

13.10.1987

Beschlußempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge

zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 10/1799
2. Lesung

Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW -

in Verbindung damit

Antrag der Fraktion der F.D.P.
Drucksache 10/1300

Grundsätze der Krankenhausplanung und -struktur in
Nordrhein-Westfalen

und

Antrag der Fraktion der CDU
Drucksache 10/1500

Neufassung des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen

Berichterstatter Abgeordneter Bräuer SPD

Beschlußempfehlung

1. Der Gesetzentwurf der Landesregierung - Drucksache 10/1799 - wird in der Fassung der Beschlüsse des Ausschusses angenommen.
2. Der Antrag der Fraktion der F.D.P. - Drucksache 10/1300 - wird für erledigt erklärt.
3. Der Antrag der Fraktion der CDU - Drucksache 10/1500 - wird für erledigt erklärt.

Datum des Originals: 07.10.1987/Ausgegeben! 13.10.1987 (12.10.1987)

Die Veröffentlichungen des Landtags sind fortlaufend oder auch einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 4000 Düsseldorf 1, Postfach 1143, Telefon (02 11) 88 44 39, zu beziehen.

Hinweis: Die Titelseite ist auszuwechseln;
im übrigen bleibt die Drucksache 10/2424 unverändert.

10/27/24 - 2

G e g e n ü b e r s t e l l u n g

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 10/1799

Beschlüsse des Ausschusses

Krankenhausgesetz
des Landes Nordrhein-Westfalen
– KHG NW –

Krankenhausgesetz
des Landes Nordrhein-Westfalen
– KHG NW –

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Grundsatz

(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen. Das Gesetz soll zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen. Es soll die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie mit den niedergelassenen Ärzten fördern.

(2) Die Krankenversorgung sicherzustellen und leistungsfähige Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, ist eine öffentliche Aufgabe. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung obliegt dem Land. Gemeinden und Gemeindeverbände sind im Rahmen des Krankenhausplanes verpflichtet, dabei mitzuwirken.

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Grundsatz

(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen. Es soll die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie mit den niedergelassenen Ärzten fördern.

(2) Die Krankenversorgung in Krankenhäusern sicherzustellen, ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. Gemeinden und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit.

(3) Die Aufgabe, leistungsfähige Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, wird in der Regel von freien gemeinnützigen Trägern, von kommunalen Trägern und vom Land wahrgenommen. Darüber hinaus sind private Träger an der Krankenhausversorgung beteiligt. Falls sich kein anderer geeigneter Träger findet, sind Gemeinden und Gemeindeverbände verpflichtet, Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, kreisangehörige Gemeinden jedoch nur, wenn sie die erforderliche Finanzkraft besitzen.

(3) Krankenhaussträger sind in der Regel freie gemeinnützige, kommunale, private Träger und das Land. Falls sich kein anderer geeigneter Träger findet, sind Gemeinden und Gemeindeverbände verpflichtet, Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, kreisangehörige Gemeinden jedoch nur, wenn sie die erforderliche Finanzkraft besitzen.

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid jeden, der seine Leistungen benötigt, nach Art und Schwere der Erkrankung zu versorgen. Notfallpatienten sind vorrangig zu versorgen.

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) unverändert

(2) Das Krankenhaus kann gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen) erbringen, soweit dadurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. Besondere Verpflegung, besondere Unterbringung und der Abschluß eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrages dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden. Privatstationen werden nicht mehr eingerichtet und betrieben.

(2) Privatstationen werden nicht mehr eingerichtet und betrieben.

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

§ 3 Pflege und Betreuung der Patienten

(1) Die Patienten haben Anspruch auf eine menschenwürdige Behandlung; dies gilt im besonderen Maße für Sterbende.

(2) Die Betriebsabläufe des Krankenhauses sollen patientenfreundlich gestaltet werden. Insbesondere ist den Bedürfnissen der Patienten nach Schonung und Ruhe soweit wie möglich Rechnung zu tragen. Dies gilt auch für eine ungestörte Nachtruhe. 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. Berufstätigen sind auch an Werktagen außerhalb ihrer Arbeitszeit Krankenbesuche zu ermöglichen.

§ 4 Kind im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus hat im Rahmen seiner Möglichkeiten bei Kindern eine Begleitperson aufzunehmen, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist.

(2) Das Krankenhaus unterstützt in Abstimmung mit der Schulbehörde die schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

(3) Die Belange kranker Kinder sind bei der Regelung der Besuchszeiten besonders zu berücksichtigen.

§ 3 Pflege und Betreuung der Patienten

(1) unverändert

(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. Die Belange kranker Kinder sind besonders zu berücksichtigen.

§ 4 Kind im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus hat im Rahmen seiner Möglichkeiten bei Kindern eine Begleitperson aufzunehmen.

(2) Das Krankenhaus unterstützt die schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

(3) entfällt

§ 5 Patientenfürsprecher

(1) Der Krankenhausträger bestellt für jedes Krankenhaus einen Patientenfürsprecher, der an Weisungen nicht gebunden ist.

(2) Der Patientenfürsprecher prüft Anregungen und Beschwerden der Patienten und vertritt deren Anliegen gegenüber dem Krankenhaus. Er kann sich mit Einverständnis des betroffenen Patienten an die Betriebsleitung, den Krankenhausträger und in schwerwiegenden Fällen an die zuständige Behörde wenden. Im übrigen ist er zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Betriebsleitung, der Krankenhausträger und die zuständige Behörde sind verpflichtet, dem Vorbringen des Patientenfürsprechers nachzugehen und ihm die notwendigen Auskünfte zu erteilen.

(3) Das Krankenhaus gibt den Patienten Namen und Anschrift des Patientenfürsprechers bekannt.

§ 6 Sozialer Dienst

(1) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen.

(2) Der soziale Dienst wird auf Wunsch des Patienten tätig. Er arbeitet eng und vertrauensvoll mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst zusammen. Er hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen und ihn in sozialen Fragen zu beraten. Die Beratung erfolgt insbesondere durch persönliche Hilfe, die Unterstützung bei der Einleitung von medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Rehabilitationsmaßnahmen sowie durch die Vermittlung von Hilfen des Gesundheits- und Sozialwesens, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen.

§ 7 Qualitätssicherung

Die Krankenhäuser gewährleisten eine interne Qualitätssicherung. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, im Einvernehmen mit der Ärztekammer und den Krankenkassen externe qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen.

§ 5 Patientenbeschwerdestellen

Der Krankenhausträger trifft Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch eine unabhängige Stelle.

§ 6 Sozialer Dienst und Patientenseelsorge

(1) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen. Die Patienten haben das Recht auf seelsorgerische Betreuung im Krankenhaus. Sozialer Dienst und Krankenhauseelsorge werden auf Wunsch des Patienten tätig.

(2) Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, ihn in sozialen Fragen zu beraten, bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und Hilfen, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, zu vermitteln.

§ 7 Qualitätssicherung unverändert

§ 8 Krankenhaushygiene

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

(2) Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung

1. Maßnahmen zur Erfassung von Krankenhausinfektionen,
 2. Aufgaben, Bildung und Zusammensetzung einer Hygienekommission,
 3. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachkräften
- im einzelnen zu regeln.

§ 9 Arzneimittelkommission

(1) Jedes Krankenhaus hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. Krankenhäuser eines Trägers oder Krankenhäuser, zwischen denen ein Versorgungsvertrag im Sinne des § 14 des Gesetzes über das Apothekenwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993) besteht, können auch eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden.

(2) Die Arzneimittelkommission hat die Aufgabe,

1. die im Krankenhaus üblicherweise zu verwendenden Arzneimittel unter besonderer Berücksichtigung ihrer Qualität und Preiswürdigkeit sowie der Aufgabenstellung des Krankenhauses aufzulisten (Arzneimittelliste),
2. die Ärzte in Fragen der Arzneimittelversorgung zu beraten und zu informieren.

(3) Die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste ist von den im Krankenhaus tätigen Ärzten 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 zu unterrichten. Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die nach Art und Umfang über das bekannte Maß hinausgehen, sind der Arzneimittelkommission unverzüglich mitzuteilen.

§ 8 Krankenhaushygiene

(1) unverändert

(2) Der zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung

1. Maßnahmen zur Erfassung von Krankenhausinfektionen,
 2. Aufgaben, Bildung und Zusammensetzung einer Hygienekommission,
 3. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachkräften
- im einzelnen zu regeln.

**§ 9 Arzneimittelkommission
unverändert**

§ 10 Zusammenarbeit der Krankenhäuser

(1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid zur Zusammenarbeit verpflichtet.

(2) Diese 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 Krankenhausaufnahmen,
4. die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,
5. die Mitwirkung bei der Schwangerenbetreuung,
6. die festzulegenden Notfallaufnahmebereiche nach § 10 Abs. 1 des Gesetzes über den Rettungsdienst vom 26. November 1974 (GV. NW. S. 1481),
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.

(3) Über die Zusammenarbeit sind zwischen den beteiligten Krankenhäusern und gegebenenfalls den sonstigen beteiligten Stellen Vereinbarungen zu treffen. In diesen Vereinbarungen ist in den Fällen des Absatzes 2 Nrn. 8 und 9 auch eine Regelung über die Beteiligung an den Kosten für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter aus den pauschalen Fördermitteln aller beteiligten Krankenhäuser zu treffen.

8

§ 10 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, dem Rettungsdienst, den Katastrophenschutzbehörden 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. unverändert
2. unverändert
3. unverändert
4. unverändert
5. unverändert
6. unverändert
7. unverändert
8. unverändert
9. unverändert
10. unverändert
11. unverändert

(3) entfällt

(4) Die Krankenhäuser sind außerdem zur personellen und sachlichen Mitwirkung im Rettungsdienst und zur Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Katastrophenschutzbehörden und den Krankenkassen verpflichtet.

§ 11 Zentraler Bettennachweis, Einsatz- und Alarmpläne

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, dem Zentralen Krankenbettennachweis bei den kreisfreien Städten und Kreisen (§ 6 Abs. 3 des Gesetzes über den Rettungsdienst in der jeweils geltenden Fassung) alle erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere die Zahl der freien Betten, gegliedert nach Abteilungen, zu melden. Das Recht der Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, zur Mitwirkung im Katastrophenschutz Einsatz- und Alarmpläne aufzustellen und mit der zuständigen Katastrophenschutzbehörde abzustimmen.

§ 12 Aufsicht

(1) Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen unterliegen der Aufsicht.

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere dieses Gesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG – in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1985 (BGBl. 1986 I. S. 33), der Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666) und der Krankenhausbauverordnung vom 21. Februar 1978 (GV. NW. S. 154). Die Vorschriften über die allgemeine Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die medizinischen Einrichtungen der Hochschulen des Landes sowie über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

(4) entfällt

§ 11 Zentraler Bettennachweis, Einsatz- und Alarmpläne

unverändert

§ 12 Rechtsaufsicht

(1) Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen unterliegen der Rechtsaufsicht.

(2) unverändert

(3) Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

(3) Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

(4) Es sind

untere Aufsichtsbehörde
die kreisfreie Stadt und der Kreis,

obere Aufsichtsbehörde
der Regierungspräsident,

oberste Aufsichtsbehörde
der für das Gesundheitswesen zuständige Minister.

(4) Es sind

untere Aufsichtsbehörde
die kreisfreie Stadt und der Kreis,

obere Aufsichtsbehörde
der Regierungspräsident,

oberste Aufsichtsbehörde
der zuständige Minister.

Abschnitt II

Planung

§ 13 Krankenhausplan

(1) Zur Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen stellt der für das Gesundheitswesen zuständige Minister nach Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn entsprechend der Entwicklung fort. Der Krankenhausplan in der jeweils geltenden Fassung ist alle zwei Jahre im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen zu veröffentlichen.

Abschnitt II

Planung

§ 13 Krankenhausplan

(1) Der zuständige Minister stellt nach Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn fort.

(2) Der Krankenhausplan hat den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Abteilungen mit der Bettenzahl, Versorgungsgebieten und kreisfreien Städten und Kreisen auszuweisen. Die Einzelfestlegungen können inhaltlich und zeitlich beschränkt werden, soweit dies zur Anpassung des gegenwärtigen Leistungsangebots an die Bedarfsentwicklung geboten ist. Der Krankenhausplan weist daneben die Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG sowie die als bedarfsgerecht abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräte gemäß § 10 KHG aus. Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes sind die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten.

(3) In den Versorgungsgebieten ist eine abgestufte Krankenhausversorgung zu gewährleisten, soweit dies zur bedarfsgerechten Krankenhausversorgung notwendig ist. Die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete sind zu berücksichtigen; dies gilt auch hinsichtlich der Vielfalt der Krankenhausträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG.

(4) Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung können Krankenhäusern im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger im Krankenhausplan besondere Aufgaben zugeordnet werden. Besondere Aufgaben sind insbesondere die Entwicklung disziplin- und bereichsübergreifender, standardisierter Diagnose- und Therapieleitlinien sowie die Führung von Nachsorgeregistern.

(5) Dem Krankenhaus können auch Aufgaben der Ausbildung zugewiesen werden, wenn die Finanzierung der damit verbundenen Kosten gewährleistet ist.

(2) Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen

1. Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Abteilungen mit der Bettenzahl, Versorgungsgebieten und kreisfreien Städten und Kreisen,

2. Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG,

3. medizinisch-technische Großgeräte gemäß § 10 KHG

aus. Einzelfestlegungen können inhaltlich und zeitlich beschränkt werden, soweit dies zur Anpassung des gegenwärtigen Leistungsangebots an die Bedarfsentwicklung geboten ist. Die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen.

(3) unverändert

(4) Krankenhäusern können im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger besondere Aufgaben zugeordnet werden. Bei Aufgaben der Ausbildung muß die Finanzierung gewährleistet sein.

(5) entfällt

§ 14 Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans

(1) Zur Mitwirkung bei der Aufstellung des Krankenhausplans wird bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister ein Landesausschuß für Krankenhausplanung (Landesausschuß) gebildet. Dem Landesausschuß gehören an (unmittelbar Beteiligte)

1. sieben Vertreter der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen,
2. sechs Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen sowie ein Vertreter des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung und
3. drei Vertreter der kommunalen Spitzenverbände.

Bei der Aufstellung des Krankenhausplans sind einvernehmliche Regelungen mit dem Landesausschuß anzustreben.

(2) Der Landesausschuß hat darüber hinaus die Aufgabe, Empfehlungen zu erarbeiten

1. für Planungsziele und -kriterien und für die qualitativen und quantitativen Inhalte des Krankenhausplanes je Versorgungsgebiet,
2. für die Umsetzung der Planungsziele und Kriterien im Versorgungsgebiet unter Berücksichtigung der Vorschläge der Beteiligten nach Absatz 4 und
3. zur Fortschreibung des Krankenhausplans.

(3) Den Vorsitz im Landesausschuß und die Geschäfte des Landesausschusses führt der für das Gesundheitswesen zuständige Minister. Er beruft den Landesausschuß zu seinen Sitzungen ein. Der Landesausschuß ist einzuberufen, wenn dies von mindestens sieben Mitgliedern beantragt wird. Der Minister für Wissenschaft und Forschung, der Innenminister, der Finanzminister sowie der Landesrechnungshof sind berechtigt, an den Sitzungen des Landesausschusses teilzunehmen.

§ 14 Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans

(1) Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans wirkt der Landesausschuß für Krankenhausplanung (Landesausschuß) mit. Einvernehmliche Regelungen sind anzustreben. Den Vorsitz im Landesausschuß und die Geschäfte des Landesausschusses führt der zuständige Minister. Der Landesausschuß ist einzuberufen, wenn dies von mindestens sieben Mitgliedern beantragt wird.

(2) Der Landesausschuß hat die Aufgabe, Empfehlungen zu erarbeiten

1. für die Planungsziele und -kriterien und für die qualitativen und quantitativen Inhalte des Krankenhausplanes je Versorgungsgebiet,
2. für die Umsetzung der Planungsziele und -kriterien im Versorgungsgebiet unter Berücksichtigung der Vorschläge der Beteiligten nach § 15 Abs. 2 und
3. zur Fortschreibung des Krankenhausplans.

(3) Die Beteiligten an der Krankenhausversorgung und die betroffenen Krankenhäuser werden von der zuständigen Behörde zu den Vorgaben und Empfehlungen für die Krankenhausplanung gehört. Die Beteiligten sollen innerhalb einer angemessenen Frist für jeweils ein Versorgungsgebiet einen gemeinsamen Vorschlag zur Umsetzung der Planungsziele und Kriterien auf die einzelnen Krankenhäuser und Abteilungen unterbreiten.

(4) Beteiligte an der Krankenhausversorgung sind neben den unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 Satz 2

1. die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrts-
pflege in Nordrhein-Westfalen,
2. die Ärztekammern,
3. die kreisfreien Städte und Kreise,
4. der Landesverband der DAG,
5. die Bezirksverwaltungen der Gewerkschaft
ÖTV,
6. der Landesverband Marburger Bund,
7. die Landschaftsverbände, soweit psychiatri-
sche Einrichtungen betroffen sind und
8. die Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit es
sich um medizinisch-technische Großgeräte
handelt.

Die Beteiligten an der Krankenhausversorgung und die betroffenen Krankenhäuser werden von der zuständigen Behörde zu den Vorgaben und Empfehlungen für die Krankenhausplanung gehört. Die Beteiligten erhalten ferner Gelegen-
heit, innerhalb einer angemessenen Frist für jeweils ein Versorgungsgebiet einen gemeinsa-
men Vorschlag zur Verteilung des durch die Rah-
menplanung vorgegebenen Bedarfs an Krank-
hausbetten auf die Krankenhäuser unter Berück-
sichtigung ihrer Strukturierung und ihres Versor-
gungsauftrages zu unterbreiten.

(5) Kommt eine einvernehmliche Regelung zwi-
schen dem für das Gesundheitswesen zuständi-
gen Minister und dem Landesausschuß nicht
zustande, entscheidet der Minister. Das gleiche
gilt, wenn ein gemeinsamer Vorschlag nach
Absatz 4 Satz 3 nicht unterbreitet wird oder die-
ser Vorschlag wesentlich von den Vorgaben und
Empfehlungen des Landesausschusses für das
Versorgungsgebiet abweicht.

(6) Bei der Fortschreibung des Krankenhaus-
plans für einzelne Krankenhäuser sind die Betei-
ligten (Absatz 1 Satz 2, Absatz 4 Satz 1) und das
Krankenhaus von dem für das Gesundheitswesen
zuständigen Minister zu hören.

(4) Wird der Krankenhausplan
nur für einzelne Krankenhäuser
fortgeschrieben, sind die Be-
teiligten und das Krankenhaus
von dem zuständigen Minister
zu hören.

(5) entfällt

(6) entfällt

neu

§ 15 Beteiligte an der Krankenhausversorgung

(1) Dem Landesausschuß gehören an (unmittelbar Beteiligte):

1. fünf von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
2. sechs von den Landesverbänden der Krankenkassen
3. drei von den kommunalen Spitzenverbänden

benannte Mitglieder

4. ein von der katholischen Kirche und ein von den evangelischen Landeskirchen.
5. ein vom Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung
6. soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind, je ein von den beiden Landschaftsverbänden

benanntes Mitglied.

(2) Beteiligte an der Krankenhausversorgung sind neben den unmittelbar Beteiligten

1. die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen,
2. die Ärztekammern,
3. die kreisfreien Städte und Kreise,
4. der Landesverband der DAG,
5. die Bezirksverwaltungen der Gewerkschaft ÖTV,
6. der Landesverband Marburger Bund,
7. die Kassenärztlichen Vereinigungen,

8. die Dienstnehmervertretung
der arbeitsrechtlichen
Kommission des Deutschen
Caritasverbandes aus Nord-
rhein-Westfalen,

9. der Rheinisch-Westfälische
Verband der im evangelisch
kirchlichen Dienst stehen-
den Mitarbeiter (RWV).

§ 15 Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Nach Aufstellung des Krankenhausplans wird die Aufnahme oder Nichtaufnahme durch einen schriftlichen Bescheid der zuständigen Behörde festgestellt; der Feststellungsbescheid über die Aufnahme muß enthalten

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses,
2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan,
4. das Versorgungsgebiet,
5. die Gesamtzahl der im Krankenhausplan im Ist und Soll anerkannten Betten, bei psychiatrischen Krankenhäusern und anderen Sonderkrankenhäusern die Zahl der anerkannten förderungsfähigen Betten,
6. die Zahl und Art der Abteilungen und ihre Bettenzahl,
7. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG,
8. die medizinisch-technischen Großgeräte nach § 22 sowie
9. die Bezeichnung besonderer Schwerpunktaufgaben.

Die in den Nummern 5 und 6 im Ist ausgewiesenen Betten sind Planbetten im Sinne des Gesetzes.

§ 16 (bisher § 15)

Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Nach Aufstellung des Krankenhausplans wird die Aufnahme oder Nichtaufnahme durch einen schriftlichen Bescheid der zuständigen Behörde festgestellt; der Feststellungsbescheid über die Aufnahme muß enthalten

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses,
2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan,
4. das Versorgungsgebiet,
5. die Gesamtzahl der im Krankenhausplan im Ist und Soll anerkannten Betten, bei psychiatrischen Krankenhäusern und anderen Sonderkrankenhäusern die Zahl der anerkannten förderungsfähigen Betten,
6. die Zahl und Art der Abteilungen und ihre Bettenzahl,
7. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG,
8. die medizinisch-technischen Großgeräte nach § 24
9. die Bezeichnung besonderer Schwerpunktaufgaben sowie
10. Inhaltliche und zeitliche Beschränkungen (§ 13 Abs. 2 Satz 2) und die dafür maßgebenden Gründe.

Die in den Nummern 5 und 6 im Ist ausgewiesenen Betten sind Planbetten im Sinne des Gesetzes.

(2) Beabsichtigte Abweichungen von den in Absatz 1 Nrn. 1, 2 und 5 bis 9 bezeichneten Festlegungen sind der zuständigen Behörde rechtzeitig anzuzeigen; sie werden bei der Förderung nur nach Änderung des Feststellungsbescheides berücksichtigt. Die Änderung des Feststellungsbescheides ist abzulehnen, soweit sie nicht mit den Zielen des Krankenhausplanes im Einklang steht. Fördermittel können ganz oder teilweise versagt, zurückbehalten und zurückgefordert werden, wenn von den Festlegungen im Feststellungsbescheid ohne Zustimmung der zuständigen Behörde tatsächlich abgewichen wird. Das gleiche gilt, wenn das Krankenhaus die im Soll ausgewiesenen Betten oder Abteilungen aus Gründen, die es zu vertreten hat, nicht bis zum vorgesehenen Zeitpunkt tatsächlich vorhält.

(2) Der zuständigen Behörde ist unverzüglich anzuzeigen:

1. Eine Abweichung von Absatz 1 Nrn. 1, 2 und 5 bis 10.
2. Eine 75 vom Hundert unterschreitende durchschnittliche Ausnutzung der Planbetten insgesamt oder in einzelnen Abteilungen in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

Die in Nr. 1 genannten Abweichungen werden bei der Förderung nur nach Änderung des Feststellungsbescheides berücksichtigt. Im Falle der Nr. 2 hat der Krankenhausträger einen Vorschlag zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl oder zur Umstrukturierung des Krankenhauses zu unterbreiten.

(3) Unterschreitet die durchschnittliche Ausnutzung der Planbetten insgesamt oder in einzelnen Abteilungen in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren 75 v.H., hat das Krankenhaus dies der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen und einen Vorschlag zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl oder zur Umstrukturierung des Krankenhauses zu unterbreiten.

(3) entfällt

Abschnitt III

Krankenhausförderung

§ 16 Förderungsgrundsätze, Art der Förderung

(1) Krankenhäuser werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts öffentlich gefördert. Dies gilt für notwendigerweise mit einem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätten (§ 2 Nr. 1 a KHG) entsprechend.

Abschnitt III

Krankenhausförderung

§ 17 (bisher § 16) Förderungsgrundsätze

(1) Investitionskosten von Krankenhäusern werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts auf Antrag gefördert. Dies gilt für notwendigerweise mit einem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätten (§ 2 Nr. 1 a KHG) entsprechend.

(2) Die Förderung wird auf Antrag in Form von Zuschüssen gewährt.

(3) Dem Krankenhaus obliegt es, die zur Beurteilung eines Förderanspruchs notwendigen Angaben zu machen und zu belegen. Kommt es dieser Verpflichtung nicht, nicht vollständig, nicht fristgerecht oder unrichtig nach, so können Fördermittel versagt werden.

§ 17 Investitionsprogramm

(1) Zur Förderung des Krankenhausbaus stellt der für das Gesundheitswesen zuständige Minister auf der Grundlage des Krankenhausplans ein Investitionsprogramm gemäß §§ 6 und 8 KHG auf. Darin wird die vorgesehene Verwendung der in dem betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Fördermittel für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 dargestellt. Die Feststellung der Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm ist mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel zu verbinden und begründet den Rechtsanspruch auf Förderung.

(2) Bei der Aufstellung des Investitionsprogramms nach Absatz 1 gilt § 14 Abs. 1, Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 entsprechend.

(3) Das Investitionsprogramm ist im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen zu veröffentlichen.

(2) Krankenhäuser werden nicht gefördert, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden oder bei Abschluß verkehrsüblicher Versicherungen hätten gewährt werden können. Das gleiche gilt, wenn eine Investitionsmaßnahme durch unterlassene Wartung und Instandhaltung notwendig geworden ist.

(3) Fördermittel dürfen nur nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides und im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses nach dem Feststellungsbescheid verwendet werden.

(4) Bei Krankenhäusern, die ohne Zustimmung der Bewilligungsbehörde vom Feststellungsbescheid abweichen, kann die Förderung ganz oder teilweise versagt werden.

§ 18 (bisher § 17) Investitionsprogramm

(1) Zur Förderung des Krankenhausbaus stellt der zuständige Minister auf der Grundlage des Krankenhausplans ein Investitionsprogramm gemäß §§ 6 und 8 KHG auf. Darin wird die vorgesehene Verwendung der in dem betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Fördermittel für Maßnahmen nach § 19 Abs. 1 Nr. 1 dargestellt. Die Feststellung der Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm ist mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel zu verbinden und begründet den Rechtsanspruch auf Förderung.

(2) Bei der Aufstellung des Investitionsprogramms nach Absatz 1 gelten § 14 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 1 entsprechend.

(3) entfällt

§ 18 Einzelförderung

(1) Investitionskosten werden für

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Betrieb des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid notwendigen Anlagegütern,
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
3. die Ergänzung von Anlagegütern, die über die übliche Anpassung (§ 9 Abs. 4 KHG) wesentlich hinausgeht,

im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gefördert (Einzelförderung).

(2) Voraussetzung für die Bewilligung von Fördermitteln für Maßnahmen nach Absatz 1 Nr. 1 ist die Aufnahme in ein Investitionsprogramm, für Maßnahmen nach Absatz 1 Nrn. 2 und 3 der Nachweis der Dringlichkeit und Notwendigkeit. Darüber hinaus setzt die Bewilligung voraus, daß die Kosten für das einzelne Vorhaben die Wertgrenze nach § 21 Abs. 1 Nr. 2 übersteigen, die gesamte Finanzierung gesichert und mit der Maßnahme vor der Bewilligung oder einer schriftlichen Einwilligung des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministers nicht begonnen worden ist.

(3) Die Kosten für den Erwerb oder die Ausstattung bereits betriebener Krankenhäuser sind nicht förderungsfähig.

(4) Wird ein Krankenhaus erstmals nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Krankenhausplan aufgenommen, so werden nur die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Investitionskosten gefördert.

§ 19 (bisher § 18)
Einzelförderung

(1) unverändert

(2) Voraussetzung für die Bewilligung von Fördermitteln für Maßnahmen nach Absatz 1 Nr. 1 ist die Aufnahme in ein Investitionsprogramm, für Maßnahmen nach Absatz 1 Nrn. 2 und 3 der Nachweis der Dringlichkeit und Notwendigkeit. Darüber hinaus setzt die Bewilligung voraus, daß die Kosten für das einzelne Vorhaben die Wertgrenze nach § 23 Abs. 1 Nr. 2 übersteigen, die gesamte Finanzierung gesichert und mit der Maßnahme vor der Bewilligung oder einer schriftlichen Einwilligung des zuständigen Ministers nicht begonnen worden ist.

(3) unverändert

(4) unverändert

§ 19 Umfang der Einzelförderung

(1) Bei der Festlegung des förderungsfähigen Umfangs einer Investition nach § 18 sind die Folgekosten, insbesondere die Auswirkung auf die Pflegesätze zu berücksichtigen.

(2) Gefördert werden nur die Kosten, für die nachgewiesen ist, daß sie bei Anwendung der Grundsätze von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung gerechtfertigt sind.

(3) Die förderungsfähigen Kosten vermindern sich, soweit darin die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter enthalten ist, um die pauschalen Fördermittel, die dem Krankenhaus

1. bis zum Baubeginn ausgezahlt, aber noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,
2. während der Bauzeit bis zur Inbetriebnahme der geförderten Baumaßnahme ausgezahlt werden, soweit sie nicht für unabweisbare Maßnahmen verwendet werden müssen.

Vorhandene Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens sind zu übernehmen, soweit dies wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

§ 20 (bisher § 19)
Umfang der Einzelförderung

(1) Gefördert werden die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind. Die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen.

(2) entfällt

(2) Die förderungsfähigen Kosten vermindern sich, soweit darin die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter enthalten ist, um die pauschalen Fördermittel, die dem Krankenhaus

1. bis zur Erteilung des Bewilligungsbescheides ausgezahlt, aber noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,
2. nach der Erteilung des Bewilligungsbescheides bis zur Inbetriebnahme der geförderten Baumaßnahme ausgezahlt werden, soweit sie nicht für unabweisbare Maßnahmen verwendet werden müssen.

Vorhandene Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens sind zu übernehmen, soweit dies wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

§ 21 (bisher § 24)
Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

Anlauf- und Umstellungskosten (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG) sind nur förderungsfähig, wenn sie mit einer nach § 19 geförderten Investition in Zusammenhang stehen und die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes deswegen gefährdet wäre, weil dem Krankenhausträger die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten ist. Der Förderungsantrag ist spätestens mit dem Antrag nach § 19 anzukündigen.

§ 20 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen

(1) Bei der Bewilligung der Einzelförderung wird der Förderbetrag mit Zustimmung des Krankenhausträgers als Festbetrag gemäß Absatz 2 festgelegt oder nach den anfallenden förderungsfähigen Kosten bemessen.

(2) Der Festbetrag ist so zu bemessen, daß die entstehenden förderungsfähigen Kosten unter Anwendung der Grundsätze des § 19 gedeckt werden. Die Festbetragsfinanzierung soll Anreize zu einer kostengünstigen Verwirklichung der Investition geben. Eingesparte Fördermittel sind dem Krankenhaus zur selbstverantwortlichen Verwendung für andere Investitionen, die nach § 18 Abs. 1 oder § 21 Abs. 1 förderungsfähig sind, nach vorheriger Anzeige an die zuständige Behörde zu belassen; § 31 Abs. 1 gilt entsprechend. Mehrkosten müssen vom Krankenhaus getragen werden. Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher unabweisbarer behördlicher Anordnungen erforderlich werden und der Krankenhausträger die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. Der Verwendungsnachweis beschränkt sich auf den Nachweis, daß die Mittel für die geförderte Maßnahme, bei Unterschreiten des Festbetrages für weitere selbstverantwortlich durchgeführte förderungsfähige Maßnahmen verwendet und diese funktionsfähig fertiggestellt worden sind. Eine eingehende Prüfung im Rahmen der Schlußabrechnung erfolgt nur, soweit besondere Gründe vorliegen.

§ 22 (bisher § 20)
 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen

(1) unverändert

(2) Der Festbetrag ist so zu bemessen, daß die entstehenden förderungsfähigen Kosten unter Anwendung der Grundsätze des § 20 gedeckt werden. Eingesparte Fördermittel sind für andere Investitionen nach § 19 Abs. 1 oder § 23 Abs. 1 zu verwenden; § 30 Abs. 1 gilt entsprechend. Mehrkosten müssen vom Krankenhaus getragen werden. Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher unabweisbarer behördlicher Anordnungen erforderlich werden und der Krankenhausträger die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. Der Verwendungsnachweis beschränkt sich auf den Nachweis, daß die Mittel für die geförderte Maßnahme bei Unterschreiten des Festbetrages für weitere selbstverantwortlich durchgeführte förderungsfähige Maßnahmen verwendet und diese funktionsfähig fertiggestellt worden sind.

(3) In den übrigen Fällen richtet sich die Förderung nach den für die bewilligte Investition entstehenden nachgewiesenen förderungsfähigen Kosten. Die Bewilligung legt die voraussichtliche Förderung auf der Grundlage der geprüften Kosten fest. Bei unvorhergesehenen außergewöhnlichen Kostensteigerungen kann die Bewilligung nachträglich eingeschränkt und insbesondere bestimmt werden, daß die Kosten durch Verminderung des Umfangs der Investition und durch sparsamere Ausführung gesenkt werden. Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit unabweisbare Mehrkosten nachgewiesen werden und das Krankenhaus die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. Mehrkosten, die durch eine Abweichung der von der genehmigten Bauplanung bedingt sind, können von der Förderung ausgeschlossen werden, wenn die zuständige Behörde in die Änderung nicht eingewilligt hat. Soweit Abweichungen unabweisbar sind, hat die zuständige Behörde sie zu genehmigen. Die Höhe der Förderung wird nach Vorlage und Prüfung der Schlußabrechnung und des Verwendungsnachweises endgültig festgesetzt. Übersteigen die aufgrund der Bewilligung ausgezahlten Fördermittel den endgültigen förderungsfähigen Betrag, ist der zuviel gezahlte Betrag zu erstatten.

(3) In den übrigen Fällen richtet sich die Förderung nach den für die bewilligte Investition entstehenden nachgewiesenen förderungsfähigen Kosten. Die Bewilligung legt die voraussichtliche Förderung auf der Grundlage der geprüften Kosten fest. Bei unvorhergesehenen außergewöhnlichen Kostensteigerungen kann die Bewilligung nachträglich eingeschränkt und insbesondere bestimmt werden, daß die Kosten durch Verminderung des Umfangs der Investition und durch sparsamere Ausführung gesenkt werden. Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit unabweisbare Mehrkosten nachgewiesen werden und das Krankenhaus die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. Mehrkosten, die durch eine Abweichung von der genehmigten Bauplanung bedingt sind, können von der Förderung ausgeschlossen werden, wenn die zuständige Behörde in die Änderung nicht eingewilligt hat. Soweit Abweichungen unabweisbar sind, hat die zuständige Behörde sie zu genehmigen. Die Höhe der Förderung wird nach Vorlage und Prüfung der Schlußabrechnung und des Verwendungsnachweises endgültig festgesetzt. Übersteigen die aufgrund der Bewilligung ausgezahlten Fördermittel den endgültigen förderungsfähigen Betrag, ist der zuviel gezahlte Betrag zu erstatten.

(4) Die Fördermittel sind über ein besonderes Bauabrechnungskonto abzuwickeln. Zinserträge und sonstige Nutzungen werden auf die bewilligten Mittel angerechnet.

(5) Die Bewilligung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, die zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks, insbesondere der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit und zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans, erforderlich sind.

§ 21 Pauschale Förderung

(1) Durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschale) werden gefördert

1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter).
2. sonstige nach § 18 förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern der

ersten Anforderungsstufe	50 000 DM
zweiten Anforderungsstufe	75 000 DM und
dritten Anforderungsstufe	100 000 DM
ohne Mehrwertsteuer nicht übersteigen.	

Zur Wiederbeschaffung gehören auch die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern, soweit diese Kosten nicht im Pflegegesetz zu berücksichtigen sind. Nummer 2 findet auch dann Anwendung, wenn die Wertgrenze nachträglich überschritten wird.

(2) Zur Ermittlung der Anforderungsstufe des Krankenhauses werden die Planbetten des Krankenhauses mit dem nach Absatz 4 maßgebenden Bettenpunktwert vervielfacht. Bruchteile der sich insgesamt ergebenden Bettenpunktzahl werden bis 0,4 abgerundet und ab 0,5 aufgerundet.

(3) Es gehören Krankenhäuser mit einer Bettenpunktzahl

bis zu 349 Punkten zur ersten Anforderungsstufe, von 350 bis 599 Punkten zur zweiten Anforderungsstufe und ab 600 Punkten zur dritten Anforderungsstufe.

(4) Der Punktwert je Planbett (Bettenpunktwert) beträgt in den von Ärzten des Krankenhauses hauptamtlich geleiteten Abteilungen sowie für Intensivpflegebetten und Betten in gesondert ausgewiesenen Einheiten für Infektionskranke für

1. Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten 3,3
2. Neurologie 2,1
3. Säuglings- und Kinderheilkunde
einschl. Kinderchirurgie 1,9
4. Intensivpflege, Infektionskrankheiten,
Urologie, Augenkrankheiten 1,5

Im übrigen beträgt der Bettenpunktwert eins.

§ 23 (bisher § 21)
Pauschale Förderung

(1) Durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschale) werden gefördert

1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter).
2. sonstige nach § 19 förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern der

ersten Anforderungsstufe	50 000 DM
zweiten Anforderungsstufe	75 000 DM und
dritten Anforderungsstufe	100 000 DM
ohne Mehrwertsteuer nicht übersteigen.	

Zur Wiederbeschaffung gehören auch die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern, soweit diese Kosten nicht im Pflegegesetz zu berücksichtigen sind. Nummer 2 findet auch dann Anwendung, wenn die Wertgrenze nachträglich überschritten wird.

(2) Zur Ermittlung der Anforderungsstufe des Krankenhauses werden die Planbetten des Krankenhauses mit dem Bettenpunktwert vervielfacht. Bruchteile der sich insgesamt ergebenden Bettenpunktzahl werden bis 0,4 abgerundet und ab 0,5 aufgerundet.

(3) unverändert

(4) unverändert

(5) Die Fördermittel betragen jährlich für jedes Planbett bei Krankenhäusern der

ersten Anforderungsstufe	2750 DM
zweiten Anforderungsstufe	3200 DM
dritten Anforderungsstufe	4100 DM.

Abweichend von Satz 1 kann im Ausnahmefall ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist.

(6) Psychiatrische Sonderkrankenhäuser gelten als Krankenhäuser der ersten Anforderungsstufe. Für jedes über die Bettenpunktzahl 349 hinausgehende Planbett im Fachbereich Psychiatrie betragen die Fördermittel 1375 DM. Werden Planbetten anderer Fachbereiche vorgehalten, betragen die Fördermittel für diese Planbetten 2750 DM.

(5) Die Fördermittel betragen jährlich für jedes Planbett bei Krankenhäusern der

ersten Anforderungsstufe	2750 DM
zweiten Anforderungsstufe	3200 DM
dritten Anforderungsstufe	4100 DM.

(6) unverändert

(7) Abweichend von den Absätzen 5 und 6 kann im Ausnahmefall ein besonderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist. Dies gilt für die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG entsprechend.

(8) Die Fördermittel sind bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf einem besonderen Bankkonto zinsgünstig anzulegen. Zinserträge, Erträge aus der Veräußerung geförderter kurzfristiger Anlagegüter und Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den Fördermitteln zuzuführen.

(8) Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innenminister und dem Finanzminister durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 5 und 6 in Abständen von zwei Jahren der Preisentwicklung anzupassen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind.

(9) Der zuständige Minister wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innenminister und dem Finanzminister durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2, die Förderbeträge nach Absatz 5 und 6 in Abständen von 2 Jahren der Preisentwicklung und die Bettenpunktswerte nach Absatz 4 der durchschnittlichen Entwicklung der Wiederbeschaffungskosten anzupassen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind.

§ 22 Medizinisch-technische Großgeräte

Die Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte wird nur insoweit nach § 21 Abs. 5 Satz 2 gefördert, als die in §§ 8 und 10 KHG bezeichneten Voraussetzungen vorliegen und das Krankenhaus den Nachweis geführt hat, daß die Kosten der Beschaffung nicht anderweitig gedeckt werden können. Insbesondere hat das Krankenhaus nachzuweisen, daß die Kosten nicht hätten gedeckt werden können durch

1. Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeiträgen
 - a) aus den Gebühren der das Gerät nutzenden liquidationsberechtigten Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen,
 - b) aus den Sachkosten für die Untersuchung und Behandlung von Patienten aus anderen Krankenhäusern,
 die zur Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte angesammelt worden sind oder hätten angesammelt werden können,
2. Einnahmen, die aufgrund von Vereinbarungen nach § 10 Abs. 3 Satz 2 in Verbindung mit Abs. 2 Nr. 8 erzielt worden sind oder hätten erzielt werden können und
3. Fördermittel nach § 21 Abs. 5, die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind.

§ 24 (bisher § 22) Medizinisch-technische Großgeräte

Für die Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte kann ein besonderer Betrag nach § 23 Abs. 7 festgelegt werden, wenn die Voraussetzungen von §§ 8 und 10 KHG vorliegen und nachgewiesen wird, daß die Kosten nicht durch

1. unverändert
2. entfällt
2. Fördermittel nach § 23, die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,
gedeckt werden können.

§ 23 Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) Anstelle der Förderung nach § 18 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung solcher Anlagegüter bewilligt werden, wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist und die für die Bewilligung zuständige Behörde vor Abschluß der Nutzungsvereinbarung ihr Einverständnis erklärt hat. Die Erklärung kann auch allgemein im voraus für die Nutzung bestimmter Güter abgegeben werden. Das Einverständnis kann nachträglich erteilt werden, soweit die Verweigerung eine erhebliche Härte darstellen würde und eine wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nachgewiesen ist.

(2) Die pauschal gewährten Fördermittel nach § 21 dürfen zu dem in Absatz 1 Satz 1 bezeichneten Zweck verwendet werden, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird.

§ 24 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

(1) Es werden gefördert

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

die im Zusammenhang mit förderungsfähigen Investitionen nach § 18 stehen, soweit ohne deren Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes gefährdet wäre.

(2) Eine Betriebsgefährdung im Sinne von Absatz 1 ist nur dann gegeben, wenn die Finanzlage des Krankenhausträgers – bei gesellschaftsrechtlichen Betriebsformen auch unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Gesellschafter – eine Abgeltung aus eigener Kraft nicht zumutbar erscheinen läßt.

(3) Die Absicht, Leistungen nach Absatz 1 in Anspruch zu nehmen, ist spätestens mit dem Antrag auf Fördermittel für Investitionen nach § 18 mitzuteilen und zu begründen.

§ 25 (bisher § 23) Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) Anstelle der Förderung nach § 19 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung solcher Anlagegüter bewilligt werden, wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist und die für die Bewilligung zuständige Behörde vor Abschluß der Nutzungsvereinbarung ihr Einverständnis erklärt hat. Das Einverständnis kann nachträglich erteilt werden, soweit die Verweigerung eine erhebliche Härte darstellen würde .

(2) Die pauschal gewährten Fördermittel nach § 23 dürfen zu dem in Absatz 1 Satz 1 bezeichneten Zweck verwendet werden, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird.

§ 24 wird § 21 (neu)

§ 25 Förderung von Kapitaldienstbelastungen

Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern, die nach § 21 gefördert werden, vor Aufnahme in den Krankenhausplan Darlehen auf dem Kapitalmarkt aufgenommen worden, so werden vom Zeitpunkt der Aufnahme in den Krankenhausplan in Höhe der sich hieraus ergebenden Lasten Fördermittel bewilligt. Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Gemeinden, soweit sie nicht in Zuschüsse umgewandelt wurden. Landesdarlehen für förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt.

(2) Sind während der Förderzeit die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen höher als die geförderten Tilgungsbeträge, so sind bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan Fördermittel in Höhe des Unterschiedsbetrages zu bewilligen. Sind während der Förderzeit die geförderten Tilgungsbeträge höher als die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen, so ist bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan der Unterschiedsbetrag zu erstatten.

§ 26 Ausgleich für Eigenmittel

(1) Werden in einem Krankenhaus bei Beginn der erstmaligen Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder diesem Gesetz förderungsfähige Investitionen genutzt, die nachweislich mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft wurden und deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so wird dem Krankenhausträger nach Feststellung des Ausscheidens des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung gewährt, sofern der Krankenhausbetrieb eingestellt ist und das Krankenhaus nicht weiterhin für Krankenhauszwecke genutzt wird. Eigenmittel im Sinne des Satzes 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers.

(2) Der Berechnung des Ausgleichsbetrages sind die Buchwerte bei Beginn der Förderung und die hierauf beruhenden Abschreibungen zugrunde zu legen.

(3) Ein Ausgleichsanspruch entfällt, soweit nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder nach diesem Gesetz eine Ersatzinvestition gefördert wurde und die Mittel oder ihr Gegenwert noch im Vermögen des Krankenhausträgers vorhanden sind.

§ 26 (bisher § 25)
Förderung von Kapitaldienstbelastungen

(1) Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern, die nach § 23 gefördert werden, vor Aufnahme in den Krankenhausplan Darlehen auf dem Kapitalmarkt aufgenommen worden, so werden vom Zeitpunkt der Aufnahme in den Krankenhausplan in Höhe der sich hieraus ergebenden Lasten Fördermittel bewilligt. Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Gemeinden, soweit sie nicht in Zuschüsse umgewandelt wurden. Landesdarlehen für förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt.

(2) unverändert

§ 27 (bisher § 26)
Ausgleich für Eigenmittel

(1) unverändert

(2) unverändert

(3) unverändert

§ 27 Ausgleichsleistungen bei Einstellung des Krankenhausbetriebes

(1) Von der Rückforderung der Fördermittel kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(2) Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung der zuständigen Behörde ganz oder teilweise mit mindestens einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausgeschieden sind oder ausscheiden, sind Ausgleichszahlungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um bei der Einstellung des Krankenhausbetriebes oder bei der Umstellung auf andere Aufgaben unzumutbare Härten zu vermeiden. Dies gilt insbesondere für

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,
2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Einstellung entstehen.

(3) Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhauses auch pauschal geleistet werden.

(4) Die Ausgleichszahlungen sind zurückzuzahlen, wenn der Krankenhausbetrieb nicht innerhalb der vorgesehenen Frist ein- oder auf andere Aufgaben umgestellt ist.

§ 28 (bisher § 27)
Ausgleichsleistungen bei Einstellung des Krankenhausbetriebes

(1) entfällt

(1) Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung der zuständigen Behörde ganz oder teilweise mit mindestens einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausscheiden, sind Ausgleichszahlungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um bei der Einstellung des Krankenhausbetriebes oder bei der Umstellung auf andere Aufgaben unzumutbare Härten zu vermeiden. Dies gilt insbesondere für

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,
2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Einstellung entstehen.

Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhauses auch pauschal geleistet werden.

(2) Bei Verminderung der Gesamtbettenzahl können dem Krankenhaus bis zur Dauer von 2 Jahren Fördermittel nach § 23 in der bisherigen Höhe weitergewährt werden.

(4) entfällt

§ 28 Versicherungs- und Instandhaltungspflicht

entfällt

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, das förderungsfähige Anlagevermögen in verkehrsüblichem Umfang gegen Risiken zu versichern. Ein Förderanspruch entfällt, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden. Unterbleibt die Versicherung, ist das Krankenhaus im Schadensfalle so zu behandeln, als sei es versichert gewesen. Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den pauschalen Fördermitteln nach § 21 zuzuführen.

(2) Geförderte Anlagegüter sind vom Krankenhaus regelmäßig zu warten und instandzuhalten. Kommt das Krankenhaus dieser Verpflichtung nicht nach, und wird deshalb eine Investitionsmaßnahme notwendig, können Fördermittel versagt werden.

§ 29 Zweckbindung

entfällt

(1) Die Bewilligung von Fördermitteln im Rahmen der Einzelförderung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, die zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks, insbesondere der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit, und zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich sind.

(2) Fördermittel dürfen nur nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides und im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses nach dem Feststellungsbescheid verwendet werden.

(3) Fördermittel nach § 18 sind über ein besonderes Bauabrechnungskonto abzuwickeln. Zinserträge und sonstige Nutzungen werden auf die bewilligten Fördermittel angerechnet.

(4) Pauschale Fördermittel sind entsprechend den Grundsätzen einer wirtschaftlichen Betriebsführung bis zur zweckentsprechenden Verwendung zinsgünstig anzulegen und auf einem besonderen Bankkonto nachzuweisen; die Zinserträge wachsen den Fördermitteln zu. Erträge aus der Veräußerung geförderter kurzfristiger Anlagegüter sind den pauschalen Fördermitteln zuzuführen.

§ 30 Rückforderung von Fördermitteln

(1) Werden Fördermittel nicht ihrem Zweck entsprechend, unwirtschaftlich oder nicht alsbald nach der Auszahlung verwendet, werden geförderte Anlagegüter nicht zweckentsprechend genutzt, oder werden sonstige mit den Fördermitteln verbundene Auflagen nicht erfüllt, oder ist der Widerruf aufgrund sonstiger Vorschriften zulässig, kann der Bewilligungsbescheid ganz oder teilweise mit Wirkung auch für die Vergangenheit widerrufen werden. Dies gilt auch, soweit der Bewilligungsbescheid vor Inkrafttreten dieses Gesetzes erlassen worden ist.

(2) Soweit ein Bewilligungsbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit widerrufen, zurückgenommen oder infolge des Eintritts einer auflösenden Bedingung unwirksam wird, sind die Fördermittel, auch soweit sie bereits verwendet worden sind, zurückzuzahlen. Hat das Krankenhaus die Umstände, die zum Widerruf, zur Rücknahme oder zur Unwirksamkeit des Bewilligungsbescheides geführt haben, nicht zu vertreten, so gelten für den Umfang der Rückzahlung die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung entsprechend, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist. Auf den Wegfall der Bereicherung kann sich das Krankenhaus nicht berufen, soweit es die Umstände kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte, die zum Entstehen des Rückzahlungsanspruchs geführt haben. Der Rückzahlungsanspruch ist mit seiner Entstehung fällig und von diesem Zeitpunkt an mit 3 vom Hundert über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank jährlich zu verzinsen.

(3) Werden Fördermittel nicht alsbald nach der Auszahlung zweckentsprechend verwendet und wird der Bewilligungsbescheid nicht widerrufen oder zurückgenommen, sind für die Zeit bis zur zweckentsprechenden Verwendung Zinsen nach den in Absatz 2 bezeichneten Grundsätzen zu entrichten.

§ 29 (bisher § 30)
Rückforderung von Fördermitteln

(1) Die jeweiligen Vorschriften über den Widerruf von Zuwendungsbescheiden im Haushaltsgesetz des Landes sind entsprechend anzuwenden. Eine Zweckverfehlung im Sinne dieser Vorschriften liegt auch vor, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Der Bewilligungsbescheid soll nicht widerrufen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(2) Der Bewilligungsbescheid kann mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn das Krankenhaus ohne Zustimmung der Bewilligungsbehörde vom Feststellungsbescheid abweicht.

(3) entfällt

(4) Die Fördermittel sind zurückzuerstatten, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder beschafft worden sind, mindert 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 aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid unmöglich wird. Bei teilweiser Nichterfüllung der Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ist die Erstattungspflicht entsprechend anteilig begrenzt. § 27 Abs. 1 bleibt unberührt.

(5) Zinsen bis zu fünfhundert Deutsche Mark werden nicht erhoben.

(4) entfällt

(5) entfällt

§ 31 Investitionsverträge

(1) Der Zuschlag auf den Pflegesatz bei Investitionsverträgen nach § 18b KHG darf nur für die Förderung solcher Maßnahmen vereinbart werden, die mit den Zielen der Krankenhausplanung übereinstimmen, die künftige bauliche Entwicklung des Krankenhauses nicht beeinträchtigen und nicht zwangsläufig weitere Investitionen nach § 18 zur Folge haben.

(2) Dem Antrag auf Zustimmung nach § 18b Abs. 2 Satz 2 KHG ist eine Erklärung der zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung beizufügen, daß gegen den Investitionsvertrag keine Bedenken bestehen.

§ 30 (bisher § 31 Investitionsverträge

(1) Der Zuschlag auf den Pflegesatz bei Investitionsverträgen nach § 18b KHG darf nur für die Förderung solcher Maßnahmen vereinbart werden, die mit den Zielen der Krankenhausplanung übereinstimmen, die künftige bauliche Entwicklung des Krankenhauses nicht beeinträchtigen und nicht zwangsläufig weitere Investitionen nach § 19 zur Folge haben.

(2) unverändert

Abschnitt IV**Krankenhausstruktur****§ 32 Wirtschaftliche Betriebsführung**

(1) Die im Krankenhausplan ausgewiesenen Krankenhäuser müssen organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Betriebe sein; sie sind nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betreiben.

(2) Mehrere benachbarte Betriebsstellen eines Krankenhausträgers bilden zusammen nur dann ein Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzes, wenn die Betriebsstellen organisatorisch und wirtschaftlich unselbständige und voneinander abhängige Einrichtungen sind, in denen insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden.

§ 33 Abschlußprüfung

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

(2) Die Prüfung des Jahresabschlusses wird nach den allgemeinen für die Jahresabschlußprüfung geltenden Grundsätzen durchgeführt. Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf

1. die Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens,
2. die wirtschaftlichen Verhältnisse,
3. die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 21 und
4. die zweckentsprechende Verwendung der über die Investitionsverträge nach § 31 erwirtschafteten Investitionsmittel.

(3) Sind nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung keine Einwendungen zu erheben, so hat der Abschlußprüfer dies zu bestätigen; andernfalls ist die Bestätigung einzuschränken oder zu versagen. Soweit die Bestätigung versagt oder eingeschränkt erteilt wird, ist der Abschlußbericht der zuständigen Behörde vorzulegen, im übrigen nur auf deren Verlangen.

Abschnitt IV**Krankenhausstruktur****§ 31 (bisher § 32)
Wirtschaftliche Betriebsführung**

(1) unverändert

(2) unverändert

**§ 32 (bisher § 33)
Abschlußprüfung**

(1) unverändert

(2) Die Prüfung des Jahresabschlusses wird nach den allgemeinen für die Jahresabschlußprüfung geltenden Grundsätzen durchgeführt. Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf

1. die Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens,
2. die wirtschaftlichen Verhältnisse,
3. die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 23 und
4. die zweckentsprechende Verwendung der über die Investitionsverträge nach § 30 erwirtschafteten Investitionsmittel.

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

§ 34 Leitung und medizinische Organisation

(1) In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. An der Betriebsleitung sind ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegekraft und der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes zu beteiligen. Der Krankenhausträger regelt die Aufgaben der Betriebsleitung und die Zuständigkeiten ihrer Mitglieder.

(2) Das Krankenhaus ist nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten nach den Vorgaben des Feststellungsbescheides in Abteilungen gegliedert.

§ 35 Ärztlicher Dienst

(1) Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung im Sinne des Feststellungsbescheides mindestens einen nicht weisungsgebundenen Abteilungsarzt zu bestellen, der für die Untersuchung und Behandlung der Patienten seiner Abteilung verantwortlich ist. Auch Belegärzte können Abteilungsärzte sein.

(2) Belegärzte dürfen nur tätig werden, soweit die Abteilung nach dem Feststellungsbescheid als Belegabteilung zugelassen ist. Darüber hinaus dürfen Ärzte, die weder Belegärzte noch hauptamtlich im Krankenhaus tätige Ärzte des Krankenhauses sind, nur zur ergänzenden Untersuchung und Behandlung tätig werden, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist.

§ 33 (bisher § 34)
Leitung und medizinische
Organisation

(1) unverändert

(2) Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Absatz 1 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind.

(3) Das Krankenhaus ist nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten nach den Vorgaben des Feststellungsbescheides in Abteilungen gegliedert.

§ 34 (bisher § 35)
Ärztlicher Dienst

(1) unverändert

(2) unverändert

§ 36 Struktur der kommunalen Krankenhäuser

Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften der Kommunalverfassungsgesetze durch die §§ 32 bis 35 unberührt. Verordnungen nach § 88 Abs. 2 Satz 3 der Gemeindeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. August 1984 (GV. NW. S. 475) werden, soweit sie die Struktur der kommunalen Krankenhäuser regeln, im Einvernehmen mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister erlassen.

**§ 35 (bisher § 36)
Struktur der kommunalen
Krankenhäuser**

Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften der Kommunalverfassungsgesetze durch die §§ 31 bis 34 unberührt. Verordnungen nach § 88 Abs. 2 Satz 3 der Gemeindeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. August 1984 (GV. NW. S. 475) werden, soweit sie die Struktur der kommunalen Krankenhäuser regeln, im Einvernehmen mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister erlassen.

**§ 36 (neu)
Kirchliche Krankenhäuser**

(1) Verordnungen aufgrund von § 8 Abs. 2 sowie § 9 und § 33 Abs. 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen - ohne Rücksicht auf ihre Rechtsform - betrieben werden. Die Religionsgemeinschaften treffen für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen.

(2) Die Regelungen im Sinne von Absatz 1 Satz 2 müssen sicherstellen, daß der Standard der Krankenhaushygiene und die Transparenz und Koordinierung des Arzneimitteleinsatzes nicht hinter den in Absatz 1 Satz 1 genannten Bestimmungen zurückbleibt.

§ 37 Statistik

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister sowie den von ihm bestimmten Stellen Auskünfte zu erteilen, die für die Aufstellung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser (z. B. Angaben über Verweildauer, Bettennutzung, Krankenhaushäufigkeit usw.) benötigt werden. Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die unter die Auskunftspflicht fallenden Umstände und das Verfahren im einzelnen festzustellen.

§ 37 Statistik

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem zuständigen Minister sowie den von ihm bestimmten Stellen Auskünfte zu erteilen, die für die Aufstellung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser benötigt werden. Der zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die unter die Auskunftspflicht fallenden Daten und das Verfahren im einzelnen festzustellen.

Abschnitt V

Übergangs- und Schlußbestimmungen

§ 38 Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister ist zuständig für den Erlaß der zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften sowie die nach diesem Gesetz zu treffenden Entscheidungen und Planungsmaßnahmen, insbesondere die Aufstellung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms. Entscheidungen nach § 13 sind im Einvernehmen mit dem für die Raumordnung und Landesplanung zuständigen Minister und dem Finanzminister und bei Hochschulkliniken zugleich mit dem Minister für Wissenschaft und Forschung, Entscheidungen nach § 17 sind im Einvernehmen mit dem Finanzminister zu treffen.

Abschnitt V

Übergangs- und Schlußbestimmungen

§ 38 Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

Zuständiger Minister ist der für das Gesundheitswesen zuständige Minister. Er erläßt die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften.

§ 39 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Hochschulkliniken

(1) Auf die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG sind die Vorschriften der Abschnitte II und III und des § 38 mit Ausnahme der §§ 22 und 27 entsprechend anzuwenden.

(2) Auf nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser finden nur § 2 Abs. 1 Satz 2, §§ 7 und 8, einschließlich der auf § 8 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung, § 10 Abs. 4 hinsichtlich der Mitwirkung im Rettungsdienst, § 11 Abs. 2 und § 12 Anwendung.

(3) Auf Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug finden § 7 mit der Maßgabe, daß es einer Beteiligung der Krankenkassen nicht bedarf, § 8 einschließlich der auf § 8 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung und § 12 Anwendung.

(4) Auf Krankenhäuser nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG sind die Abschnitte I und II, Abschnitt IV mit Ausnahme des § 32 Abs. 1, des § 33 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 und der §§ 34 bis 36 sowie Abschnitt V mit Ausnahme des § 40 anzuwenden.

(5) Auf Krankenhäuser, deren Träger bundesunmittelbare Körperschaften gemäß Artikel 87 Abs. 2 GG sind, findet § 12 keine Anwendung.

§ 40 Übergangsvorschrift

(1) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gemäß § 21 Abs. 8 letzter Halbsatz sind für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern die Regelungen der Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2355) sinngemäß anzuwenden.

(2) § 19 Abs. 3 ist auch auf solche Investitionen anzuwenden, die auf Grund der Jahreskrankenhausbauprogramme 1985 bis 1987 gefördert und deren förderungsfähige Kosten noch nicht festgesetzt worden sind.

§ 41 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1988 in Kraft. Gleichzeitig treten das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen – KHG NW – vom 25. Februar 1975 (GV. NW. S. 210), geändert durch Gesetz vom 26. Juni 1984 (GV. NW. S. 370), und die Verordnung zur Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG – sowie des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen – KHG NW – (DV – KHG) vom 8. Februar 1983 (GV. NW. S. 49), geändert durch Verordnung vom 6. Dezember 1985 (GV. NW. S. 737), außer Kraft.

§ 39 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Hochschulkliniken

(1) Auf die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG sind die Vorschriften der Abschnitte II und III und des § 38 mit Ausnahme der §§ 24 und 28 entsprechend anzuwenden.

(2) Auf nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser finden nur § 2 Abs. 1 Satz 2, §§ 7 und 8, einschließlich der auf § 8 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung, § 10 Abs. 1 hinsichtlich der Mitwirkung im Rettungsdienst, § 11 Abs. 2 und § 12 Anwendung.

(3) unverändert

(4) Auf Krankenhäuser nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG sind die Abschnitte I und II, Abschnitt IV mit Ausnahme des § 31 Abs. 1, des § 32 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 und der §§ 33 bis 35 sowie Abschnitt V mit Ausnahme des § 40 anzuwenden.

(5) unverändert

§ 40 Übergangsvorschrift

(1) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gemäß § 23 Abs. 9 letzter Halbsatz sind für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern die Regelungen der Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2355) sinngemäß anzuwenden.

(2) § 20 Abs. 2 ist auch auf solche Investitionen anzuwenden, die auf Grund der Jahreskrankenhausbauprogramme 1985 bis 1987 gefördert und deren förderungsfähige Kosten noch nicht festgesetzt worden sind.

§ 41 Inkrafttreten

unverändert

BerichtA Allgemeines

- I Durch Beschluß des Landtags vom 28. November 1986 wurden der Antrag der Fraktion der F.D.P. - Drucksache 10/1300 - bezüglich Grundsätze der Krankenhausplanung und -struktur in Nordrhein-Westfalen und der Antrag der Fraktion der CDU - Drucksache 10/1500 - bezüglich Neufassung des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen an den Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge überwiesen.

Der Gesetzentwurf der Landesregierung - Drucksache 10/1799 - bezüglich Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW - wurde durch Beschluß des Landtags vom 25. März 1987 an den Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge überwiesen.

Am 29. April 1987 führte der Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung eine öffentliche Anhörung von Vertretern von Verbänden, Organisationen, Kammern, Vereinigungen und Institutionen durch.

Daran haben teilgenommen:

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
Evangelisches Büro Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, Köln
Landschaftsverband Rheinland, Köln
Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster
Verband der Ortskrankenkassen Rheinland, Düsseldorf
Landesverband der Ortskrankenkassen Westfalen-Lippe, Dortmund
Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen, Essen

Landesverband der Innungskrankenkassen Nordrhein und
Rheinland-Pfalz, Bergisch-Gladbach

Landesverband der Innungskrankenkassen Westfalen-Lippe,
Münster

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Düsseldorf

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Dortmund

Krankenkasse der Rheinischen Landwirtschaft, Düsseldorf

Westfälische landwirtschaftliche Krankenkasse, Münster

Bundesknappschaft, Bochum

Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Landes-
ausschuß Nordrhein-Westfalen, Köln

Ärzttekammer Nordrhein, Düsseldorf

Ärzttekammer Westfalen-Lippe, Münster

Apothekerkammer Nordrhein, Düsseldorf

Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf

Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-West-
falen, Düsseldorf

Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr,
Bezirksverwaltung NRW 1, Düsseldorf

Deutsche Angestelltengewerkschaft, Landesverband Nord-
rhein-Westfalen, Düsseldorf

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Dortmund

Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V.,
Bonn-Bad Godesberg

Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rhein-
land-Pfalz e.V., Köln

Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.,
Düsseldorf

Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.,
Köln

Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalens e.V., Düsseldorf

Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, Münster

Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, Frankfurt

Arbeitsgemeinschaft leitender Krankenpflegekräfte von Nordrhein-Westfalen e.V., Essen

Allgemeiner Krankenpflegeverband, Marl

Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V., Mainz

Bund Deutscher Hebammen e.V., Karlsruhe

Einzelheiten der Anhörung sind aus dem Ausschußprotokoll 10/563 sowie aus der vom Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen erstellten Auswertung der schriftlichen und mündlichen Äußerungen der Anzuhörenden - Vorlage 10/1017 - zu entnehmen.

Der Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge hat die Anträge der Fraktion der F.D.P. Drucksache 10/1300 - und der Fraktion der CDU - Drucksache 10/1500 - sowie den Gesetzentwurf der Landesregierung - Drucksache 10/1799 - am 2. April, 29. April, 27. Mai, 25. Juni, 1. Juli und 7. Oktober 1987 beraten.

II An Vorlagen sind zu dem Gesetzentwurf eingegangen vom:

Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen	10/1017
Vorsitzenden des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge	10/1021 10/1022 10/1188
Fraktion der CDU	10/1203
Fraktion der F.D.P.	10/1212

An Zuschriften sind eingegangen:

Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Leitender Krankenpflegepersonen e.V., Essen	10/ 330
Apothekerkammer Nordrhein, Düsseldorf	10/ 918
Ärzttekammer Nordrhein, Düsseldorf	10/ 931

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Dortmund	10/ 932
Hartmannbund, Landesverband Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bonn-Bad Godesberg	10/ 933 10/ 934
Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln	10/ 935
Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenver- bände, Köln	10/ 936 10/ 950
Arztekammer Westfalen-Lippe, Münster	10/ 937
Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-West- falen/Rheinland-Pfalz, Köln	10/ 938
Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	10/ 939
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutsch- lands e.V., Düsseldorf	10/ 940 10/ 997
Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster	10/ 941 10/1198
Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e.V., Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, Münster	10/ 942
Evangelisches Büro Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	10/ 943
Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bezirksverwaltungen NRW 1 und 2, Düsseldorf	10/ 944
Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, Regionalverband NRW, Essen	10/ 945
Arbeitsgemeinschaft leitender Krankenpflege- kräfte NRW e.V., Essen	10/ 946
Deutsche Angestelltengewerkschaft, Landesver- band Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	10/ 947
Allgemeine Ortskrankenkasse, Landesverband Rheinland, Düsseldorf	10/ 948
Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände Nordrhein-Westfalens e.V., Düsseldorf	10/ 949
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	10/ 990

Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V., Mainz	10/ 993 10/1244
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	10/1008
Landschaftsverband Rheinland, Köln	10/1011
Katholisches Büro Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	10/1016

Sowohl die vorgenannten Vorlagen als auch die Zuschriften dienten dem Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge als Beratungsunterlagen.

Bei der abschließenden Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge am 7. Oktober 1987 wurde der Gesetzentwurf der Landesregierung - Drucksache 10/1799 - mit den Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion der CDU in der vorliegenden geänderten Fassung angenommen.

Das Ausschußmitglied der Fraktion der F.D.P. konnte wegen der gleichzeitig stattfindenden Sitzung des Ältestenrats an der Abstimmung nicht teilnehmen. Der Antrag der Fraktion der F.D.P. - Drucksache 10/1300 - und der Antrag der Fraktion der CDU - Drucksache 10/1500 - wurden mit den Stimmen der Fraktion der SPD gegen die Stimmen der Fraktion der CDU und der Fraktion der F.D.P. für erledigt erklärt.

B Einzelberatungen

Der Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge hat sich mit dem Gesetzentwurf der Landesregierung in insgesamt 6 Sitzungen befaßt. Vor der Beratung der einzelnen Bestimmungen des Gesetzentwurfs fand am 29. April 1987 eine öffentliche Anhörung der betroffenen Verbände und Organisationen statt. Das Ergebnis der öffentlichen Anhörung ist in der Form einer Synopse in der Vorlage 10/1017 des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen zusammengefaßt. Hervorzuheben ist, daß der Regierungsentwurf grundsätzlich positiver beurteilt worden ist als die bisherigen Referentenentwürfe. Dennoch sind grundsätzliche Bedenken gegen den Regierungsentwurf geltend gemacht worden, insbesondere gegen die Regelungsdichte des Entwurfs und der damit befürchteten Bürokratisierung gegen Eingriffe in die Organisationshoheit, insbesondere der konfessionellen Krankenhausträger, und gegen den Haushaltsvorbehalt. Darüber hinaus sind Befürchtungen geäußert worden, daß insbesondere im Hin-

blick auf die Vorschriften über die Qualitätssicherung, die Krankenhaushygiene und die Arzneimittelkommission mit Mehrkosten und damit einer zusätzlichen Belastung der Kostenträger zu rechnen sei.

Der Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge hat sich mit den vorgetragenen Bedenken und Anregungen eingehend befaßt. Die wesentlichsten Bedenken und Anregungen der betroffenen Verbände und Organisationen haben auch in den Änderungsanträgen der Fraktionen von SPD, CDU und F.D.P., über die der Ausschuß in der Sitzung am 7. Oktober 1987 abgestimmt hat, ihren Niederschlag gefunden.

Die Anträge der Fraktion der SPD sind der Vorlage 10/1188, die Anträge der Fraktion der CDU der Vorlage 10/1203 und die Anträge der Fraktion der F.D.P. der Vorlage 10/1212 zu entnehmen. Bemerkenswert ist, daß der überwiegende Teil der Anträge der Fraktion der CDU mit den entsprechenden Anträgen der Fraktion der SPD übereinstimmt. Dies gilt allerdings nicht für die Anträge der Fraktion der F.D.P., die im wesentlichen eine drastische Kürzung des Gesetzes im Bereich der allgemeinen Bestimmungen und der Strukturvorschriften zum Inhalt haben.

Die im Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge mit Mehrheit beschlossenen Änderungsanträge zu dem Gesetzentwurf werden die Regierungsvorlage in einigen wesentlichen Punkten verändern. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang insbesondere der Umstand, daß der Ausschuß mehrheitlich der Auffassung war, daß die Absicht der Regierung, auch im Bereich der Strukturvorschriften einheitliche Vorgaben für alle Krankenhäuser im Lande ohne Rücksicht auf deren Trägerschaft einzuführen, aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht zu realisieren war. Es ist daher nunmehr vorgesehen, die Vorschriften über die Hygienekommission, die Arzneimittelkommission und die Betriebsleitung nicht mehr für kirchliche oder den Kirchen zugeordnete Krankenhäuser für anwendbar zu erklären. Darüber hinaus soll nach Ansicht des Ausschusses auf die umstrittene Institution eines Patientenfürsprechers verzichtet werden. Alle Krankenhäuser sollen lediglich verpflichtet werden, Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch eine unabhängige Stelle zu treffen, wobei es den Krankenhausträgern überlassen bleibt, in eigener Zuständigkeit zu bestimmen, welche Stelle mit dieser Aufgabe betraut werden soll.

Auch die Vorschriften über die Krankenhausplanung sind gegenüber dem Gesetzentwurf der Landesregierung nach Ansicht des Ausschusses nunmehr klarer gegliedert; dies gilt insbesondere für die Vorschriften bei der Aufstellung des Krankenhausplans sowie die Abgrenzung zwischen den Mitgliedern des Landesausschusses für Krankenhausplanung und

den an der Planung sonstigen beteiligten Stellen. Hierbei ist auch hervorzuheben, daß nunmehr vorgesehen ist, daß in dem Landesausschuß für Krankenhausplanung zwei Vertreter unmittelbar von den beiden großen Kirchen benannt werden sollen und daß auch unter den sonstigen Beteiligten Vertreter der kirchlichen Mitarbeiter vertreten sein werden.

Der Versuch des Ausschusses, den Umfang der Förderbestimmungen zu reduzieren, ist nur bedingt gelungen. Maßgebend dafür war der Umstand, daß Inhalt und Umfang der Rechtsansprüche der Krankenhausträger einer detaillierten gesetzlichen Regelung bedürfen. Auf den Haushaltsvorbehalt wollte und konnte jedoch die Mehrheit im Ausschuß nicht verzichten, weil andernfalls das Etatrecht des Landtags insgeamt in Frage gestellt wäre. Zu den Förderungsbestimmungen ist eine wesentliche Änderung noch zu erwähnen, nämlich die Eröffnung der Möglichkeit, bei freiwilliger Reduzierung der Bettenzahl bis zu einem Zeitraum von 2 Jahren pauschale Fördermittel in bisheriger Höhe weiter zu gewähren, um so einen Anreiz zur Verminderung der Bettenzahl zu bieten.

Über die Frage, ob die im Regierungsentwurf vorgesehene Einführung von Bettenpunktwerten zur Bestimmung der Höhe der Pauschale geeignet ist, eine bessere und gerechtere Förderung der einzelnen Krankenhäuser herbeizuführen, ist sehr eingehend diskutiert worden. Da aber auch anlässlich der Anhörung der Verbände und Organisationen plausible und in sich schlüssige Alternativen nicht vorgetragen werden konnten, ist der Ausschuß insoweit den Vorstellungen der Landesregierung gefolgt. Allerdings ist durch die Einführung einer Ermächtigung zur Anpassung der Bettenpunktwerte an die durchschnittliche Entwicklung der Wiederbeschaffungskosten eine Rechtsverordnung zu erlassen, eine Regelung gefunden worden, die auch hier eine flexible und zukunftsorientierte Entwicklung zuläßt.

Zu den Änderungen bezüglich der Strukturvorschriften ist bereits eingangs hingewiesen worden, daß ihre Anwendung zum Teil auf kirchliche oder den Kirchen zuzuordnende Krankenhäuser ausgeschlossen ist. Darüber hinaus sind aber auch durch die Änderungsanträge, die vom Ausschuß mehrheitlich beschlossen worden sind, etwa für die Betriebsleitung andere Formen im Rahmen bestimmter Voraussetzungen für zulässig erklärt worden. Dadurch soll und wird den kommunalen und den privaten Krankenhäusern auch insoweit ein größerer Spielraum eingeräumt werden.

Im übrigen wird auf die Begründung und auf die Ausführungen der Fraktionen der SPD, CDU und F.D.P. bei der Einbringung des Gesetzentwurfs der Landesregierung - Drucksache 10/1799 - in der Plenarsitzung am 25. März 1987 - Plenarprotokoll 10/45, Seiten 3802 ff. - verwiesen.

Einzelabstimmungsergebnisse

Über die Änderungsanträge der Fraktionen von SPD, CDU und F.D.P.

§	Fraktion	Inhalt	Abstimmungsergebnis
1	CDU	Abs. 1 (neu)	mit SPD gegen CDU abgelehnt
	F.D.P.	Abs. 1 (neu)	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	Abs. 1 Satz 2	mit SPD gegen CDU angenommen
	SPD und CDU	Abs. 2 und 3	mit SPD und CDU angenommen
	F.D.P.	Abs. 4 (neu)	mit SPD bei Stimmenthaltung CDU abgelehnt
2	F.D.P.	Abs. 1	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	Abs. 2 (neu)	mit SPD und CDU angenommen
	F.D.P.	Abs. 2	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	Abs. 2 (alt) wird Abs. 3	mit SPD und CDU angenommen
3	F.D.P.	§ 3 streichen	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	Abs. 2 Satz 2 und 3 Abs. 3 Satz 2	mit SPD und CDU angenommen
4	F.D.P.	§ 4 streichen	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD und CDU	Abs. 1 und 2	mit SPD und CDU angenommen
	SPD	Abs. 3	mit SPD und CDU angenommen
5	F.D.P.	§ 5 streichen	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	neue Überschrift und Fassung	mit SPD gegen CDU angenommen
	CDU	neue Überschrift und Fassung	mit SPD gegen CDU abgelehnt
6	F.D.P.	§ 6 streichen	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	Überschrift	mit SPD gegen CDU angenommen
	CDU	Überschrift	erledigt
	SPD und CDU	Abs. 1 und 2	mit SPD und CDU angenommen
7	F.D.P.	§ 7 streichen	mit SPD und CDU abgelehnt
	CDU	neue Fassung	mit SPD gegen CDU abgelehnt
8	F.D.P.	Abs. 1 streichen	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	Abs. 2	mit SPD und CDU angenommen
	F.D.P.	Abs. 2 Nr. 2 streichen	mit SPD und CDU abgelehnt

§	Fraktion	Inhalt	Abstimmungsergebnis
9	F.D.P.	§ 9 streichen	mit SPD und CDU abgelehnt
10	SPD und CDU	Abs. 1 bis 4	mit SPD und CDU angenommen
	F.D.P.	Abs. 2 Nrn. 2 und 8, Abs. 4	mit SPD und CDU abgelehnt
12	F.D.P.	Überschrift	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD und CDU	Abs. 1 und 3	mit SPD und CDU angenommen
	SPD	Abs. 4	mit SPD und CDU angenommen
13	F.D.P.	Abs. 1,2,3,5	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	Abs. 1	mit SPD gegen CDU angenommen
	CDU	Abs. 1	mit SPD gegen CDU abgelehnt
	SPD und CDU	Abs. 2	mit SPD und CDU angenommen
	CDU	Abs. 3	mit SPD gegen CDU abgelehnt
	SPD und CDU	Abs. 4 und 5	mit SPD und CDU angenommen
14	F.D.P.	neue Fassung	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	neue Fassung	mit SPD bei Stimmenthaltung CDU angenommen
	CDU	Abs. 1 Satz 2	mit SPD gegen CDU abgelehnt
15 (neu)	SPD	Abs. 1	mit SPD und CDU angenommen
	SPD	Abs. 2 (siehe auch CDU § 14 Abs. 4 Satz 1)	mit SPD und CDU angenommen
15 (neu: 16)	F.D.P.	Abs. 1 Nrn. 4,6, 10 und letzter Satz	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	Abs. 1 Nr. 8	mit SPD und CDU angenommen
	SPD und CDU	Abs. 1 Nr. 10	mit SPD und CDU angenommen
	SPD	Abs. 2	mit SPD gegen CDU angenommen
	CDU	Abs 2 Satz 1	mit SPD gegen CDU abgelehnt
	SPD	Abs. 3 streichen	mit SPD gegen CDU angenommen
	CDU und F.D.P.	Abs. 3 Satz 1	mit SPD gegen CDU abgelehnt

§	Fraktion	Inhalt	Abstimmungsergebnis
16 (neu: 17)	CDU	Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 und 3	mit SPD gegen CDU abgelehnt
	SPD F.D.P.	neue Fassung Abs. 2 und 3	mit SPD und CDU angenommen mit SPD und CDU abgelehnt
17 (neu: 18)	F.D.P.	Abs. 1 Satz 1	mit SPD und CDU abgelehnt
	CDU	Abs. 1 Satz 1 und 2	mit SPD gegen CDU abgelehnt
	SPD	Abs. 1 bis 3	mit SPD und CDU angenommen
18 (neu: 19)	CDU	Abs. 1 Nr. 4	mit SPD gegen CDU abgelehnt
	CDU und F.D.P.	Abs. 1 Satz 1	mit SPD gegen CDU abgelehnt
	F.D.P.	Abs. 2	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	Abs. 2	mit SPD bei Stimmenthaltung CDU angenommen
19 (neu: 20)	SPD)	Abs. 1	mit SPD und CDU angenommen
	CDU)		
	F.D.P.)	Abs. 2 streichen	mit SPD und CDU angenommen
	SPD)		
	CDU)	Abs. 3 wird Abs. 2	mit SPD gegen CDU angenommen
	F.D.P.)		
SPD	Abs. 2 (neu) Nr. 1	mit SPD gegen CDU angenommen	
CDU und F.D.P.	Abs. 2 (neu) Nr. 1	mit SPD gegen CDU abgelehnt	
20 (neu: 22)	SPD	neue Fassung	mit SPD gegen CDU angenommen
	CDU und F.D.P.	Überschrift	mit SPD gegen CDU abgelehnt
	F.D.P.	Abs. 2 Satz 4	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	Abs. 2	mit SPD und CDU angenommen
	SPD und CDU	Abs. 2 Satz 7 streichen	mit SPD und CDU angenommen
	F.D.P.	Abs. 3 Satz 3 und 4	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	Abs. 3 Satz 5	mit SPD und CDU angenommen
	SPD	Abs. 4 und 5 (neu)	mit SPD und CDU angenommen
21 (neu: 23)	F.D.P.	neue Fassung	mit SPD und CDU abgelehnt
	SPD	Abs. 1 Nr. 2	mit SPD und CDU angenommen
	SPD	Abs. 2 Satz 1	mit SPD und CDU angenommen
CDU	Abs. 4 Satz 1 und 2	mit SPD gegen CDU abgelehnt	

§	Fraktion	Inhalt	Abstimmungsergebnis
21 (neu: 23)	SPD und CDU SPD CDU	Abs. 5 Satz 2 wird Abs. 7 Abs. 8 Abs. 9 (neu) Abs. 9 (neu)	mit SPD und CDU angenommen mit SPD und CDU angenommen mit SPD gegen CDU angenommen mit SPD gegen CDU abgelehnt
22 (neu: 24)	F.D.P. SPD	streichen neue Fassung	mit SPD und CDU abgelehnt mit SPD und CDU angenommen
23 (neu: 25)	SPD	Abs. 1 und 2	mit SPD und CDU angenommen
24 (neu: 21)	CDU SPD und CDU F.D.P.	Überschrift neue Fassung Abs. 1 bis 3	mit SPD gegen CDU abgelehnt mit SPD und CDU angenommen mit SPD und CDU abgelehnt
25 (neu: 26)	SPD	Abs. 1	mit SPD und CDU angenommen
26 (neu: 27)			mit SPD und CDU angenommen
27 (neu: 28)	SPD und CDU CDU SPD und CDU SPD und CDU	Abs. 1 und 2 Abs. 2 Nr. 3 (neu) Abs. 3 (wird Abs. 1 letzter Satz Abs. 2 und 4	mit SPD und CDU angenommen mit SPD gegen CDU abgelehnt mit SPD und CDU angenommen mit SPD und CDU angenommen
28	SPD F.D.P.	streichen Abs. 2 streichen	mit SPD und CDU angenommen mit SPD und CDU abgelehnt
29	SPD F.D.P.	streichen Abs. 1 und 4	mit SPD und CDU angenommen mit SPD und CDU abgelehnt
30 (neu: 29)	F.D.P. SPD	Abs. 1 bis 3 strei- chen (Abs. 4 und 5 werden Abs. 1 und 2 neue Fassung	mit SPD und CDU abgelehnt mit SPD und CDU angenommen
31 (neu: 30)	SPD	Abs. 1	mit SPD und CDU angenommen

§	Fraktion	Inhalt	Abstimmungsergebnis
32 (neu: F.D.P. 31)	F.D.P.	Abs. 2	mit SPD und CDU angenommen mit SPD und CDU bei 1 Stimm- enthaltung (CDU) abgelehnt
33 (neu: 32)	F.D.P. CDU SPD SPD und CDU	Abs. 2 Nr. 2 und 3 Abs. 3 Abs. 2 Abs. 2 Abs. 3	mit SPD und CDU abgelehnt mit SPD gegen CDU abgelehnt mit SPD und CDU angenommen mit SPD und CDU angenommen
34 (neu: CDU 33)	SPD) CDU) F.D.P.)	Abs. 2 (neu) Abs. 2 wird Abs. 3	mit SPD und CDU angenommen mit SPD und C-
34 a	F.D.P.	neuer Paragraph	mit SPD und CDU abgelehnt
35 (neu: CDU 34)	F.D.P. CDU	Abs. 1 und 2 Abs. 2	mit SPD und CDU abgelehnt mit SPD gegen CDU abgelehnt
35 a	F.D.P.	neuer Paragraph	mit SPD und CDU abgelehnt
36 (neu: SPD 35)	F.D.P. SPD	streichen	mit SPD und CDU abgelehnt mit SPD und CDU angenommen
36	SPD	neuer Paragraph (siehe Änd.Antrag CDU zu § 36 (neu: 35)	mit SPD und CDU angenommen
37	F.D.P. SPD	streichen Satz 1 und 2	mit SPD und CDU abgelehnt mit SPD und CDU angenommen
38	SPD	neue Fassung	mit SPD und CDU angenommen
39	SPD	geänderte Para- graphenfolge	mit SPD und CDU angenommen
40	SPD	Abs. 1 und 2	mit SPD und CDU angenommen
41			mit SPD und CDU angenommen

Bei der Abstimmung über den Gesetzentwurf in der Fassung der Beschlüsse des Ausschusses hat sich die Fraktion der CDU der Stimme enthalten, da ihrer Ansicht nach auf den Wegfall des Haushaltsvorbehalts, auf die von ihr angestrebte Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, auf die Sicherstellung der Krankenhäuser, der Grundversorgung und bessere Berücksichtigung des kooperativen Belegarztsystems nicht verzichtet werden sollte.

Darüber hinaus war sie der Meinung, daß durch den Gesetzentwurf in der Fassung der Beschlüsse des Ausschusses die Eigenverantwortung der Träger noch zu stark beeinträchtigt wird.

Das Ausschußmitglied der Fraktion der F.D.P. konnte wegen der gleichzeitig stattfindenden Sitzung des Ältestenrats an den Abstimmungen nicht teilnehmen.

Der Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge hat darüber hinaus mit den Stimmen der Fraktion der SPD gegen die Stimmen der Fraktion der CDU und der Fraktion der F.D.P. beschlossen, den Antrag der Fraktion der F.D.P. - Drucksache 10/1300 - sowie den Antrag der Fraktion der CDU - Drucksache 10/1500 - für erledigt zu erklären.

Bräuer
Vorsitzender

LANDTAG NORDRHEIN-WESTFALEN

10. Wahlperiode

Anlage zu

Drucksache

3¹

10/2424

07.10.1987

Betr.: Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW -
- Gesetzentwurf der Landesregierung - Drucksache 10/1799 -

Bezug: Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales
und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
am 7. Oktober 1987

Bei der abschließenden Beratung und Beschlußfassung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge zum Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW - wurden von den Fraktionen Änderungsanträge vorgelegt, die als Bestandteil der Drucksache 10/2424 nachfolgend zusammengestellt sind.

Vorab wurden diese Änderungsanträge veröffentlicht und den Mitgliedern des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge zugestellt als

Vorlage 10/1188	die Anträge der Fraktion der SPD
Vorlage 10/1203	die Anträge der Fraktion der CDU
Vorlage 10/1212	die Anträge der Fraktion der F.D.P.

Die Abstimmungsergebnisse sind in dem Bericht des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge - Drucksache 10/2424 - dargestellt.



LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN

Karlheinz Bräuer

MdL

Vorsitzender
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Angelegenheiten der
Vertriebenen und Flüchtlinge

32
4000 Düsseldorf, den 24.09.1987
Haus des Landtags, Postfach 11 43
Tel. (02 11) 88 41 Durchw. 8 84- 485/486



An die
ordentlichen und stellvertretenden Mitglieder
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales
und Angelegenheiten der Vertriebenen
und Flüchtlinge

Betr.: Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW -
- Drucksache 10/1799 -;
hier: Ausschusssitzung am 7. Oktober 1987

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

als Anlage übersende ich Ihnen die Änderungsanträge der Fraktion
der SPD zu dem o.a. Gesetzentwurf mit der Bitte um Kenntnisnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

gez. Karlheinz Bräuer

F. d. R.

(Hoffmann)
Ausschußassistent

Anlage

Änderungsanträge zum Landeskrankenhausgesetz

V 7
h r h r 10xEntwurf§ 1 Grundsatz

(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen. Das Gesetz soll zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen. Es soll die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie mit den niedergelassenen Ärzten fördern.

(2) Die Krankenversorgung sicherzustellen und leistungsfähige Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, ist eine öffentliche Aufgabe. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung obliegt dem Land. Gemeinden und Gemeindeverbände sind im Rahmen des Krankenhausplanes verpflichtet, dabei mitzuwirken.

(3) Die Aufgabe, leistungsfähige Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, wird in der Regel von freien gemeinnützigen Trägern, von kommunalen Trägern und vom Land wahrgenommen. Darüber hinaus sind private Träger an der Krankenhausversorgung beteiligt. Falls sich kein anderer geeigneter Träger findet, sind Gemeinden und Gemeindeverbände verpflichtet, Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, kreisangehörige Gemeinden jedoch nur, wenn sie die erforderliche Finanzkraft besitzen.

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid jeden, der seine Leistungen benötigt, nach Art und Schwere der Erkrankung zu versorgen. Notfallpatienten sind vorrangig zu versorgen.

ÄnderungsanträgeZu § 1

In Absatz 1 wird Satz 2 gestrichen.

Absatz 2 erhält folgende Fassung:
Die Krankenversorgung in Krankenhäusern sicherzustellen, ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. Gemeinden und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit.

In Absatz 3 werden die Sätze 1 und 2 durch folgenden Satz 1 ersetzt:
Krankenhaussträger sind in der Regel freie gemeinnützige, kommunale, private Träger und das Land.

Begründung:

Die Pflegesätze sind in § 16 KHG und der Pflegesatzverordnung geregelt. Eine Landeskompetenz besteht nicht.

Textstraffung

Textstraffung. Die Absetzung der privaten Träger im Entwurfstext ist ohne normativen Gehalt.

(2) Das Krankenhaus kann gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt (gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen) erbringen, soweit dadurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. Besondere Verpflegung, besondere Unterstützung und der Abschluß eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrages dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden. Privatstationen werden nicht mehr eingerichtet und betrieben.

§ 3 Pflege und Betreuung der Patienten

(1) Die Patienten haben Anspruch auf eine menschenwürdige Behandlung; dies gilt im besonderen Maße für Sterbende.

(2) Die Betriebsabläufe des Krankenhauses sollen patientenfreundlich gestaltet werden. Insbesondere ist den Bedürfnissen der Patienten nach Schonung und Ruhe, soweit wie möglich, Rechnung zu tragen. Dies gilt auch für eine ungestörte Nachtlruhe, 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. Berufstätigen sind auch an Werktagen außerhalb ihrer Arbeitszeit Krankenbesuche zu ermöglichen.

§ 4 Kind im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus hat im Rahmen seiner Möglichkeiten bei Kindern eine Begleitperson aufzunehmen, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Änderungsanträge:

Folgender Absatz 2 wird eingefügt:

(2) Privatstationen werden nicht mehr eingerichtet und betrieben. Absatz 2 wird Absatz 3, der letzte Satz in diesem Absatz wird gestrichen.

Begründung:

Durch die Änderung im Aufbau des Paragraphen soll klargestellt werden, daß das Verbot der Privatstationen das Recht zur Erbringung von Wahlleistungen nicht berührt.

Zu § 3

In Absatz 2 Satz 2 werden die Worte "soweit wie möglich" gestrichen.

Absatz 2 Satz 3 wird gestrichen.

Dieser einschränkende Zusatz ist wegen des offenen Grundsatzzcharakters der Norm nicht erforderlich. Der Regelungsgehalt von Satz 3 ist in Satz 2 enthalten.

Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen. Folgender neuer Satz 2 wird eingefügt: "Die Belange kranker Kinder sind besonders zu berücksichtigen".

Beschränkung auf die Generalklausel. Eine Regelung von Einzelinhalten im Gesetz ist nicht zweckmäßig. Die im Entwurf in § 4 Absatz 3 vorgesehene Regelung paßt besser in den Zusammenhang der Besuchszeiten.

Zu § 4

In Absatz 1 werden die Worte "soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist" gestrichen.

Das Krankenhaus soll allgemein verpflichtet werden, im Rahmen seiner Möglichkeiten eine Begleitperson aufzunehmen. Inwieweit die Kosten hierfür von den Kassen übernommen werden, richtet sich nach der Bundespflegesatzverordnung.

(2) Das Krankenhaus unterstützt in Abstimmung mit der Schulbehörde die schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

(3) Die Belange kranker Kinder sind bei der Regelung der Besuchszeiten besonders zu berücksichtigen.

§ 5 Patientenführsprecher

(1) Der Krankenhaussträger bestellt für jedes Krankenhaus einen Patientenführsprecher, der an Weisungen nicht gebunden ist.

(2) Der Patientenführsprecher prüft Anregungen und Beschwerden der Patienten und vertritt deren Anliegen gegenüber dem Krankenhaus. Er kann sich mit Einverständnis des betroffenen Patienten an die Betriebsleitung, den Krankenhaussträger und in schwerwiegenden Fällen an die zuständige Behörde wenden. Im übrigen ist er zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Betriebsleitung, der Krankenhaussträger und die zuständige Behörde sind verpflichtet, dem Vorbringen des Patientenführsprechers nachzugehen und ihm die notwendigen Auskünfte zu erteilen.

(3) Das Krankenhaus gibt den Patienten Namen und Anschrift des Patientenführsprechers bekannt.

§ 6 Sozialer Dienst

(1) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen.

(2) Der soziale Dienst wird auf Wunsch des Patienten tätig. Er arbeitet eng und vertrauensvoll mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst zusammen. Er hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen und ihn in sozialen Fragen zu beraten. Die Beratung erfolgt insbesondere durch persönliche Hilfe, die Unterstützung bei der Einleitung von medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Rehabilitationsmaßnahmen sowie durch die Vermittlung von Hilfen des Gesundheits- und Sozialwesens, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen.

Änderungsanträge:

In Absatz 2 werden die Worte "in Abstimmung mit der Schulbehörde" gestrichen.

Absatz 3 wird gestrichen.

Zu § 5

Die Vorschrift erhält folgende Fassung:
§ 5 Patientenbeschwerdestellen:
Der Krankenhaussträger trifft Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch eine unabhängige Stelle.

Zu § 6

Die Überschrift erhält folgende Fassung:
"§ 6 Sozialer Dienst und Patienten-seelsorge".

Absatz 1 wird wie folgt ergänzt:
"Die Patienten haben das Recht auf seelsorgerische Betreuung im Krankenhaus. Sozialer Dienst und Krankenhausseelsorge werden auf Wunsch des Patienten tätig."

Begründung:

Da die Schulbehörde unmittelbar zuständig ist, ist der gestrichene Text überflüssig.

Die Regelung ist in § 3 übernommen worden.

Eine vom behandelnden Personal unabhängige Beschwerdemöglichkeit im Krankenhaus ist erforderlich. Von der Vorgabe einer bestimmten Organisationsform soll abgesehen werden.

Klarstellender Hinweis, der Art. 140 GG in Verbindung mit Art. 141 WRV entspricht. Das Recht auf Krankenhausseelsorge ist ebenso wesentlich wie das auf soziale Dienste. Beide überschneiden sich zudem in der Praxis. Während das Krankenhaus den sozialen Dienst gewährleisten muß, soll es bei der Seelsorge nur verpflichtet sein, den Religionsgesellschaften auf Wunsch des Patienten ihr Tätigwerden zu ermöglichen.

Änderungsanträge:

Absatz 2 erhält folgende Fassung:
"Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, ihn in sozialen Fragen zu beraten, bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und Hilfen, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, zu vermitteln".

Begründung:

Der Inhalt von Absatz 2 Satz 1 ergibt sich nunmehr aus der geänderten Fassung von Absatz 1. Absatz 2 Satz 2 ist selbstverständlich und ergibt sich zudem aus der Aufgabenbeschreibung. Im übrigen radaktionelle Folgeänderungen mit Streichung der "persönlichen Hilfe" aus sachlichen Gründen.

Anderungsanträge:

Begründung:

§ 7 Qualitätssicherung

Die Krankenhäuser gewährleisten eine interne Qualitätssicherung. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, im Einvernehmen mit der Ärztekammer und den Krankenkassen externe qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen.

§ 8 Krankenhaushygiene

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

(2) Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung

1. Maßnahmen zur Erfassung von Krankenhausinfektionen,
 2. Aufgaben, Bildung und Zusammensetzung einer Hygienekommission,
 3. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachkräften
- im einzelnen zu regeln.

Zu § 8

In Absatz 2 werden die Worte "für das Gesundheitswesen" gestrichen.

Änderungsanträge:

Begründung:

§ 9 Arzneimittelkommission

(1) Jedes Krankenhaus hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. Krankenhäuser eines Trägers oder Krankenhäuser, zwischen denen ein Versorgungsvertrag im Sinne des § 14 des Gesetzes über das Apothekenwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993) besteht, können auch eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden.

(2) Die Arzneimittelkommission hat die Aufgabe,

1. die im Krankenhaus üblicherweise zu verwendenden Arzneimittel unter besonderer Berücksichtigung ihrer Qualität und Preiswürdigkeit sowie der Aufgabenstellung des Krankenhauses aufzulisten (Arzneimittelliste),

2. die Ärzte in Fragen der Arzneimittelversorgung zu beraten und zu informieren.

(3) Die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste ist von den im Krankenhaus tätigen Ärzten 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 zu unterrichten. Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die nach Art und Umfang über das bekannte Maß hinausgehen, sind der Arzneimittelkommission unverzüglich mitzuteilen.

Änderungsanträge:

Zu § 10

§ 10 Zusammenarbeit der Krankenhäuser
(1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid zur Zusammenarbeit verpflichtet.

(2) Diese 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 Krankenhausaufnahmen,
 4. die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,
 5. die Mitwirkung bei der Schwangerenbetreuung,
 6. die festzulegenden Notfallaufnahmebereiche nach § 10 Abs. 1 des Gesetzes über den Rettungsdienst vom 26. November 1974 (GV. NW. S. 1481),
 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.
- (3) Über die Zusammenarbeit sind zwischen den beteiligten Krankenhäusern und gegebenenfalls den sonstigen beteiligten Stellen Vereinbarungen zu treffen. In diesen Vereinbarungen ist in den Fällen des Absatzes 2 Nrn. 8 und 9 auch eine Regelung über die Beteiligung an den Kosten für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter aus den pauschalen Fördermitteln aller beteiligten Krankenhäuser zu treffen.

Begründung:

Zusammenfassung der in Absatz 1 und 4 geregelten Pflichten zur Zusammenarbeit und der in Absatz 3 geregelten Pflicht zur Vereinbarung. Absatz 3 bedarf keiner gesetzlichen Regelung. In Absatz 2 erster Halbsatz, ergibt sich eine redaktionelle Folgeänderung. Abs. 1 letzter Satz dient der Klarstellung. Die Regelung hat wegen § 32 Absatz 2 (bisher 31 Absatz 2) keine Auswirkungen auf die Anforderungsstufe nach § 23 (bisher § 21)

Absatz 1 erhält folgende Fassung:
(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, dem Rettungsdienst, den Katastrophenschutzbehörden und den Krankenkassen verpflichtet. Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern sind zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zulässig.
In Absatz 2 wird der Eingangshalbsatz wie folgt gefaßt:
"Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander soll sich insbesondere erstrecken auf"
Absatz 3 entfällt.

Anderungsanträge:

Absatz 4 entfällt

Begründung:

(4) Die Krankenhäuser sind außerdem zur persönlichen und sachlichen Mitwirkung im Rettungsdienst und zur Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Katastrophenschutzbehörden und den Krankenkassen verpflichtet.

§ 11 Zentraler Bettennachweis, Einsatz- und Alarmpläne

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, dem Zentralen Krankenbettennachweis bei den kreisfreien Städten und Kreisen (§ 6 Abs. 3 des Gesetzes über den Rettungsdienst in der jeweils geltenden Fassung) alle erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere die Zahl der freien Betten, gegliedert nach Abteilungen, zu melden. Das Recht der Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, zur Mitwirkung im Katastrophenschutz Einsatz- und Alarmpläne aufzustellen und mit der zuständigen Katastrophenschutzbehörde abzustimmen.

§ 12 Aufsicht

(1) Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen unterliegen der Aufsicht.

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere dieses Gesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG - in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1985 (BGBl. 1986 I, S. 33), der Bundespflegegesetzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666) und der

Zu § 12

Die Überschrift lautet: "Rechtsaufsicht"

In Absatz 1 wird das Wort "Aufsicht" durch das Wort "Rechtsaufsicht" ersetzt.

Klarstellung

Änderungsanträge:

Begründung:

Krankenhausbauverordnung vom 21. Februar 1978 (GV. NW. S. 154). Die Vorschriften über die allgemeine Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die medizinischen Einrichtungen der Hochschulen des Landes sowie über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

(3) Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Insofern wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

(4) Es sind
untere Aufsichtsbehörde
die kreisfreie Stadt und der Kreis,
obere Aufsichtsbehörde
der Regierungspräsident,
oberste Aufsichtsbehörde
der für das Gesundheitswesen zuständige Minister.

In Abs. 3 wird folgender Satz 2
eingefügt.
"Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten."

In Absatz 4 werden die Worte
"für das Gesundheitswesen" gestrichen.

Die Veröffentlichung im Ministerialblatt bedarf keiner gesetzlichen Regelung. Straffung durch Weglassen von Selbstverständlichkeiten.

Abschnitt II
Planung

§ 13 Krankenhausplan

(1) Zur Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen stellt der für das Gesundheitswesen zuständige Minister nach Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn entsprechend der Entwicklung fort. Der Krankenhausplan in der jeweils geltenden Fassung ist alle zwei Jahre im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen zu veröffentlichen.

Zu § 13
Absatz 1 erhält folgende Fassung:
"Der
zuständige Minister stellt nach Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn fort."

Änderungsanträge:

Abs. 2 erhält folgende Fassung:

(2) 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, Abteilungen mit der Bettenzahl, Versorgungsgebieten und kreisfreien Städten und Kreisen auszuweisen. Die Einzelfestlegungen können inhaltlich und zeitlich beschränkt werden, soweit dies zur Anpassung des gegenwärtigen Leistungsangebots an die Bedarfsentwicklung geboten ist. Der Krankenhausplan weist daneben die Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG sowie die als bedarfsgerecht abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräte gemäß § 10 KHG aus. Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes sind die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten.

Begründung:

Straffung und Verdeutlichung

1. Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Abteilungen mit der Bettenzahl, Versorgungsgebieten und kreisfreien Städten und Kreisen,
2. Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG,
3. medizinisch-technische Großgeräte gemäß § 10 KHG

aus. Einzelfestlegungen können inhaltlich und zeitlich beschränkt werden, soweit dies zur Anpassung des gegenwärtigen Leistungsangebots an die Bedarfsentwicklung geboten ist. Die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen.

Die Absätze 4 und 5 werden zu folgendem Absatz 4 zusammengefaßt:

- (4) Krankenhäusern können im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger besondere Aufgaben zugeordnet werden. Bei Aufgaben der Ausbildung muß die Finanzierung gewährleistet sein.

Die beispielhafte Aufzählung der besonderen Aufgaben ist überflüssig, zumal Einvernehmen mit dem Krankenhausträger vorausgesetzt wird.

(2) Der Krankenhausplan hat den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Abteilungen mit der Bettenzahl, Versorgungsgebieten und kreisfreien Städten und Kreisen auszuweisen. Die Einzelfestlegungen können inhaltlich und zeitlich beschränkt werden, soweit dies zur Anpassung des gegenwärtigen Leistungsangebots an die Bedarfsentwicklung geboten ist. Der Krankenhausplan weist daneben die Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG sowie die als bedarfsgerecht abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräte gemäß § 10 KHG aus. Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes sind die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten.

(3) In den Versorgungsgebieten ist eine abgestufte Krankenhausversorgung zu gewährleisten, soweit dies zur bedarfsgerechten Krankenhausversorgung notwendig ist. Die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete sind zu berücksichtigen; dies gilt auch hinsichtlich der Vielfalt der Krankenhausträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG.

(4) Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung können Krankenhäusern im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger im Krankenhausplan besondere Aufgaben zugeordnet werden. Besondere Aufgaben sind insbesondere die Entwicklung disziplin- und bereichsübergreifender, standardisierter Diagnose- und Therapieleitlinien sowie die Führung von Nachsorgeregistern.

(5) Dem Krankenhaus können auch Aufgaben der Ausbildung zugewiesen werden, wenn die Finanzierung der damit verbundenen Kosten gewährleistet ist.

5 14 Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans

- (1) Zur Mitwirkung bei der Aufstellung des Krankenhausplans wird bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister ein Landesausschuß für Krankenhausplanung (Landesausschuß) gebildet. Dem Landesausschuß gehören an (unmittelbar Beteiligte)
 - 1. sieben Vertreter der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen,
 - 2. sechs Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen sowie ein Vertreter des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung und
 - 3. drei Vertreter der kommunalen Spitzenverbände.
- Bei der Aufstellung des Krankenhausplans sind einvernehmliche Regelungen mit dem Landesausschuß anzustreben.
- (2) Der Landesausschuß hat darüber hinaus die Aufgabe, Empfehlungen zu erarbeiten
 - 1. für Planungsziele und -kriterien und für die qualitativen und quantitativen Inhalte des Krankenhausplanes je Versorgungsgebiet,
 - 2. für die Umsetzung der Planungsziele und Kriterien im Versorgungsgebiet unter Berücksichtigung der Vorschläge der Beteiligten nach Absatz 4 und
 - 3. zur Fortschreibung des Krankenhausplans.
 - (3) Den Vorsitz im Landesausschuß und die Geschäfte des Landesausschusses führt der für das Gesundheitswesen zuständige Minister. Er beruft den Landesausschuß zu seinen Sitzungen ein. Der Landesausschuß ist einzuberufen, wenn dies von mindestens sieben Mitgliedern beantragt wird. Der Minister für Wissenschaft und Forschung, der Innenminister, der Finanzminister sowie der Landesrechnungshof sind berechtigt, an den Sitzungen des Landesausschusses teilzunehmen.

Änderungsanträge:

§ 14 erhält folgende Fassung:

- § 14 Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans
- (1) Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans wirkt der Landesausschuß für Krankenhausplanung (Landesausschuß) mit. Einvernehmliche Regelungen sind anzustreben. Den Vorsitz im Landesausschuß und die Geschäfte des Landesausschusses führt der zuständige Minister. Der Landesausschuß ist einzuberufen, wenn dies von mindestens sieben Mitgliedern beantragt wird.
- (2) Der Landesausschuß hat die Aufgabe, Empfehlungen zu erarbeiten
 - 1. für die Planungsziele und -kriterien und für die qualitativen und quantitativen Inhalte des Krankenhausplanes je Versorgungsgebiet,
 - 2. für die Umsetzung der Planungsziele und -kriterien im Versorgungsgebiet unter Berücksichtigung der Vorschläge der Beteiligten nach § 15 Abs. 2 und
 - 3. zur Fortschreibung des Krankenhausplans.
 - (3) Die Beteiligten an der Krankenhausversorgung und die betroffenen Krankenhäuser werden von der zuständigen Behörde zu den Vorgaben und Empfehlungen für die Krankenhausplanung gehört. Die Beteiligten sollen innerhalb einer angemessenen Frist für jeweils ein Versorgungsgebiet einen gemeinsamen Vorschlag zur Umsetzung der Planungsziele und Kriterien auf die einzelnen Krankenhäuser und Abteilungen unterbreiten.
 - (4) Wird der Krankenhausplan nur für einzelne Krankenhäuser fortgeschrieben, sind die Beteiligten und das Krankenhaus von dem zuständigen Minister zu hören. "
- Folgender § 15 wird eingefügt:
- § 15 Beteiligte an der Krankenhausversorgung
- (1) Dem Landesausschuß gehören an (unmittelbar Beteiligte):

Begründung:

Zur besseren Übersichtlichkeit wird das Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans und die Benennung der Beteiligten in zwei Paragraphen geregelt.

Der Ablauf des Planungsverfahrens wird auf Grundvorschriften beschränkt.

Änderungsanträge:

- (4) Beteiligte an der Krankenhausversorgung sind neben den unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 Satz 2
 1. die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrts-
pflege in Nordrhein-Westfalen,
 2. die Ärztekammern,
 3. die kreisfreien Städte und Kreise,
 4. der Landesverband der DAG,
 5. die Bezirksverwaltungen der Gewerkschaft
ÖTV,
 6. der Landesverband Marburger Bund,
 7. die Landschaftsverbände, soweit psychiatri-
sche Einrichtungen betroffen sind und
 8. die Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit es
sich um medizinisch-technische Großgeräte
handelt.
- Die Beteiligten an der Krankenhausversorgung und die betroffenen Krankenhäuser werden von der zuständigen Behörde zu den Vorgaben und Empfehlungen für die Krankenhausplanung gehört. Die Beteiligten erhalten ferner Gelegenheit, innerhalb einer angemessenen Frist für jeweils ein Versorgungsgebiet einen gemeinsamen Vorschlag zur Verteilung des durch die Rahmenplanung vorgegebenen Bedarfs an Krankenhäusern auf die Krankenhäuser unter Berücksichtigung ihrer Strukturierung und ihres Versorgungsauftrages zu unterbreiten.
- (5) Kommt eine einvernehmliche Regelung zwischen dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und dem Landesausschuß nicht zustande, entscheidet der Minister. Das gleiche gilt, wenn ein gemeinsamer Vorschlag nach Absatz 4 Satz 3 nicht unterbreitet wird oder dieser Vorschlag wesentlich von den Vorgaben und Empfehlungen des Landesausschusses für das Versorgungsgebiet abweicht.
 - (6) Bei der Fortschreibung des Krankenhausplans für einzelne Krankenhäuser sind die Beteiligten (Absatz 1 Satz 2, Absatz 4 Satz 1) und das Krankenhaus von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister zu hören.
1. fünf von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
 2. sechs von den Landesverbänden der Krankenkassen
 3. drei von den kommunalen Spitzenverbänden
benannte Mitglieder,
4. ein von der katholischen Kirche und ein von den evangelischen Landeskirchen
 5. ein vom Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung
 6. soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind, je ein von den beiden Landschaftsverbänden benanntes Mitglied.
- (2) Beteiligte an der Krankenhausversorgung sind neben den unmittelbar Beteiligten
 1. die Spitzenverbände der freien Wohlfahrts-
pflege in Nordrhein-Westfalen,
 2. die Ärztekammern,
 3. die kreisfreien Städte und Kreise,
 4. der Landesverband der DAG,
 5. die Bezirksverwaltungen der Gewerkschaft ÖTV,
 6. der Landesverband Marburger Bund,
 7. die Kassenärztlichen Vereinigungen,
 8. die Dienstnehmervertretung der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes aus Nordrhein-Westfalen,
 9. der Rheinisch-Westfälische Verband der im evangelisch kirchlichen Dienst stehenden Mitarbeiter (RWV).

Änderungsanträge:

§ 15 wird § 16

Begründung:

§ 15 Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Nach Aufstellung des Krankenhausplans wird die Aufnahme oder Nichtaufnahme durch einen schriftlichen Bescheid der zuständigen Behörde festgestellt; der Feststellungsbescheid über die Aufnahme muß enthalten

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses,
 2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhaussträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
 3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan,
 4. das Versorgungsgebiet,
 5. die Gesamtzahl der im Krankenhausplan im Ist und Soll anerkannten Betten, bei psychiatrischen Krankenhäusern und anderen Sondererkrankungsbetten die Zahl der anerkannten fürderungsfähigen Betten,
 6. die Zahl und Art der Abteilungen und ihre Bettenzahl,
 7. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG,
 8. die medizinisch-technischen Großgeräte nach § 22 sowie
 9. die Bezeichnung besonderer Schwerpunktangaben.
- Die in den Nummern 5 und 6 im Ist ausgewiesenen Betten sind Planbetten im Sinne des Gesetzes.
- (2) Beabsichtigte Abweichungen von den in Absatz 1 Nrn. 1, 2 und 5 bis 9 bezeichneten Festlegungen sind der zuständigen Behörde rechtzeitig anzuzeigen; sie werden bei der Förderung nur nach Änderung des Feststellungsbescheides

In Absatz 1 Nr. 8
wird "§ 22" durch "§ 24" ersetzt.

In Absatz 1 wird folgende Nr. 10
eingefügt:

10. Inhaltliche und zeitliche Beschränkungen (§ 13 Abs. 2, Satz 2) und die dafür maßgebenden Gründe.

Absatz 2 erhält folgende Fassung:

(2) Der zuständigen Behörde ist unverzüglich anzuzeigen:

Die übrigen Regelungen von Absatz 2 und 3 gehören in den Zusammenhang der Förderungsvoraussetzungen bzw. der Rückforderungsgründe.

1. Eine Abweichung von Absatz 1 Nrn. 1, 2 und 5 bis 10.
2. Eine 75 vom Hundert unterschreitende durchschnittliche Ausnutzung der Planbetten insgesamt oder in einzelnen Abteilungen in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

Die in Nr. 1 genannten Abweichungen werden bei der Förderung nur nach Änderung des Feststellungsbescheides berücksichtigt.

Anderungsanträge:

Begründung:

berücksichtigt. Die Änderung des Feststellungsbescheides ist abzulehnen, soweit sie nicht mit den Zielen des Krankenhausplanes im Einklang steht. Fördermittel können ganz oder teilweise versagt, zurückbehalten und zurückgefordert werden, wenn von den Festlegungen im Feststellungsbescheid ohne Zustimmung der zuständigen Behörde tatsächlich abgewichen wird. Das gleiche gilt, wenn das Krankenhaus die im Soll ausgewiesenen Betten oder Abteilungen aus Gründen, die es zu vertreten hat, nicht bis zum vorgesehenen Zeitpunkt tatsächlich vorhält.

(3) Unterschreitet die durchschnittliche Ausnutzung der Planbetten insgesamt oder in einzelnen Abteilungen in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren 75 v.H., hat das Krankenhaus dies der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen und einen Vorschlag zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl oder zur Umstrukturierung des Krankenhauses zu unterbreiten.

Absatz 3 entfällt:

§ 16 wird § 17 und erhält folgende Fassung:

§ 17 Förderungsgrundsätze

(1) Investitionskosten von Krankenhäusern werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts auf Antrag gefördert. Dies gilt für notwendigerweise mit einem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätten (§ 2 Nr. 1 a KHG) entsprechend.

(2) Krankenhäuser werden nicht gefördert, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden oder bei Abschluß verkehrsblicher Versicherungen hätten gewährt werden können. Das gleiche gilt, wenn eine Investitionsmaßnahme durch unterlassene Wartung und Instandhaltung notwendig geworden ist.

Absatz 3 ist selbstverständlich und daher überflüssig, bei der Investitionsförderung handelt es sich begrifflich nicht um Zuschüsse. In Absatz 1 ist klargestellt, daß diesem Gesetz nur Investitionskosten gefördert werden. Die Regelungen zur Instandhaltung und Versicherung (bisher § 28) haben Rechtsfolgenwirkungen nur bei der Förderung und werden daher in die Förderungsgrundsätze aufgenommen.

Abschnitt III

Krankenhausförderung

§ 16 Förderungsgrundsätze, Art der Förderung

(1) Krankenhäuser werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts öffentlich gefördert. Dies gilt für notwendigerweise mit einem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätten (§ 2 Nr. 1 a KHG) entsprechend.

(2) Die Förderung wird auf Antrag in Form von Zuschüssen gewährt.

(3) Dem Krankenhaus obliegt es, die zur Beurteilung eines Förderanspruchs notwendigen Angaben zu machen und zu belegen. Kommt es dieser Verpflichtung nicht, nicht vollständig, nicht fristgerecht oder unrichtig nach, so können Fördermittel versagt werden.

(3) Fördermittel dürfen nur nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides und im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses nach dem Feststellungsbescheid verwendet werden.

(4) Bei Krankenhäusern, die ohne Zustimmung der Bewilligungsbehörde vom Feststellungsbescheid abweichen, kann die Förderung ganz oder teilweise versagt werden.

§ 17 Investitionsprogramm

(1) Zur Förderung des Krankenhausbaus stellt der für das Gesundheitswesen zuständige Minister

auf der Grundlage des Krankenhausplans ein Investitionsprogramm gemäß §§ 6 und 8 KHG auf. Darin wird die vorgesehene Verwendung der in dem betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Fördermittel für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 dargestellt. Die Festlegung der Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm ist mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel zu verbinden und begründet den Rechtsanspruch auf Förderung.

(2) Bei der Aufstellung des Investitionsprogramms nach Absatz 1 gilt § 14 Abs. 1, Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 entsprechend.

(3) Das Investitionsprogramm ist im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen zu veröffentlichen.

§ 17 wird § 18
In Absatz 1 werden die Worte
"für das Gesundheitswesen"
gestrichen.

§ 18 Abs. 1 Nr. 1 wird durch
§ 19 Abs. 1 Nr. 1 ersetzt.

Der 2. Halbsatz in Absatz 2 erhält
folgende Fassung:

".... gelten § 14 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 1
entsprechend."

Absatz 3 wird gestrichen.

§ 18 Einzelförderung

(1) Investitionskosten werden für

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Betrieb des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid notwendigen Anlagegütern,
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
3. die Ergänzung von Anlagegütern, die über die übliche Anpassung (§ 9 Abs. 4 KHG) wesentlich hinausgeht,

§ 18 wird § 19 und wie folgt geändert:

Änderungsanträge:

im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gefördert (Einzelförderung).

(2) Voraussetzung für die Bewilligung von Fördermitteln für Maßnahmen nach Absatz 1 Nr. 1 ist die Aufnahme in ein Investitionsprogramm, für Maßnahmen nach Absatz 1 Nrn. 2 und 3 der Nachweis der Dringlichkeit und Notwendigkeit. Darüber hinaus setzt die Bewilligung voraus, daß die Kosten für das einzelne Vorhaben die Wertgrenze nach § 21 Abs. 1 Nr. 2 übersteigen, die gesamte Finanzierung gesichert und mit der Maßnahme vor der Bewilligung oder einer schriftlichen Einwilligung des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministers nicht begonnen worden ist.

(3) Die Kosten für den Erwerb oder die Ausstattung bereits betriebener Krankenhäuser sind nicht förderungsfähig.

(4) Wird ein Krankenhaus erstmals nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Krankenhausplan aufgenommen, so werden nur die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Investitionskosten gefördert.

§ 19 Umfang der Einzelförderung

(1) Bei der Festlegung des förderungsfähigen Umfangs einer Investition nach § 18 sind die Folgekosten, insbesondere die Auswirkung auf die Pflegesätze zu berücksichtigen.

(2) Gefördert werden nur die Kosten, für die nachgewiesen ist, daß sie bei Anwendung der Grundsätze von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung gerechtfertigt sind.

(3) Die förderungsfähigen Kosten vermindern sich, soweit darin die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter enthalten ist, um die pauschalen Fördermittel, die dem Krankenhaus

In Abs. 2 wird "§ 21 Abs. 1 Nr. 2" durch "§ 23 Abs. 1 Nr. 2" ersetzt.

Die Worte "für das Gesundheitswesen" werden gestrichen.

§ 19 wird § 20

Absatz 1 erhält folgende Fassung:

" (1) Gefördert werden die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind. Die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze sind zu berücksichtigen.

Absatz 3 wird Absatz 2

Straffung durch Zusammenfassung von Absatz 1 und 2

1. bis zum Baubeginn ausbezahlt, aber noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,
 2. während der Bauzeit bis zur Inbetriebnahme der geförderten Baumaßnahme ausbezahlt werden, soweit sie nicht für unabwiesbare Maßnahmen verwendet werden müssen.
- Vorhandene Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens sind zu übernehmen, soweit dies wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

Änderungsanträge:

In Nr. 1 werden die Worte "zum Baubeginn" durch die Worte "zur Erteilung des Bewilligungsbescheides", in Nr. 2 die Worte "während der Bauzeit" durch die Worte "nach der Erteilung des Bewilligungsbescheides" ersetzt.

§ 20 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen

- (1) Bei der Bewilligung der Einzelförderung wird der Förderbetrag mit Zustimmung des Krankenhausträgers als Festbetrag gemäß Absatz 2 festgelegt oder nach den anfallenden förderungsfähigen Kosten bemessen.
- (2) Der Festbetrag ist so zu bemessen, daß die entstehenden förderungsfähigen Kosten unter Anwendung der Grundsätze des § 19 gedeckt werden. Die Festbetragsfinanzierung soll Anreize zu einer kostengünstigen Verwirklichung der Investition geben. Eingesparte Fördermittel sind dem Krankenhaus zur selbstverantwortlichen Verwendung für andere Investitionen, die nach § 19 Abs. 1 oder § 21 Abs. 1 förderungsfähig sind, nach vorheriger Anzeige an die zuständige Behörde zu belassen; § 31 Abs. 1 gilt entsprechend. Mehrkosten müssen vom Krankenhaus getragen werden. Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher unabwiesbarer behördlicher Anordnungen erforderlich werden und der Krankenhaussträger die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. Den Verwendungsnachweis beschränkt sich auf den Nachweis, daß die Mittel für die geförderte Maßnahme, bei Unterschreiten des Festbetrages für weitere

§ 21

siehe Änderungsantrag zu § 24

§ 20 wird § 22

In Absatz 2 wird "§ 19" durch "§ 20" ersetzt. Satz 2 wird gestrichen. Satz 3 erhält folgende Fassung:
Eingesparte Fördermittel sind für andere Investitionen nach § 19 Abs. 1 oder § 23 Abs. 1 zu verwenden; § 30 Abs. 1 gilt entsprechend.

Änderungsanträge:

Satz 7 wird gestrichen.

selbstverantwortlich durchgeführte förderungsfähige Maßnahmen verwendet und diese funktionstüchtig fertiggestellt worden sind. Eine eingehende Prüfung im Rahmen der Schlußabrechnung erfolgt nur, soweit besondere Gründe vorliegen.

(3) In den übrigen Fällen richtet sich die Förderung nach den für die bewilligte Investition entstehenden nachgewiesenen förderungsfähigen Kosten. Die Bewilligung legt die voraussichtliche Förderung auf der Grundlage der geprüften Kosten fest. Bei unvorhergesehenen außerwöhnlichen Kostensteigerungen kann die Bewilligung nachträglich eingeschränkt und insbesondere bestimmt werden, daß die Kosten durch Verminderung des Umfangs der Investition und durch sparsamere Ausführung gesenkt werden. Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit unabweisbare Mehrkosten nachgewiesen werden und das Krankenhaus die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. Mehrkosten, die durch eine Abweiche rung der von der genehmigten Bauplanung bedingt sind, können von der Förderung ausgeschlossen werden, wenn die zuständige Behörde in die Änderung nicht eingewilligt hat. Soweit Abweichungen unabweisbar sind, hat die zuständige Behörde sie zu genehmigen. Die Höhe der Förderung wird nach Vorlage und Prüfung der Schlußabrechnung und des Verwendungsnachweises endgültig festgesetzt. Übersteigen die aufgrund der Bewilligung ausbezahlten Fördermittel den endgültigen förderungsfähigen Betrag, ist der zuviel gezahlte Betrag zu erstatten.

In Absatz 3 Satz 5 wird das erste "der" gestrichen.

Folgender Absatz 4 wird eingefügt:

Die Fördermittel sind über ein besonderes Bauberechnungskonto abzuwickeln. Zinserrträge und sonstige Nutzungen werden auf die bewilligten Mittel angerechnet.

Folgender Absatz 5 wird eingefügt:

"Die Bewilligung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, die zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks insbesondere der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit und zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich sind.

Zusammenfassung von Verfahrrensregelungen, die sich nur auf die Einzelförderung beziehen (bisher § 29 Abs. 1 und 3)

§ 21 Pauschale Förderung

(7) Durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschale) werden gefördert

1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),
2. sonstige nach § 18 förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern der

ersten Anforderungsstufe	50000 DM
zweiten Anforderungsstufe	75000 DM und
dritten Anforderungsstufe	100000 DM

ohne Mehrwertsteuer nicht übersteigen.

Zur Wiederbeschaffung gehören auch die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern, soweit diese Kosten nicht im Pflegsatz zu berücksichtigen sind. Nummer 2 findet auch dann Anwendung, wenn die Wertgrenze nachträglich überschritten wird.

(2) Zur Ermittlung der Anforderungsstufe des Krankenhauses werden die Planbetten des Krankenhauses mit dem nach Absatz 4 maßgebenden Bettenpunktwert vervielfacht. Bruchteile der sich

insgesamt ergebenden Bettenpunktzahl werden bis 0,4 abgerundet und ab 0,5 aufgerundet.

(3) Es gehören Krankenhäuser mit einer Bettenpunktzahl
bis zu 349 Punkten zur ersten Anforderungsstufe, von 350 bis 599 Punkten zur zweiten Anforderungsstufe
und ab 600 Punkten zur dritten Anforderungsstufe.

(4) Der Punktwert je Planbett (Bettenpunktwert) beträgt in den von Ärzten des Krankenhauses hauptamtlich geleiteten Abteilungen sowie für Intensivpflegebetten und Betten in gesondert ausgewiesenen Einheiten für Infektionsranke für

Änderungsanträge:

§ 21 wird § 23

In Absatz 1 Nr. 2 wird "§ 18" durch "§ 19" ersetzt.

In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte "nach Absatz 4 maßgebenden" gestrichen.

Änderungsanträge:

- 1. Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten 3,3
- 2. Neurologie 2,1
- 3. Säuglings- und Kinderheilkunde
einschl. Kinderchirurgie 1,9
- 4. Intensivpflege, Infektionskrankheiten,
Urologie, Augenkrankheiten 1,5

Im übrigen beträgt der Bettenpunktwert eins.

(5) Die Fördermittel betragen jährlich für jedes Planbett bei Krankenhäusern der ersten Anforderungsstufe 2750 DM
zweiten Anforderungsstufe 3200 DM
dritten Anforderungsstufe 4100 DM.

Abweichend von Satz 1 kann im Ausnahmefall ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist.

(6) Psychiatrische Sonderkrankenhäuser gelten als Krankenhäuser der ersten Anforderungsstufe. Für jedes über die Bettenpunktzahl 349 hinausgehende Planbett im Fachbereich Psychiatrie betragen die Fördermittel 1375 DM. Werden Planbetten anderer Fachbereiche vorgehalten, betragen die Fördermittel für diese Planbetten 2750 DM.

(7) Für die mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG wird die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter durch Festsetzung eines anderen Betrages (Absatz 5 Satz 2) gefördert.

(8) Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innenminister und dem Finanzminister durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 5 und 6 in Abständen von zwei Jahren der Preisentwicklung anzupassen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind.

Begründung:

Absatz 7 entfällt.

Absatz 5 Satz 2 wird Absatz 7. Die Worte "Satz 1" werden durch die Worte "den Absätzen 5 und 6", das Wort "anderer -" durch das Wort "besonderen" ersetzt. Ferner wird folgender Satz 3 angefügt: "Dies gilt für die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG entsprechend".

Eine Ausnahmemöglichkeit ist auch für psychiatrische Sonderkrankenhäuser erforderlich.

Zusammenfassung der Ausnahmen in einem besonderen Absatz.

Folgender Absatz 8 wird eingefügt:

(8) Die Fördermittel sind bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf einem besonderen Bankkonto zinsgünstig anzulegen. Zinserträge, Erträge aus der Veräußerung geförderter kurzfristiger Anlagegüter und Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den Fördermitteln zuzuführen.

In Absatz 8 werden Zweckbindungsregelungen, die sich auf § 21 beziehen, zusammengefaßt (bisher § 28 Abs. 1 Satz 4 und § 29 Abs. 4)

Absatz 8 wird Absatz 9 und erhält folgende Fassung:

(9) Der zuständige Minister wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innenminister und dem Finanzminister durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2, die Förderbeträge nach Absatz 5 und 6 in Abständen von 2 Jahren der Preisentwicklung und die Bettenpunktwerte nach Absatz 4 der durchgeführten Entwicklung der Wiederbeschaffungskosten anzupassen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind."

Erweiterung der Ermächtigung, damit Veränderungen bei den Wiederbeschaffungskosten berücksichtigt werden können.

§ 22 Medizinisch-technische Großgeräte

Die Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte wird nur insoweit nach § 21 Abs. 5 Satz 2 gefördert, als die in §§ 8 und 10 KHG bezeichneten Voraussetzungen vorliegen und das Krankenhaus den Nachweis geführt hat, daß die Kosten der Beschaffung nicht anderweitig gedeckt werden können. Insbesondere hat das Krankenhaus nachzuweisen, daß die Kosten nicht hätten gedeckt werden können durch

1. Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeiträgen
 - a) aus den Gebühren der das Gerät nutzenden liquidationsberechtigten Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen,
 - b) aus den Sachkosten für die Untersuchung und Behandlung von Patienten aus anderen Krankenhäusern,die zur Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte angesammelt worden sind oder hätten angesammelt werden können,
2. Einnahmen, die aufgrund von Vereinbarungen nach § 10 Abs. 3 Satz 2 in Verbindung mit Abs. 2 Nr. 8 erzielt worden sind oder hätten erzielt werden können und
3. Fördermittel nach § 21 Abs. 5, die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind.

§ 23 Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) Anstelle der Förderung nach § 18 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung solcher Anlagegüter bewilligt werden, wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist und die für die Bewilligung zuständige Behörde vor

Änderungsanträge:

§ 22 wird § 2 4

Der Eingangssatz wird wie folgt neu gefaßt:

"Für die Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte kann ein besonderer Betrag nach § 23 Abs. 7 festgelegt werden, wenn die Voraussetzungen von §§ 8 und 10 KHG vorliegen und nachgewiesen wird, daß die Kosten nicht durch

Begründung:

Strafung und klarer Bezug auf die Festsetzung eines besonderen Betrages nach § 23 Absatz 7.

1.

2. (Nr. 2 entfällt; Nr. 3 wird Nr. 2

und erhält folgende Fassung:

"Fördermittel nach § 23 die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,")

gedeckt werden können.

§ 23 wird § 25

Änderungsanträge:

Abschluß der Nutzungsvereinbarung ihr Einverständnis erklärt hat. Die Erklärung kann auch allgemein im voraus für die Nutzung bestimmter Güter abgegeben werden. Das Einverständnis kann nachträglich erteilt werden, soweit die Verweigerung eine erhebliche Härte darstellen würde und eine wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nachgewiesen ist.

(2) Die pauschal gewährten Fördermittel nach § 21 dürfen zu dem in Absatz 1 Satz 1 bezeichneten Zweck verwendet werden, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird.

Begründung:

Eine Erklärung nach Satz 2 ist auch ohne gesetzliche Regelung zulässig, die in Satz 3 gestrichene Regelung ist bereits in Satz 1 enthalten.

In Absatz 1 wird "§ 18" durch "§ 19" ersetzt; Satz 2 entfällt. In Satz 3 entfallen die Worte "und eine wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nachgewiesen ist."

In Absatz 2 wird "§ 21" durch "§ 23" ersetzt.

§ 24 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

(1) Es werden gefördert

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

die im Zusammenhang mit förderungsfähigen Investitionen nach § 18 stehen, soweit ohne deren Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes gefährdet wäre.

(2) Eine Betriebsgefährdung im Sinne von Absatz 1 ist nur dann gegeben, wenn die Finanzlage des Krankenhausträgers - bei gesellschaftsrechtlichen Betriebsformen auch unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Gesellschafter - eine Abgeltung aus eigener Kraft nicht zumutbar erscheinen läßt.

(3) Die Absicht, Leistungen nach Absatz 1 in Anspruch zu nehmen, ist spätestens mit dem Antrag auf Fördermittel für Investitionen nach § 18 mitzuteilen und zu begründen.

§ 24 wird § 21 und erhält folgende Fassung:

Anlauf- und Umstellungskosten (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG) sind nur förderungsfähig, wenn sie mit einer nach § 19 geförderten Investition in Zusammenhang stehen und die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes deswegen gefährdet wäre, weil dem Krankenhausträger die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten ist. Der Förderungsantrag ist spätestens mit dem Antrag nach § 19 anzukündigen.

Straffung und Regelung im Anschluß an § 20 wegen des Sachzusammenhanges zur Einzelförderung

§ 25 Förderung von Kapitaldienstbelastungen

Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern, die nach § 21 gefördert werden, vor Aufnahme in den Krankenhausplan Darlehen auf dem Kapitalmarkt aufgenommen worden, so werden vom Zeitpunkt der Aufnahme in den Krankenhausplan in Höhe der sich hieraus ergebenden Lasten Fördermittel bewilligt. Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Gemeinden, soweit sie nicht in Zuschüsse umgewandelt wurden. Länderdarlehen für förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt.

(2) Sind während der Förderzeit die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen höher als die geförderten Tilgungsbeträge, so sind bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan Fördermittel in Höhe des Unterschiedsbetrages zu bewilligen. Sind während der Förderzeit die geförderten Tilgungsbeträge höher als die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen, so ist bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan der Unterschiedsbetrag zu erstatten.

Anderungsanträge:

§ 25 wird § 26

In Abs. 1 wird "§ 21" durch "§ 23" ersetzt.

Begründung:

§ 26 Ausgleich für Eigenmittel

(1) Werden in einem Krankenhaus bei Beginn der erstmaligen Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder diesem Gesetz förderungsfähige Investitionen genutzt, die nachweislich mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft wurden und deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so wird dem Krankenhausträger nach Feststellung des Ausscheidens des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung

§ 26 wird § 27

Anderungsanträge:

gewährt, sofern der Krankenhausbetrieb eingestellt ist und das Krankenhaus nicht weiterhin für Krankenhauszwecke genutzt wird. Eigenmittel im Sinne des Satzes 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers.

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

(3) Ein Ausgleichsanspruch entfällt, soweit nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder nach diesem Gesetz eine Ersatzinvestition gefördert wurde und die Mittel oder ihr Gegenwert noch im Vermögen des Krankenhausträgers vorhanden sind.

§ 27 Ausgleichsleistungen bei Einstellung des Krankenhausbetriebes

(1) Von der Rückforderung der Fördermittel kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan aus-scheidet.

(2) Krankenhäusern, die aufgrund einer Entschei-dung der zuständigen Behörde ganz oder teil-weise mit mindestens einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausgeschlossen sind oder aus-scheiden, sind Ausgleichszahlungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um bei der Einstellung des Krankenhausbetriebes oder bei der Umstellung auf andere Aufgaben unzumut-bare Härten zu vermeiden. Dies gilt insbesondere für

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,
2. angemessene Aufwendungen für den Aus-gleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftig-ten infolge der Umstellung oder Einstellung entstehen.

Begründung:

Die Regelung gehört systematisch nicht in den Zusammenhang der Ausgleichsleistung, sondern der Rückforderungsgründe.

§ 27 wird § 28

Absatz 1 entfällt

Absatz 2 wird Absatz 1

In Satz 1 sind die Worte "ausgeschlossen sind oder" zu streichen.

(3) Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhauses auch pauschal geleistet werden.

(4) Die Ausgleichszahlungen sind zurückzuzahlen, wenn der Krankenhausbetrieb nicht innerhalb der vorgesehenen Frist ein- oder auf andere Aufgaben umgestellt ist.

§ 28 Versicherungs- und Instandhaltungspflicht

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, das förderungsfähige Anlagevermögen in verkehrsfähigem Umfang gegen Risiken zu versichern. Ein Förderanspruch entfällt, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden. Unterbleibt die Versicherung, ist das Krankenhaus im Schadensfalle so zu behandeln, als sei es versichert gewesen. Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den pauschalen Fördermitteln nach § 21 zuzuführen.

(2) Geförderte Anlagegüter sind vom Krankenhaus regelmäßig zu warten und Instandzuhalten. Kommt das Krankenhaus dieser Verpflichtung nicht nach, und wird deshalb eine Investitionsmaßnahme notwendig, können Fördermittel verweigert werden.

§ 29 Zweckbindung

(1) Die Bewilligung von Fördermitteln im Rahmen der Einzelförderung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, die zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks, insbesondere der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit, und zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich sind.

Änderungsanträge:

Absatz 3 wird Abs. 1 letzter Satz, Folgender Abs. 2 wird eingefügt:

"Bei Verminderung der Gesamtbettenzahl können dem Krankenhaus bis zur Dauer von 2 Jahren Fördermittel nach § 23 in der bisherigen Höhe weitergewährt werden." Absatz 4 entfällt.

§ 28 entfällt

Begründung:

der neue Abs. 2 soll Umstellungsschwierigkeiten beim Bettenabbau ausgleichen. Absatz 4 ist überflüssig, da es sich um einen Fall der Zweckverfehlung handelt. Außerdem kann jeder Bescheid nach § 36 VwVfG. NW mit einer entsprechenden Nebenbestimmung versehen werden.

Die Regelungen sind in § 17 bzw. 21 übernommen worden.

§ 29 entfällt

Absatz 1 und 3 sind in § 21 übernommen worden. Absatz 4 hat nur für § 22 Bedeutung und soll dort aufgenommen werden. Absatz 2 ist als Grundsatznorm in § 16 aufgenommen worden.

Anderungsanträge:

- (2) Fördermittel dürfen nur nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides und im Rahmen der Aufgabenteilung des Krankenhauses nach dem Feststellungsbescheid verwendet werden.
- (3) Fördermittel nach § 18 sind über ein besonderes Bauberechnungskonto abzuwickeln. Zinserträge und sonstige Nutzungen werden auf die bewilligten Fördermittel angerechnet.
- (4) Pauschale Fördermittel sind entsprechend den Grundsätzen einer wirtschaftlichen Betriebsführung bis zur zweckentsprechenden Verwendung zinsgünstig anzulegen und auf einem besonderen Bankkonto nachzuweisen; die Zinserträge wachsen den Fördermitteln zu. Erträge aus der Veräußerung geförderter kurzfristiger Anlagegüter sind den pauschalen Fördermitteln zuzuführen.

Begründung:

§ 30 Rückforderung von Fördermitteln

- (1) Werden Fördermittel nicht ihrem Zweck entsprechend, unwirtschaftlich oder nicht alsbald nach der Auszahlung verwendet, werden geförderte Anlagegüter nicht zweckentsprechend genutzt, oder werden sonstige mit den Fördermitteln verbundene Auflagen nicht erfüllt, oder ist der Widerruf aufgrund sonstiger Vorschriften zulässig, kann der Bewilligungsbescheid ganz oder teilweise mit Wirkung auch für die Vergangenheit widerrufen werden. Dies gilt auch, soweit der Bewilligungsbescheid vor Inkrafttreten dieses Gesetzes erlassen worden ist.
- (2) Soweit ein Bewilligungsbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit widerrufen, zurückgenommen oder infolge des Eintritts einer auflösenden Bedingung unwirksam wird, sind die Fördermittel, auch soweit sie bereits verwendet worden sind, zurückzuzahlen. Hat das Krankenhaus die Umstände, die zum Widerruf, zur Rücknahme

§ 30 wird § 29 und erhält folgende Fassung:

- (1) Die jeweiligen Vorschriften über den Widerruf von Zuwendungsbescheiden im Haushaltsgesetz des Landes sind entsprechend anzuwenden. Eine Zweckverfehlung im Sinne dieser Vorschriften liegt auch vor, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Der Bewilligungsbescheid soll nicht widerrufen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

Die Vorschrift kann weitgehend durch einen Verweis auf § 8 Absatz 3 bis 5 des Haushaltsgesetzes ersetzt werden. Dies dient auch einer einheitlichen Praxis im Landesbereich. Von den Sonderregelungen sind lediglich Absatz 4 Satz 1 und die bisher in § 27 Absatz 1 und § 15 Absatz 2 geregelten Tatbestände zur Klarstellung erforderlich. Die in

§ 30 Absatz 4 Satz 2 ff. enthaltenen Regelungen sind überflüssig, weil sich dasselbe Ergebnis durch Auslegung der allgemeinen Vorschriften erzielen läßt. Der Verzicht auf Erhebung von Zinsen in Absatz 5 bedarf keiner gesetzlichen Grundlage.

oder zur Unwirksamkeit des Bewilligungsbescheides geführt haben, nicht zu vertreten, so gelten für den Umfang der Rückzahlung die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung entsprechend, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist. Auf den Wegfall der Bereicherung kann sich das Krankenhaus nicht berufen, soweit es die Umstände kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte, die zum Entstehen des Rückzahlungsanspruchs geführt haben. Der Rückzahlungsanspruch ist mit seiner Entstehung fällig und von diesem Zeitpunkt an mit 3 vom Hundert über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank jährlich zu verzinsen.

(3) Werden Fördermittel nicht alsbald nach der Auszahlung zweckentsprechend verwendet und wird der Bewilligungsbescheid nicht widerrufen oder zurückgenommen, sind für die Zeit bis zur zweckentsprechenden Verwendung Zinsen nach den in Absatz 2 bezeichneten Grundsätzen zu entrichten.

(4) Die Fördermittel sind zurückzuerstatten, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder beschafft worden sind, mindert 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 aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid unmöglich wird. Bei teilweiser Nichterfüllung der Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ist die Erstattungspflicht entsprechend anteilig begrenzt. § 27 Abs. 1 bleibt unberührt.

(5) Zinsen bis zu fünfhundert Deutsche Mark werden nicht erhoben.

Änderungsanträge:

(2) Der Bewilligungsbescheid kann mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn das Krankenhaus ohne Zustimmung der Bewilligungsbehörde vom Feststellungsbescheid abweicht.

Begründung:

Begründung:

Anderungsanträge:

§ 31 wird § 30

In Absatz 1 wird "§ 18" durch "§ 19" ersetzt.

§ 31 Investitionsverträge

(1) Der Zuschlag auf den Pflegesatz bei Investitionsverträgen nach § 18b KHG darf nur für die Förderung solcher Maßnahmen vereinbart werden, die mit den Zielen der Krankenhausplanung übereinstimmen, die künftige bauliche Entwicklung des Krankenhauses nicht beeinträchtigen und nicht zwangsläufig weitere Investitionen nach § 18 zur Folge haben.

(2) Dem Antrag auf Zustimmung nach § 18b Abs. 2 Satz 2 KHG ist eine Erklärung der zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und des

Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung beizufügen, daß gegen den Investitionsvertrag keine Bedenken bestehen.

Abschnitt IV

Krankenhausstruktur

§ 32 Wirtschaftliche Betriebsführung

(1) Die im Krankenhausplan ausgewiesenen Krankenhäuser müssen organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Betriebe sein; sie sind nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betreiben.

(2) Mehrere benachbarte Betriebsstellen eines Krankenträgers bilden zusammen nur dann ein Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzes, wenn die Betriebsstellen organisatorisch und wirtschaftlich unselbständige und voneinander abhängige Einrichtungen sind, in denen insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden.

§ 32 wird § 31

§ 33 Abschlussprüfung

Änderungsanträge:

Begründung:

§ 33 wird § 32

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

In Absatz 2 wird "§ 21" durch "§ 23" und "§ 31" durch "§ 33" ersetzt.

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

1. die Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens,
2. die wirtschaftlichen Verhältnisse,
3. die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 21 und
4. die zweckentsprechende Verwendung der über die Investitionsverträge nach § 31 erwirtschafteten Investitionsmittel.

In Absatz 3 Satz 2 entfallen die Worte "Im übrigen nur auf deren Verlangen".

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

§ 34 Leitung und medizinische Organisation

§ 34 wird § 33

(1) In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. An der Betriebsleitung sind ein Lei-

Anderungsanträge:

tender Arzt, die leitende Pflegekraft und der Leiter des Wirtschaftsfonds- und Verwaltungsdienstes zu beteiligen. Der Krankenhausträger regelt die Aufgaben der Betriebsleitung und die Zuständigkeiten ihrer Mitglieder.

(2) Das Krankenhaus ist nach ärztlich überschau-
baren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten nach den Vorgaben des Feststellungsbescheides in Abteilungen gegliedert.

§ 35 Ärztlicher Dienst

(1) Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung im Sinne des Feststellungsbescheides mindestens einen nicht weisungsgebundenen Abteilungsarzt zu bestellen, der für die Untersuchung und Behandlung der Patienten seiner Abteilung verantwortlich ist. Auch Belegärzte können Abteilungsärzte sein.

(2) Belegärzte dürfen nur tätig werden, soweit die Abteilung nach dem Feststellungsbescheid als Belegabteilung zugelassen ist. Darüber hinaus dürfen Ärzte, die weder Belegärzte noch hauptamtlich im Krankenhaus tätige Ärzte des Krankenhauses sind, nur zur ergänzenden Untersuchung und Behandlung tätig werden, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist.

§ 36 Struktur der kommunalen Krankenhäuser

Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften der Kommunalverfassungsgesetze durch die §§ 32 bis 35 unberührt. Verordnungen nach § 88 Abs. 2 Satz 3 der Gemeindeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. August 1984 (GV. NW. S. 475) werden, soweit sie die Struktur der kommunalen Krankenhäuser regeln, im Einvernehmen mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister erlassen.

Begründung:

Folgender Absatz 2 wird eingefügt:

(2) Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Absatz 1 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind.

Absatz 2 wird Absatz 3

§ 35 wird § 34

§ 36 wird § 35

Die Worte "§§ 32 bis 35" werden durch die Worte "§§ 31 bis 34" ersetzt.

Anderungsanträge:

Folgender § 36 wird eingefügt:

§ 36

Kirchliche Krankenhäuser

Begründung:

Mit dieser Vorschrift wird den Kirchen eine besondere Organisationsfreiheit eingeräumt, wobei sie zw. Erfüllung der inhaltlichen Zielsetzungen verpflichtet bleiben.

(1) Verordnungen aufgrund von § 8 Abs. 2 sowie § 9 und § 33 Abs. 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen - ohne Rücksicht auf ihre Rechtsform - betrieben werden. Die Religionsgemeinschaften treffen für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen.

(2) Die Regelungen im Sinne von Absatz 1 Satz 2 müssen sicherstellen, daß der Standard der Krankenhaushygiene und die Transparenz und Koordinierung des Arzneimittelensatzes nicht hinter den in Absatz 1 Satz 1 genannten Bestimmungen zurückbleibt

§ 37 Statistik

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister sowie den von ihm bestimmten Stellen Auskünfte zu erteilen, die für die Aufstellung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser (z. B. Angaben über Verweildauer, Bettennutzung, Krankenhaushäufigkeit usw.) benötigt werden. Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die unter die Auskunftsspflicht fallenden Umstände und das Verfahren im einzelnen festzustellen.

Abschnitt V

Übergangs- und Schlußbestimmungen

§ 38 Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister ist zuständig für den Erlaß der zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften sowie die nach diesem Gesetz zu treffenden Entscheidungen und Planungsmaßnahmen, insbesondere die Aufstellung des Krankenhauplans und des Investitionsprogramms, Entscheidungen nach § 13 sind im Einvernehmen mit dem für die Raumordnung und Landesplanung zuständigen Minister und dem Finanzminister und bei Hochschulkliniken zugleich mit dem Minister für Wissenschaft und Forschung. Entscheidungen nach § 17 sind im Einvernehmen mit dem Finanzminister zu treffen.

Änderungsanträge:

Zu § 37

In § 37 Satz 1 und 2 werden jeweils die Worte "für das Gesundheitswesen" sowie der Klammerzusatz in Satz 1 gestrichen. In Satz 2 wird das Wort "Umstände" durch das Wort "Daten" ersetzt.

Begründung:

Textliche Straffung der Vor-schrift

§ 38 erhält folgende Fassung:

"Zuständiger Minister ist der für das Gesundheitswesen zuständige Minister. Er erläßt die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften."

Beteiligungsregeln innerhalb der Landesregierung brauchen nicht durch Gesetz getroffen zu werden.

§ 39 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Hochschulkliniken

(1) Auf die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG sind die Vorschriften der Abschnitte II und III und des § 38 mit Ausnahme der §§ 22 und 27 entsprechend anzuwenden.

(2) Auf öffentlich geförderte Krankenhäuser finden nur § 2 Abs. 1 Satz 2, §§ 7 und 8, einschließlich der auf § 8 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung, § 10 Abs. 4 hinsichtlich der Mitwirkung im Rettungsdienst, § 11 Abs. 2 und § 12 Anwendung.

(3) Auf Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug finden § 7 mit der Maßgabe, daß es einer Beteiligung der Krankenkassen nicht bedarf, § 8 einschließlich der auf § 8 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung und § 12 Anwendung.

(4) Auf Krankenhäuser nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG sind die Abschnitte I und II, Abschnitt IV mit Ausnahme des § 32 Abs. 1, des § 33 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 und der §§ 34 bis 36 sowie Abschnitt V mit Ausnahme des § 40 anzuwenden.

(5) Auf Krankenhäuser, deren Träger bundesunmittelbare Körperschaften gemäß Artikel 87 Abs. 2 GG sind, findet § 12 keine Anwendung.

§ 40 Übergangsvorschrift

(1) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gemäß § 21 Abs. 8 letzter Halbsatz sind für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern die Regelungen der Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2355) sinngemäß anzuwenden.

(2) § 19 Abs. 3 ist auch auf solche Investitionen anzuwenden, die auf Grund der Jahreskrankenhausbauprogramme 1985 bis 1987 gefördert und

Änderungsanträge:

Zu § 39
Die aufgeführten Paragraphen sind an die geänderte Paragraphenfolge anzupassen.

In Abs. 1 wird § 22 durch § 24, § 27 durch § 28, in Abs. 2 § 10 Abs. 4 durch § 10 Abs. 1, in Absatz 4 § 32 durch § 31, § 33 durch § 32, § 34 durch § 33, § 36 durch § 35 ersetzt.

Begründung:

In Absatz 1 wird "§ 21 Abs. 8" durch "§ 23 Abs. 9" ersetzt.

In Absatz 2 wird "§ 19 Abs. 3" durch "§ 20 Abs. 2" ersetzt.

Anderungsanträge:

Begründung:

deren förderungsfähige Kosten noch nicht festgesetzt worden sind.

§ 41 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1988 in Kraft. Gleichzeitig treten das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW - vom 25. Februar 1975 (GV. NW. S. 210), geändert durch Gesetz vom 26. Juni 1984 (GV. NW. S. 370), und die Verordnung zur Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG - sowie des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW - (DV - KHG) vom 8. Februar 1983 (GV. NW. S. 49), geändert durch Verordnung vom 6. Dezember 1985 (GV. NW. S. 737), außer Kraft.

Änderungsanträge zum Landeskrankenhausgesetz



10/2424

- 1 -

Entwurf

Änderungsanträge

Begründung

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Grundsatz

(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen. Das Gesetz soll zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen. Es soll die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie mit den niedergelassenen Ärzten fördern.

(2) Die Krankenversorgung sicherzustellen und leistungsfähige Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, ist eine öffentliche Aufgabe. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung obliegt dem Land. Gemeinden und Gemeindeverbände sind im Rahmen des Krankenhausplanes verpflichtet, dabei mitzuwirken.

(3) Die Aufgabe, leistungsfähige Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, wird in der Regel von freien gemeinnützigen Trägern, von kommunalen Trägern und vom Land wahrgenommen. Darüber hinaus sind private Träger an der Krankenhausversorgung beteiligt. Falls sich kein anderer geeigneter Träger findet, sind Gemeinden und Gemeindeverbände verpflichtet, Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, kreisangehörige Gemeinden jedoch nur, wenn sie die erforderliche Finanzkraft besitzen.

zu § 1

Abs. 1 erhält folgende Fassung:

(1) Ziel des Gesetzes ist es, entsprechend den §§ 1 und 4 KHG die Krankenhausversorgung der Bevölkerung mit einem bedarfsgerechten System einander ergänzender, miteinander kooperierender, leistungs- und entwicklungsfähiger Krankenhäuser sicherzustellen und die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere den niedergelassenen Ärzten, zu fördern, sowie zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

Abs. 2 erhält folgende Fassung:

(2) Die Krankenhausversorgung in Krankenhäusern sicherzustellen, ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. Gemeinden und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit.

In Abs. 3 werden die Sätze 1 und 2 durch den folgenden Satz 1 ersetzt:
Krankenhäuser sind in der Regel freie gemeinnützige, kommunale, private Träger und das Land.

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid jeden, der seine Leistungen benötigt, nach Art und Schwere der Erkrankung zu versorgen. Notfallpatienten sind vorrangig zu versorgen.

(2) Das Krankenhaus kann gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen) erbringen, soweit dadurch die Gewährleistung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. Besondere Verpflegung, besondere Unterbringung und der Abschluß eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrages dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden. Privatstationen werden nicht mehr eingerichtet und betrieben.

§ 3 Pflege und Betreuung der Patienten

(1) Die Patienten haben Anspruch auf eine menschenwürdige Behandlung; dies gilt im besonderen Maße für Sterbende.

(2) Die Betriebsabläufe des Krankenhauses sollen patientenfreundlich gestaltet werden. Insbesondere ist den Bedürfnissen der Patienten nach Schonung und Ruhe soweit wie möglich Rechnung zu tragen. Dies gilt auch für eine ungestörte Nachtruhe. 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. Berufstätigen sind auch an Werktagen außerhalb ihrer Arbeitszeit Krankenbesuche zu ermöglichen.

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

§ 4 Kind im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus hat im Rahmen seiner Möglichkeiten bei Kindern eine Begleitperson aufzunehmen, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist.

(2) Das Krankenhaus unterstützt in Abstimmung mit der Schulbehörde die schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

(3) Die Belange kranker Kinder sind bei der Regelung der Besuchszeiten besonders zu berücksichtigen.

zu § 4

In Abs. 1 werden die Worte "soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist" gestrichen.

In Abs. 2 werden die Worte "in Abstimmung mit der Schulbehörde" gestrichen.

Das Krankenhaus soll allgemein verpflichtet werden, im Rahmen seiner Möglichkeiten eine Begleitperson aufzunehmen. Die Kostenübernahme richtet sich nach der Bundespflegesatzverordnung. Da die Schulbehörde unmittelbar zuständig ist, ist der gestrichene Text überflüssig.

§ 5 Patientenfürsprecher

(1) Der Krankenhausträger bestellt für jedes Krankenhaus einen Patientenfürsprecher, der an Weisungen nicht gebunden ist.

(2) Der Patientenfürsprecher prüft Anregungen und Beschwerden der Patienten und vertritt deren Anliegen gegenüber dem Krankenhaus. Er kann sich mit Einverständnis des betroffenen Patienten an die Betriebsleitung, den Krankenhausträger und in schwerwiegenden Fällen an die zuständige Behörde wenden. Im übrigen ist er zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Betriebsleitung, der Krankenhausträger und die zuständige Behörde sind verpflichtet, dem Vorbringen des Patientenfürsprechers nachzugehen und ihm die notwendigen Auskünfte zu erteilen.

(3) Das Krankenhaus gibt den Patienten Namen und Anschrift des Patientenfürsprechers bekannt.

zu § 5

Die Vorschrift erhält folgende Fassung:

§ 5 Patientenrechte

Dem Patienten soll vom Krankenhausträger die Möglichkeit gegeben werden, Beschwerden bei einer unabhängigen Stelle einzureichen.

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e B e g r ü n d u n g

§ 6 Sozialer Dienst

(1) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen.

zu §6

Die Überschrift erhält folgende Fassung:
"§6 Patientenseelsorge und sozialer Dienst"

Abs. 1 wird wie folgt ergänzt: "Die Patienten haben das Recht auf seelsorgerische Betreuung im Krankenhaus. Sozialer Dienst und Krankenhausseelsorge werden auf Wunsch des Patienten tätig."

Abs. 2 erhält folgende Fassung:

(2) Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, ihn in sozialen Fragen zu beraten, bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und Hilfen, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, zu vermitteln.

(2) Der soziale Dienst wird auf Wunsch des Patienten tätig. Er arbeitet eng und vertrauensvoll mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst zusammen. Er hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen und ihn in sozialen Fragen zu beraten. Die Beratung erfolgt insbesondere durch persönliche Hilfe, die Unterstützung bei der Einleitung von medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Rehabilitationsmaßnahmen sowie durch die Vermittlung von Hilfen des Gesundheits- und Sozialwesens, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen.

§ 7 Qualitätssicherung

Die Krankenhäuser gewährleisten eine interne Qualitätssicherung. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, im Einvernehmen mit der Ärztekammer und den Krankenkassen externe Qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen.

§ 7 erhält folgende Fassung:

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, auf ärztlich medizinischem Gebiet interne Qualitätssichernde Maßnahmen als Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen durchzuführen.

(2) Sofern es sich um externe qualitätssichernde Maßnahmen auf ärztlich-medizinischem Gebiet handelt, soll das Krankenhaus von der Ärztekammer, den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherungen unterstützt werden. Zwischen den Beteiligten sind Vereinbarungen zu treffen, die auch die Finanzierung der entstehenden Kosten einschließen.

§ 8 Krankenhaushygiene

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

(2) Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung

1. Maßnahmen zur Erfassung von Krankenhausinfektionen,
2. Aufgaben, Bildung und Zusammensetzung einer Hygienekommission,
3. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachkräften im einzelnen zu regeln.

§ 9 Arzneimittelkommission

(1) Jedes Krankenhaus hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. Krankenhäuser eines Trägers oder Krankenhäuser, zwischen denen ein Versorgungsvertrag im Sinne des § 14 des Gesetzes über das Apothekenwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993) besteht, können auch eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden.

(2) Die Arzneimittelkommission hat die Aufgabe,

1. die im Krankenhaus üblicherweise zu verwendenden Arzneimittel unter besonderer Berücksichtigung ihrer Qualität und Preiswürdigkeit sowie der Aufgabenstellung des Krankenhauses aufzulisten (Arzneimittelliste),
2. die Ärzte in Fragen der Arzneimittelversorgung zu beraten und zu informieren.
- (3) Die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste ist von den im Krankenhaus tätigen Ärzten 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 zu unterrichten. Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die nach Art und Umfang über das bekannte Maß hinausgehen, sind der Arzneimittelkommission unverzüglich mitzuteilen.

§ 10 Zusammenarbeit der Krankenhäuser

(1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid zur Zusammenarbeit verpflichtet.

zu § 10

Abs. 1 erhält folgende Fassung:

(1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärzten, den öffentlichen Gesundheitsdienst, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, dem Rettungsdienst, den Katastrophenschutzbehörden und den Krankenkassen verpflichtet. Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern sind zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zulässig.

E n t w u r f

K ä n d e r u n g s a n t r ä g e B e g r ü n d u n g

(2) Diese 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 Krankenhausaufnahmen,
4. die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,
5. die Mitwirkung bei der Schwangerenbetreuung,
6. die festzulegenden Notfallaufnahmebereiche nach § 10 Abs. 1 des Gesetzes über den Rettungsdienst vom 26. November 1974 (GV. NW. S. 1481),
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.

(3) Über die Zusammenarbeit sind zwischen den beteiligten Krankenhäusern und gegebenenfalls den sonstigen beteiligten Stellen Vereinbarungen zu treffen. In diesen Vereinbarungen ist in den Fällen des Absatzes 2 Nrn. 8 und 9 auch eine Regelung über die Beteiligung an den Kosten für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter aus den pauschalen Fördermitteln aller beteiligten Krankenhäuser zu treffen.

(4) Die Krankenhäuser sind außerdem zur persönlichen und sachlichen Mitwirkung im Rettungsdienst und zur Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, dem öffentlichen Gesund-

In Abs. 2 wird der Eingangshalbsatz wie folgt gefaßt:

"Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander soll sich insbesondere erstrecken auf"

Abs. 3 entfällt

Abs. 4 entfällt

heitsdienst, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Katastrophenschutzbehörden und den Krankenkassen verpflichtet.

§ 11 Zentraler Bettennachweis, Einsatz- und Alarmpläne

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, dem Zentralen Krankenbettennachweis bei den kreisfreien Städten und Kreisen (§ 6 Abs. 3 des Gesetzes über den Rettungsdienst in der jeweils geltenden Fassung) alle erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere die Zahl der freien Betten, gleitet nach Abteilungen, zu melden. Das Recht der Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, zur Mitwirkung im Katastrophenschutz Einsatz- und Alarmpläne aufzustellen und mit der zuständigen Katastrophenschutzbehörde abzustimmen.

§ 12 Aufsicht

(1) Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen unterliegen der Aufsicht.

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere dieses Gesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG - In der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1985 (BGBl. 1986 I, S. 33), der Bundespflegegesetzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666) und der Krankenhausbauverordnung vom 21. Februar 1978 (GV. NW, S. 154). Die Vorschriften über die allgemeine Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die medizinischen Einrichtungen der Hochschulen des Landes sowie über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

zu § 12

Die Überschrift lautet: "Rechtsaufsicht"

Klarstellung

In Abs. 1 wird das Wort "Aufsicht" durch das Wort "Rechtsaufsicht" ersetzt.

E n t w u r f

(3) Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Insofern wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

(4) Es sind

untere Aufsichtsbehörde
die kreisfreie Stadt und der Kreis,

obere Aufsichtsbehörde
der Regierungspräsident,

oberste Aufsichtsbehörde
der für das Gesundheitswesen zuständige Minister.

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

In Abs. 3 wird folgender Satz 2 eingefügt: Klarstellung

"Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten."

Abchnitt II

Planung

§ 13 Krankenhausplan

zu §13

Strafung der Vorschrift

(1) Zur Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen stellt der für das Gesundheitswesen zuständige Minister nach Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn entsprechend der Entwicklung fort. Der Krankenhausplan in der jeweils geltenden Fassung ist alle zwei Jahre im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen zu veröffentlichen.

Abs. 2 erhält folgende Fassung:

Strafung und Verdeutlichung

(2) Der Krankenhausplan hat den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Abteilungen mit der Bettenzahl, Versorgungsgebieten und kreisfreien Städten und Kreisen auszuweisen. Die Einzelfestlegungen können inhaltlich und zeitlich beschränkt werden, soweit dies zur Anpassung des gegenwärtigen Leistungsangebots an die Bedarfsentwicklung geboten ist. Der Krankenhausplan weist daneben die Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG sowie die als bedarfsgerecht abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräte gemäß § 10 KHG aus. Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes sind die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten.

(2) Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen

1. Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Abteilungen mit der Bettenzahl, Versorgungsgebieten und kreisfreien Städten und Kreisen,
2. Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG,
3. medizinisch-technische Großgeräte gemäß § 10 KHG

aus. Einzelfestlegungen können inhaltlich und zeitlich beschränkt werden, soweit dies zur Anpassung der gegenwärtigen Leistungsangebote an die Bedarfsentwicklung geboten ist. Die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nr. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind einzubeziehen, soweit die der allgemeinen Versorgung dienen; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen.

Entwurf

Änderungsanträge

Begründung

(3) In den Versorgungsgebieten ist eine abgestufte Krankenhausversorgung zu gewährleisten, soweit dies zur bedarfsgerechten Krankenhausversorgung notwendig ist. Die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete sind zu berücksichtigen; dies gilt auch hinsichtlich der Vielfalt der Krankenhaussträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG.

Abs. 3 wird wie folgt geändert:

(3) In den Versorgungsgebieten ist eine abgestufte Krankenhausversorgung zu gewährleisten, soweit dies zur bedarfsgerechten Krankenhausversorgung notwendig ist. Die Erhaltung eines ortsnahen Angebotes der Grundversorgung ist zu gewährleisten. Die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete sind zu berücksichtigen; dies gilt auch hinsichtlich der Vielfalt der Krankenhaussträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG. Bei der Krankenhausplanung ist der Bereich der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Dienste, insbesondere auf dem Gebiet der Heimpflege und der Bereich der Rehabilitation in die Planungsüberlegungen einzubeziehen.

(4) Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung können Krankenhäusern im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger im Krankenhausplan besondere Aufgaben zugeordnet werden. Besondere Aufgaben sind insbesondere die Entwicklung disziplin- und bereichsübergreifender, standardisierter Diagnose- und Therapielinien sowie die Führung von Nachsorgegeräten.

(5) Dem Krankenhaus können auch Aufgaben der Ausbildung zugewiesen werden, wenn die Finanzierung der damit verbundenen Kosten gewährleistet ist.

§ 14 Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans

- (1) Zur Mitwirkung bei der Aufstellung des Krankenhausplans wird bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister ein Landesausschuß für Krankenhausplanung (Landesausschuß) gebildet. Dem Landesausschuß gehören an (unmittelbar Beteiligte)
1. sieben Vertreter der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen,
 2. sechs Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen sowie ein Vertreter des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung und
 3. drei Vertreter der kommunalen Spitzenverbände.

Bei der Aufstellung des Krankenhausplans sind einvernehmliche Regelungen mit dem Landesausschuß anzustreben.

Die Abs. 4 und 5 werden zu folgenden Abs. 4 zusammengefaßt:

(4) Krankenhäusern können im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger besondere Aufgaben zugeordnet werden. Bei Aufgaben der Ausbildung muß die Finanzierung gewährleistet sein.

zu §14

Abs. 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

Dem Landesausschuß gehören an (unmittelbar Beteiligte):

1. fünf von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
2. sechs von den Landesverbänden der Krankenkassen
3. drei von den kommunalen Spitzenverbänden benannte Mitglieder,
4. ein von der katholischen und ein von den evangelischen Landeskirchen
5. ein vom Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung,
6. soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind, je ein von den beiden Landschaftsverbänden benanntes Mitglied.

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

(2) Der Landesausschuß hat darüber hinaus die Aufgabe, Empfehlungen zu erarbeiten

1. für Planungsziele und -kriterien und für die qualitativen und quantitativen Inhalte des Krankenhausplanes je Versorgungsgebiet,
2. für die Umsetzung der Planungsziele und Kriterien im Versorgungsgebiet unter Berücksichtigung der Vorschläge der Beteiligten nach Absatz 4 und
3. zur Fortschreibung des Krankenhausplans.

(3) Den Vorsitz im Landesausschuß und die Geschäfte des Landesausschusses führt der für das Gesundheitswesen zuständige Minister. Er beruft den Landesausschuß zu seinen Sitzungen ein. Der Landesausschuß ist einzuberufen, wenn dies von mindestens sieben Mitgliedern beantragt wird. Der Minister für Wissenschaft und Forschung, der Innenminister, der Finanzminister sowie der Landesrechnungshof sind berechtigt, an den Sitzungen des Landesausschusses teilzunehmen.

(4) Beteiligte an der Krankenhausversorgung sind neben den unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 Satz 2

1. die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen,
2. die Ärztekammern,
3. die kreisfreien Städte und Kreise,
4. der Landesverband der DAG,
5. die Bezirksverwaltungen der Gewerkschaft ÖTV,
6. der Landesverband Marburger Bund,
7. die Landschaftsverbände, soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind und
8. die Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit es sich um medizinisch-technische Großgeräte handelt.

Abs. 4 Satz 1 erhält folgende Fassung:

Beteiligte an der Krankenhausversorgung sind neben den unmittelbar Beteiligten

1. die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen
2. die Ärztekammern
3. die kreisfreien Städte und Kreise
4. der Landesverband der DAG
5. die Bezirksverwaltungen der Gewerkschaft ÖTV
6. der Landesverband Marburger Bund
7. die Kassenärztlichen Vereinigungen
8. die Dienstnehmervertretung der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes aus Nordrhein-Westfalen
9. der Rheinisch-Westfälische Verband der im evangelisch kirchlichen Dienst stehenden Mitarbeiter (RWV)

Die Beteiligten an der Krankenhausversorgung und die betroffenen Krankenhäuser werden von der zuständigen Behörde zu den Vorgaben und Empfehlungen für die Krankenhausplanung gehört. Die Beteiligten erhalten ferner Gelegenheit, innerhalb einer angemessenen Frist für jeweils ein Versorgungsgebiet einen gemeinsamen Vorschlag zur Verteilung des durch die Rahmplanung vorgegebenen Bedarfs an Krankenhäusern auf die Krankenhäuser unter Berücksichtigung ihrer Strukturierung und ihres Versorgungsauftrages zu unterbreiten.

(5) Kommt eine einvernehmliche Regelung zwischen dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und dem Landesausschuß nicht zustande, entscheidet der Minister. Das gilt, wenn ein gemeinsamer Vorschlag nach Absatz 4 Satz 3 nicht unterbreitet wird oder dieser Vorschlag wesentlich von den Vorgaben und Empfehlungen des Landesausschusses für das Versorgungsgebiet abweicht.

(6) Bei der Fortschreibung des Krankenhausplans für einzelne Krankenhäuser sind die Beteiligten (Absatz 1 Satz 2, Absatz 4 Satz 1) und das Krankenhaus von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister zu hören.

§ 15 Aufnahme in den Krankenhausplan

zu §15

(1) Nach Aufstellung des Krankenhausplans wird die Aufnahme oder Nichtaufnahme durch einen schriftlichen Bescheid der zuständigen Behörde festgestellt; der Feststellungsbescheid über die Aufnahme muß enthalten

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses,
2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhaussträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan,
4. das Versorgungsgebiet.

5. die Gesamtzahl der im Krankenhausplan im Ist und Soll anerkannten Betten, bei psychiatrischen Krankenhäusern und anderen Sonderkrankenhäusern die Zahl der anerkannten Förderungsfähigen Betten,
6. die Zahl und Art der Abteilungen und ihre Bettenzahl,
7. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG,
8. die medizinisch-technischen Großgeräte nach § 22 sowie
9. die Bezeichnung besonderer Schwerpunktaufgaben.

Die in den Nummern 5 und 6 im Ist ausgewiesenen Betten sind Planbetten im Sinne des Gesetzes.

(2) Beabsichtigte Abweichungen von den in Absatz 1 Nrn. 1, 2 und 5 bis 9 bezeichneten Festlegungen sind der zuständigen Behörde rechtzeitig anzuzeigen; sie werden bei der Förderung nur nach Änderung des Feststellungsbescheides berücksichtigt. Die Änderung des Feststellungsbescheides ist abzulehnen, soweit sie nicht mit den Zielen des Krankenhausplanes im Einklang steht. Fördermittel können ganz oder teilweise versagt, zurückbehalten und zurückgefordert werden, wenn von den Festlegungen im Feststellungsbescheid ohne Zustimmung der zuständigen Behörde tatsächlich abgewichen wird. Das Gleiche gilt, wenn das Krankenhaus die im Soll ausgewiesenen Betten oder Abteilungen aus Gründen, die es zu vertreten hat, nicht bis zum vorgesehenen Zeitpunkt tatsächlich vorhält.

(3) Unterschreitet die durchschnittliche Ausnutzung der Planbetten insgesamt oder in einzelnen Abteilungen in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren 75 v. H., hat das Krankenhaus dies der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen und einen Vorschlag zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl oder zur Umstrukturierung des Krankenhauses zu unterbreiten.

In Abs. 1 wird folgende Nr. 10 eingefügt:

10. Inhaltliche und zeitliche Beschränkungen (§ 13 Abs. 2, Satz 2) und die dafür maßgebenden Gründe.

In Abs. 2 Satz 1 wird die Nr. 9 durch 10 ersetzt.

In Abs. 3 werden in Satz 1 die Worte "oder in einzelnen Abteilungen" gestrichen.

Abschnitt III

Krankenhausförderung

§ 16 Förderungsgrundsätze, Art der Förderung zu § 16

(1) ~~Krankenhäuser werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts öffentlich gefördert. Dies gilt für notwendigerweise mit einem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätten (§ 2 Nr. 1a KHG) entsprechend.~~
zu § 16
Abs. 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:
"Krankenhäuser werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts auf Antrag öffentlich gefördert."

(2) Die Förderung wird auf Antrag in Form von Zuschüssen gewährt. Abs. 2 und Abs. 3 werden gestrichen

(3) Dem Krankenhaus obliegt es, die zur Beurteilung eines Förderanspruchs notwendigen Angaben zu machen und zu belegen. Kommt es dieser Verpflichtung nicht, nicht vollständig, nicht fristgerecht oder unrichtig nach, so können Fördermittel versagt werden.

§ 17 Investitionsprogramm

(1) Zur Förderung des Krankenhausbaus stellt der für das Gesundheitswesen zuständige Minister auf der Grundlage des Krankenhausbauinvestitionsprogramm gemäß §§ 6 und 8 KHG auf. Darin wird die vorgesehene Verwendung der in dem betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Fördermittel für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 dargestellt. Die Feststellung der Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm ist mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel zu verbinden und begründet den Rechtsanspruch auf Förderung.

(2) Bei der Aufstellung des Investitionsprogramms nach Absatz 1 gilt § 14 Abs. 1, Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 entsprechend.

(3) Das Investitionsprogramm ist im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen zu veröffentlichen.

zu § 17

Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 werden wie folgt gefaßt:

Zur Förderung des Krankenhausbaus stellt der zuständige Minister auf der Grundlage des Krankenhausbauinvestitionsprogramm gemäß §§ 6 und 8 KHG auf. Darin wird die vorgesehene Verwendung der Fördermittel für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 dargestellt.

Bei der Investitionsförderung handelt es sich nicht um Zuschüsse.

Ein zweijähriges Investitionsprogramm erleichtert die Planung und Vorbereitung von Baumaßnahmen bei den Krankenhäussträgern und gewährleistet einen zügigen Abfluß der Haushaltsmittel.

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e B e g r ü n d u n g

§ 18 Einzelförderung

(1) Investitionskosten werden für

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Betrieb des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid notwendigen Anlagegütern,
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
3. die Ergänzung von Anlagegütern, die über die übliche Anpassung (§ 9 Abs. 4 KHG) wesentlich hinausgeht,

im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gefördert (Einzelförderung).

(2) Voraussetzung für die Bewilligung von Fördermitteln für Maßnahmen nach Absatz 1 Nr. 1 ist die Aufnahme in ein Investitionsprogramm, für Maßnahmen nach Absatz 1 Nrn. 2 und 3 der Nachweis der Dringlichkeit und Notwendigkeit. Darüber hinaus setzt die Bewilligung voraus, daß die Kosten für das einzelne Vorhaben die Wertgrenze nach § 21 Abs. 1 Nr. 2 übersteigen, die gesamte Finanzierung gesichert und mit der Maßnahme vor der Bewilligung oder einer schriftlichen Einwilligung des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministers nicht begonnen worden ist.

(3) Die Kosten für den Erwerb oder die Ausstattung bereits betriebener Krankenhäuser sind nicht förderungsfähig.

(4) Wird ein Krankenhaus erstmals nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Krankenhausplan aufgenommen, so werden nur die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Investitionskosten gefördert.

zu § 18

In Abs. 1 wird folgende Ziffer 4 eingefügt:

4. Notwendige Investitionen zur Bekämpfung von Krankenhausinfektionen nach § 8,

In § 18 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte "im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel" gestrichen.

Auf die Förderung von Investitionskosten besteht ein Rechtsanspruch. Die Einschränkung ist deshalb rechtswidrig.

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

§ 19 Umfang der Einzelförderung

(1) Bei der Festlegung des förderungsfähigen Umfangs einer Investition nach § 18 sind die Folgekosten, insbesondere die Auswirkung auf die Pflegesätze zu berücksichtigen.

(2) Gefördert werden nur die Kosten, für die nachgewiesen ist, daß sie bei Anwendung der Grundsätze von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung gerechtfertigt sind.

(3) Die förderungsfähigen Kosten vermindern sich, soweit darin die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter enthalten ist, um die pauschalen Fördermittel, die dem Krankenhaus

1. bis zum Baubeginn ausbezahlt, aber noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind

2. während der Bauzeit bis zur Inbetriebnahme der geförderten Baumaßnahme ausbezahlt werden, soweit sie nicht für unabwendbare Maßnahmen verwendet werden müssen.

Vorhandene Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens sind zu übernehmen, soweit dies wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

§ 20 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen

(1) Bei der Bewilligung der Einzelförderung wird der Förderbetrag mit Zustimmung des Krankenhaussträgers als Festbetrag gemäß Absatz 2 festgelegt oder nach den anfallenden förderungsfähigen Kosten bemessen.

zu § 19

Abs. 1 erhält folgende Fassung:

(1) Gefördert werden die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind. Die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen.

Abs. 2 wird gestrichen

Abs. 3 wird Abs. 2

Ziffer 1 wird wie folgt geändert:

1. bis zum Baubeginn ausbezahlt, aber noch nicht anteilig zweckentsprechend verwendet worden sind oder nachweislich für andere Vorhaben benötigt werden.

Klarstellung von Förderungsgrundsätzen.

Die Verpflichtung, vorhandene Mittel zu verwenden, kann nur insoweit erfolgen, als sie anteilig der geförderten Maßnahmen zuzurechnen sind.

zu § 20

In der Überschrift wird das Wort "Zuschußformen" gestrichen.

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e B e g r ü n d u n g

(2) Der Festbetrag ist so zu bemessen, daß die entstehenden förderungsfähigen Kosten unter Anwendung der Grundsätze des § 19 gedeckt werden. Die Festbetragsfinanzierung soll Anreize zu einer kostengünstigen Verwirklichung der Investition geben. Eingesparte Fördermittel sind dem Krankenhaus zur selbstverantwortlichen Verwendung für andere Investitionen, die nach § 18 Abs. 1 oder § 21 Abs. 1 förderungsfähig sind, nach vorheriger Anzeige an die zuständige Behörde zu belassen; § 31 Abs. 1 gilt entsprechend. Mehrkosten müssen vom Krankenhaus getragen werden. Fördermittel werden nur nachträglich, soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher unabweisbarer behördlicher Anordnungen erforderlich werden und der Krankenhausträger die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. Der Verwendungsnachweis beschränkt sich auf den Nachweis, daß die Mittel für die geförderte Maßnahme, bei Unterschreiten des Festbetrages für weitere selbstverantwortlich durchgeführte förderungsfähige Maßnahmen verwendet und diese funktionsfähig fertiggestellt worden sind. Eine eingehende Prüfung im Rahmen der Schlußabrechnung erfolgt nur, soweit besondere Gründe vorliegen.

Satz 7 wird gestrichen.

(3) In den übrigen Fällen richtet sich die Förderung nach den für die bewilligte Investition entstehenden nachgewiesenen förderungsfähigen Kosten. Die Bewilligung legt die voraussichtliche Förderung auf der Grundlage der geprüften Kosten fest. Bei unvorhergesehenen außergewöhnlichen Kostensteigerungen kann die Bewilligung nachträglich eingeschränkt und insbesondere bestimmt werden, daß die Kosten durch Verminderung des Umfangs der Investition und durch sparsamere Ausführung gesenkt werden. Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit unabweisbare Mehrkosten nachgewiesen werden und das Krankenhaus die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unter-

richtet hat. Mehrkosten, die durch eine Abweichung der von der genehmigten Bauplanung bedingt sind, können von der Förderung ausgeschlossen werden, wenn die zuständige Behörde in die Änderung nicht eingewilligt hat. Soweit Abweichungen unabweisbar sind, hat die zuständige Behörde sie zu genehmigen. Die Höhe der Förderung wird nach Vorlage und Prüfung der Schlussabrechnung und des Verwendungsnachweises endgültig festgesetzt. Übersteigen die aufgrund der Bewilligung ausgesetzten Fördermittel den endgültigen förderungsfähigen Betrag, ist der zuviel gezahlte Betrag zu erstatten.

§ 21 Pauschale Förderung

(1) Durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschale) werden gefördert

1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter).

2. sonstige nach § 18 förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern der

ersten Anforderungsstufe	50000 DM
zweiten Anforderungsstufe	75000 DM und
dritten Anforderungsstufe	100000 DM

ohne Mehrwertsteuer nicht übersteigen.

Zur Wiederbeschaffung gehören auch die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern, soweit diese Kosten nicht im Pflegesatz zu berücksichtigen sind. Nummer 2 findet auch dann Anwendung, wenn die Wertgrenze nachträglich überschritten wird.

(2) Zur Ermittlung der Anforderungsstufe des Krankenhauses werden die Planbetten des Krankenhauses mit dem nach Absatz 4 maßgebenden Bettenpunktwert vervielfacht. Bruchteile der sich

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

insgesamt ergebenden Bettenpunktzahl) werden bis 0,4 abgerundet und ab 0,5 aufgerundet.

(3) Es gehören Krankenhäuser mit einer Bettenpunktzahl

bis zu 349 Punkten zur ersten Anforderungsstufe, von 350 bis 599 Punkten zur zweiten Anforderungsstufe und ab 600 Punkten zur dritten Anforderungsstufe.

(4) Der Punktwert je Planbett (Bettenpunktwert) beträgt in den von Ärzten des Krankenhauses hauptamtlich geleiteten Abteilungen sowie für Intensivpflegebetten und Betten in gesondert ausgewiesenen Einheiten für Infektionskranke für

- 1. Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten 3,3
- 2. Neurologie 2,1
- 3. Säuglings- und Kinderheilkunde
 . einschl. Kinderchirurgie 1,9
- 4. Intensivpflege, Infektionskrankheiten,
 Urologie, Augenkrankheiten 1,5

Im übrigen beträgt der Bettenpunktwert eins.

(5) Die Fördermittel betragen jährlich für jedes Planbett bei Krankenhäusern der

ersten Anforderungsstufe	2750 DM
zweiten Anforderungsstufe	3200 DM
dritten Anforderungsstufe	4100 DM.

Abweichend von Satz 1 kann im Ausnahmefall ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist. _____

(6) Psychiatrische Sonderkrankenhäuser gelten als Krankenhäuser der ersten Anforderungsstufe. Für jedes über die Bettenpunktzahl 349 hinausgehende Planbett im Fachbereich Psychiatrie betragen die Fördermittel 1375 DM. Werden Planbetten anderer Fachbereiche vorgehalten, betragen die Fördermittel für diese Planbetten 2750 DM.

Gleichstellung der Belegabteilung

In §21 Abs. 4 Satz 1 werden die Worte "in den von Ärzten des Krankenhauses hauptamtlich geleiteten Abteilungen sowie" gestrichen.

Abs. 4 Satz 2 wird wie folgt geändert: "Für die Betten in anderen Abteilungen beträgt der Bettenpunktwert eins."

Eine Ausnahmemöglichkeit ist auch für psychiatrische Sonderkrankenhäuser erforderlich.

Abs. 5 Satz 2 wird Abs. 7. Die Worte "Satz 1" werden durch die Worte "den Absätzen 5 und 6", das Wort "anderer" durch das Wort "besonderer" ersetzt. Ferner wird folgendes Satz 3 angefügt: "Dies gilt für die Ausbildungsstätten nach §2 Nr. 1 a KHG entsprechend."

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e B e g r ü n d u n g

(7) Für die mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG wird die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter durch Festsetzung eines anderen Betrages (Absatz 5 Satz 2) gefördert.

(8) Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innenminister und dem Finanzminister durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 5 und 6 in Abständen von zwei Jahren der Preisentwicklung anzupassen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind.

§ 22 Medizinisch-technische Großgeräte

Die Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte wird nur insoweit nach § 21 Abs. 5 Satz 2 gefördert, als die in §§ 8 und 10 KHG bezeichneten Voraussetzungen vorliegen und das Krankenhaus den Nachweis geführt hat, daß die Kosten der Beschaffung nicht anderweitig gedeckt werden können. Insbesondere hat das Krankenhaus nachzuweisen, daß die Kosten nicht hätten gedeckt werden können durch

1. Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeiträgen

a) aus den Gebühren der das Gerät nutzenden liquidationsberechtigten Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen,

b) aus den Sachkosten für die Untersuchung und Behandlung von Patienten aus anderen Krankenhäusern,

die zur Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte angesammelt worden sind oder hätten angesammelt werden können,

Folgender Abs. 8 wird eingefügt:

(8) Die Fördermittel sind bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf einem besonderen Bankkonto zinsgünstig anzulegen. Zinserträge, Erträge aus der Veräußerung geförderter kurzfristiger Anlagegüter und Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den Fördermitteln zuzuführen.

Abs. 8 wird Abs. 9 und erhält folgende Fassung:

(9) Der zuständige Minister hat durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2, die Förderbeträge nach Absatz 5 und 6 in Abständen von 2 Jahren der Preisentwicklung und die Bewertungswerte nach Abs. 4 der durchschnittlichen Entwicklung der Wiederbeschaffungskosten anzupassen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind.

In § 22 Satz 1 wird "§ 21 Abs. 5 Satz 2" durch "§ 21 Abs. 7" ersetzt.

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

2. Einnahmen, die aufgrund von Vereinbarungen nach § 10 Abs. 3 Satz 2 in Verbindung mit Abs. 2 Nr. 8 erzielt worden sind oder hätten erzielt werden können und
3. Fördermittel nach § 21 Abs. 5, die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind.

§ 23 Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) Anstelle der Förderung nach § 18 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung solcher Anlagegüter bewilligt werden, wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist und die für die Bewilligung zuständige Behörde vor Abschluß der Nutzungsvereinbarung ihr Einverständnis erklärt hat. Die Erklärung kann auch allgemein im voraus für die Nutzung bestimmter Güter abgegeben werden. Das Einverständnis kann nachträglich erteilt werden, soweit die Verweigerung eine erhebliche Härte darstellen würde und eine wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nachgewiesen ist.

(2) Die pauschal gewährten Fördermittel nach § 21 dürfen zu dem in Absatz 1 Satz 1 bezeichneten Zweck verwendet werden, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird.

§ 24 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

(1) Es werden gefördert

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

die im Zusammenhang mit förderungsfähigen Investitionen nach § 18 stehen, soweit ohne deren Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes gefährdet wäre.

In § 24 werden in der Überschrift die Worte "sowie Grundstückskosten" gestrichen.

§ 24 erhält folgende Fassung:

Anlauf- und Umstellungskosten (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG) sind nur förderungsfähig, wenn sie mit einer nach § 18 geförderten Investition in Zusammenhang stehen und die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes deswegen gefährdet wäre, weil dem Krankenhausträger die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten ist. Der Förderungsantrag ist spätestens mit dem Antrag nach § 18 anzukündigen.

(2) Eine Betriebsgefährdung im Sinne von Absatz 1 ist nur dann gegeben, wenn die Finanzlage des Krankenhausträgers – bei gesellschaftsrechtlichen Betriebsformen auch unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Gesellschafter – eine Abgeltung aus eigener Kraft nicht zumutbar erscheinen läßt.

(3) Die Absicht, Leistungen nach Absatz 1 in Anspruch zu nehmen, ist spätestens mit dem Antrag auf Fördermittel für Investitionen nach § 18 mitzuteilen und zu begründen.

§ 25 Förderung von Kapitaldienstbelastungen

Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern, die nach § 21 gefördert werden, vor Aufnahme in den Krankenhausplan Darlehen auf dem Kapitalmarkt aufgenommen worden, so werden vom Zeitpunkt der Aufnahme in den Krankenhausplan in Höhe der sich hieraus ergebenden Lasten Fördermittel bewilligt. Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Gemeinden, soweit sie nicht in Zuschüsse umgewandelt wurden. Länderdarlehen für förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt.

(2) Sind während der Förderzeit die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen höher als die geförderten Tilgungsbeträge, so sind bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan Fördermittel in Höhe des Unterschiedsbetrages zu bewilligen. Sind während der Förderzeit die geförderten Tilgungsbeträge höher als die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen, so ist bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan der Unterschiedsbetrag zu erstatten.

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

(2) Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung der zuständigen Behörde ganz oder teilweise mit mindestens einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausgeschlossen sind oder ausscheiden, sind Ausgleichszahlungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um bei der Einstellung des Krankenhausbetriebes oder bei der Umstellung auf andere Aufgaben unzumutbare Härten zu vermeiden. Dies gilt insbesondere für

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,

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

(3) Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhauses auch pauschal geleistet werden.

(4) Die Ausgleichszahlungen sind zurückzuzahlen, wenn der Krankenhausbetrieb nicht innerhalb der vorgesehenen Frist ein- oder auf andere Aufgaben umgestellt ist.

§ 28 Versicherungs- und Instandhaltungspflicht

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, das förderungsfähige Anlagevermögen in verkehrsfähigem Umfang gegen Risiken zu versichern. Ein Forderanspruch entfällt, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden. Unterbleibt die Versicherung, ist das Krankenhaus im Schadensfalle so zu behandeln, als sei es versichert gewesen. Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den pauschalen Fördermitteln nach § 21 zuzuführen.

(2) Geförderte Anlagegüter sind vom Krankenhaus regelmäßig zu warten und instandzuhalten. Kommt das Krankenhaus dieser Verpflichtung nicht nach, und wird deshalb eine Investitionsmaßnahme notwendig, können Fördermittel versagt werden.

Abs. 2 wird Abs. 1

In Satz 1 sind die Worte "ausgeschlossen sind oder" zu streichen.

Folgende Ziffer 3 ist einzufügen:

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

Abs. 3 wird Abs. 1 letzter Satz

Folgender Abs. 2 wird eingefügt:

(2) Bei Verminderung der Gesamtbettenzahl können dem Krankenhaus bis zur Dauer von 2 Jahren Fördermittel nach §21 in der bisherigen Höhe weitergewährt werden.

Abs. 4 entfällt

Der neue Abs. 2 soll Umstellungs-schwierigkeiten beim Bettenabbau ausgleichen.

§ 29 Zweckbindung

- (1) Die Bewilligung von Fördermitteln im Rahmen der Einzelförderung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, die zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks, insbesondere der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit, und zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich sind.
- (2) Fördermittel dürfen nur nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides und im Rahmen der Aufgabenteilung des Krankenhauses nach dem Feststellungsbescheid verwendet werden.
- (3) Fördermittel nach § 18 sind über ein besonderes Bauabrechnungskonto abzuwickeln. Zinserrträge und sonstige Nutzungen werden auf die bewilligten Fördermittel angerechnet.
- (4) Pauschale Fördermittel sind entsprechend den Grundsätzen einer wirtschaftlichen Betriebsführung bis zur zweckentsprechenden Verwendung zinsgünstig anzulegen und auf einem besonderen Bankkonto nachzuweisen; die Zinserträge wachsen den Fördermitteln zu. Erträge aus der Veräußerung geförderter kurzfristiger Anlagegüter sind den pauschalen Fördermitteln zuzuführen.

§ 30 Rückforderung von Fördermitteln

- (1) Werden Fördermittel nicht ihrem Zweck entsprechend, unwirtschaftlich oder nicht alsbald nach der Auszahlung verwendet, werden geförderte Anlagegüter nicht zweckentsprechend genutzt, oder werden sonstige mit den Fördermitteln verbundene Auflagen nicht erfüllt, oder ist der Widerruf aufgrund sonstiger Vorschriften zulässig, kann der Bewilligungsbescheid ganz oder teilweise mit Wirkung auch für die Vergangenheit widerrufen werden. Dies gilt auch, soweit der Bewilligungsbescheid vor Inkrafttreten dieses Gesetzes erlassen worden ist.

- (2) Soweit ein Bewilligungsbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit widerrufen, zurückgenommen oder infolge des Eintritts einer auflösenden Bedingung unwirksam wird, sind die Fördermittel, auch soweit sie bereits verwendet worden sind, zurückzuzahlen. Hat das Krankenhaus die Umstände, die zum Widerruf, zur Rücknahme oder zur Unwirksamkeit des Bewilligungsbescheides geführt haben, nicht zu vertreten, so gelten für den Umfang der Rückzahlung die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung entsprechend, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist. Auf den Wegfall der Bereicherung kann sich das Krankenhaus nicht berufen, soweit es die Umstände kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte, die zum Entstehen des Rückzahlungsanspruchs geführt haben. Der Rückzahlungsanspruch ist mit seiner Entstehung fällig und von diesem Zeitpunkt an mit 3 vom Hundert über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank jährlich zu verzinsen.
- (3) Werden Fördermittel nicht alsbald nach der Auszahlung zweckentsprechend verwendet und wird der Bewilligungsbescheid nicht widerrufen oder zurückgenommen, sind für die Zeit bis zur zweckentsprechenden Verwendung Zinsen nach den in Absatz 2 bezeichneten Grundsätzen zu entrichten.
- (4) Die Fördermittel sind zurückzuerstatten, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder beschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer der jeweils geförderten Anlagegüter. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel

E n t w u r f

A n d e r u n g s a n t r ä g e B e g r ü n d u n g

besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn dem Krankenhaus aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid unmöglich wird. Bei teilweiser Nichterfüllung der Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ist die Erstattungspflicht entsprechend anteilig begrenzt. § 27 Abs. 1 bleibt unberührt.

(5) Zinsen bis zu fünf hundred Deutsche Mark werden nicht erhoben.

§ 31 Investitionsverträge

(1) Der Zuschlag auf den Pflegesatz bei Investitionsverträgen nach § 18b KHG darf nur für die Förderung solcher Maßnahmen vereinbart werden, die mit den Zielen der Krankenhausplanung übereinstimmen, die künftige bauliche Entwicklung des Krankenhauses nicht beeinträchtigen und nicht zwangsläufig weitere Investitionen nach § 18 zur Folge haben.

(2) Dem Antrag auf Zustimmung nach § 18b Abs. 2 Satz 2 KHG ist eine Erklärung der zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung beizufügen, daß gegen den Investitionsvertrag keine Bedenken bestehen.

Abchnitt IV

Krankenhausstruktur

§ 32 Wirtschaftliche Betriebsführung

(1) Die im Krankenhausplan ausgewiesenen Krankenhäuser müssen organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Betriebe sein; sie sind nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betreiben.

(2) Mehrere benachbarte Betriebsstellen eines Krankenhausträgers bilden zusammen nur dann ein Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzes, wenn die Betriebsstellen organisatorisch und wirtschaftlich unselbständige und voneinander abhängige Einrichtungen sind, in denen insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden.

§ 33 Abschlussprüfung

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

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

- 1. die Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens,
- 2. die wirtschaftlichen Verhältnisse,
- 3. die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 21 und
- 4. die zweckentsprechende Verwendung der über die Investitionsverträge nach § 31 erwirtschafteten Investitionsmittel.

In §33 Abs. 2 wird Nr. 2 gestrichen, die Nummern 3 und 4 werden Nummern 2 und 3.

Die Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Krankenhausträgers steht in keinem Zusammenhang mit der Verwendung der öffentlichen Mittel.

(3) Sind nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung keine Einwendungen zu erheben, so hat der Abschlußprüfer dies zu bestätigen; andernfalls ist die Bestätigung einzuschränken oder zu versagen. Soweit die Bestätigung versagt oder eingeschränkt erteilt wird, ist der Abschlußbericht der zuständigen Behörde vorzulegen, im übrigen nur auf deren Verlangen.

§ 34 Leitung und medizinische Organisation

(1) In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. An der Betriebsleitung sind ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegekraft und der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes zu beteiligen. Der Krankenhausträger regelt die Aufgaben der Betriebsleitung und die Zuständigkeiten ihrer Mitglieder.

(2) Das Krankenhaus ist nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten nach den Vorgaben des Feststellungsbescheides in Abteilungen gegliedert.

§ 35 Ärztlicher Dienst

(1) Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung im Sinne des Feststellungsbescheides mindestens einen nicht weisungsgebundenen Abteilungsarzt zu bestellen, der für die Untersuchung und Behandlung der Patienten seiner Abteilung verantwortlich ist. Auch Belegärzte können Abteilungsärzte sein.

(2) Belegärzte dürfen nur tätig werden, soweit die Abteilung nach dem Feststellungsbescheid als Belegabteilung zugelassen ist. Darüber hinaus dürfen Ärzte, die weder Belegärzte noch hauptamtlich im Krankenhaus tätige Ärzte des Krankenhauses sind, nur zur ergänzenden Untersuchung und Behandlung tätig werden, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist.

Eine Vorlage des Abschlußberichtes soll nur erfolgen, wenn die Bestätigung des Abschlußprüfers nicht eingeschränkt erfolgt ist.

In Abs. 3 Satz 2 entfallen die Worte "im übrigen nur auf deren Verlangen"

Folgender Abs. 2 wird eingefügt:

(2) Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Abs. 1 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind.

Abs. 2 wird Abs. 3

§35 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

§35 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

(2) Belegärzte sollen grundsätzlich nur tätig werden, soweit die Abteilung nach dem Krankenhausplan als Belegabteilung zugelassen ist. Darüber hinaus dürfen Ärzte in einer Fachrichtung, die nach dem Feststellungsbescheid im Krankenhaus nicht vorgesehen ist, nur zu ergänzenden Untersuchungen und Behandlungen tätig werden, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist.

Für das Tätigwerden von Belegärzten ist eine flexiblere Regelung erforderlich.

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

§ 36 Struktur der kommunalen Krankenhäuser

Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften der Kommunalverfassungsgesetze durch die §§ 32 bis 35 unberührt. Verordnungen nach § 88 Abs. 2 Satz 3 der Gemeindeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. August 1984 (GV. NW. S. 475) werden, soweit sie die Struktur der kommunalen Krankenhäuser regeln, im Einvernehmen mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister erlas-

§36 erhält folgende Überschrift:
Struktur der kommunalen und kirchlichen Krankenhäuser

Folgende Abs. 2 und 3 werden eingefügt:

(2) Verordnungen aufgrund von § 8 Abs. 2 sowie § 9 und § 33 Abs. 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzurechnenden Einrichtungen - ohne Rücksicht auf ihre Rechtsform - betrieben werden. Die Religionsgemeinschaften treffen für die Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen.

(3) Die Regelungen im Sinne von Abs. 1 Satz 2 müssen sicherstellen, daß der Standard der Krankenhaushygiene und die Transparenz und Koordination des Arzneimittelensatzes nicht hinter den in Abs. 1 Satz 1 genannten Bestimmungen zurückbleibt.

§ 37 Statistik

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister sowie den von ihm bestimmten Stellen Auskünfte zu erteilen, die für die Aufstellung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser (z. B. Angaben über Verweildauer, Bettennutzung, Krankenhauszufügigkeit usw.) benötigt werden. Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die unter die Auskunftspflicht fallenden Umstände und das Verfahren im einzelnen festzustellen.

Abschnitt V

Übergangs- und Schlußbestimmungen

§ 38 Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister ist zuständig für den Erlaß der zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften sowie die nach diesem Gesetz zu treffenden Entscheidungen und Planungsmaßnahmen, insbesondere die Aufstellung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms. Entscheidungen nach § 13 sind im Einvernehmen mit dem für die Raumordnung und Landesplanung zuständigen Minister und dem Finanzminister und bei Hochschulkliniken zugleich mit dem Minister für Wissenschaft und Forschung. Entscheidungen nach § 17 sind im Einvernehmen mit dem Finanzminister zu treffen.

§ 39 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Hochschulkliniken

- (1) Auf die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG sind die Vorschriften der Abschnitte II und III und des § 38 mit Ausnahme der §§ 22 und 27 entsprechend anzuwenden.
- (2) Auf nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser finden nur § 2 Abs. 1 Satz 2, §§ 7 und 8, einschließlich der auf § 8 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung, § 10 Abs. 4 hinsichtlich der Mitwirkung im Rettungsdienst, § 11 Abs. 2 und § 12 Anwendung.
- (3) Auf Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug finden § 7 mit der Maßgabe, daß es einer Beteiligung der Krankenkassen nicht bedarf, § 8 einschließlich der auf § 8 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung und § 12 Anwendung.
- (4) Auf Krankenhäuser nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG sind die Abschnitte I und II, Abschnitt IV mit Ausnahme des § 32 Abs. 1, des § 33 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 und der §§ 34 bis 36 sowie Abschnitt V mit Ausnahme des § 40 anzuwenden.

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

(5) Auf Krankenhäuser, deren Träger bundesunmittelbare Körperschaften gemäß Artikel 87 Abs. 2 GG sind, findet § 12 keine Anwendung.

§ 40 Übergangsvorschrift

(1) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gemäß § 21 Abs. 8 letzter Halbsatz sind für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern die Regelungen der Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2355) sinngemäß anzuwenden.

(2) § 19 Abs. 3 ist auch auf solche Investitionen anzuwenden, die auf Grund der Jahreskrankenhausbauprogramme 1985 bis 1987 gefördert und deren förderungsfähige Kosten noch nicht festgesetzt worden sind.

§ 41 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1988 in Kraft. Gleichzeitig treten das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW - vom 25. Februar 1975 (GV. NW. S. 210), geändert durch Gesetz vom 26. Juni 1984 (GV. NW. S. 370), und die Verordnung zur Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG - sowie des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW - (DV - KHG) vom 8. Februar 1983 (GV. NW. S. 49), geändert durch Verordnung vom 6. Dezember 1985 (GV. NW. S. 737), außer Kraft.

1012424
EA

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
10. WAHLPERIODE
VORLAGE
10/1212

(mw2909-2)

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Krankenhausgesetz
des Landes NW

Anderungsanträge
der F.D.P.-Fraktion

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Grundsatz

~~(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen. Das Gesetz soll zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen. Es soll die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie mit den niedergelassenen Ärzten fördern.~~

(2) Die Krankenversorgung sicherzustellen und leistungsfähige Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, ist eine öffentliche Aufgabe. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung obliegt dem Land. Gemeinden und Gemeindeverbände sind im Rahmen des Krankenhausplanes verpflichtet, dabei mitzuwirken.

(3) Die Aufgabe, leistungsfähige Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, wird in der Regel von freien gemeinnützigen Trägern, von kommunalen Trägern und vom Land wahrgenommen. Darüber hinaus sind private Träger an der Krankenhausversorgung beteiligt. Falls sich kein anderer geeigneter Träger findet, sind Gemeinden und Gemeindeverbände verpflichtet, Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, kreisangehörige Gemeinden jedoch nur, wenn sie die erforderliche Finanzkraft besitzen.

Abs. (4)

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid jeden, der seine Leistungen benötigt, nach Art und Schwere der Erkrankung zu versorgen. Notfallpatienten sind vorrangig zu versorgen.

(2) Das Krankenhaus kann gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen) erbringen, soweit dadurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. Besondere Verpflegung, besondere Unterbringung und der Abschluß eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrages dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden. Privatstationen werden nicht mehr eingerichtet und betrieben.

§ 1 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

(1) Zweck dieses Gesetzes

ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um die Krankenhausversorgung der Bevölkerung mit einem bedarfsgerechten System einander ergänzender, miteinander kooperierender, leistungs- u. entwicklungsfähiger Krankenhäuser sicherzustellen. Eine enge Zusammenarbeit von eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere den niedergelassenen Ärzten ist zu fördern, um zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

Folgender Abs. 4 wird neu eingefügt:

"4) Die Krankenhäuser sind ohne Rücksicht auf ihre Trägerschaft nach gleichen Grundsätzen zu fördern."

§ 2 Abs. 1 wird um folgenden Halbsatz ergänzt:

"die dafür erforderlichen Einrichtungen sind vorzuhalten"

In § 2 Abs. 2 werden die beiden letzten Worte gestrichen: "und betrieben"

1012424
E2

(mw2909-2)

Gesetzentwurf
der Landesregierung

Anderungsantrag
der F.D.P.-Fraktion

§ 3 Pflege und Betreuung der Patienten

(1) Die Patienten haben Anspruch auf eine menschenwürdige Behandlung; dies gilt im besonderen Maße für Sterbende.

(2) Die Betriebsabläufe des Krankenhauses sollen patientenfreundlich gestaltet werden. Insbesondere ist den Bedürfnissen der Patienten nach Schonung und Ruhe soweit wie möglich Rechnung zu tragen. Dies gilt auch für eine ungestörte Nachtruhe. 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. Berufstätigen sind auch an Werktagen außerhalb ihrer Arbeitszeit Krankenbesuche zu ermöglichen.

§ 3 entfällt ersatzlos

§ 4 Kind im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus hat im Rahmen seiner Möglichkeiten bei Kindern eine Begleitperson aufzunehmen, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist.

(2) Das Krankenhaus unterstützt in Abstimmung mit der Schulbehörde die schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

(3) Die Belange kranker Kinder sind bei der Regelung der Besuchszeiten besonders zu berücksichtigen.

§4 entfällt ersatzlos

§ 5 Patientenfürsprecher

(1) Der Krankenhausträger bestellt für jedes Krankenhaus einen Patientenfürsprecher, der an Weisungen nicht gebunden ist.

(2) Der Patientenfürsprecher prüft Anregungen und Beschwerden der Patienten und vertritt deren Anliegen gegenüber dem Krankenhaus. Er kann sich mit Einverständnis des betroffenen Patienten an die Betriebsleitung, den Krankenhausträger und in schwerwiegenden Fällen an die zuständige Behörde wenden. Im übrigen ist er zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Betriebsleitung, der Krankenhausträger und die zuständige Behörde sind verpflichtet, dem Vorbringen des Patientenfürsprechers nachzugehen und ihm die notwendigen Auskünfte zu erteilen.

(3) Das Krankenhaus gibt den Patienten Namen und Anschrift des Patientenfürsprechers bekannt.

§ 5 entfällt ersatzlos

E 3

(nw2909-2)

Gesetzentwurf
der Landesregierung

Anderungsantrag
der F.D.P.-Fraktion

§ 6 Sozialer Dienst

- (1) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen.
- (2) Der soziale Dienst wird auf Wunsch des Patienten tätig. Er arbeitet eng und vertrauensvoll mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst zusammen. Er hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen und ihn in sozialen Fragen zu beraten. Die Beratung erfolgt insbesondere durch persönliche Hilfe, die Unterstützung bei der Einleitung von medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Rehabilitationsmaßnahmen sowie durch die Vermittlung von Hilfen des Gesundheits- und Sozialwesens, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen.

§ 6 entfällt
ersatzlos

§ 7 Qualitätssicherung

Die Krankenhäuser gewährleisten eine interne Qualitätssicherung. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, im Einvernehmen mit der Ärztekammer und den Krankenkassen externe qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen.

§ 7 entfällt
ersatzlos

§ 8 Krankenhaushygiene

- (1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, alle erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen.
- (2) Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung
 1. Maßnahmen zur Erfassung von Krankenhausinfektionen,
 2. Aufgaben, Bildung und Zusammensetzung einer Hygienekommission,
 3. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachkräften
 im einzelnen zu regeln.

§ 8 Abs.1 entfällt ersatzlos

Abs. 2 wird Abs. 1

Ziffer 2 entfällt ersatzlos

§ 9 Arzneimittelkommission

(1) Jedes Krankenhaus hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. Krankenhäuser eines Trägers oder Krankenhäuser, zwischen denen ein Versorgungsvertrag im Sinne des § 14 des Gesetzes über das Apothekenwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993) besteht, können auch eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden.

(2) Die Arzneimittelkommission hat die Aufgabe,

1. die im Krankenhaus üblicherweise zu verwendenden Arzneimittel unter besonderer Berücksichtigung ihrer Qualität und Preiswürdigkeit sowie der Aufgabenstellung des Krankenhauses aufzulisten (Arzneimittelliste),
2. die Ärzte in Fragen der Arzneimittelversorgung zu beraten und zu informieren.

(3) Die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste ist von den im Krankenhaus tätigen Ärzten 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 zu unterrichten. Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die nach Art und Umfang über das bekannte Maß hinausgehen, sind der Arzneimittelkommission unverzüglich mitzuteilen.

§ 9 entfällt ersatzlos ✓

§ 10 Zusammenarbeit der Krankenhäuser

(1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid zur Zusammenarbeit verpflichtet.

(2) Diese 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 Krankenhausaufnahmen,
4. die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,
5. die Mitwirkung bei der Schwangerenbetreuung,
6. die festzulegenden Notfallaufnahmebereiche nach § 10 Abs. 1 des Gesetzes über den Rettungsdienst vom 26. November 1974 (GV. NW. S. 1481),
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.

(3) Über die Zusammenarbeit sind zwischen den beteiligten Krankenhäusern und gegebenenfalls den sonstigen beteiligten Stellen Vereinbarungen zu treffen. In diesen Vereinbarungen ist in den Fällen des Absatzes 2 Nrn. 8 und 9 auch eine Regelung über die Beteiligung an den Kosten für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter aus den pauschalen Fördermitteln aller beteiligten Krankenhäuser zu treffen.

(4) Die Krankenhäuser sind außerdem zur ~~persönlichen und sachlichen Mitwirkung im Rettungsdienst und zur Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten,~~ dem öffentlichen Gesund-

~~heitsdienst, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Katastrophenschutzbehörden und den Krankenkassen verpflichtet.~~

§ 10 Abs. 2, Ziffer 2

Die Worte: "Zusammenwirken mit den niedergelassenen Ärzten" werden gestrichen: Stattdessen wird eingefügt:
"Einvernehmen mit den niedergelassenen Ärzten und Zusammenwirken mit Sozialstationen"

Ziffer 8 wird wie folgt ergänzt:

"auch mit niedergelassenen Ärzten"

Abs. 4 erhält folgende neue Fassung:

Die Krankenhäuser sind außerdem zur personellen und sächlichen Mitwirkung im Rettungsdienst verpflichtet. Die Finanzierung der Kosten ist sicherzustellen. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, öffentlicher Gesundheitsdienst, Katastrophenschutzbehörden, Krankenkassen und sonstige Einrichtungen des Gesundheits- u. Sozialwesens sind zur Zusammenarbeit verpflichtet."

§ 11 Zentraler Bettennachweis, Einsatz- und Alarmpläne

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, dem Zentralen Krankenbettennachweis bei den kreisfreien Städten und Kreisen (§ 6 Abs. 3 des Gesetzes über den Rettungsdienst in der jeweils geltenden Fassung) alle erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere die Zahl der freien Betten, gegliedert nach Abteilungen, zu melden. Das Recht der Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, zur Mitwirkung im Katastrophenschutz Einsatz- und Alarmpläne aufzustellen und mit der zuständigen Katastrophenschutzbehörde abzustimmen.

§ 12 Aufsicht

(1) Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen unterliegen der Aufsicht.

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere dieses Gesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG - in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1985 (BGBl. 1986 I. S. 33), der Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666) und der Krankenhausbauverordnung vom 21. Februar 1978 (GV. NW. S. 154). Die Vorschriften über die allgemeine Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die medizinischen Einrichtungen der Hochschulen des Landes sowie über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

(3) Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sind verpflichtet der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Insofern wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

(4) Es sind

untere Aufsichtsbehörde
die kreisfreie Stadt und der Kreis,

obere Aufsichtsbehörde
der Regierungspräsident,

oberste Aufsichtsbehörde
der für das Gesundheitswesen zuständige Minister.

§ 12 erhält folgende neue Fassung:

"Allgemeine Rechtsaufsicht"

* allgemeinen Rechtsaufsicht"

Abschnitt II
Planung

§ 13 Krankenhausplan

(1) Zur Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen stellt der für das Gesundheitswesen zuständige Minister nach Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn entsprechend der Entwicklung fort. Der Krankenhausplan in der jeweils geltenden Fassung ist alle zwei Jahre im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen zu veröffentlichen.

(2) Der Krankenhausplan hat den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach ~~Standort, Träger, Abteilungen mit der Bettenzahl, Versorgungsgebieten~~ und kreisfreien Städten und Kreisen auszuweisen. Die Einzelfestlegungen können inhaltlich und zeitlich beschränkt werden, soweit dies zur Anpassung des gegenwärtigen Leistungsangebots an die Bedarfsentwicklung geboten ist. Der Krankenhausplan weist daneben die Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG sowie die als bedarfsgerecht abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräte gemäß § 10 KHG aus. Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes sind die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten.

(3) In den Versorgungsgebieten ist eine abgestufte Krankenhausversorgung zu gewährleisten, soweit dies zur bedarfsgerechten Krankenhausversorgung notwendig ist. Die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete sind zu berücksichtigen; dies gilt auch hinsichtlich der Vielfalt der Krankenhausträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG.

(4) Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung können Krankenhäusern im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger im Krankenhausplan besondere Aufgaben zugeordnet werden. Besondere Aufgaben sind insbesondere die Entwicklung disziplin- und bereichsübergreifender, standardisierter Diagnose- und Therapieleitlinien sowie die Führung von Nachsorgeregistern.

(5) Dem Krankenhaus können auch Aufgaben der Ausbildung zugewiesen werden, wenn die Finanzierung der damit verbundenen Kosten gewährleistet ist.

§ 13 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

(1) Zur Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen stellt der für das Gesundheitswesen zuständige Minister nach Anhörung der Beteiligten gemäß § 14 KHG, NW und im Benehmen mit dem zuständigen Landtagsausschuß einen Krankenhausplan gemäß § 10 KHG auf und schreibt ihn jährlich fort. Die jeweils geltende Fassung wird zum 1. Januar eines jeden Jahres im Ministerialblatt veröffentlicht.

In Abs. 2 Satz 1 werden die Worte: "Standort, Träger, Abteilungen mit Bettenzahl, Versorgungsgebieten und " gestrichen und stattdessen nach den Worten "kreisfreien Städten und Kreisen" die Worte eingesetzt: "Träger, Bettenzahl und Fachabteilungen."

Hinter Abs. 2, Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

"Die Gründe der Beschränkung sind im Feststellungsbescheid anzugeben."

Abs. 3 entfällt ersatzlos

Abs. 5 erhält folgende Fassung:

Dem Krankenhaus können mit Zustimmung des Krankenhausträgers auch Aufgaben der Ausbildung zugewiesen werden, wenn die Finanzierung der damit verbundenen Kosten durch das Land gewährleistet ist.

§ 14 Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans

(1) Zur Mitwirkung bei der Aufstellung des Krankenhausplans wird bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister ein Landesausschuß für Krankenhausplanung (Landesausschuß) gebildet. Dem Landesausschuß gehören an (unmittelbar Beteiligte)

1. sieben Vertreter der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen,
2. sechs Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen sowie ein Vertreter des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung und
3. drei Vertreter der kommunalen Spitzenverbände.

Bei der Aufstellung des Krankenhausplans sind einvernehmliche Regelungen mit dem Landesausschuß anzustreben.

(2) Der Landesausschuß hat darüber hinaus die Aufgabe, Empfehlungen zu erarbeiten

1. für Planungsziele und -kriterien und für die qualitativen und quantitativen Inhalte des Krankenhausplanes je Versorgungsgebiet,
2. für die Umsetzung der Planungsziele und Kriterien im Versorgungsgebiet unter Berücksichtigung der Vorschläge der Beteiligten nach Absatz 4 und
3. zur Fortschreibung des Krankenhausplans.

(3) Den Vorsitz im Landesausschuß und die Geschäfte des Landesausschusses führt der für das Gesundheitswesen zuständige Minister. Er beruft den Landesausschuß zu seinen Sitzungen ein. Der Landesausschuß ist einzuberufen, wenn dies von mindestens sieben Mitgliedern beantragt wird. Der Minister für Wissenschaft und Forschung, der Innenminister, der Finanzminister sowie der Landesrechnungshof sind berechtigt, an den Sitzungen des Landesausschusses teilzunehmen.

(4) Beteiligte an der Krankenhausversorgung sind neben den unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 Satz 2

1. die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen,
2. die Ärztekammern,
3. die kreisfreien Städte und Kreise,
4. der Landesverband der DAG,
5. die Bezirksverwaltungen der Gewerkschaft ÖTV,
6. der Landesverband Marburger Bund,

§ 14 erhält folgende Fassung:

Vor der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans hat der für das Gesundheitswesen zuständige Minister folgende Beteiligte anzuhören:

1. Krankenhausgesellschaft NRW
2. Spitzenverbände der Krankenhausträger
3. Landesverbände der Krankenkassen
4. Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung
5. Kommunale Spitzenverbände
6. Kreisfreie Städte und Kreise
7. Ärztekammern
8. Landschaftsverbände, soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind
9. Kassenärztliche Vereinigungen, soweit es sich um medizinisch technische Großgeräte handelt.

(mw2909-2)

Gesetzentwurf
der Landesregierung

Änderungsantrag
der F.D.P.-Fraktion

7. die Landschaftsverbände, soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind und
8. die Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit es sich um medizinisch-technische Großgeräte handelt.

Die Beteiligten an der Krankenhausversorgung und die betroffenen Krankenhäuser werden von der zuständigen Behörde zu den Vorgaben und Empfehlungen für die Krankenhausplanung gehört. Die Beteiligten erhalten ferner Gelegenheit, innerhalb einer angemessenen Frist für jeweils ein Versorgungsgebiet einen gemeinsamen Vorschlag zur Verteilung des durch die Rahmenplanung vorgegebenen Bedarfs an Krankenhausbetten auf die Krankenhäuser unter Berücksichtigung ihrer Strukturierung und ihres Versorgungsauftrages zu unterbreiten.

(5) Kommt eine einvernehmliche Regelung zwischen dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und dem Landesausschuß nicht zustande, entscheidet der Minister. Das gleiche gilt, wenn ein gemeinsamer Vorschlag nach Absatz 4 Satz 3 nicht unterbreitet wird oder dieser Vorschlag wesentlich von den Vorgaben und Empfehlungen des Landesausschusses für das Versorgungsgebiet abweicht.

(6) Bei der Fortschreibung des Krankenhausplans für einzelne Krankenhäuser sind die Beteiligten (Absatz 1 Satz 2, Absatz 4 Satz 1) und das Krankenhaus von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister zu hören.

§ 15 Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Nach Aufstellung des Krankenhausplans wird die Aufnahme oder Nichtaufnahme durch einen schriftlichen Bescheid der zuständigen Behörde festgestellt; der Feststellungsbescheid über die Aufnahme muß enthalten

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses,
2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan,
- ~~4. das Versorgungsgebiet,~~
5. die Gesamtzahl der im Krankenhausplan im Ist und Soll anerkannten Betten, bei psychiatrischen Krankenhäusern und anderen Sonderkrankenhäusern die Zahl der anerkannten förderungsfähigen Betten,
6. die Zahl und Art der Abteilungen ~~und ihre Bettenzahl,~~
7. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG,
8. die medizinisch-technischen Großgeräte nach § 22 sowie
9. die Bezeichnung besonderer Schwerpunktaufgaben.

Die in ~~den~~ Nummern ~~5 und 6~~ im Ist ausgewiesenen Betten sind Planbetten im Sinne des Gesetzes.

(2) Beabsichtigte Abweichungen von den in Absatz 1 Nrn. 1, 2 und 5 bis 9 bezeichneten Festlegungen sind der zuständigen Behörde rechtzeitig anzuzeigen; sie werden bei der Förderung nur nach Änderung des Feststellungsbescheides berücksichtigt. Die Änderung des Feststellungsbescheides ist abzulehnen, soweit sie nicht mit den Zielen des Krankenhausplanes im Einklang steht. Fördermittel können ganz oder teilweise versagt, zurückbehalten und zurückgefordert werden, wenn von den Festlegungen im Feststellungsbescheid ohne Zustimmung der zuständigen Behörde tatsächlich abgewichen wird. Das gleiche gilt, wenn das Krankenhaus die im Soll ausgewiesenen Betten oder Abteilungen aus Gründen, die es zu vertreten hat, nicht bis zum vorgesehenen Zeitpunkt tatsächlich vorhält.

(3) Unterschreitet die durchschnittliche Ausnutzung der Planbetten insgesamt ~~oder in einzelnen Abteilungen~~ in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren 75 v.H., hat das Krankenhaus dies der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen und einen Vorschlag zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl oder zur Umstrukturierung des Krankenhauses zu unterbreiten.

§ 15 Abs. 1, Ziffer 4 entfällt ersatzlos

In Ziffer 6 entfallen die Worte "und ihre Bettenzahl"

Neue Ziffer 10:

10. Die für eine inhaltliche oder zeitliche Beschränkung der Einzelfestlegungen maßgebenden Gründe.

Abs. 1, letzter Satz beginnt mit den Worten:
"Die in Nummer 5 im Ist ausgewiesenen..."

In Abs. 3, Satz 1 entfallen die Worte:

"oder in einzelnen Abteilungen"

(mw2909-2)

Gesetzentwurf
der Landesregierung

U
Anderungsantrag
der F.D.P.-Fraktion

Abschnitt III

Krankenhausförderung

§ 16 Förderungsgrundsätze, Art der Förderung

(1) Krankenhäuser werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts öffentlich gefördert. Dies gilt für notwendigerweise mit einem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätten (§ 2 Nr. 1a KHG) entsprechend.

(2) Die Förderung wird auf Antrag ~~in Form von Zuschüssen~~ gewährt.

(3) Dem Krankenhaus obliegt es, die zur ~~Berurteilung~~ eines Förderanspruchs ~~notwendigen~~ Angaben zu machen und zu belegen. Kommt es dieser ~~Verpflichtung nicht, nicht vollständig, nicht fristgerecht oder unrichtig nach~~, so können Fördermittel versagt werden.

§ 17 Investitionsprogramm

(1) Zur Förderung des Krankenhausbaus stellt der für das Gesundheitswesen zuständige Mini-

ster auf der Grundlage des Krankenhausplans ein Investitionsprogramm gemäß §§ 6 und 8 KHG auf. Darin wird die ~~vorgesehene Verwendung der in dem betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden~~ Fördermittel für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 dargestellt. Die Feststellung der Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm ist mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel zu verbinden und begründet den Rechtsanspruch auf Förderung.

(2) Bei der Aufstellung des Investitionsprogramms nach Absatz 1 gilt § 14 Abs. 1, Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 entsprechend.

(3) Das Investitionsprogramm ist im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen zu veröffentlichen.

§ 16

In Abs. 2 werden die Worte gestrichen:
"In Form von Zuschüssen"

§ 16 Abs. 3 entfällt ersatzlos

Ja

§ 17 Abs. 1, Satz 1

Wird hinter die Worte: "auf der Grundlage des Krankenhausplans ein" das Wort "mehrjähriges" eingeführt.

In Abs. 1, Satz 1 werden die Worte "in dem betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden" gestrichen.

11

(mw2909-2)

Gesetzentwurf
der Landesregierung

Änderungsantrag
der F.D.P.-Fraktion

§ 18 Einzelförderung

(1) Investitionskosten werden für

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Betrieb des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid notwendigen Anlagegütern,
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
3. die Ergänzung von Anlagegütern, die über die übliche Anpassung (§ 9 Abs. 4 KHG) wesentlich hinausgeht,

~~im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel~~ gefördert (Einzelförderung).

(2) Voraussetzung für die Bewilligung von Fördermitteln für Maßnahmen nach Absatz 1 Nr. 1 ist die Aufnahme in ein Investitionsprogramm, für Maßnahmen nach Absatz 1 Nrn. 2 und 3 der Nachweis der Dringlichkeit und Notwendigkeit. Darüber hinaus setzt die Bewilligung voraus, daß die Kosten für das einzelne Vorhaben die Wertgrenze nach § 21 Abs. 1 Nr. 2 übersteigen, ~~die gesamte Finanzierung gesichert~~ und mit der Maßnahme vor der Bewilligung oder einer schriftlichen Einwilligung des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministers nicht begonnen worden ist.

(3) Die Kosten für den Erwerb oder die Ausstattung bereits betriebener Krankenhäuser sind nicht förderungsfähig.

(4) Wird ein Krankenhaus erstmals nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Krankenhausplan aufgenommen, so werden nur die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Investitionskosten gefördert.

§ 18 Abs. 1, letzter Satz:

Die Worte "Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel" werden ersatzlos gestrichen.

In Abs. 2, Satz 2 werden die Worte "die gesamte Finanzierung gesichert" gestrichen.

§ 19 Umfang der Einzelförderung

(1) Bei der Festlegung des förderungsfähigen Umfangs einer Investition nach § 18 sind die Folgekosten, insbesondere die Auswirkung auf die Pflegesätze zu berücksichtigen.

~~(2) Gefördert werden nur die Kosten, für die nachgewiesen ist, daß sie bei Anwendung der Grundsätze von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung gerechtfertigt sind.~~

(3) Die förderungsfähigen Kosten vermindern sich, soweit darin die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter enthalten ist, um die pauschalen Fördermittel, die dem Krankenhaus

1. bis zum Baubeginn ausgezahlt, aber noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,

2. während der Bauzeit bis zur Inbetriebnahme der geförderten Baumaßnahme ausgezahlt werden, soweit sie nicht für unabwendbare Maßnahmen verwendet werden müssen.

Vorhandene Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens sind zu übernehmen, soweit dies wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

§ 19 Abs. 1 erhält folgende Fassung:
Gefördert werden die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind. Die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze sind zu berücksichtigen.

§ 19 Abs. 2 entfällt ersatzlos

§ 19 Abs. 3 wird Abs. 2

§ 19 Abs. 3, Ziffer 1 erhält folgende Fassung:
bis zum Baubeginn ausgezahlt, aber noch nicht anteilig zweckentsprechend verwendet worden sind oder nachweislich für andere Vorhaben benötigt werden.

§ 20 Bewilligung der Einzelförderung, ~~Zuschuß-~~
~~formen~~

(1) Bei der Bewilligung der Einzelförderung wird der Förderbetrag mit Zustimmung des Krankenhausträgers als Festbetrag gemäß Absatz 2 festgelegt oder nach den anfallenden förderungsfähigen Kosten bemessen.

(2) Der Festbetrag ist so zu bemessen, daß die entstehenden förderungsfähigen Kosten unter Anwendung der Grundsätze des § 19 gedeckt werden. Die Festbetragsfinanzierung soll Anreize zu einer kostengünstigen Verwirklichung der Investition geben. Eingesparte Fördermittel sind dem Krankenhaus zur selbstverantwortlichen Verwendung für andere Investitionen, die nach § 18 Abs. 1 oder § 21 Abs. 1 förderungsfähig sind, nach vorheriger Anzeige an die zuständige Behörde zu belassen; § 31 Abs. 1 gilt entsprechend. Mehrkosten müssen vom Krankenhaus getragen werden. Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher unabweisbarer behördlicher Anordnungen erforderlich werden und der Krankenhausträger die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. Der Verwendungsnachweis beschränkt sich auf den Nachweis, daß die Mittel für die geförderte Maßnahme, bei Unterschreiten des Festbetrages für weitere selbstverantwortlich durchgeführte förderungsfähige Maßnahmen verwendet und diese funktionsfähig fertiggestellt worden sind. Eine einge-

§ 20 Abs. 1

das Wort "Zuschußformen" wird gestrichen

§ 20 Abs. 2, Satz 4 erhält folgende Fassung:

"Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten aufgrund vom Krankenhausträger nicht vorherzusehenden und nicht zu vertretenden Umständen entstanden sind und der Krankenhausträger die zuständige Behörde von ihrem Entstehen unverzüglich nach dem Bekanntwerden unterrichtet hat".

hende Prüfung im Rahmen der Schlußabrechnung erfolgt nur, soweit besondere Gründe vorliegen.

(3) In den übrigen Fällen richtet sich die Förderung nach den für die bewilligte Investition entstehenden nachgewiesenen förderungsfähigen Kosten. Die Bewilligung legt die voraussichtliche Förderung auf der Grundlage der geprüften Kosten fest. ~~Bei unvorhergesehenen außergewöhnlichen Kostensteigerungen kann die Bewilligung nachträglich eingeschränkt und insbesondere bestimmt werden, daß die Kosten durch Verminderung des Umfangs der Investition und durch sparsamere Ausführung gesenkt werden.~~ Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit unabweisbare Mehrkosten nachgewiesen werden und das Krankenhaus die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. Mehrkosten, die durch eine Abweichung der von der genehmigten Bauplanung bedingt sind, können von der Förderung ausgeschlossen werden, wenn die zuständige Behörde in die Änderung nicht eingewilligt hat. Soweit Abweichungen unabweisbar sind, hat die zuständige Behörde sie zu genehmigen. Die Höhe der Förderung wird nach Vorlage und Prüfung der Schlußabrechnung und des Verwendungsnachweises endgültig festgesetzt. Übersteigen die aufgrund der Bewilligung ausgezahlten Fördermittel den endgültigen förderungsfähigen Betrag, ist der zuviel gezahlte Betrag zu erstatten.

§ 21 Pauschale Förderung

(1) Durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschale) werden gefördert

1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter).
2. sonstige nach § 18 förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern der

ersten Anforderungsstufe	50000 DM
zweiten Anforderungsstufe	75000 DM und
dritten Anforderungsstufe	100000 DM

ohne Mehrwertsteuer nicht übersteigen.

Zur Wiederbeschaffung gehören auch die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern, soweit diese Kosten nicht im Pflegesatz zu berücksichtigen sind. Nummer 2 findet auch dann Anwendung, wenn die Wertgrenze nachträglich überschritten wird.

(2) Zur Ermittlung der Anforderungsstufe des Krankenhauses werden die Planbetten des Krankenhauses mit dem nach Absatz 4 maßgebenden Bettenpunktwert vervielfacht. Bruchteile der sich

§ 20 Abs. 3, Satz 3 entfällt ersatzlos

In Satz 4 werden hinter das Wort "unverzüglich" die Worte eingesetzt: nach Bekanntwerden.

§ 21 erhält folgende Fassung:

Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innen- und Finanzminister nach Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses das Nähere zur Bemessung der pauschalen Förderung zu bestimmen. Insbesondere ist er verpflichtet, in Abständen von zwei Jahren die Wertgrenzen der nach § 18 KHG förderungsfähigen Investitionen und die Förderbeträge der Preisentwicklung anzupassen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind.

insgesamt ergebenden Bettenpunktzahl werden bis 0,4 abgerundet und ab 0,5 aufgerundet.

(3) Es gehören Krankenhäuser mit einer Bettenpunktzahl

bis zu 349 Punkten zur ersten Anforderungsstufe, von 350 bis 599 Punkten zur zweiten Anforderungsstufe und ab 600 Punkten zur dritten Anforderungsstufe.

(4) Der Punktwert je Planbett (Bettenpunktwert) beträgt in den von Ärzten des Krankenhauses hauptamtlich geleiteten Abteilungen sowie für Intensivpflegebetten und Betten in gesondert ausgewiesenen Einheiten für Infektionskranke für

1. Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten	3,3
2. Neurologie	2,1
3. Säuglings- und Kinderheilkunde einschl. Kinderchirurgie	1,9
4. Intensivpflege, Infektionskrankheiten, Urologie, Augenkrankheiten	1,5

Im übrigen beträgt der Bettenpunktwert eins.

(5) Die Fördermittel betragen jährlich für jedes Planbett bei Krankenhäusern der

ersten Anforderungsstufe	2750 DM
zweiten Anforderungsstufe	3200 DM
dritten Anforderungsstufe	4100 DM

Abweichend von Satz 1 kann im Ausnahmefall ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist.

(6) Psychiatrische Sonderkrankenhäuser gelten als Krankenhäuser der ersten Anforderungsstufe. Für jedes über die Bettenpunktzahl 349 hinausgehende Planbett im Fachbereich Psychiatrie betragen die Fördermittel 1375 DM. Werden Planbetten anderer Fachbereiche vorgehalten, betragen die Fördermittel für diese Planbetten 2750 DM.

(7) Für die mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG wird die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter durch Festsetzung eines anderen Betrages (Absatz 5 Satz 2) gefördert.

(8) Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innenminister und dem Finanzminister durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 5 und 6 in Abständen von zwei Jahren der Preisentwicklung anzupassen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind.

§ 22 Medizinisch-technische Großgeräte

Die Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte wird nur insoweit nach § 21 Abs. 5 Satz 2 gefördert, als die in §§ 8 und 10 KHG bezeichneten Voraussetzungen vorliegen und das Krankenhaus den Nachweis geführt hat, daß die Kosten der Beschaffung nicht anderweitig gedeckt werden können. Insbesondere hat das Krankenhaus nachzuweisen, daß die Kosten nicht hätten gedeckt werden können durch

1. Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeiträgen

a) aus den Gebühren der das Gerät nutzenden liquidationsberechtigten Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen,

b) aus den Sachkosten für die Untersuchung und Behandlung von Patienten aus anderen Krankenhäusern,

die zur Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte angesammelt worden sind oder hätten angesammelt werden können,

2. Einnahmen, die aufgrund von Vereinbarungen nach § 10 Abs. 3 Satz 2 in Verbindung mit Abs. 2 Nr. 8 erzielt worden sind oder hätten erzielt werden können und

3. Fördermittel nach § 21 Abs. 5, die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind.

§ 23 Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) Anstelle der Förderung nach § 18 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung solcher Anlagegüter bewilligt werden, wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist und die für die Bewilligung zuständige Behörde vor Abschluß der Nutzungsvereinbarung ihr Einverständnis erklärt hat. Die Erklärung kann auch allgemein im voraus für die Nutzung bestimmter Güter abgegeben werden. Das Einverständnis kann nachträglich erteilt werden, soweit die Verweigerung eine erhebliche Härte darstellen würde und eine wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nachgewiesen ist.

(2) Die pauschal gewährten Fördermittel nach § 21 dürfen zu dem in Absatz 1 Satz 1 bezeichneten Zweck verwendet werden, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird.

§ 22 wird ersatzlos gestrichen

§ 24 Anlauf- und Umstellungskosten sowie
Grundstückskosten

(1) Es werden gefördert

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

die im Zusammenhang mit förderungsfähigen Investitionen nach § 18 stehen, soweit ohne deren Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes gefährdet wäre.

~~(2) Eine Betriebsgefährdung im Sinne von Absatz 1 ist nur dann gegeben, wenn die Finanzlage des Krankenhausträgers – bei gesellschaftsrechtlichen Betriebsformen auch unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Gesellschafter – eine Abgeltung aus eigener Kraft nicht zumutbar erscheinen läßt.~~

~~(3) Die Absicht, Leistungen nach Absatz 1 in Anspruch zu nehmen, ist spätestens mit dem Antrag auf Fördermittel für Investitionen nach § 18 mitzuteilen und zu begründen.~~

§ 25 Förderung von Kapitaldienstbelastungen

Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern, die nach § 21 gefördert werden, vor Aufnahme in den Krankenhausplan Darlehen auf dem Kapitalmarkt aufgenommen worden, so werden vom Zeitpunkt der Aufnahme in den Krankenhausplan in Höhe der sich hieraus ergebenden Lasten Fördermittel bewilligt. Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Gemeinden, soweit sie nicht in Zuschüsse umgewandelt wurden. Landesdarlehen für förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt.

(2) Sind während der Förderzeit die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen höher als die geförderten Tilgungsbeträge, so sind bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan Fördermittel in Höhe des Unterschiedsbetrages zu bewilligen. Sind während der Förderzeit die geförderten Tilgungsbeträge höher als die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen, so ist bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan der Unterschiedsbetrag zu erstatten.

§ 24 Abs. 1, Ziffer 1, 2, 3 werden wie folgt zu Ziffer 1 und 2 zusammengefaßt:

"(1) Es werden gefördert:

1. Anlauf- und Umstellungskosten, wenn bei wirtschaftlicher Betriebsführung des Krankenhauses die Kosten nicht gedeckt sind (Betriebsgefährdung),
2. Kosten für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, wenn sie im Rahmen der Krankenhausplanung notwendigerweise entstehen."

§ 24 Abs. 2 und Abs. 3 entfallen ersatzlos

§ 26 Ausgleich für Eigenmittel

(1) Werden in einem Krankenhaus bei Beginn der erstmaligen Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder diesem Gesetz förderungsfähige Investitionen genutzt, die nachweislich mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft wurden und deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so wird dem Krankenhausträger nach Feststellung des Ausscheidens des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung

gewährt, sofern der Krankenhausbetrieb eingestellt ist und das Krankenhaus nicht weiterhin für Krankenhauszwecke genutzt wird. Eigenmittel im Sinne des Satzes 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers.

(2) Der Berechnung des Ausgleichsbetrages sind die Buchwerte bei Beginn der Förderung und die hierauf beruhenden Abschreibungen zugrunde zu legen.

(3) Ein Ausgleichsanspruch entfällt, soweit nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder nach diesem Gesetz eine Ersatzinvestition gefördert wurde und die Mittel oder ihr Gegenwert noch im Vermögen des Krankenhausträgers vorhanden sind.

§ 27 Ausgleichsleistungen bei Einstellung des Krankenhausbetriebes

(1) Von der Rückforderung der Fördermittel kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(2) Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung der zuständigen Behörde ganz oder teilweise mit mindestens einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausgeschieden sind oder ausscheiden, sind Ausgleichszahlungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um bei der Einstellung des Krankenhausbetriebes oder bei der Umstellung auf andere Aufgaben unzumutbare Härten zu vermeiden. Dies gilt insbesondere für

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,
2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Einstellung entstehen.

(3) Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhauses auch pauschal geleistet werden.

(4) Die Ausgleichszahlungen sind zurückzuzahlen, wenn der Krankenhausbetrieb nicht innerhalb der vorgesehenen Frist ein- oder auf andere Aufgaben umgestellt ist.

§ 28 Versicherungs- und Instandhaltungspflicht

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, das förderungsfähige Anlagevermögen in verkehrsüblichem Umfang gegen Risiken zu versichern. Ein Förderanspruch entfällt, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden. Unterbleibt die Versicherung, ist das Krankenhaus im Schadensfall so zu behandeln, als sei es

versichert gewesen. Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den pauschalen Fördermitteln nach § 21 zuzuführen.

(2) Geförderte Anlagegüter sind vom Krankenhaus regelmäßig zu warten und instandzuhalten. Kommt das Krankenhaus dieser Verpflichtung nicht nach, und wird deshalb eine Investitionsmaßnahme notwendig, können Fördermittel versagt werden.

§ 29 Zweckbindung

(1) Die Bewilligung von Fördermitteln im Rahmen der Einzelförderung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, die zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks, insbesondere der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit, und zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich sind.

(2) Fördermittel dürfen nur nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides und im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses nach dem Feststellungsbescheid verwendet werden.

(3) Fördermittel nach § 18 sind über ein besonderes Bauabrechnungskonto abzuwickeln. Zinsträge und sonstige Nutzungen werden auf die bewilligten Fördermittel angerechnet.

(4) Pauschale Fördermittel sind entsprechend den Grundsätzen einer wirtschaftlichen Betriebsführung bis zur zweckentsprechenden Verwendung zinsgünstig anzulegen und auf einem besonderen Bankkonto nachzuweisen; die Zinsträge wachsen den Fördermitteln zu. Erträge aus der Veräußerung geförderter kurzfristiger Anlagegüter sind den pauschalen Fördermitteln zuzuführen.

In § 27 Abs. 4 werden nach den Worten: "wenn der Krankenhausbetrieb" folgende Worte eingefügt: "aus einem von dem Krankenhaus nicht zu vertretenden Grund"

§ 28 Abs. 2 entfällt ersatzlos

§ 29 Abs. 1 erhält folgenden zusätzlichen Satz:

"Die Nebenbestimmungen dürfen die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus nicht beeinträchtigen."

In § 29, Abs. 4, Satz 1 entfällt ersatzlos

§ 30 Rückforderung von Fördermitteln

(1) Werden Fördermittel nicht ihrem Zweck entsprechend, unwirtschaftlich oder nicht alsbald nach der Auszahlung verwendet, werden geförderte Anlagegüter nicht zweckentsprechend genutzt, oder werden sonstige mit den Fördermitteln verbundene Auflagen nicht erfüllt, oder ist der Widerruf aufgrund sonstiger Vorschriften zulässig, kann der Bewilligungsbescheid ganz oder teilweise mit Wirkung auch für die Vergangenheit widerrufen werden. Dies gilt auch, soweit der Bewilligungsbescheid vor Inkrafttreten dieses Gesetzes erlassen worden ist.

(2) Soweit ein Bewilligungsbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit widerrufen, zurückgenommen oder infolge des Eintritts einer auflösenden Bedingung unwirksam wird, sind die Fördermittel, auch soweit sie bereits verwendet worden sind, zurückzuzahlen. Hat das Krankenhaus die Umstände, die zum Widerruf, zur Rücknahme

oder zur Unwirksamkeit des Bewilligungsbescheides geführt haben, nicht zu vertreten, so gelten für den Umfang der Rückzahlung die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung entsprechend, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist. Auf den Wegfall der Bereicherung kann sich das Krankenhaus nicht berufen, soweit es die Umstände kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte, die zum Entstehen des Rückzahlungsanspruchs geführt haben. Der Rückzahlungsanspruch ist mit seiner Entstehung fällig und von diesem Zeitpunkt an mit 3 vom Hundert über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank jährlich zu verzinsen.

(3) Werden Fördermittel nicht alsbald nach der Auszahlung zweckentsprechend verwendet und wird der Bewilligungsbescheid nicht widerrufen oder zurückgenommen, sind für die Zeit bis zur zweckentsprechenden Verwendung Zinsen nach den in Absatz 2 bezeichneten Grundsätzen zu entrichten.

§ 30 Abs. 1 bis 3 werden ersatzlos gestrichen

(4) Die Fördermittel sind zurückzuerstatten, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder beschafft worden sind, mindert 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 aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid unmöglich wird. Bei teilweiser Nichterfüllung der Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ist die Erstattungspflicht entsprechend anteilig begrenzt. § 27 Abs. 1 bleibt unberührt.

(5) Zinsen bis zu fünfhundert Deutsche Mark werden nicht erhoben.

§ 31 Investitionsverträge

(1) Der Zuschlag auf den Pflegesatz bei Investitionsverträgen nach § 18b KHG darf nur für die Förderung solcher Maßnahmen vereinbart werden, die mit den Zielen der Krankenhausplanung übereinstimmen, die künftige bauliche Entwicklung des Krankenhauses nicht beeinträchtigen und nicht zwangsläufig weitere Investitionen nach § 18 zur Folge haben.

(2) Dem Antrag auf Zustimmung nach § 18b Abs. 2 Satz 2 KHG ist eine Erklärung der zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung beizufügen, daß gegen den Investitionsvertrag keine Bedenken bestehen.

§ 30, Abs. 4 und 5 werden Abs. 1 und 2

Abschnitt IV

Krankenhausstruktur

§ 32 Wirtschaftliche Betriebsführung

(1) Die im Krankenhausplan ausgewiesenen Krankenhäuser müssen organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Betriebe sein; sie sind nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betreiben.

(2) Mehrere benachbarte Betriebsstellen eines Krankenhausträgers bilden zusammen nur dann ein Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzes, wenn die Betriebsstellen organisatorisch und wirtschaftlich unselbständige und voneinander abhängige Einrichtungen sind, ~~in denen insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden.~~

§ 32 Abs. 2, letzter Halbsatz wird gestrichen

§ 33 Abschlußprüfung

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

(2) Die Prüfung des Jahresabschlusses wird nach den allgemeinen für die Jahresabschlußprüfung geltenden Grundsätzen durchgeführt. Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf

1. die Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens,
- ~~2. die wirtschaftlichen Verhältnisse,~~
3. die zweckentsprechende, ~~sparsame und wirtschaftliche~~ Verwendung der Fördermittel nach § 21 und
4. die zweckentsprechende Verwendung der über die Investitionsverträge nach § 31 erwirtschafteten Investitionsmittel.

§ 33 Abs. 2, Ziffer 2 wird ersatzlos gestrichen

In Ziffer 3 werden folgende Worte gestrichen: "sparsame und wirtschaftliche"

~~(3) Sind nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung keine Einwendungen zu erheben, so hat der Abschlußprüfer dies zu bestätigen; andernfalls ist die Bestätigung einzuschränken oder zu versagen. Soweit die Bestätigung versagt oder eingeschränkt erteilt wird, ist der Abschlußbericht der zuständigen Behörde vorzulegen, im übrigen nur auf deren Verlangen.~~

Abs. 3 entfällt ersatzlos

§ 34 Leitung und medizinische Organisation

(1) In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. An der Betriebsleitung sind ein Lei-

tender Arzt, die Leitende Pflegekraft und der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes zu beteiligen. Der Krankenhausträger regelt die Aufgaben der Betriebsleitung und die Zuständigkeiten ihrer Mitglieder.

(2) Das Krankenhaus ist nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten nach den Vorgaben des Feststellungsbescheides in Abteilungen gegliedert.

§ 34 folgender Abs. 2 wird eingefügt:

"Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Abs. 1 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind."

§ 34 Abs. 2 wird Abs. 3

Nach § 34 wird ein neuer Paragraph über den "Ärztlichen Vorstand" eingefügt, der mit § 18 des geltenden Krankenhausgesetzes, NRW wortgleich ist:

§ 34 a Ärztlicher Vorstand

(1) Der ärztliche Vorstand besteht aus den Fachbereichsärzten und - soweit Fachbereiche nicht gebildet sind - den Abteilungsärzten. Die übrigen Ärzte wählen eine gleiche Zahl von Vertretern auf die Dauer von vier Jahren. Belegärzte gehören dem ärztlichen Vorstand mit beratender Stimme an. Den Vorsitz führt der Leitende Arzt (§ 21).

(2) Der ärztliche Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Die Zusammenarbeit der Ärzte der verschiedenen Abteilungen und Fachbereiche zu fördern,
2. die Mitwirkung bei der organisatorischen und baulichen Weiterentwicklung des Krankenhauses,
3. die Regelung der Nutzung gemeinsamer medizinischer und medizinisch-technischer Einrichtungen sowie der medizinischen Fachbibliothek,
4. die Koordinierung der Weiterbildung und Fortbildung von ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern,
5. die Pflege des Kontaktes zwischen Krankenhausärzten und den Ärzten in freier Praxis und dem öffentlichen Gesundheitsdienst,
6. die Mitwirkung bei der Organisation des Rettungsdienstes,
7. die Mitwirkung bei der Bestellung des Leitenden Arztes, der Fachbereichsärzte und der Abteilungsärzte,
8. die Entscheidung über die Verteilung der Abgaben der liquidationsberechtigten Ärzte an die ärztlichen Mitarbeiter.

§ 35 Ärztlicher Dienst

(1) Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung im Sinne des Feststellungsbescheides mindestens einen nicht weisungsgebundenen Abteilungsarzt zu bestellen, der für die Untersuchung und Behandlung der Patienten seiner Abteilung verantwortlich ist. Auch Belegärzte können Abteilungsärzte sein.

~~(2) Belegärzte dürfen nur tätig werden, soweit die Abteilung nach dem Feststellungsbescheid als Belegabteilung zugelassen ist. Darüber hinaus dürfen Ärzte, die weder Belegärzte noch hauptamtlich im Krankenhaus tätige Ärzte des Krankenhauses sind, nur zur ergänzenden Untersuchung und Behandlung tätig werden, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist.~~

In § 35 Abs. 1 wird nach den Worten "mindestens einen" eingefügt:
"in medizinischen Fragen"

§ 35 Abs. 2 wird ersatzlos gestrichen

Es wird ein neuer § 35 eingefügt:
§ 35 a Pflegerischer Dienst

(1) Die leitende Krankenschwester/derleitende Krankenpfleger und ihre/seine Vertretung werden vom Träger des Krankenhauses bestellt. Sie/er muß über eine entsprechende Weiterbildung verfügen.

(2) Die leitende Pflegekraft ist für die Pflege verantwortlich. Sie hat insbesondere die Aufgabe:

1. die Pflegequalität zu gewährleisten
2. den Personaleinsatz zu organisieren
3. die Zusammenarbeit mit anderen Krankenhausbereichen sicherzustellen
4. auf Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit im Pflegebereich zu achten

§ 36 Struktur der kommunalen Krankenhäuser

Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften der Kommunalverfassungsgesetze durch die §§ 32 bis 35 unberührt. Verordnungen nach § 88 Abs. 2 Satz 3 der Gemeindeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. August 1984 (GV. NW. S. 475) werden, soweit sie die Struktur der kommunalen Krankenhäuser regeln, im Einvernehmen mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister erlassen.

§ 36 entfällt

§ 37 Statistik

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister sowie den von ihm bestimmten Stellen Auskünfte zu erteilen, die für die Aufstellung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser (z. B. Angaben über Verweildauer, Bettennutzung, Krankenhaushäufigkeit usw.) benötigt werden. Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die unter die Auskunftspflicht fallenden Umstände und das Verfahren im einzelnen festzustellen.

§ 37 entfällt

Abschnitt V

Übergangs- und Schlußbestimmungen

§ 38 Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister ist zuständig für den Erlaß der zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften sowie die nach diesem Gesetz zu treffenden Entscheidungen und Planungsmaßnahmen, insbesondere die Aufstellung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms. Entscheidungen nach § 13 sind im Einvernehmen mit dem für die Raumordnung und Landesplanung zuständigen Minister und dem Finanzminister und bei Hochschulkliniken zugleich mit dem Minister für Wissenschaft und Forschung, Entscheidungen nach § 17 sind im Einvernehmen mit dem Finanzminister zu treffen.

§ 39 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Hochschulkliniken

(1) Auf die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG sind die Vorschriften der Abschnitte II und III und des § 38 mit Ausnahme der §§ 22 und 27 entsprechend anzuwenden.

(2) Auf nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser finden nur § 2 Abs. 1 Satz 2, §§ 7 und 8, einschließlich der auf § 8 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung, § 10 Abs. 4 hinsichtlich der Mitwirkung im Rettungsdienst, § 11 Abs. 2 und § 12 Anwendung.

(3) Auf Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug finden § 7 mit der Maßgabe, daß es einer Beteiligung der Krankenkassen nicht bedarf, § 8 einschließlich der auf § 8 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung und § 12 Anwendung.

(4) Auf Krankenhäuser nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG sind die Abschnitte I und II, Abschnitt IV mit Ausnahme des § 32 Abs. 1, des § 33 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 und der §§ 34 bis 36 sowie Abschnitt V mit Ausnahme des § 40 anzuwenden.

(5) Auf Krankenhäuser, deren Träger bundesunmittelbare Körperschaften gemäß Artikel 87 Abs. 2 GG sind, findet § 12 keine Anwendung.

§ 40 Übergangsvorschrift

(1) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gemäß § 21 Abs. 8 letzter Halbsatz sind für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern die Regelungen der Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2355) sinngemäß anzuwenden.

(2) § 19 Abs. 3 ist auch auf solche Investitionen anzuwenden, die auf Grund der Jahreskrankenhausbauprogramme 1985 bis 1987 gefördert und

U
E
(mw2909-2)

Gesetzentwurf
der Landesregierung

Änderungsantrag
der F.D.P.-Fraktion

deren förderungsfähige Kosten noch nicht festgesetzt worden sind.

§ 41 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1988 in Kraft. Gleichzeitig treten das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW - vom 25. Februar 1975 (GV. NW. S. 210), geändert durch Gesetz vom 26. Juni 1984 (GV. NW. S. 370), und die Verordnung zur Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG - sowie des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW - (DV-KHG) vom 8. Februar 1983 (GV. NW. S. 49), geändert durch Verordnung vom 6. Dezember 1985 (GV. NW. S. 737), außer Kraft.