten Mittel dürfen nicht im offensichtlichen Missverhältnis zu deren Leistung und Einkommen stehen.

(2) Kommt über die Verteilung der angesammelten Mittel keine Einigung zustande, entscheidet auf Antrag eines Mitgliedes des zuständigen Krankenhausgremiums eine vom zuständigen Staatsministerium einzurichtende, von der Sächsischen Landesärztekammer und der Krankenhausgesellschaft Sachsen paritätisch besetzte Beschwerdestelle unter Vorsitz des Ministeriums. Die Beschwerdestelle kann zur Höhe der einbehaltenen Beträge und zu deren Verteilung auch jeder betroffene Arzt des Krankenhauses anrufen.

(3) Verwaltungskosten, die dem Krankenhausträger im Zusammenhang mit der Abrechnung, dem Einzug und der Teilung der angesammelten Mittel sowie aus der Tätigkeit der Beschwerdestelle entstehen, sind aus den einbehaltenen Beträgen vorweg zu bestreiten.

§ 26

Abweichende Bestimmungen

- (1) Der Krankenhausträger kann eine von § 24 Abs. 3 abweichende Regelung treffen.
- (2) Belegärzte im Krankenhaus beteiligen ihre ärztlichen Mitarbeiter nach freier Vereinbarung unmittelbar. Sie können sich mit Zustimmung des zuständigen Krankenhausgremiums der Regelung der §§ 24 und 25 anschließen.
- (3) Der Krankenhausträger hat darauf hinzuwirken, dass vor In-Kraft-Treten dieses Gesetzes abgeschlossene Verträge mit Ärzten, die Leistungen gemäß § 24 Abs. 2 erbringen, den Bestimmungen der §§ 24 und 25 angepasst werden.
- (4) Das Universitätsklinikum kann von den §§ 24 und 25 abweichende Bestimmungen treffen.⁹

Fünfter Abschnitt

Pflichten der Krankenhäuser

§ 27

Zusammenarbeit der Krankenhäuser

- (1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Rettungsleitstellen und den Krankenkassen verpflichtet. Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern sind zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zulässig.
- (2) Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander soll sich insbesondere erstrecken auf
 1. die Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten,
 2. die Wahrnehmung besonderer Aufgaben der Dokumentation und der Nachsorge im Zusammenwirken mit den niedergelassenen Ärzten,
 3. die Verteilung der Aufzunehmenden,
 4. die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,
 5. die Mitwirkung bei der Schwangerenbetreuung,
 6. die festzulegende Aufnahme- und Dienstbereitschaft nach § 11 Abs. 2 und 3 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG) vom 24. Juni 2004 (SächsGVBl. S. 245),
 7. Rationalisierungsmaßnahmen,
 8. die Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte,
 9. die Nutzung medizinischer oder wirtschaftlicher Einrichtungen,
 10. die Nutzung von Datenverarbeitungsverfahren,
 11. die Errichtung und den Betrieb von Ausbildungsstätten für nichtärztliche Heilberufe,
 12. die Errichtung und den Betrieb zentraler Krankenhausapotheken.¹⁰

§ 28

Rechtsaufsicht

- (1) Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen unterliegen der Rechtsaufsicht durch die zuständige Behörde.

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere dieses Gesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666) in der jeweils geltenden Fassung. Die Vorschriften über die allgemeine Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die medizinischen Einrichtungen der Hochschulen des Landes, der Universitätsklinika und die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.
11

(3) Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchsetzung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Bei Gefahr im Verzuge ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 GG; Artikel 30 SächsVerf) eingeschränkt.

§ 29

Krankenhaushygiene

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, alle erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen. Das Krankenhaus bildet eine Hygienekommission.

(2) Das zuständige Staatsministerium wird ermächtigt, durch eine sächsische Rahmenkrankenhaushygieneverordnung, insbesondere

1. Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen,
2. Aufgaben, Zusammensetzung und Bildung der Hygienekommission,
3. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachkräften

im einzelnen zu regeln.

§ 30

Dienst- und Aufnahmebereitschaft, Katastrophenschutz

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, eine seiner Aufgabenstellung entsprechende Dienst- und Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Unbeschadet der Aufnahmekapazität ist das Krankenhaus verpflichtet, Notfallpatienten zum Zwecke einer qualifizierten ärztlichen Erstversorgung aufzunehmen und gegebenenfalls die anschließende Weiterleitung zu veranlassen.

(2) Unbeschadet sonstiger gesetzlicher Vorschriften ist das Krankenhaus verpflichtet, Aufgaben im Bereich des Katastrophenschutzes wahrzunehmen. Es ist verpflichtet, für den Fall seiner eigenen Evakuierung entsprechende Pläne aufzustellen, fortzuschreiben, abzustimmen und einzuüben.

(3) Das zuständige Staatsministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Staatsministerium des Innern die zur Sicherstellung einer geeigneten Notfallversorgung erforderlichen Maßnahmen zu regeln.

§ 31

Aufnahme- und Meldepflichten

(1) Krankenhäuser im Einzugsbereich einer Rettungsleitstelle melden dieser auf Anforderung die Zahl der freien Betten.

(2) Ist anzunehmen, dass die Angehörigen eines Patienten von der Aufnahme in das Krankenhaus noch keine Kenntnis haben, ist das Krankenhaus verpflichtet, sie in geeigneter Weise zu verständigen.

§ 32

Auskunftspflichten und Datenverarbeitung

Der Krankenhausträger ist verpflichtet, der zuständigen Behörde jährlich die für die Krankenhausplanung erforderlichen Angaben zu übermitteln. Die Auskunftspflicht gemäß § 28 KHG bleibt unberührt.

§ 33

Datenschutz

(1) Soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist, sind die jeweils geltenden Vorschriften über den Schutz personenbezogener Daten anzuwenden. Patientendaten sind alle Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse bestimmter oder bestimmbarer Patienten aus dem Bereich der Krankenhäuser. Patientendaten sind auch die personenbezogenen Daten von Angehörigen, anderen Bezugspersonen des Patienten sowie sonstiger Dritter, die dem Krankenhaus im Zusammenhang mit der Behandlung bekannt werden.

(2) Patientendaten dürfen nur erhoben werden, verarbeitet oder sonst genutzt werden, soweit

1. dies im Rahmen des Behandlungsverhältnisses auf vertraglicher Grundlage erforderlich ist,
2. dies zur Ausbildung oder Fortbildung erforderlich ist und dieser Zweck nicht in vertretbarer Weise mit anonymisierten Daten erreichbar ist,
3. eine Rechtsvorschrift es erlaubt oder
4. der Patient eingewilligt hat.

Die Einwilligung nach Satz 1 Nr. 4 bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Wird die Einwilligung mündlich erteilt, ist dies aufzuzeichnen. Der Patient ist in geeigneter Weise über die Bedeutung der Einwilligung sowie über den Zweck der Erhebung und die vorgesehene Verarbeitung der Daten aufzuklären; er ist darauf hinzuweisen, dass ihm wegen einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile entstehen.

(3) Eine Übermittlung von Patientendaten an Personen und Stellen außerhalb des Krankenhauses ist nur zulässig, soweit sie erforderlich ist

1. zur Erfüllung einer gesetzlich vorgeschriebenen Behandlungs- oder Mitteilungspflicht,
2.
 - a) zur Entscheidungsfindung der Krankenkassen, ob und inwieweit Präventions-, Rehabilitations- oder andere komplementäre Maßnahmen angezeigt sind,
 - b) zur Durchführung des Behandlungsvertrages einschließlich der Nachbehandlung,

soweit der Patient nach Hinweis auf die beabsichtigte Übermittlung nicht etwas anderes bestimmt hat,

3. zur Abwehr von gegenwärtigen Gefahren für das Leben, die Gesundheit oder die persönliche Freiheit des Patienten oder eines Dritten, sofern diese Rechtsgüter das Geheimhaltungsinteresse des Patienten deutlich überwiegen,
4. zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen in der Krankenversorgung, wenn das Interesse der Allgemeinheit an der Durchführung der beabsichtigten Maßnahme die schutzwürdigen Belange des Patienten erheblich überwiegt,
5. zur Durchführung eines mit der Behandlung zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens,
6. zur Feststellung der Leistungspflicht, Abrechnung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Sozialleistungsträger,
7. zur Unterrichtung der Angehörigen, soweit der Patient nicht seinen gegenteiligen Willen kundgetan hat oder sonstige Anhaltspunkte bestehen, dass eine Übermittlung nicht angebracht ist
8. oder sie in einem anderen Gesetz geregelt ist.

In anderen Fällen ist eine Übermittlung von Daten nur mit Einwilligung des Patienten zulässig. Absatz 2 Sätze 2 bis 4 gilt entsprechend.

(4) Stellen oder Personen, denen nach dieser Vorschrift personenbezogene Daten befugt übermittelt worden sind, dürfen diese nur zu dem Zweck verwenden, der die Befugnis begründet. Im Übrigen haben sie diese Daten unbeschadet sonstiger Datenschutzbestimmungen in demselben Umfang geheimzuhalten wie das Krankenhaus selbst.

(5) Dem Patienten ist auf Antrag kostenfrei

1. Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten sowie über die Personen und Stellen zu erteilen, an die personenbezogene Daten weitergegeben wurden, und
2. Einsicht in seine Krankenakten zu gewähren.

Soweit Auskunfts- und Einsichtsansprüche medizinische Daten des Patienten betreffen, darf sie nur der behandelnde Arzt erfüllen. Die Auskunfts- und Einsichtsansprüche können im Interesse der Gesundheit des Patienten begrenzt werden; durch berechnigte Geheimhaltungsinteressen Dritter werden sie eingeschränkt.

(6) Patientendaten sind zu löschen, wenn

1. sie zur Erfüllung der in Absatz 2 genannten Zwecke nicht mehr erforderlich und
2. vorgeschriebene Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind und kein Grund zu der Annahme besteht, dass durch die Löschung schutzwürdige Belange des Betroffenen beeinträchtigt werden.

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

(8) Der Krankenhausträger hat die technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen, die erforderlich und angemessen sind, um die Beachtung der in den Absätzen 1 bis 7 enthaltenen Bestimmungen zu gewährleisten. Er bestellt einen Beauftragten für den Datenschutz. Zum Beauftragten für den Datenschutz darf nur bestellt werden, wer dadurch keinem Interessenkonflikt mit sonstigen dienstlichen Aufgaben ausgesetzt wird. § 36 Abs. 2 bis 5 und § 37 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) vom 20. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2954; BGBl. III 204-3) gelten entsprechend.

(9) Religionsgemeinschaften oder diesen Gleichgestellte oder ihnen zuzuordnende Einrichtungen können ohne Rücksicht auf ihre Rechtsform und unter Berücksichtigung ihres Selbstverständnisses anstelle der datenschutzrechtlichen Bestimmungen dieses Gesetzes eigene bereichsspezifische Bestimmungen erlassen, die den datenschutzrechtlichen Bestimmungen dieses Gesetzes gleichwertig sein müssen.

(10) Das Krankenhaus kann sich zur Verarbeitung von Patientendaten anderer Personen oder Stellen bedienen, wenn sichergestellt ist, dass diese die Datenschutzbestimmungen dieses Gesetzes und die § 203 Strafgesetzbuch entsprechende Schweigepflicht einhalten. Das Krankenhaus ist verpflichtet, erforderlichenfalls den Auftragnehmer anzuweisen, Technik und Organisation der Datensicherung zu ergänzen. Die Auftragserteilung bedarf der vorherigen Zustimmung durch die zuständige Behörde.

§ 34

Datenschutz bei Forschungsvorhaben

(1) Ärzte dürfen Patientendaten, die innerhalb ihrer Fachabteilung oder bei Hochschulen innerhalb ihrer medizinischen Einrichtungen, in den Universitätsklinik oder in sonstigen medizinischen Einrichtungen gespeichert sind, für eigene wissenschaftliche Forschungsvorhaben verarbeiten und sonst nutzen. Satz 1 gilt entsprechend für sonstiges wissenschaftliches Personal dieser Einrichtungen, soweit es der Geheimhaltungspflicht des § 203 des Strafgesetzbuches unterliegt.¹²

(2) Zu Zwecken der wissenschaftlichen Forschung ist die Übermittlung von Patientendaten an Dritte und die Verarbeitung oder sonstige Nutzung durch sie zulässig, soweit der Patient eingewilligt hat. § 33 Abs. 2 Sätze 2 bis 4 gilt entsprechend.

(3) Der Einwilligung des Patienten bedarf es nicht, wenn der Zweck eines bestimmten Forschungsvorhabens nicht auf andere Weise erfüllt werden kann und

1. das berechnigte Interesse der Allgemeinheit an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Geheimhaltungsinteresse des Patienten erheblich überwiegt oder
2. es nicht zumutbar ist, die Einwilligung einzuholen und schutzwürdige Belange des Patienten nicht beeinträchtigt werden.

Die übermittelnde Stelle hat den Empfänger, die Art der zu übermittelnden Daten, die betroffenen Patienten und das Forschungsvorhaben aufzuzeichnen.

(4) Sobald es der Forschungszweck erlaubt, sind die personenbezogenen Daten derart zu verändern, dass sie keine Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person mehr sind. Soweit dies nicht möglich ist, sind die Merkmale, mit deren Hilfe ein Personenbezug hergestellt werden kann, gesondert zu

speichern, sobald es der Forschungszweck erlaubt; die Merkmale sind zu löschen, sobald der Forschungszweck erreicht ist.

(5) Soweit die Bestimmungen dieses Gesetzes auf den Empfänger von Patientendaten keine Anwendung finden, dürfen sie nur übermittelt werden,

1. wenn sich der Empfänger verpflichtet,
 - a) die Daten nur für das von ihm genannte Forschungsvorhaben zu verwenden,
 - b) die Bestimmungen des Absatzes 4 einzuhalten und
 - c) dem Sächsischen Datenschutzbeauftragten auf Verlangen Einsicht und Auskunft zu gewähren, und
2. wenn der Empfänger nachweist, dass bei ihm die technischen und organisatorischen Voraussetzungen vorliegen, um der Verpflichtung nach Nummer 1 Buchst. b zu entsprechen.

§ 35

Abschlussprüfung

(1) Der Jahresabschluss ist unter Einbeziehung der Buchführung durch einen Wirtschaftsprüfer oder eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Abschlussprüfer) zu prüfen. Hat das Krankenhaus einen Lagebericht aufzustellen, ist auch dieser in die Prüfung einzubeziehen.

(2) Die Prüfung des Jahresabschlusses erfolgt nach den allgemeinen für die Jahresabschlussprüfung geltenden Grundsätzen. Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf

1. die Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens,
2. die wirtschaftlichen Verhältnisse und
3. die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 11.

(3) Sind nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung keine Einwendungen zu erheben, hat der Abschlussprüfer dies zu bestätigen; andernfalls ist die Bestätigung einzuschränken oder zu versagen. Sobald die Bestätigung versagt oder eingeschränkt erteilt wird, ist der Abschlussbericht der zuständigen Behörde vorzulegen.

Sechster Abschnitt

Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 36

Zuständigkeit

(1) Zuständige Behörde im Sinne dieses Gesetzes ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, das Regierungspräsidium, in dessen Regierungsbezirk das betreffende Krankenhaus liegt. Dies gilt für die Einrichtungen der Hochschulen nur für den auf die Krankenversorgung entfallenden Teil.

(2) Die Zuständigkeit für die pauschale Förderung nach § 11 kann durch Rechtsverordnung des zuständigen Staatsministeriums auf die Sächsische Aufbaubank – Förderbank übertragen werden. Ausgenommen davon bleibt § 11 Abs. 5.

(3) Zuständiges Staatsministerium im Sinne dieses Gesetzes ist das für das Gesundheitswesen zuständige Staatsministerium.

(4) Zuständige oberste Landesbehörde für den Vollzug der Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666) in der jeweils geltenden Fassung ist das für das Gesundheitswesen zuständige Staatsministerium. Dieses ist auch zuständige Landesbehörde nach § 18 Abs. 5, § 18 a Abs. 2 Satz 4, Abs. 5, § 18 b Abs. 2 Satz 2 KHG, § 20 Abs. 2 Sätze 2 und 3 und den übrigen Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung.¹³

§ 37

Verwaltungsvorschriften

Das zuständige Staatsministerium erlässt die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften.

§ 38

Übergangsvorschrift

Die vor In-Kraft-Treten des Universitätsklinik-Gesetzes gemäß § 26 Abs. 4 getroffenen Regelungen gelten fort, bis das Universitätsklinikum eine von den §§ 24 und 25 abweichende Bestimmung getroffen hat.¹⁴

§ 39

In-Kraft-Treten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. September 1993 in Kraft, soweit nicht in Absatz 2 etwas anderes bestimmt ist. Nach dem Vertrag über die Herstellung der Einheit Deutschlands (Einigungsvertrag) bisher als Landesrecht fortgeltende, diesem Gesetz entgegenstehende Bestimmungen sind nicht mehr anzuwenden.

(2) Die §§ 4 Abs. 2, 10 bis 16 treten am 1. Januar 1994 in Kraft.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Dresden, den 19. August 1993

Landtagspräsident

Erich Iltgen Der Ministerpräsident

In Vertretung

Friedrich Groß

Der Staatsminister für Kultus Der Staatsminister

für Soziales, Gesundheit und Familie

In Vertretung

Dr. Rolf Jähnichen

Der Staatsminister

für Landwirtschaft, Ernährung und Forsten

1 Inhaltsübersicht, Sechster Abschnitt, § 38 neu eingefügt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 6. Mai 1999 (SächsGVBl. S. 207, 213)

2 § 1 geä durch Artikel 3 des Gesetzes vom 6. Mai 1999 (SächsGVBl. S. 207, 213)

- 3 § 2 Abs. 3 neu gefasst durch Artikel 3 des Gesetzes vom 6. Mai 1999 (SächsGVBl. S. 207, 213), Abs. 4 geä durch Artikel 6 des Gesetzes vom 12. Dezember 1997 (SächsGVBl. S. 673, 675)
- 4 § 4 Abs. 2 Nr. 3 geä Artikel 3 des Gesetzes vom 6. Mai 1999 (SächsGVBl. S. 207, 213), Nr. 5 angefügt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 12. Dezember 1997 (SächsGVBl. S. 673, 675)
- 5 § 11 geä durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Juli 1996 (SächsGVBl. S. 278, 281), durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12. Dezember 1996 (SächsGVBl. S. 537), neu gefasst durch Artikel 6 des Gesetzes vom 12. Dezember 1997 (SächsGVBl. S. 673, 675), geä durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Oktober 1998 (SächsGVBl. 19/1998 S. 505), durch Artikel 3 des G vom 28. Juni 2002 (SächsGVBl. S. 205, 206), durch Artikel 23 der VO vom 10. April 2003 (SächsGVBl. S. 94, 96)
- 6 § 16 Abs. 3 aufgehoben, der bisherige Abs. 4 wird Abs. 3 durch Artikel 6 des Gesetzes vom 12. Dezember 1997 (SächsGVBl. S. 673, 675)
- 7 § 19 geä durch Artikel 6 des Gesetzes vom 12. Dezember 1997 (SächsGVBl. S. 673, 675), durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Oktober 1998 (SächsGVBl. 19/1998 S. 505), durch Artikel 4 des Gesetzes vom 25. Juni 1999 (SächsGVBl. S. 398)
- 8 § 21 Abs. 3 Satz 2 angefügt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 6. Mai 1999 (SächsGVBl. S. 207, 213)
- 9 § 26 Abs. 4 neu gefasst durch Artikel 3 des Gesetzes vom 6. Mai 1999 (SächsGVBl. S. 207, 213)
- 10 § 27 geä. durch Artikel 2 des G vom 24. Juni 2004 (SächsGVBl. S. 245, 264)
- 11 § 28 Abs. 2 geä durch Artikel 3 des Gesetzes vom 6. Mai 1999 (SächsGVBl. S. 207, 213)
- 12 § 34 Abs. 1 Satz 1 neu gefasst durch Artikel 3 des Gesetzes vom 6. Mai 1999 (SächsGVBl. S. 207, 213)
- 13 § 36 geä durch Artikel 9 des G vom 22. April 2005 (SächsGVBl. S. 121, 125)
- 14 § 38 neu eingefügt, bisheriger § 38 wird neu § 39 durch Artikel 3 des Gesetzes vom 6. Mai 1999 (SächsGVBl. S. 207, 213)