



## **Gesetzentwurf**

**der Staatsregierung**

**zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes, des Bayerischen Krankenhausgesetzes und einer weiteren Rechtsvorschrift**

### **A) Problem**

#### **I. Änderung des Transplantationsgesetzes**

Der Bundesgesetzgeber hat am 21. Juli 2012 das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG) erlassen. Dieses ist nach der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt am 25. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) am 1. August 2012 in Kraft getreten.

Dieses Gesetz diente primär der Umsetzung der EU-Richtlinie über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation vorgesehene menschliche Organe (ABl. EU Nr. L 207 vom 6. August 2010, S. 14; ABl. EU Nr. L 243 vom 16. September 2010, S. 68) und enthielt dementsprechend vorwiegend technische Bestimmungen für Bereitstellungsorganisationen, zur Organ- und Spendercharakterisierung und über Systeme zur Meldung und Rückverfolgbarkeit schwerwiegender Zwischenfälle und unerwünschter Reaktionen. In diesem Zusammenhang führte es den Begriff der „Entnahmekrankenhäuser“ ein, die durch die Länder gegenüber der Koordinierungsstelle benannt werden müssen.

Darüber hinaus wurden durch dieses Gesetz – dem bayerischen Vorbild entsprechend – bundesweit alle nach § 108 SGB V oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen zugelassenen Krankenhäuser, die nach ihrer räumlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind, Organentnahmen von potentiellen Spendern zu ermöglichen (sog. Entnahmekrankenhäuser) zur Bestellung von fachlich qualifizierten Transplantationsbeauftragten verpflichtet. Dem lag die Überlegung zugrunde, dass die Organspende einen Verantwortlichen im jeweiligen Entnahmekrankenhaus benötigt, der insbesondere die Erfüllung der gesetzlichen Meldepflicht sicherstellt und das übrige Krankenhauspersonal über die Belange und den Prozess der Organspende regelmäßig informiert und damit die erforderliche Sensibilität für diesen wichtigen Bereich schafft. Über die Verpflichtung zur Bestellung hinaus wurden bundesrechtlich grundlegende Anforderungen an die organisationsrechtliche Stellung der Beauftragten sowie eine exemplarische Auflistung von dessen Aufgaben normiert. Zudem hat der Bundesgesetzgeber vorgesehen, dass der Beauftragte so weit freizustellen ist, wie es zur ordnungsgemäßen Durchführung seiner Aufgaben erforderlich ist.

Eine weitere Konkretisierung dieser Regelungen ist – entgegen der Forderung der Länder – bundesrechtlich nicht erfolgt. Vielmehr wurde bestimmt, dass das Nähere, insbesondere zu der erforderlichen Qualifikation und organisationsrechtlichen Stellung der Transplantationsbeauftragten sowie deren Freistellung von ihren sonstigen Tätigkeiten im Krankenhaus, durch Landesrecht bestimmt werden muss.

## II. Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Mit dem zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Krankenhausstrukturen (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) wurde in § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) der Abs. 1a neu eingefügt, nach dem die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V automatisch Bestandteil des Krankenhausplans sind, mit der Folge, dass Krankenhäuser, die bestimmte Qualitätsmerkmale nicht erfüllen, ggf. aus dem Krankenhausplan zu nehmen sind. Satz 2 der Norm sieht vor, dass durch Landesrecht die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden kann. Der erste Beschluss des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist gemäß § 136c Abs. 1 Satz 3 SGB V bis zum 31. Dezember 2016 zu fassen.

Derzeit ist nicht absehbar, welche Qualitätsindikatoren durch den G-BA vorgeschlagen werden und welche Auswirkung deren unbesehene Anwendung auf die Krankenhauslandschaft in Bayern hätte.

Außerdem erfordern die einem laufenden Wandel unterliegenden Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser immer wieder Anpassungen beim bayerischen Krankenhausförderrecht:

- Werden Krankenhäuser im Rahmen eines Insolvenzverfahrens geschlossen, können diese bislang einen Härteausgleich nach Art. 17 des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) beantragen, obwohl durch die Abwicklung nach den Regularien des Insolvenzrechts die Ausgleichszahlung ihren Steuerungszweck verfehlt.
- Werden im Rahmen einer Krankenhausumstrukturierung geförderte, weiterhin bedarfsnotwendige Krankeneinrichtungen für andere Zwecke umgewidmet und wird dies dadurch ausgeglichen, dass für die weiterhin bedarfsnotwendige Krankeneinrichtung an anderer Stelle eine mit Eigenmitteln geschaffene, gleichwertige Ersatzeinrichtung bereit gestellt wird, führt es für den Krankenhausträger zu einer Härte, wenn der Verzicht auf den Widerruf der Förderbescheide zusätzlich noch davon abhängig gemacht wird, dass die geförderte Krankeneinrichtung zuvor mindestens 15 Jahre zweckentsprechend genutzt worden ist.
- Für die Prüfung der förderrechtlichen Folgen einer Schließung einer unselbständigen Betriebsstätte eines Krankenhauses gilt bislang teilweise eine andere Rechtsvorschrift als für eine Schließung eines eigenständigen Krankenhauses. Dies kann für die betroffenen Krankenhausträger zu Nachteilen führen und ist auch mit einem erhöhten Verwaltungsaufwand verbunden.
- Im Bayerischen Krankenhausgesetz gibt es bislang in mehreren Regelungen Vorschriften für die Verzinsung von Erstattungsbeträgen, die noch einen starren Verzinsungssatz von 6 v.H. jährlich vorsehen.

**B) Lösung****I. Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes und der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes**

In Bayern sieht das Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz (AGTPG) bereits die Pflicht von Krankenhäusern mit Intensivbehandlungsbetten zur Bestellung von Transplantationsbeauftragten vor und enthält Anforderungen an deren fachliche Qualifikation. Darüber hinaus regelt es die organisationsrechtliche Stellung der Beauftragten und legt deren Aufgabenbereich im Einzelnen fest. Insoweit besteht daher nur geringer Änderungsbedarf aufgrund der neuen bundesrechtlichen Vorgaben. Das AGTPG enthält aber noch keine Regelung über die nunmehr bundesrechtlich geforderte Konkretisierung der Freistellung der Beauftragten. Der Umfang der Freistellung hängt dabei maßgeblich von der Finanzierung der Entnahmekrankenhäuser für die Bestellung von Transplantationsbeauftragten ab, die bundesrechtlich nach § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 TPG erfolgt. Nachdem die erforderlichen Zuschläge an die Entnahmekrankenhäuser nunmehr auf Bundesebene festgelegt sind, kann die konkrete Freistellungsregelung im AGTPG erfolgen und § 3 der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes vom 16. März 2010 (GVBl. 2010, S. 158) aufgehoben werden. Zudem ist die zuständige Behörde für die Benennung der Entnahmekrankenhäuser festzulegen.

**II. Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes**

Um die flächendeckende akutstationäre Versorgung in Bayern nicht zu gefährden, soll von der im KHG vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch gemacht werden, den Automatismus, nach dem Qualitätsindikatoren des G-BA ohne Weiteres Bestandteil der Krankenhausplanung werden, durch eine Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes außer Kraft zu setzen. Die derzeit noch unbekanntenen Qualitätsindikatoren sollen nicht automatisch Bestandteil der Krankenhausplanung werden. Vielmehr soll das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege – in Abstimmung mit dem Bayerischen Krankenhausplanungsausschuss – entscheiden können, ob bzw. welche Qualitätsindikatoren Bestandteil der Krankenhausplanung werden.

Außerdem sollen die krankenhäusförderrechtlichen Regelungen wie folgt angepasst werden:

- Für Krankenhausschließungen, die im Rahmen eines Insolvenzverfahrens abgewickelt werden, entfällt künftig der Anspruch auf Ausgleichszahlungen nach Art. 17 BayKrG.
- Werden im Rahmen einer Krankenhausumstrukturierung geförderte Krankenhauseinrichtungen für andere Zwecke umgewidmet und für diese im Gegenzug mit Eigenmitteln finanzierte Ersatzeinrichtungen bereitgestellt, ist der Verzicht auf den Widerruf der Förderbescheide nicht mehr an den Ablauf eines 15-jährigen zweckentsprechenden Nutzungszeitraums gebunden.

- Bei der Prüfung der förderrechtlichen Folgen einer Schließung werden unselbständige Betriebsstätten eines Krankenhauses künftig einem eigenständigen Krankenhaus gleichgestellt.
- Die Verzinsungsregelungen werden zusammengefasst und der Zinssatz wird künftig durch einen dynamischen Verweis auf den jeweils gemäß Art. 49a Abs. 3 BayVwVfG geltenden Zinssatz geregelt.

Zudem erfolgen rechtsbereinigende und redaktionelle Anpassungen.

### **C) Alternativen**

Keine

### **D) Kosten**

Durch die Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes ergeben sich folgende Kostenauswirkungen:

#### **a) Kosten für den Staat**

Soweit die Transplantationsbeauftragten künftig für die Erfüllung ihrer Aufgaben sowie für die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen von ihren sonstigen dienstlichen Pflichten freizustellen sind, entstehen für den Freistaat Bayern, soweit er unmittelbar oder – im Bereich der Universitätsklinik – mittelbar Träger des Entnahmekrankenhauses ist, Kosten in Höhe des für den Freistellungszeitraum weiter zu entrichtenden Arbeitsentgeltes. Weitere Kosten entstehen durch die Verpflichtung der Krankenhäuser, die Kosten für die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen zu übernehmen.

Diesen Kosten gegenüber steht ein angemessener pauschaler Zuschlag an die Entnahmekrankenhäuser für die Bestellung der Transplantationsbeauftragten, der im Koordinierungsstellenvertrag nach § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 TPG geregelt wird. Die Mittel werden von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen und damit aus den vorhandenen Beitragsmitteln der Versicherten gedeckt. Die Koordinierungsstelle verteilt diese Gelder nach einem für das jeweilige Kalenderjahr festgelegten Verteilungsschlüssel an die Entnahmekrankenhäuser.

Die Vertragspartner nach § 11 Abs. 2 TPG haben sich auf Bundesebene im November 2014 über die Finanzierung der Bestellung von Transplantationsbeauftragten verständigt. Nach dieser zunächst dreijährigen Finanzierungsvereinbarung steht für das Jahr 2014 bundesweit ein Finanzierungsvolumen von insgesamt 12 Mio. Euro und für die Jahre 2015 und 2016 jeweils von 18 Mio. Euro zur Verfügung. Von den 18 Mio. Euro wird für das Jahr 2016 ein Sockelbetrag von 7,2 Mio. Euro zu gleichen Teilen auf die Entnahmekrankenhäuser verteilt (2014: 4,8 Mio. Euro; 2015: 7,2 Mio. Euro). Hinzu kommt eine volumenabhängige Komponente von 10,8 Mio. Euro (2014: 7,2 Mio. Euro; 2015: 10,8 Mio. Euro), die anhand der jeweiligen Anzahl der im Krankenhaus Verstorbenen mit möglicherweise zum Hirntod führenden bestimmten Erkrankungen verteilt wird. Mit Wirkung vom 19. Februar 2016 haben die Vertrags-

partner den Vertrag nach § 11 Abs. 2 TPG zuletzt geändert. Die Finanzierungsvereinbarung ist noch nicht über das Jahr 2016 hinaus fortgeschrieben worden.

Für 193 bayerische Entnahmekrankenhäuser standen 2014 insgesamt 1.734.427 Euro zur Verfügung. Für 2015 und 2016 stehen für die bayerischen Entnahmekrankenhäuser jeweils 2.601.641 Euro zur Verfügung. Bei einer Verteilung dieser Geldmittel auf die einzelnen Krankenhäuser sind voraussichtlich die durchschnittlichen Kosten der Freistellung jeweils weitgehend abgedeckt. Nach Angaben der Koordinierungsstelle, der Deutschen Stiftung Organtransplantation, erhalten A-Krankenhäuser (Universitätskliniken) im Durchschnitt für die Bestellung von Transplantationsbeauftragten 48.000 Euro. Für B-Krankenhäuser (Krankenhäuser mit Neurochirurgie) beträgt die durchschnittliche Aufwandserstattung 31.000 Euro und für C-Krankenhäuser (Krankenhäuser ohne Neurochirurgie) 12.000 Euro. Der Eigenfinanzierungsanteil des einzelnen Entnahmekrankenhauses beträgt in den Jahren 2015 und 2016 durchschnittlich ca. 3.300 Euro.

**b) Kosten für die Kommunen und sonstige Körperschaften des öffentlichen Rechts**

Soweit die Kommunen und sonstigen Körperschaften des öffentlichen Rechts Träger der Entnahmekrankenhäuser sind, gelten die Ausführungen für den staatlichen Bereich entsprechend.

Das Konnexitätsprinzip ist gewahrt. Das bei den einzelnen Krankenhäusern mögliche Finanzierungsdelta macht weniger als 0,02 Prozent des jährlichen Krankenhausbudgets aus und ist damit äußerst gering. Zum anderen haben die Krankenhäuser bereits in den Jahren 2014 und 2015 einen Pauschalbetrag für die Bestellung von Transplantationsbeauftragten erhalten, ohne dass bereits eine konkretisierte Freistellungsverpflichtung bestand.

**c) Kosten für die Wirtschaft**

Soweit juristische Personen des Privatrechts Träger der Entnahmekrankenhäuser sind, gelten die Ausführungen für den staatlichen Bereich entsprechend.

**d) Kosten für den Bürger**

Keine

Die Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes verursacht keine Kostenfolgen.

Informationspflichten für Unternehmen werden nicht begründet. Die Anpassungen beim Krankenhausförderrecht führen zu keinem Mehrbedarf im Bereich der Krankenhausfördermittel und daher zu keiner Belastung für Staat und Kommunen. Das Konnexitätsprinzip ist nicht berührt. Die mit den Regelungen verbundenen Verwaltungsvereinfachungen entlasten Krankenhausträger und Förderbehörden. Die dynamisierte Verzinsungsregelung kann – abhängig von der Zinsentwicklung – zu Be- oder Entlastungen für den Staat bzw. die Krankenhausträger führen.



## Gesetzentwurf

### zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes, des Bayerischen Krankenhausgesetzes und einer weiteren Rechtsvorschrift

#### § 1

#### Änderung des Ausführungsgesetzes zum Transplantationsgesetz

Das Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AGTPG) vom 24. November 1999 (GVBl. S. 464, BayRS 212-2-G), das zuletzt durch § 1 Nr. 156 der Verordnung vom 22. Juli 2014 (GVBl. S. 286) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift des Ersten Teils wird gestrichen.
2. Art. 1 wird wie folgt geändert:
  - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„Zuständigkeiten“**
  - b) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Der Satzteil vor Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„Für die Aufklärung der Bevölkerung nach § 2 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) sind zuständig:“
    - bb) In Nr. 6 wird das Wort „Transplantationskoordinatoren“ durch die Wörter „Deutsche Stiftung Organtransplantation, Region Bayern,“ ersetzt.
  - c) Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Zuständige Behörde nach § 9a Abs. 1 Satz 2 TPG ist das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Staatsministerium).“
  - d) Abs. 3 wird aufgehoben.
3. Die Überschrift des Zweiten Teils wird gestrichen.
4. Art. 2 wird wie folgt geändert:
  - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„Kommissionen zur Prüfung von Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Lebendspende“**
  - b) Vor Abs. 1 wird folgender Abs. 1 eingefügt:

„(1) <sup>1</sup>Bei der Bayerischen Landesärztekammer wird für jedes Transplantationszentrum, das Lebendspenden durchführt, jeweils eine Kommission zur Prüfung von Freiwilligkeit

und Unentgeltlichkeit der Lebendspende nach § 8 Abs. 3 TPG gebildet. <sup>2</sup>Die Kommissionen tagen am Ort des Transplantationszentrums, für das sie zuständig sind.“

- c) Die bisherigen Abs. 1 und 2 werden die Abs. 2 und 3.
5. In Art. 4 Abs. 3 wird jeweils das Wort „Absatz“ durch die Angabe „Abs.“ ersetzt.
6. Die Überschrift des Dritten Teils wird gestrichen.
7. Art. 5 wird wie folgt geändert:
  - a) In der Überschrift wird das Wort „Anerkennung“ durch das Wort „Zulassung“ ersetzt.
  - b) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

<sup>1</sup>Transplantationszentren bedürfen für die Übertragung von Organen verstorbener Spender sowie für die Entnahme und Übertragung von Organen lebender Spender der Zulassung durch das Staatsministerium.“
  - c) In Satz 3 wird das Wort „Anerkennung“ durch das Wort „Zulassung“ ersetzt.
8. Art. 6 wird wie folgt geändert:
  - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„Transplantationsbeauftragte“**
  - b) Abs. 1 wird aufgehoben.
  - c) Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 1 und wird wie folgt geändert:
    - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„<sup>1</sup>Als Transplantationsbeauftragte im Sinn des § 9b Abs. 1 Satz 1 TPG können nur im Bereich der Intensivmedizin erfahrene Fachärzte und Fachärztinnen bestellt werden.“
    - bb) In Satz 2 wird das Wort „Krankenhaus“ durch das Wort „Entnahmekrankenhaus“ ersetzt.
    - cc) In Satz 3 wird das Wort „Intensivbetten“ durch „Intensivbehandlungsbetten“ und das Wort „Krankenhaus“ durch das Wort „Entnahmekrankenhaus“ ersetzt.
  - d) Der bisherige Abs. 3 wird Abs. 2 und wird wie folgt gefasst:

„(2) <sup>1</sup>Die Krankenhausleitung stellt organisatorisch sicher, dass Transplantationsbeauftragte ihre Aufgaben ordnungsgemäß wahrnehmen können und unterstützt sie dabei. <sup>2</sup>Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass

1. Transplantationsbeauftragten alle erforderlichen Informationen zur Analyse des Spenderpotentials, der Spenderidentifizierung und Spendermeldung zur Verfügung gestellt werden,
  2. Transplantationsbeauftragte Zugang zu allen für die Organspende relevanten Bereichen des Krankenhauses haben,
  3. durch sachgerechte Vertretungsregelungen die Verfügbarkeit von Transplantationsbeauftragten gewährleistet ist und
  4. Kosten und Freistellung für fachspezifische Fortbildungen nach Art. 7 Abs. 2 übernommen werden.“
9. Art. 7 wird aufgehoben.
10. Der bisherige Art. 8 wird Art. 7 und wird wie folgt geändert:
- a) In der Überschrift werden die Wörter „und Stellung der Transplantationsbeauftragten“ gestrichen.
  - b) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Der Wortlaut wird Satz 1 und wird wie folgt geändert:
      - aaa) Der Satzteil vor Nr. 1 wird wie folgt gefasst:
 

„Im Rahmen der nach § 9b Abs. 2 TPG übertragenen Aufgaben hat der Transplantationsbeauftragte insbesondere“.
      - bbb) Nr. 1 Halbsatz 1 wird wie folgt gefasst:
 

„sicherzustellen, dass die gesetzliche Verpflichtung der Entnahmekrankenhäuser aus § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG erfüllt wird;“.
      - ccc) In Nr. 3 werden die Wörter „Krankenhauses mit der Bedeutung und den Belangen“ durch die Wörter „Entnahmekrankenhauses regelmäßig mit der Bedeutung und dem Prozess“ ersetzt.
      - ddd) In Nr. 5 wird das Wort „Transplantationskoordinatoren“ durch die Wörter „Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen der Koordinierungsstelle“ ersetzt.
      - eee) In Nr. 6 werden die Wörter „Transplantationskoordinator oder der zuständigen Transplantationskoordinatorin“ durch die Wörter „Mitarbeiter oder der zuständigen Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle“ ersetzt.

bb) Es wird folgender Satz 2 angefügt:

„<sup>2</sup>Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen Transplantationsbeauftragte insbesondere das Intensivpflegepersonal einbeziehen.“

c) Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Transplantationsbeauftragten sind verpflichtet, regelmäßig im erforderlichen Umfang an fachspezifischen Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen.“

d) Abs. 3 wird aufgehoben.

11. Nach Art. 7 wird folgender Art. 8 eingefügt:

### **„Art. 8 Freistellung**

(1) Die Transplantationsbeauftragten sind so weit freizustellen, wie es zur ordnungsgemäßen Durchführung ihrer Aufgaben erforderlich ist.

(2) <sup>1</sup>In Entnahmekrankenhäusern, die als Transplantationszentren nach Art. 5 zugelassen sind, ist der oder die Transplantationsbeauftragte für die Erfüllung der Aufgaben vollständig freizustellen. <sup>2</sup>Die Freistellung im Umfang des Satzes 1 kann auch für mehrere Transplantationsbeauftragte anteilig erfolgen.

(3) <sup>1</sup>In den übrigen Entnahmekrankenhäusern sind Transplantationsbeauftragte grundsätzlich nach der Zahl der zu betreuenden Intensivbehandlungsbetten freizustellen. <sup>2</sup>Die Freistellung erfolgt entsprechend der nachfolgenden Tabelle mindestens in Höhe des angegebenen Stellenanteils:

Nr.	Zahl der Intensivbehandlungsbetten	Stellenanteil
1	0 – 10	0,1
2	11 – 20	0,2
3	21 – 30	0,3
4	31 – 40	0,4
5	41 – 50	0,5
6	51 – 60	0,6
7	61 – 70	0,7
8	71 – 80	0,8
9	81 – 90	0,9
10	mehr als 90	1,0

<sup>3</sup>Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) <sup>1</sup>Abweichend von Abs. 3 können Transplantationsbeauftragte in Entnahmekrankenhäusern mit bis zu zehn zu betreuenden Intensivbehandlungsbetten im Einvernehmen mit der Krankenhausleitung statt der Freistellung eine zusätzliche Vergütung für ihre Tätigkeit vereinbaren. <sup>2</sup>Die jährliche Vergütung beträgt 10 % des jährlichen Zuschlags nach § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 TPG. <sup>3</sup>Abs. 2 Satz 2 gilt insoweit entsprechend. <sup>4</sup>Die Transplantationsbeauftragten haben bis 31. Dezember jeden Jahres gegenüber der Krankenhausleitung eine bindende Erklärung abzugeben,

ob sie für das folgende Jahr statt der Freistellung die zusätzliche Vergütung vereinbaren wollen.“

12. Art. 9 wird wie folgt geändert:

- a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) Im Satzteil vor Nr. 1 wird das Wort „Krankenhauses“ durch das Wort „Entnahmekrankenhauses“ ersetzt.
  - bb) In Nr. 1 wird das Wort „Krankenhaus“ durch das Wort „Entnahmekrankenhaus“ ersetzt.
- b) In Abs. 2 wird das Wort „Krankenhauses“ durch das Wort „Entnahmekrankenhauses“ und wird die Angabe „Art. 8“ durch die Angabe „Art. 7“ ersetzt.
- c) In Abs. 3 wird die Angabe „Art. 7“ durch die Angabe „Art. 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6“ ersetzt.

## § 2

### Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes

Das Bayerische Krankenhausgesetz (BayKrG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. März 2007 (GVBl. S. 288, BayRS 2126-8-G), das zuletzt durch § 1 Nr. 164 der Verordnung vom 22. Juli 2014 (GVBl. S. 286) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Art. 2 werden die Wörter „vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) in der jeweils geltenden Fassung“ gestrichen.
2. Art. 4 wird wie folgt geändert:
  - a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „auch“ die Wörter „planungsrelevante Qualitätsvorgaben sowie“ eingefügt.
    - bb) Es wird folgender Satz 3 angefügt:
 

„<sup>3</sup>§ 6 Abs. 1a Satz 1 KHG findet keine Anwendung.“
  - b) Abs. 3 wird aufgehoben.
3. Art. 5 Abs. 2 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze 2 bis 4 ersetzt:
 

„<sup>2</sup>Im Rahmen dieser Feststellung können auch Einschränkungen des Leistungsspektrums innerhalb einer Fachrichtung erfolgen. <sup>3</sup>Die Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 können ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn und soweit deren Voraussetzungen nicht nur vorübergehend nicht mehr vorliegen. <sup>4</sup>Der teilweise Widerruf kann auch darin bestehen, dass einzelne Leistungen innerhalb einer Fachrichtung vom Versorgungsauftrag und damit von der Aufnahme in den Krankenhausplan ausgenommen werden.“

4. Art. 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und 7 wird wie folgt gefasst:

- „6. Bayerischer Bezirketag,
- 7. Freie Wohlfahrtspflege Bayern,“.

5. In Art. 12 Abs. 4 Satz 2 werden die Wörter „im Sinn“ durch die Angabe „nach § 247“ ersetzt.

6. In Art. 17 Abs. 1 Satz 2 werden nach dem Wort „besteht“ die Wörter „oder wenn die Schließung oder Umstellung im Rahmen eines Insolvenzverfahrens abgewickelt wird“ angefügt.

7. Art. 19 wird wie folgt geändert:

- a) Abs. 1 wird aufgehoben.
- b) Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 1 und wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 Nr. 3 Halbsatz 1 werden die Wörter „und die Erstattungsbeträge, soweit sie in der Vergangenheit erzielbar waren, mit sechs v. H. jährlich verzinst“ gestrichen.
  - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
 

„<sup>2</sup>Von einem Widerruf der Förderbescheide soll bei der Umwidmung weiterhin bedarfsnotwendiger Krankenhauseinrichtungen regelmäßig dann abgesehen werden, wenn als Ersatz eine eigenfinanzierte, qualitativ und funktional gleichwertige Krankenhauseinrichtung bereitgestellt wird; der Umwidmung dürfen krankenhauplanerische Interessen nicht entgegenstehen.“

c) Der bisherige Abs. 3 wird Abs. 2 und in Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhaus“ die Wörter „oder eine unselbständige Betriebsstätte eines Krankenhauses“ eingefügt.

d) Der bisherige Abs. 4 wird Abs. 3 und wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 Halbsatz 1 werden nach dem Wort „Krankenhauses“ die Wörter „oder der unselbständigen Betriebsstätte eines Krankenhauses“ eingefügt.
- bb) Satz 3 wird aufgehoben.

e) Nach Abs. 3 wird folgender Abs. 4 eingefügt:

„(4) Erstattungsbeträge nach Art. 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 3 Satz 2 sowie Art. 21 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 2 Satz 2, die für vergangene Zeiträume zu leisten sind, sind vom Krankenhausträger mit drei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz jährlich zu verzinsen.“

8. Art. 21 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 wird gestrichen.

9. Art. 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 wird wie folgt gefasst:  
 „7. die nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Krankenhausentgeltgesetz den Ländern übertragenen Fragen der Krankenhausplanung und -vergütung,“.
10. Art. 28 wird wie folgt geändert:
- a) Die Abs. 1 und 2 werden wie folgt gefasst:  
 „(1) Art. 19 Abs. 1 Satz 2 in der ab dem [Datum des Inkrafttretens des Änderungsgesetzes] geltenden Fassung ist auf alle Verfahren anzuwenden, bei denen bis dahin noch kein Bescheid erlassen worden ist.  
 (2) Soweit unselbständige Betriebsstätten bereits vor dem [Datum des Inkrafttretens] ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan ausgeschieden sind, gilt Art. 19 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 2 in der bis zum Ablauf des ..... (Tag vor Inkrafttreten des Änderungsgesetzes) geltenden Fassung weiter.“
- b) Abs. 3 wird aufgehoben.  
 c) Der bisherige Abs. 4 wird Abs. 3.  
 d) Der bisherige Abs. 5 wird aufgehoben.  
 e) Der bisherige Abs. 6 wird Abs. 4.  
 f) Der bisherige Abs. 7 wird aufgehoben.

### § 3

#### Änderung der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes

Die Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (DVAGTPG) vom 16. März 2010 (GVBl. S. 158, BayRS 212-2-1-G) wird wie folgt geändert:

1. In § 1 wird folgende Überschrift eingefügt:  
 „**Vergütung der Lebendspendekommission**“.
2. In § 2 wird folgende Überschrift eingefügt:  
 „**Erstattungsanspruch**“.
3. § 3 wird aufgehoben.
4. § 4 wird wie folgt geändert:
  - a) Es wird folgende Überschrift eingefügt:  
 „**Inkrafttreten**“.
  - b) In Abs. 1 wird die Absatzbezeichnung „(1)“ gestrichen.
  - c) Abs. 2 wird aufgehoben.

### § 4

#### Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am ..... in Kraft.

#### Begründung:

##### A. Allgemeines

##### I. Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes und der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes

Die Situation der Organspende wird in Deutschland nach wie vor von einem eklatanten Organmangel geprägt. Insbesondere infolge der Unregelmäßigkeiten in einigen deutschen Transplantationszentren ist die Organspende auf einem historischen Tiefstand angekommen mit der Folge, dass sehr viele Patienten auf der Warteliste aufgrund des Organmangels versterben. Die Steigerung der Organspendebereitschaft ist daher ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Auch wenn die Zahl der Organspender in Bayern im Jahr 2015 erstmals wieder leicht gestiegen ist (139, im Jahr 2014: 120), ist die Zahl der Organspender im Vergleich zu früheren Jahren (2010: 192) erheblich gesunken. Daher müssen das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in das System der Organspende weiter gestärkt und die organisatorischen Rahmenbedingungen kontinuierlich verbessert werden. Zu den organisatorischen Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit einer Organspende zählen auch die Vorgaben für die Krankenhäuser. Eine Organspende findet im Krankenhaus statt, da es sich letztlich vor Ort in den Kliniken entscheidet, ob es zu einer Spende kommt oder nicht. Folglich müssen die organisatorischen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser so ausgestaltet werden, dass eine Beteiligung am Organspendeprozess gut ermöglicht wird. Nur wenn dies dauerhaft gelingt, können die Krankenhäuser auch insoweit ihren Versorgungsauftrag sachgerecht wahrnehmen.

Ein wichtiger Schritt hierzu ist die Stärkung der Stellung der Transplantationsbeauftragten. Gerade weil eine Organspende nur in einem Krankenhaus stattfinden kann, bedarf es eines entsprechenden Verantwortlichen vor Ort, der das Bewusstsein für die Belange der – in der Regel nur selten vorkommenden – Organspende in den Kliniken wach hält. Mit dem am 1. August 2012 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes hat der Bundesgesetzgeber daher folgerichtig die bundesweite Pflicht zur Bestellung von Transplantationsbeauftragten an Entnahmekrankenhäusern eingeführt. Dem liegt die Überlegung zugrunde, dass die Organspende einen Verantwortlichen im jeweiligen Entnahmekrankenhaus benötigt, der insbesondere die Erfüllung der gesetzlichen Meldepflicht des Entnahmekrankenhauses sicherstellt, das übrige Krankenhauspersonal über die Belange und den Prozess der Organspende regelmäßig informiert und damit die erforderliche Sensibilität für diesen wichtigen Bereich schafft. Zugleich hat der Bundesgesetzgeber grundsätzliche Regelungen über die organisatorische Anbindung der Transplantationsbeauftragten und über deren Aufgabenbereich getroffen. Zudem hat er vorgesehen, dass der Beauftragte so weit freizustellen ist, wie es die ordnungsgemäße

Durchführung seiner Aufgaben erfordert. Eine weitere Konkretisierung dieser Regelungen ist, entgegen der Forderung der Bundesländer, bundesrechtlich nicht erfolgt. Die nähere Ausgestaltung – insbesondere zu der erforderlichen Qualifikation und organisationsrechtlichen Stellung der Beauftragten sowie deren Freistellung von ihren sonstigen Tätigkeiten im Entnahmekrankenhaus – muss jeweils durch Landesrecht bestimmt werden.

Die Pflicht zur Bestellung von Transplantationsbeauftragten war für alle bayerischen Kliniken mit einer intensivmedizinischen Versorgung bereits seit 1999 im bayerischen Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz (AGTPG) geregelt. Das AGTPG enthält bereits Bestimmungen über die erforderliche Qualifikation und die organisationsrechtliche Stellung der Beauftragten sowie zu möglichen Ausnahmefällen. Neu geregelt werden muss aber noch der Umfang der Freistellung. Diese Regelung konnte bislang nicht erfolgen, da die Finanzierung der Beauftragten noch nicht gesichert war. Freistellungsregelungen können auf Landesebene nur in dem Umfang erfolgen, in dem auch die Finanzierung entsprechend gesichert ist, da ansonsten ein Konflikt mit dem landesverfassungsrechtlichen Konnexitätsprinzip droht. Die Finanzierung der Beauftragten erfolgt über einen angemessenen pauschalen Zuschlag an die Entnahmekrankenhäuser, über dessen Höhe die Vertragspartner nach § 11 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes (TPG), das heißt der GKV-Spitzenverband Bund, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer, entscheiden. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben sich im November 2014 über die Finanzierung der Bestellung von Transplantationsbeauftragten sowie die Verteilungsparameter verständigt. In einer zunächst dreijährigen Finanzierungsvereinbarung stehen für das Jahr 2014 ein Finanzierungsvolumen von insgesamt 12 Mio. Euro und für die Jahre 2015 und 2016 jeweils 18 Mio. Euro zur Verfügung. Zudem wurden die Kriterien zur Verteilung dieser Mittel auf die einzelnen Entnahmekrankenhäuser fixiert, sodass die durchschnittlichen Beträge, die den Universitätskliniken (A-Krankenhäuser), den Krankenhäusern mit der Fachrichtung Neurochirurgie (B-Krankenhäuser) und den Krankenhäusern ohne Fachrichtung Neurochirurgie (C-Krankenhäuser) in Bayern zufließen, grundsätzlich feststehen. Die Fortschreibung der Finanzierungsvereinbarung für die Jahre 2017 und folgende ist durch die Vertragspartner noch nicht erfolgt, durch die bundesrechtliche Vorgabe in § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 TPG aber zwingend vorgesehen. Hinsichtlich der Höhe des Zuschlags liegen keine Anzeichen vor, dass insoweit eine Reduzierung gegenüber dem für das Jahr 2016 vorgesehenen Betrag von 18 Mio. Euro beabsichtigt wäre. Deshalb kann die bundesrechtlich geforderte konkrete Freistellungsregelung nun im AGTPG getroffen werden.

Zudem ist zu regeln, durch welche Stelle die Entnahmekrankenhäuser gegenüber der Koordinierungsstelle zu benennen sind.

## II. Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes

Mit dem zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Krankenhausstrukturen (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) wurde in § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) der Abs. 1a neu eingefügt, nach dem die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V automatisch Bestandteil des Krankenhausplans sind, mit der Folge, dass Krankenhäuser, die bestimmte Qualitätsmerkmale nicht erfüllen, ggf. aus dem Krankenhausplan zu nehmen sind. Satz 2 der Norm sieht vor, dass durch Landesrecht die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden kann. Der erste Beschluss des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist gemäß

§ 136c Abs. 1 Satz 3 SGB V bis zum 31. Dezember 2016 zu fassen.

Derzeit ist nicht absehbar, welche Qualitätsindikatoren durch den G-BA vorgeschlagen werden und welche Auswirkung deren unbesehene Anwendung auf die Krankenhauslandschaft in Bayern hätte.

Um die flächendeckende akutstationäre Versorgung in Bayern nicht zu gefährden, soll von der im KHG vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch gemacht werden, den Automatismus, nach dem Qualitätsindikatoren des G-BA ohne Weiteres Bestandteil der Krankenhausplanung werden, durch eine Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes außer Kraft zu setzen. Die derzeit noch unbekanntesten Qualitätsindikatoren sollen nicht automatisch Bestandteil der Krankenhausplanung werden. Vielmehr soll das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege – in Abstimmung mit dem Bayerischen Krankenhausplanungsausschuss – entscheiden können, ob bzw. welche Qualitätsindikatoren Bestandteil der Krankenhausplanung werden.

Die im Bayerischen Krankenhausgesetz enthaltenen speziellen Verzichtsvorschriften haben sich im Allgemeinen bewährt. Sie führen grundsätzlich dazu, dass Krankenhausschließungen und -umstrukturierungen förderrechtlich angemessen flankiert werden können. Werden Krankenhäuser im Rahmen eines Insolvenzverfahrens abgewickelt, besteht keine Notwendigkeit für die Gewährung von Ausgleichszahlungen nach Art. 17 BayKrG. Bei der förderrechtlichen Beurteilung der Verlagerungen bedarfsnotwendiger Krankeneinrichtungen im Rahmen einer Krankenhausumstrukturierung oder der Schließung unselbständiger Betriebsstätten sollen die Regelungen an die im Verwaltungsvollzug gewonnenen Erfahrungen angepasst und vereinfacht werden. Außerdem sollen die Verzinsungsregelungen an die zwischenzeitlich dynamisch gestaltete Regelung in Art. 49a Abs. 3 BayVwVfG angepasst werden.

Letztlich werden redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

## B. Zwingende Notwendigkeit einer normativen Regelung

### I. Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes und der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes

Die Änderungen des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes und der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes sind infolge des Gesetzesauftrags des Bundes erforderlich (s. unter A.I.), führen aber zu keiner Mehrung der gesetzlichen Vorschriften. Kürzungsmöglichkeiten wurden entsprechend genutzt.

### II. Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes

Die Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes ist infolge der Gesetzesänderung auf Bundesebene erforderlich, um den Automatismus, nach dem Qualitätsindikatoren des G-BA ohne Weiteres Bestandteil der Krankenhausplanung werden, außer Kraft zu setzen (s. unter A.II.). Dadurch soll die Gefährdung der flächendeckenden Versorgung in Bayern verhindert werden. Bayern macht damit von der im KHG vorgesehenen Abweichungsmöglichkeit Gebrauch.

Die förderrechtlichen Regelungen sind zwingend im Bayerischen Krankenhausgesetz vorzunehmen, da kein rechtlicher Spielraum für eine entsprechende Regelung durch Rechtsverordnung oder Verwaltungsvorschrift besteht.

## C. Zu den einzelnen Vorschriften

### Zu § 1

#### **Änderung des Ausführungsgesetzes zum Transplantationsgesetz:**

Zu Nr. 1 (**Überschrift** „Erster Teil“):

Eine Untergliederung des Gesetzes erfolgt nach den neuen Redaktionsrichtlinien nur, wenn das Gesetz mindestens 20 Artikel enthält. Daher war die Überschrift des Ersten Teils zu streichen.

Zu Nr. 2 (**Art. 1 AGTPG**):

Zu Buchst. a:

Dass die Zuständigkeiten die Ausführung des Transplantationsgesetzes betreffen, folgt bereits aus dem Namen des zu ändernden Gesetzes („Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes“). Die Überschrift kann daher kürzer gefasst werden.

Zu Buchst. b:

Art. 1 bestimmt die zuständigen Stellen für die Aufklärung der Bevölkerung über Organspende und -transplantation und verweist insoweit auf § 2 Abs. 1 TPG. Entsprechend den in Art. 1 Abs. 1 Nrn. 1 – 5 AGTPG genannten Institutionen wird nunmehr folgerichtig die Mitwirkung an der Aufklärung der Bevölkerung der regionalen Untergliederung der Koordinierungsstelle als Institution übertragen, nicht nur dessen Mitarbeitern („Transplantationskoordinatoren“). Dabei handelt es sich für die Koordinierungsstelle um keine neue Aufgabe. Bereits nach dem Koordinierungsstellenvertrag nach § 11 Abs. 2 TPG muss die Koordinierungsstelle die nach dem TPG zuständigen Stellen bei der Aufklärung der Bevölkerung über das Anliegen der Organspende, die Voraussetzungen der Organentnahme und die Bedeutung der Organübertragung unterstützen. Die Art und Weise der Erfüllung dieser Verpflichtung wird inhaltlich nicht weiter determiniert. Ihr korrespondiert die bestehende Auskunftspflicht auf Verlangen gegenüber dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege nach Art. 9 Abs. 3 AGTPG.

Zu Buchst. c :

Der neue Art. 1 Abs. 2 AGTPG regelt die Zuständigkeit für die Benennung der Entnahmekrankenhäuser. Mit der Novellierung des TPG wurden in § 9a TPG in Umsetzung der EU-Richtlinie über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation vorgesehene menschliche Organe (ABI. EU Nr. L 207 vom 6. August 2010, S. 14; ABI. EU Nr. L 243 vom 16. September 2010, S. 68) auch Anforderungen für Entnahmekrankenhäuser geregelt. § 9a Abs. 1 Satz 2 TPG sieht vor, dass die zuständigen Landesbehörden die Entnahmekrankenhäuser des jeweiligen Landes gegenüber der Koordinierungsstelle benennen und zudem die Entnahmekrankenhäuser über ihre Benennung unterrichten. Der neu eingefügte Abs. 2 setzt diese neuen Anforderungen in Landesrecht um.

Zu Buchst. d:

Von der Ermächtigung des Art. 1 Abs. 3 AGTPG wurde seit Erlass des AGTPG im Jahr 1999 kein Gebrauch gemacht. Der Anwendungsbereich wäre zudem nur auf Untersuchungslabore (§ 8e TPG) und auf Gewebeforschung (§ 1a Nr. 8 TPG) beschränkt. Die Vorschrift des Art. 1 Abs. 3 AGTPG ist daher entbehrlich und kann aufgehoben werden. Erforderlichenfalls könnte insoweit unmittelbar auf die Ermächtigung im Zuständigkeitsgesetz (ZustG) zurückgegriffen werden.

Zu Nr. 3 (**Überschrift** „Zweiter Teil“):

Die Überschrift ist zu streichen (s. Begründung zu Nr. 1).

**Zu Nr. 4 (Art. 2 AGTPG):**

Der bisherige Art. 1 Abs. 2 AGTPG wurde nun thematisch dem Zweiten Teil „Kommissionen zur Prüfung von Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Lebendspende“ zugeordnet und als Art. 2 Abs. 1 AGTPG eingefügt. Die Überschrift sowie die Nummerierung der übrigen Absätze wurden entsprechend angepasst.

**Zu Nr. 5 (Art. 4 AGTPG):**

Die Vorschrift wurde redaktionell angepasst.

**Zu Nr. 6 (Überschrift „Dritter Teil“):**

Die Überschrift ist zu streichen (s. Begründung zu Nr. 1).

**Zu Nr. 7 (Art. 5 AGTPG):**

Zu Buchst. a:

Die Änderung der Überschrift dient der Klarstellung, da im nachfolgenden Gesetzestext von „Zulassung“ und nicht von „Anerkennung“ gesprochen wird.

Zu Buchst. b:

Die Änderung des Wortlauts dient der Klarstellung entsprechend den Formulierungen des § 10 Abs. 1 Satz 1 TPG.

Zu Buchst. c:

Die Änderung des Wortlauts dient der Klarstellung entsprechend den Formulierungen des § 10 Abs. 1 Satz 1 TPG.

**Zu Nr. 8 (Art. 6 AGTPG):**

Zu Buchst. a:

Da in Art. 6 AGTPG die Regelungen über die Transplantationskoordinatoren entfallen, musste die Überschrift entsprechend angepasst werden. Zudem wurde die Überschrift vereinfacht.

Zu Buchst. b:

Die bisherige Regelung sah vor, dass für jedes Transplantationszentrum mindestens eine hauptamtliche Person der Koordinierungsstelle, der Transplantationskoordinator, zu bestellen war. Er hatte insoweit die Aufgabe, das Transplantationszentrum zu vertreten im Hinblick auf die Entgegennahme der aus den Krankenhäusern mit Intensivbehandlungsbetten erfolgenden Mitteilungen potentieller Organspender.

Diese Ausgestaltung beruhte auf der bisherigen bundesrechtlichen Regelung, wonach die Krankenhäuser zur Erfüllung ihrer Meldepflicht dem zuständigen Transplantationszentrum den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms von Patienten, die

nach ärztlicher Beurteilung als Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht kommen, mitzuteilen hatten. Das Transplantationszentrum musste dann die Koordinierungsstelle unterrichten.

§ 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG sieht nunmehr vor, dass die Entnahmekrankenhäuser ihrer Meldepflicht unmittelbar gegenüber der Koordinierungsstelle nachkommen müssen. Ein Umweg über die Transplantationszentren entfällt. Damit müssen für die Transplantationszentren nicht mehr spezielle Mitarbeiter der Koordinierungsstelle bestellt werden. Die Regelung konnte daher ersatzlos entfallen.

Zu Buchst. c:

Die Änderungen dienen der Übernahme der Terminologie des TPG und der Vereinheitlichung der Terminologie des AGTPG. Da das Bundesrecht in § 9b Abs. 1 Satz 1 TPG inzwischen vorsieht, dass die Entnahmekrankenhäuser fachlich qualifizierte Transplantationsbeauftragte bestellen, beschränkt sich das Landesrecht nunmehr entsprechend dem Gesetzgebungsauftrag des Bundesgesetzgebers in § 9b Abs. 3 Satz 1 TPG auf eine Konkretisierung der Erfordernisse für eine fachlichen Qualifizierung. Damit er seine Aufgaben qualifiziert wahrnehmen kann, muss der Transplantationsbeauftragte daher ein im Bereich der Intensivmedizin erfahrener Facharzt sein. Mit dieser hohen Anforderung an die Qualifikation soll der großen Bedeutung der Transplantationsbeauftragten für eine erfolgreiche Organspende Rechnung getragen werden. Pflegekräfte ohne diese Qualifikation können daher in Bayern keine Transplantationsbeauftragten sein. Der Transplantationsbeauftragte soll jedoch insbesondere Intensivpflegekräfte in seine Arbeit einbeziehen (vgl. neuer Art. 7 Abs. 1 S. 2 AGTPG). Die Soll-Regelung des bisherigen Art. 6 Abs. 2 Satz 2 AGTPG (nunmehr Art. 6 Abs. 1 Satz 1 AGTPG) ist aufgrund struktureller Bedingtheiten mancher Krankenhäuser in der Praxis erforderlich.

Zu Buchst. d:

Der bisherige Art. 6 Abs. 3 Satz 1 AGTPG kann entfallen, da der Regelungsgehalt bereits in § 9b Abs. 1 Satz 2 TPG enthalten ist. Der bisherige Art. 6 Abs. 3 Satz 2 AGTPG findet sich inhaltlich im neuen Art. 6 Abs. 2 Satz 1 AGTPG wieder.

Im Hinblick auf die hohe Bedeutung der Aufgaben der Transplantationsbeauftragten innerhalb des Organspendeprozesses und der Gewährleistung ihrer sachgerechten Erfüllung werden auch weiterhin die organisatorischen Rahmenbedingungen der Beauftragten-tätigkeit landesrechtlich festgelegt. In Art. 6 Abs. 2 AGTPG werden daher künftig die Bestimmungen über die organisatorische Stellung der Transplantationsbeauftragten innerhalb der Entnahmekrankenhäuser und deren Verhältnis zur Krankenhausleitung zusammengefasst und konkretisiert.

In Abs. 2 Satz 1 werden die bisherigen Art. 6 Abs. 3 Satz 2 und Art. 8 Abs. 2 Satz 3 AGTPG zusammengeführt. Ferner wurde ein neuer Satz 2 aufgenommen, der die grundsätzlich erforderlichen Unterstützungsleistungen seitens der Klinikleitung aufführt.

Da der Transplantationsbeauftragte abteilungsübergreifend tätig werden muss, bedarf es einer Anbindung unmittelbar an die Klinikleitung. Diese muss ihn bei seiner Aufgabenwahrnehmung unterstützen. Die Klinikleitung hat dabei dafür Sorge zu tragen, dass dem Transplantationsbeauftragten die zur Wahrnehmung seiner Aufgaben erforderlichen Informationen zur Verfügung gestellt werden und er zu allen für die Organspende relevanten Bereichen der Klinik Zugang hat. Danach müssen dem Transplantationsbeauftragten alle erforderlichen Informationen zur Analyse des Spenderpotentials, der Spender-identifizierung und Spendermeldung zur Verfügung gestellt werden (Abs. 2 Satz 2 Nr. 1). Hierzu zählen etwa die Akten aller intensivmedizinisch versorgten Patienten. Ferner muss durch die Leitung sichergestellt werden, dass der Transplantationsbeauftragte Zugang zu allen für die Organspende relevanten Bereichen des Krankenhauses hat (Abs. 2 Satz 2 Nr. 2). Verfügt das Krankenhaus etwa über mehrere Intensivstationen, muss ein ungehinderter Zugang gewährleistet werden, da nur so sichergestellt werden kann, dass der Transplantationsbeauftragte seine Aufgabe nach § 9b Abs. 2 Nr. 1 TPG erfüllen kann. Die Krankenhausleitung muss organisatorisch sicherstellen, dass durch sachgerechte Vertretungsregelungen die Verfügbarkeit eines Transplantationsbeauftragten gewährleistet ist (Abs. 2 Satz 2 Nr. 3), da nur so eine lückenlose Erledigung der Aufgaben nach § 9b Abs. 2 TPG möglich wird. Letztlich muss den Beauftragten die Teilnahme an den erforderlichen Fort- und Weiterbildungen nach Art. 7 Abs. 2 durch eine Freistellung ermöglicht und die dadurch entstehenden Kosten müssen vom Entnahmekrankenhaus getragen werden (Abs. 2 Satz 2 Nr. 4). Diese Regelung stellt sicher, dass dem Beauftragten durch die Wahrnehmung seiner Tätigkeit keine Nachteile entstehen.

#### Zu Nr. 9:

Da die Regelung über die Bestellung von Transplantationskoordinatoren entfällt, muss auch deren Aufgabenbereich nicht mehr beschrieben werden. Nachteilige Auswirkungen für den Bereich der Organspende sind damit nicht verbunden.

Die in der bisherigen Fassung des Art. 7 Nr. 1 AGTPG getroffene Regelung konnte entfallen, da die Koordinierungsstelle bereits im Vertrag nach § 11 Abs. 2 TPG zu einer entsprechenden Zusammenarbeit verpflichtet wird. Danach hat die Koordinierungsstelle die Zusammenarbeit zur Organentnahme und Durchführung aller bis zur Transplantation erforderlichen Maßnahmen – mit Ausnahme der Organvermittlung – zu organisieren. Dazu zählt ausdrücklich auch die Unter-

stützung der Entnahmekrankenhäuser bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben. Eine entsprechende landesrechtliche Wiederholung kann daher unterbleiben.

Auch die bisher in Art. 7 Nr. 2 AGTPG getroffene Regelung konnte entfallen, da die Koordinierungsstelle bereits nach dem neuen Art. 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 AGTPG als für die Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit zuständige Stelle benannt wird. Wer innerhalb der Koordinierungsstelle diese Aufgaben wahrnimmt, bedarf keiner landesgesetzlichen Regelung.

#### Zu Nr. 10 (Art. 7 AGTPG):

##### Zu Buchst. a:

Da sich der neue Art. 7 AGTPG ausschließlich mit den Aufgaben des Transplantationsbeauftragten befasst, wurde eine entsprechende Streichung in der Überschrift vorgenommen. Die Stellung des Transplantationsbeauftragten ist nunmehr Gegenstand des neuen Art. 6 Abs. 2 AGTPG. Zudem wurde die Überschrift vereinfacht. Dass es um die Aufgaben der Transplantationsbeauftragten geht, ergibt sich systematisch aus dem der Vorschrift des Art. 7 AGTPG vorangestellten Art. 6 AGTPG und muss in der Überschrift nicht klargestellt werden.

##### Zu Buchst. b:

##### Zu Doppelbuchst. aa:

##### Zu Dreifachbuchst. aaa:

Art. 7 Abs. 1 AGTPG konkretisiert die nach § 9b Abs. 2 TPG übertragenen Aufgaben des Transplantationsbeauftragten. Der Eingangssatz des Art. 7 Abs. 1 AGTPG wurde deshalb entsprechend angepasst.

##### Zu Dreifachbuchst. bbb:

Mit der Verwendung des Wortes Entnahmekrankenhäuser wird die neue bundesrechtliche Terminologie nachvollzogen. Die gesetzliche Pflicht der Entnahmekrankenhäuser zur Meldung potentieller Organspenden findet sich nunmehr in § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG und nicht mehr in § 11 Abs. 4 Satz 2 TPG, sodass eine entsprechende Änderung der Verweisung notwendig war.

Zudem wurde Art. 7 Abs. 1 Nr. 1 AGTPG grammatikalisch angepasst.

##### Zu Dreifachbuchst. ccc:

Das Organspendeaufkommen hängt wesentlich von der Bereitschaft und Einstellung des Personals in den Entnahmekrankenhäusern und dabei vor allem vom Kenntnisstand des Einzelnen über die Voraussetzungen und den Ablauf einer Organspende sowie die Unterstützungsangebote seitens der Koordinierungsstelle ab. Da davon auszugehen ist, dass gut geschultes und kompetentes medizinisches Fachpersonal an

den Schlüsselstellen im Prozess der Organspende zu einer Erhöhung der Melderaten führt, sieht das Gesetz als eine Aufgabe des Transplantationsbeauftragten auch vor, dass das ärztliche und pflegerische Personal regelmäßig mit dem Thema Organspende vertraut zu machen ist.

Die Änderung verdeutlicht, dass es sich bei dieser Aufgabe nicht um eine einmalige handelt, sondern dass das Personal regelmäßig unterrichtet werden muss. Dies trägt dem Umstand einer zunehmenden Fluktuation innerhalb des Krankenhauspersonals sowie der Tatsache, dass eine Organspende in vielen Krankenhäusern ein selten vorkommendes Ereignis ist, Rechnung.

Die weitere Änderung trägt der bundesrechtlichen Vorgabe in § 9b Abs. 2 Nr. 4 TPG Rechnung.

Zu den Dreifachbuchst. ddd und eee:

Die Entnahme von Organen verstorbener Spender einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung ist eine gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der Entnahmekrankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit. Die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, mit der Koordinierungsstelle vertrauensvoll zusammenzuarbeiten. Dieser Aspekt wird durch die in Art. 7 Abs. 1 Nr. 5 und 6 AGTPG genannten Aufgaben der Transplantationsbeauftragten konkretisiert. Da der Begriff des Transplantationskoordinators künftig im Gesetz nicht mehr verwendet wird, wird er durch die Wörter „Mitarbeiter der Koordinierungsstelle“ ersetzt. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden.

Zu Doppelbuchst. bb:

Da das Bewusstsein für die Belange der Organspende im Entnahmekrankenhaus maßgeblich auch durch die Bereitschaft und die Einstellung des Intensivpflegepersonals geprägt wird, soll der Transplantationsbeauftragte zur sachgerechten Aufgabenerfüllung insbesondere das Intensivpflegepersonal miteinbeziehen.

Zu Buchst. c:

Mit der Bestellung zum Transplantationsbeauftragten werden die meisten Ärzte mit einem ihnen neuen Aufgabenbereich konfrontiert. Die organisatorischen Abläufe einer Organspende und deren Voraussetzungen werden in der medizinischen Ausbildung nur unzureichend abgebildet. Zudem kommt eine Organspende auch bei größeren Krankenhäusern nur sehr selten vor, sodass die hierfür erforderlichen Abläufe und Fertigkeiten nicht aus einer Alltagsroutine heraus erlernbar sind. Daher ist es erforderlich, dass sich der Transplantationsbeauftragte im erforderlichen Umfang weiterbildet und zudem regelmäßig an Fortbildungen teilnimmt.

Eine Möglichkeit, dieser Pflicht zur Fort- und Weiterbildung nachzukommen, ist die Nutzung des Angebotes der Bayerischen Landesärztekammer. Derzeit bietet die Bayerische Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation – Region Bayern speziell für die Transplantationsbeauftragten ein Seminar „Organspende für Transplantationsbeauftragte“ an, welches auf dem Curriculum „Organspende“ der Bundesärztekammer basiert. Das Seminar umfasst 16 Fortbildungsstunden, gliedert sich in ein E-Learning-Modul und in ein Präsenz-Modul von jeweils einem Tag und behandelt praxisrelevante Themen wie die Indikationsstellung zur Organspende, die Hirntoddiagnostik, den Empfänger-schutz, die organprotektive Intensivtherapie, juristische Aspekte und den Umgang mit Angehörigen. Im Mai 2015 hat die Bundesärztekammer ein neues Curriculum „Transplantationsbeauftragter Arzt“ (40 Fortbildungsstunden) herausgegeben. Auf der Basis dieses neuen Curriculums beabsichtigt die Bayerische Landesärztekammer eine Überarbeitung ihres Fortbildungsangebotes.

Die Krankenhausleitung muss nach Art. 6 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 AGTPG sicherstellen, dass eine Freistellung für die Fort- und Weiterbildung erfolgt und die Kosten übernommen werden.

Zu Buchst. d:

Der bisherige Abs. 3 ermächtigte die Staatsregierung dazu, im Wege einer Verordnung eine angemessene pauschale Vergütung für die Tätigkeit der Transplantationsbeauftragten festzusetzen. Das damalige Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit hat auf dieser Grundlage am 16. März 2010 die Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes erlassen (GVBl. 2010, S. 158). § 3 Satz 1 dieser Verordnung legt fest, dass die von den Krankenhäusern den Transplantationsbeauftragten zu zahlende pauschale Vergütung monatlich 5 Euro pro Intensivbehandlungsbett, das im Krankenhaus vorgehalten wird, beträgt. Die Kosten wurden von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen.

Mit der Reform des TPG hat der Bundesgesetzgeber nunmehr vorgesehen, dass die Vertragsparteien nach § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 TPG einen angemessenen pauschalen Zuschlag an die Entnahmekrankenhäuser für die Bestellung von Transplantationsbeauftragten vereinbaren. Gläubiger der bundesrechtlichen Finanzierungsregelung ist daher nicht der Transplantationsbeauftragte, sondern das Entnahmekrankenhaus. In der Anlage 5 zum Koordinierungsstellenvertrag nach § 11 Abs. 2 TPG wurde eine entsprechende Vereinbarung getroffen.

Da damit die pauschale Finanzierung der Bestellung von Transplantationsbeauftragten nunmehr bundesrechtlich geregelt wurde, muss die bisherige landesrechtliche pauschale Finanzierungsregelung aufgehoben werden.

Zu Nr. 11 (**Art. 8 AGTPG**):

Da Organspende im Krankenhaus stattfindet, bedarf es des Transplantationsbeauftragten als Verantwortlichen vor Ort, der das Bewusstsein für die Belange der – in der Regel nur selten vorkommenden – Organspende in den Kliniken wach hält. Dieser muss auch tatsächlich in die Lage versetzt werden, seine Aufgaben wahrnehmen zu können. Der Bundesgesetzgeber hat daher vorgesehen, dass die Entnahmekrankenhäuser organisatorisch sicherstellen, dass der Transplantationsbeauftragte seine Aufgaben ordnungsgemäß wahrnehmen kann (§ 9b Abs. 1 Satz 4 TPG). Die nähere Ausgestaltung, unter anderem die Freistellung, muss jeweils durch Landesrecht bestimmt werden (§ 9b Abs. 3 Satz 1 TPG).

Freistellungsregelungen können auf Landesebene nur in dem Umfang erfolgen, in dem auch die Finanzierung entsprechend gesichert ist, da ansonsten ein Konflikt mit dem landesverfassungsrechtlichen Konnexitätsprinzip droht. Die Finanzierung der Beauftragten erfolgt über einen angemessenen pauschalen Zuschlag an die Entnahmekrankenhäuser, über dessen Höhe die Vertragspartner nach § 11 Abs. 2 TPG entscheiden (vgl. o. A.). Zwar bleibt für die Entnahmekrankenhäuser im Durchschnitt ein jährliches Finanzierungsdelta in Höhe von ca. 3.300 Euro. Da dieser Betrag aber im Hinblick auf die Budgets der Entnahmekrankenhäuser weniger als 0,02 Prozent ausmacht, den Entnahmekrankenhäusern für die Jahre 2014 und 2015 ein Pauschalbetrag für die Bestellung von Transplantationsbeauftragten zugeflossen ist, ohne dass insoweit bereits eine konkrete Freistellungsverpflichtung bestand, und die Freistellungspflicht zudem den gesetzlichen Versorgungsauftrag konkretisiert, ist kein Konflikt mit dem landesverfassungsrechtlichen Konnexitätsprinzip zu besorgen.

Abs. 1 stellt die grundsätzliche bundesrechtliche Verpflichtung zur Freistellung der Beauftragten im erforderlichen Umfang klar. In den Abs. 2 und 3 wird der Mindestumfang der Freistellung geregelt. Da die Transplantationszentren besondere Aufgaben innerhalb des Transplantationsprozesses erfüllen und regelmäßig über sehr große Intensivkapazitäten verfügen, ist bei diesen eine vollumfängliche Freistellung des Transplantationsbeauftragten erforderlich. Dabei wird klargestellt, dass die Freistellung auch für mehrere Transplantationsbeauftragte anteilig erfolgen kann.

In den übrigen Entnahmekrankenhäusern wird für die Freistellung grundsätzlich auf die Anzahl der vorhandenen Intensivbehandlungsbetten abgestellt, da der Arbeitsumfang des Transplantationsbeauftragten maßgeblich von dieser Kennzahl abhängt. Wird eine größere Anzahl an Intensivbehandlungsbetten betrieben, steigt der zeitliche Aufwand, um etwa dafür Sorge zu tragen, dass die ärztliche Beurteilung sowie die Meldung nach § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG erfolgen. Zudem muss bei größeren intensivmedizinischen Einheiten eine größere Anzahl an medizinischem Personal regelmäßig informiert und unterrichtet werden. Je zehn

zu betreuende Intensivbehandlungsbetten ist demnach mindestens eine Freistellung in Höhe eines Stellenanteils von 0,1 erforderlich. Auch insoweit ist eine Aufteilung auf mehrere Beauftragte möglich.

Abs. 4 sieht für Entnahmekrankenhäuser mit nur geringen Intensivkapazitäten eine Wahlmöglichkeit vor. Die Transplantationsbeauftragten können mit der Krankenhausleitung vereinbaren, statt der Freistellung von 0,1 Stellenanteil eine zusätzliche Vergütung für ihre Beauftragtentätigkeit zu erhalten. Die Einräumung einer derartigen Wahlmöglichkeit gestaltet die Pflicht zur Bestellung und Freistellung von Transplantationsbeauftragten auch für diejenigen Krankenhäuser verhältnismäßig aus, bei denen aufgrund geringer Intensivkapazitäten das Aufkommen von potentiellen Organspendern regelmäßig nur sehr gering ist. Die wählbare Vergütung beträgt jährlich 10 Prozent des jährlichen Zuschlags nach § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 TPG und ist der bisherigen Vergütung der Transplantationsbeauftragten nach § 3 der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (GVBl. 2010, S. 158) vergleichbar. Bei mehreren Transplantationsbeauftragten in einem Entnahmekrankenhaus mit bis zu zehn Intensivbehandlungsbetten kann jeder statt der anteiligen Freistellung eine anteilige Vergütung mit der Krankenhausleitung vereinbaren. Kommt es zu keiner Vereinbarung einer zusätzlichen Vergütung statt der Freistellung, bleibt es bei der Freistellung nach Abs. 3.

Zu Nr. 12 (**Art. 9 AGTPG**):

Es handelt sich um Änderungen, die sich aus der Übernahme der neuen bundesrechtlichen Terminologie ergeben.

Da Art. 7 AGTPG in seiner bisherigen Fassung entfällt, wird die Koordinierungsstelle nunmehr dazu verpflichtet, auf Verlangen über die von ihr geleistete Aufklärungsarbeit nach Art. 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 AGTPG Auskunft zu erteilen.

**Zu § 2**

**Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes:**

Zu Nr. 1 (**Art. 2 BayKrG**):

Für die Verweisung ist der Zusatz entbehrlich.

Zu Nr. 2 (**Art. 4 BayKrG**):

Zu Buchst. a:

Die Neuregelung in Art. 4 bewirkt, dass der Automatismus hinsichtlich der Geltung der Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 6 Abs. 1a KHG außer Kraft gesetzt wird. Zugleich wird eine landesrechtliche Grundlage dafür geschaffen, planungsrelevante Qualitätsvorgaben zum Gegenstand der Krankenhausplanung zu machen.

Dies können auch die vom G-BA vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren sein. Die G-BA Qualitätsindikatoren gelten damit in Bayern nur, wenn und soweit sie durch das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege nach Beteiligung des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses zum Bestandteil der Krankenhausplanung gemacht werden. Nach Art. 7 Abs. 2 BayKrG sind mit den Mitgliedern des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses bei der Krankenhausplanung einvernehmliche Regelungen anzustreben. Diese Norm umfasst auch die Implementierung von Qualitätsindikatoren.

Zu Buchst. b:

Der Staatsanzeiger ist nach der jüngsten Revision nicht mehr amtliches Publikationsorgan, so dass eine gesetzliche Vorgabe für die Auswahl des Publikationsorgans entbehrlich ist.

Zu Nr. 3 (Art. 5 BayKrG):

Die Neuregelungen in Art. 5 sollen das Verfahren erleichtern, wenn Qualitätsvorgaben in Bayern zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden. Die meisten der derzeit etablierten Qualitätsindikatoren betreffen und bewerten einzelne Leistungen (z.B. Operation Oberschenkelhalsfraktur, Einsatz von Endoprothesen). Die Krankenhausplanung in Bayern bezieht sich allerdings nicht auf einzelne Leistungen, sondern auf Fachrichtungen. Die Schwierigkeit wird darin bestehen, von Qualitätsindikatoren, die einzelne Leistungen bewerten, auf die Qualität ganzer Abteilungen zu schließen.

In manchen Fällen wird sich dieser Zusammenhang eindeutig herstellen lassen. Werden z.B. bestimmte Qualitätsanforderungen, die Entbindungen betreffen, nicht eingehalten, so betrifft dies die Qualität der gesamten geburtshilflichen Abteilung und stellt diese somit zu Recht ganz in Frage, wenn jede Entbindung von diesem Qualitätsmerkmal potentiell betroffen ist.

In anderen Fällen ist dieser Zusammenhang allerdings nicht so eindeutig, z.B. wenn lediglich bei Endoprothesen die Komplikationsrate erhöht ist, bei den übrigen Fällen der chirurgischen Fachabteilung aber keine Auffälligkeiten vorliegen. Für diesen Fall soll in Zukunft die Möglichkeit bestehen, einzelne Leistungen aus dem Versorgungsauftrag auszuschließen. Im Krankenhausplan könnte damit ein Krankenhaus weiterhin mit der Fachrichtung Chirurgie ausgewiesen bleiben, die Leistung „Endoprothetik“ aber z.B. ausgeschlossen werden.

Nach der derzeitigen Fassung des BayKrG bestünde nur die Möglichkeit, die Fachrichtung Chirurgie ganz im Krankenhausplan zu belassen oder vollständig herauszunehmen. Beide Alternativen wären in diesem Fall nicht sachgerecht und aller Voraussicht nach auch rechtlich nicht haltbar. Eine vollständige Herausnahme der Fachrichtung Chirurgie in dem Fall, dass

lediglich eine Leistung mangelbehaftet ist, erscheint unverhältnismäßig und könnte zudem die flächendeckende Versorgung mit nicht mangelbehafteten Leistungen gefährden. Die Fachrichtung allerdings vollständig im Krankenhausplan zu belassen, wenn ein Leistungsbereich eindeutig mangelbehaftet ist, wäre aus Sicht der Patientensicherheit nicht nachvollziehbar.

Mit der Neuregelung wird in Zukunft neben den beiden Lösungen, eine Fachrichtung ganz oder gar nicht im Krankenhausplan zu belassen, die dritte Möglichkeit eröffnet, einzelne Leistungen einer Fachrichtung aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. Diese Regelung wird die Umsetzung der vom Bundesgesetzgeber vorgesehenen Qualitätsverbesserung erheblich erleichtern und erscheint zudem im Interesse der Rechtssicherheit geboten.

Zu Nr. 4 (Art. 7 BayKrG):

Redaktionelle Anpassungen an die geänderten Bezeichnungen der Verbände.

Zu Nr. 5 (Art. 12 BayKrG):

Die Änderung erfolgt zur Rechtsbereinigung.

Zu Nr. 6 (Art. 17 BayKrG):

Das Insolvenzverfahren hat das Ziel, die Gläubiger eines Schuldners gemeinschaftlich zu befriedigen, indem das Vermögen des Schuldners verwertet und der Erlös verteilt oder in einem Insolvenzplan eine abweichende Regelung insbesondere zum Erhalt des Unternehmens getroffen wird. Es kann die Schließung eines Krankenhauses zur Folge haben. Wenn die Schließung eines Krankenhauses bereits im Rahmen eines Insolvenzverfahrens abgewickelt wird, besteht keine Notwendigkeit mehr für die Erleichterung der Schließung bzw. Umstellung durch Gewährung von Ausgleichszahlungen nach Art. 17 BayKrG. Die Ausgleichszahlung hat den Zweck, den Abbau überflüssiger Bettenkapazitäten zu erleichtern. Erfolgt die Schließung allein aufgrund der Insolvenz, so mangelt es sowohl an einer vorausgehenden Planungsentscheidung als auch an einer nachfolgenden freiwilligen Schließung. Damit wäre der Ausgleichszahlung jeder steuernde Charakter genommen.

Zu Nr. 7 (Art. 19 BayKrG):

Zu Buchst. a:

Die Aussage in Art. 19 Abs. 1 BayKrG ist entbehrlich, da die Regelungen des Bayerischen Verwaltungsvorgangsgesetzes ohnehin gelten, soweit nicht das Bayerische Krankenhausgesetz inhaltsgleiche oder entgegenstehende Bestimmungen enthält.

Zu Buchst. b:

Zu Doppelbuchst. aa:

Mehrere einzelne Verzinsungsregelungen werden durch eine zusammenfassende Verzinsungsregelung im neuen Art. 19 Abs. 4 BayKrG ersetzt. Deshalb kann die bisherige Verzinsungsregelung gestrichen werden. Der Normenbestand wird hierdurch verschlankt.

Zu Doppelbuchst. bb:

Der bisherige Art. 19 Abs. 2 Satz 2 BayKrG enthält eine Spezialregelung für den Fall der Umwidmung einer geförderten, weiterhin bedarfsnotwendigen Krankeneinrichtung im Rahmen einer Krankenhausumstrukturierung auf andere Zwecke. Durch die Neufassung werden bei einer solchen Fallgestaltung die Verzichtsvoraussetzungen verschlankt. Wenn der Krankenträger im Rahmen einer eigenverantwortlichen betrieblichen Entscheidung eine geförderte Krankeneinrichtung für nicht-akutstationäre Zwecke umwidmet und im Gegenzug die akutstationäre Krankeneinrichtung in eine mit Eigenmitteln finanzierte, gleichwertige Ersatzeinrichtung an einer anderen Stelle verlagert, schafft er damit für die zweckentfremdeten Fördermittel einen adäquaten Ausgleich. Unter der Voraussetzung, dass dieser Umstrukturierung fachliche Interessen nicht entgegenstehen, soll in einem solchen Fall regelmäßig auf einen Widerruf der Förderbescheide verzichtet werden. Somit entfällt bei dieser Fallgestaltung künftig die Voraussetzung, dass ein zweckentsprechender Nutzungszeitraum von 15 Jahren abgelaufen sein muss.

Im Umkehrschluss ist ein Verzicht auf die Rückerstattung der Restbuchwerte der bisherigen Krankeneinrichtung grundsätzlich dann nicht gerechtfertigt, wenn die Ersatzeinrichtung nicht mit Eigenmitteln, sondern über eine Förderung nach Art. 11 BayKrG finanziert wurde. In diesem Fall ist es angemessen, dass der Krankenträger zur Vermeidung einer doppelten Förderung derselben Krankeneinrichtung die alte Förderung durch Rückzahlung der noch enthaltenen Fördermittel ausgleicht. Nur in Ausnahmefällen bleibt es aufgrund des Wortes „regelmäßig“ möglich, dies anders zu beurteilen, insbesondere wenn vor der Umstrukturierung in der bisherigen Krankeneinrichtung nur noch in untergeordnetem Umfang zwingend erforderliche Maßnahmen zur zeitlich begrenzten Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebs gefördert worden sind.

Die neue passive Formulierung des zweiten Halbsatzes eröffnet ausdrücklich, dass anstelle des Krankenträgers auch ein Dritter, z.B. ein künftiger Nutzer der aufgegebenen Krankeneinrichtung, die Ersatzeinrichtung finanzieren kann.

Zu Buchst. c und Buchst. d Unterbuchst. aa:

In den letzten Jahren haben sich vermehrt Krankenhäuser eines Krankenträgers zu einem Krankenhaus im Rechtssinne zusammengeschlossen; die bisher selbständigen Krankenhäuser werden ab dem Zusammenschluss im Krankenhausplan als unselbständige Betriebsstätten eines Krankenhauses im Sinne des KHG ausgewiesen. Schließt eine unselbständige Betriebsstätte und werden deren Behandlungsplätze ganz oder teilweise an eine andere Betriebsstätte des im Verbund betriebenen Krankenhauses verlagert, können die Träger bislang hinsichtlich der verlagerten Kapazitäten nicht von den weitreichenden förderrechtlichen Verzichtsmöglichkeiten für Schließungsfälle und von der Ermäßigung der Rückforderungshöhe auf den erzielbaren Verwertungserlös der geförderten Anlagegüter profitieren. Mit den Ergänzungen wird die vollständige oder teilweise Schließung einer unselbständigen Betriebsstätte eines Krankenhauses der Schließung eines selbständigen Krankenhauses gleichgestellt. Damit wird auch das Verwaltungsverfahren vereinfacht, weil künftig die förderrechtlichen Folgen hinsichtlich des bei einer Schließung einer unselbständigen Betriebsstätte dauerhaft aus dem Krankenhausplan ausgeschiedenen Teils der Behandlungsplätze und des an eine andere unselbständige Betriebsstätte lediglich verlagerten Teils der Behandlungsplätze einheitlich nach den gleichen Rechtsvorschriften beurteilt werden.

Zu Buchst. d Unterbuchst. bb

Mehrere einzelne Verzinsungsregelungen werden durch eine zusammenfassende Verzinsungsregelung im neuen Art. 19 Abs. 4 BayKrG ersetzt. Deshalb kann die bisherige Verzinsungsregelung gestrichen werden. Der Normenbestand wird hierdurch verschlankt.

Zu Buchst. e:

Entsprechend der zum 1. Juni 2015 in Kraft getretenen Änderung von Art. 49a Abs. 3 des Bayerischen Verwaltungsverfahrensgesetzes soll auch im Bayerischen Krankenhausgesetz der bisherige starre Zinssatz von jährlich 6 v.H. für Verzinsungszeiträume ab dem Inkrafttreten der Rechtsänderung durch den variablen Zinssatz in Höhe von jährlich 3 Prozentpunkten über dem jeweils geltenden Basiszinssatz ersetzt werden. Dabei sollen die bisherigen drei Einzelregelungen (bisheriger Art. 19 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 4 Satz 3 BayKrG sowie Art. 21 Abs. 2 Satz 2 BayKrG) für die für vergangene Zeiträume zu leistenden Erstattungsbeträge zu einer einzigen Bestimmung zusammengefasst und damit der Normenbestand verschlankt werden. Einbezogen werden nun auch verspätet erstattete Nutzungsentgelte beim Outsourcing nach Art. 21 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BayKrG, um auch hier den wirtschaftlichen Vorteil des Krankenträgers abschöpfen zu können.

**Zu Nr. 8 (Art. 21 BayKrG):**

Mehrere einzelne Verzinsungsregelungen werden durch eine zusammenfassende Verzinsungsregelung im neuen Art. 19 Abs. 4 BayKrG ersetzt. Deshalb kann die bisherige Verzinsungsregelung gestrichen werden. Der Normenbestand wird hierdurch verschlankt.

**Zu Nr. 9 (Art. 23 BayKrG):**

Durch das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSVG) hat es Verschiebungen und Änderungen in den relevanten bundesrechtlichen Regelungen gegeben, sodass die bisher beispielhaft genannten Normen nicht mehr aktuell sind. Durch den Verzicht auf die Nennung konkreter bundesrechtlicher Vorschriften müssen künftig diese nicht durch landesrechtliche Änderungen in den Zuständigkeitsbestimmungen nachvollzogen werden.

**Zu Nr. 10 (Art. 28 BayKrG):**

Zu Buchst. a:

Die bisherige Übergangsregelung nach Art. 28 Abs. 1 BayKrG kann im Interesse eines möglichst schlanken Normenbestandes entfallen, da es zwischenzeitlich keinen praktischen Anwendungsfall mehr gibt.

Im neu gefassten Abs. 1 wird geregelt, dass die für den Fall der eigenfinanzierten Ersatzeinrichtung geltende Neufassung der Verzichtsvorschrift nach dem neuen Art. 19 Abs. 1 Satz 2 BayKrG, die in der Regel zugunsten der Krankenträger wirkt, auf alle Verfahren anzuwenden ist, bei denen bis zum Inkrafttreten der Rechtsänderung noch kein bestandskräftiger Bescheid erlassen worden ist.

Die bisher in Art. 28 Abs. 2 enthaltene Regelung ist zwischenzeitlich umgesetzt und kann daher im Interesse eines möglichst schlanken Normenbestandes entfallen.

Der neu gefasste Abs. 2 sieht ein Weitergelten der bisherigen Rechtslage für die Fälle vor, in denen selbstständige Betriebsstätten bereits vor dem Inkrafttreten der Rechtsänderung geschlossen worden sind.

Zu Buchst. b bis f:

Die bisherigen Übergangsregelungen nach Art. 28 Abs. 3, 5 und 7 BayKrG können im Interesse eines möglichst schlanken Normenbestandes entfallen, da es zwischenzeitlich keine praktischen Anwendungsfälle mehr gibt.

**Zu § 3****Änderung der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (DVAGTPG):****Zu Nr. 1 (§ 1 DVAGTPG):**

Es wird eine amtliche Überschrift eingefügt.

**Zu Nr. 2 (§ 2 DVAGTPG):**

Siehe Nr. 1.

**Zu Nr. 3 (§ 3 DVAGTPG):**

§ 3 der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes vom 16. März 2010 (GVBl. 2010, S. 158) tritt außer Kraft. Da nunmehr die Vergütung für die Bestellung der Transplantationsbeauftragten bundesweit durch eine Vereinbarung der Vertragspartner über einen angemessenen pauschalen Zuschlag an die Entnahmekrankenhäuser erfolgt, muss die landesrechtliche Finanzierungsregelung aufgehoben werden.

**Zu Nr. 4 (§ 4 DVAGTPG):**

Aufgrund der Änderung der Verordnung wird das Inkrafttreten der Verordnung neu geregelt.

**Zu § 4****Inkrafttreten, Außerkrafttreten:**

Als Zeitpunkt des Inkrafttretens wird der .... bestimmt.