



**Landesarbeitsgemeinschaft
der katholischen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen e.V.**

LAGK, Kaiserswerther Str. 282-284, 40474 Düsseldorf

Vorsitzender
Herr Bodo Champignon
Platz des Landtags 1

40213 Düsseldorf

40474 Düsseldorf
Kaiserswerther Str. 282-284

Tel.: 0211 / 51606620
Fax: 0211 / 51606629

Düsseldorf, 6. August 1998

**Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW –
Gesetzesentwurf der Landesregierung – Landtagsdrucksache 12/3073 –**

Sehr geehrter Herr Champignon,

in der Landesarbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (LAGK NW) haben sich die 225 katholischen Krankenhäuser (47% aller Krankenhäuser in NRW) zusammengeschlossen.

Zur Vorbereitung der Anhörung des o. g. Ausschusses am 16.09.1998 nehmen wir inhaltlich und fachlich zu dem Gesetzesentwurf der Landesregierung Stellung. Wir sehen erheblichen Nachbesserungsbedarf bezüglich

- **der Fortschreibung des Krankenhausplans**
- **der Anpassung der Fördermittel**
- **des Ausuferns bürokratischer Vorschriften, die der Patientenversorgung Ressourcen entziehen.**

Die Einzelheiten sind der beigefügten Stellungnahme, die mit den 5 Diözesan-Caritasverbänden in NRW abgestimmt ist, zu entnehmen.

Als weitere Anlage übersenden wir eine synoptische Darstellung zwischen dem Gesetzesentwurf der Landesregierung und unseren Vorschlägen. Diese mögen Ihnen für die Anhörung am 16.09.1998, sowie die weitere Beratung im Landtag als Hilfestellung dienen.

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, daß ein Mitwirken auf ein Angebot nach § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz für katholische Krankenhäuser, da dieses Angebot nicht auf den Erhalt, sondern auf die Vernichtung von Leben ausgerichtet ist, nicht in Betracht kommen kann.

Mit freundlichen Grüßen


Michael Lorig
(Geschäftsführer)





Stand 06.08.1998

Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW
Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung vom 18.05.1998
- Landtagsdrucksache 12/3073 -

Zur Neugestaltung des KHG NW hat das MAGS seit Ende Juni 1997 insgesamt 3 Fassungen eines Referentenentwurfs vorgelegt. Der nun vorliegende Gesetzentwurf der Landesregierung stellt eine Weiterentwicklung der letzten Fassung dar.

Gegenüber dem geltenden KHG NW liegt der Schwerpunkt der Gesetzesänderungen auf der Neugestaltung der Krankenhausplanung sowie der Umgestaltung der pauschalen Förderung kurzfristiger Anlagegüter.

Im Referentenentwurf war die **Fortschreibung des Krankenhausplans** durch Abschluß sog. Planverträge vorgesehen. Sowohl die Krankenhausverbände als auch ein unabhängiges Rechtsgutachten haben an diesem Planverfahren vehemente Kritik geäußert und sahen sich außerstande, das vorgesehene Verfahren zu akzeptieren. Der nun vorliegende Gesetzentwurf trägt diesen schwerwiegenden Bedenken nur zum Teil Rechnung, so daß nach wie vor erheblicher Nachbesserungsbedarf besteht. Auf die Vorbemerkungen zur Planung unter Abschnitt II sowie die detaillierten Änderungsverschlüsse wird verwiesen.

Die **Anpassung der Fördermittel** an den tatsächlichen Bedarf ist dringend geboten und darf nicht weiter hinausgeschoben werden. Hier muß das Land seiner Finanzverantwortung für die Krankenhäuser gerecht werden. Es kann nicht länger hingenommen werden, daß die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen Substanzverluste erleiden müssen, weil das Land die notwendigen Fördermittel nicht bereitstellt. Insofern begrüßen wir die parlamentarische Initiative zur Neuregelung der pauschalen Förderung. Gleichwohl wird auch hier Nachbesserungsbedarf gesehen. In der Fassung des Regierungsentwurfs verfehlt die Neuregelung zum Teil ihr Ziel. Auch kann aus unserer Sicht der Einführung einer 4. Anforderungsstufe nur unter der Voraussetzung zugestimmt werden, daß die Finanzierung dieser Anforderungsstufe nicht zu Lasten anderer Krankenhaustitel erfolgt. Es bedarf der Überprüfung und der Absenkung der Punktzahlen, insbesondere bei den unteren Anforderungsstufen.

Bedauerlicherweise ist festzustellen, daß der Gesetzentwurf durch das **Ausufern bürokratischer Vorschriften** der Patientenversorgung Ressourcen entzieht. Auch widersprechen zahlreiche neu aufgenommene Regelungen und Genehmigungsvorbehalte bzw. Zustimmungserfordernisse dem Ziel einer Stärkung der Selbstverwaltung. Statt der vielfach postulierten Deregulierung ist der Entwurf geprägt von Überregulierungen. Auch in diesem Punkt bedarf der Entwurf einer weiteren Überarbeitung.

Zu den im einzelnen vorgesehenen Änderungen des KHG NW wird wie folgt Stellung genommen:

Abschnitt I: Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Abs. 4

Bei dem Wort "mitzuwirken" ist die Art der Verpflichtung des Krankenhausträgers nicht erkennbar. Die Finanzierung der aus der Verpflichtung entstehenden Kosten wird nicht geregelt. § 15 Abs. 4 S. 2 reicht nicht aus, weil er sich nur auf "besondere und überregionale Aufgaben" bezieht.

Insbesondere kleinere Krankenhäuser sind aus organisatorischen und finanziellen Gründen häufig nicht in der Lage, eine Ausbildung im Bereich der Gesundheitsberufe durchzuführen. Ob der Krankenhausträger eine eigene Ausbildungsstätte betreibt, muß seiner unternehmerischen Entscheidung überlassen bleiben.

Die Krankenhäuser haben in der Vergangenheit ihre Verantwortung für die Aus- und Weiterbildung unter Beweis gestellt, indem sie auch über den eigenen Bedarf hinaus Aus- und Weiterbildungsplätze zur Verfügung gestellt haben. Zudem haben sie aktiv an der Weiterentwicklung der Berufsbilder im Gesundheitswesen mitgewirkt. Für eine gesetzliche Verpflichtung besteht daher kein Regelungsbedarf.

Vorschlag:

§ 1 Absatz 4 wird ersatzlos gestrichen.

§ 2 Abs. 1 Satz 2

Die Vorschrift ist entbehrlich, da die vorrangige Behandlung von Notfallpatienten eine Selbstverständlichkeit ist und keiner gesetzlichen Regelung bedarf (Deregulierung).

Vorschlag:

Der Abs. 1 Satz 2 wird ersatzlos gestrichen.

§ 2 Abs. 4

§ 2 Abs. 4 ist sprachlich mißglückt und nicht sachgerecht.

Wenn das Krankenhaus auf ein Angebot hinwirken soll, bedeutet das, einen Dritten zu einem entsprechenden Angebot zu veranlassen. Vermutlich ist aber gemeint, daß das Krankenhaus nach Möglichkeit ein eigenes Angebot machen soll.

Die Herausstellung einzelner Behandlungsangebote im Gesetz ist jedoch nicht sachgerecht. Dies gilt insbesondere dann, wenn das einzige Angebot, das der Gesetzgeber herausstellt, nicht auf das Heilen von Kranken, sondern auf das Töten menschlichen Lebens abzielt.

Eine gesetzliche Mitwirkungsverpflichtung katholischer Krankenhäuser an einer Krankenhausleistung, die nicht auf den Erhalt, sondern auf das Töten menschlichen Lebens ausgerichtet ist, stellt einen Verstoß gegen Art. 4 Abs. 1 Grundgesetz dar. Sie kann daher nicht in Betracht kommen. Auf die Ausführungen zu § 38 Abs. 1 wird verwiesen.

Vorschlag:

§ 2 Abs. 4 wird ersatzlos gestrichen.

§ 3

Bei den Formulierungen der Absätze 1 bis 3 handelt es sich um Selbstverständlichkeiten, die in jedem Krankenhaus Beachtung finden. Dies gilt insbesondere für die in Absatz 3 unternommene Beschreibung des gebotenen Umgangs mit Sterbenden und Toten.

§ 3 steht somit dem Ziel der Deregulierung entgegen und erscheint daher zur Gänze verzichtbar. § 3 Abs. 1 Satz 2 ist sprachlich verunglückt.

Vorschlag:

§ 3 wird gestrichen. Die folgenden §§ rücken jeweils auf.

Die Streichung des § 3 macht weitere redaktionelle Änderungen innerhalb der Vorschriften notwendig. Hierauf wird aus Vereinfachungsgründen nicht im einzelnen eingegangen. Wir verweisen diesbezüglich auf die von uns erstellte Synopse, in die die Änderungen eingearbeitet wurden.

§ 4

Bei dem eingefügten Abs. 1 handelt es sich um eine Selbstverständlichkeit, die keiner gesetzgeberischen Festlegung bedarf. Abs. 3 bedarf der Korrektur, da der Schulträger nach § 2 Abs. 1 SchVG ausschließlich für die äußeren Schulangelegenheiten zuständig ist.

Vorschlag:

Abs. 1 wird ersatzlos gestrichen.

In Abs. 3 werden die Worte "in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger" gestrichen.

§ 5 Satz 2

Die Patientenbeschwerdestellen werden in den uns angeschlossenen Krankenhäusern kaum in Anspruch genommen. Die wenigen Beschwerden betreffen meist nur Bagatellen (z.B. Essensversorgung). Die Bedeutung der Patientenbeschwerdestellen wird seitens des Landes - wie die Ausdehnung der Aufgaben im zweiten Halbsatz zeigt - maßlos überschätzt.

Eine Abschaffung der Beschwerdestellen wird damit aber nicht gefordert. Wir wenden uns ausschließlich gegen eine überzogene Ausdehnung dieses Bereichs. Außerdem weisen wir darauf hin, daß bindende Verpflichtungen in dieser Richtung nach dem Verfassungsrecht mit dem Selbstbestimmungsrecht und der Organisationshoheit der katholischen Krankenhausträger nicht zu vereinbaren sind. Die Verwendung des Wortes "soll" bedeutet entgegen der amtlichen Begründung eine Bindung für den Regelfall.

Zudem ist wieder auf den Deregulierungsaspekt zu verweisen.

Vorschlag:

In § 5 werden die Worte "die mit allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe eng zusammenarbeiten soll" gestrichen.

§ 6

Bei den Hilfen, die der Soziale Dienst vermittelt, bedarf es keiner beispielhaften Aufzählung. Ein Gesetz ist kein Kommentar. Im übrigen ist die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Hilfe durch Verträge nach § 112 SGB V und § 3 Landespflegegesetz NW geregelt.



"Absprachen" entfalten keine rechtliche Bindungswirkung. Der soziale Dienst kann somit zu ihrer Berücksichtigung nicht verpflichtet werden. Berücksichtigung finden könnten nur rechtliche Vereinbarungen, die kraft Gesetzes das Krankenhaus binden oder die das Krankenhaus getroffen hat. Da solche Vereinbarungen das Krankenhaus und den sozialen Dienst ohnehin verpflichten würden, ist eine Einfügung in den Gesetzestext nicht notwendig und kann entfallen.

Die vorgesehene Aufblähung des § 6 läuft dem Ziel der Deregulierung zuwider.

Vorschlag:

Es verbleibt bei der bisherigen Fassung des § 6 KHG NW einschließlich der Überschrift.

§ 7

Die Formulierung "Festlegungen der auf Grund von Bundes- oder Landesrecht an der Qualitätssicherung Beteiligten" kann dahin mißverstanden werden, daß jeder Beteiligte zu Festlegungen berechtigt wäre.

Darüber hinaus wird durch die Formulierung im Gesetzentwurf eine zusätzliche Verpflichtung auf Landesebene geschaffen. Vor dem Hintergrund der vertraglichen Regelungsmöglichkeiten auf Selbstverwaltungsebene ist eine landesrechtliche Vorgabe nicht erforderlich.

Vorschlag:

Die Worte "Festlegungen der auf Grund von Bundes- und Landesrecht an der Qualitätssicherung Beteiligten" werden ersetzt durch die Worte "auf Grund von Bundesrecht getroffenen Festlegungen."

§ 10 Abs. 1 Satz 2

Es muß letztlich dem verantwortlichen Krankenhausträger selbst überlassen bleiben, ob bei solchen Formen der Zusammenarbeit Vereinbarungen zu treffen sind. Eine Verpflichtung zur Schließung einer Vereinbarung bei Zusammenarbeit ist nicht erforderlich.

Vorschlag:

§ 10 Abs. 1 Satz 2 wird gestrichen.

§ 10 Abs. 2

Die vorgenommene Aufzählung, die ohnehin nicht erschöpfend ist, führt durch ihren kommentarhaften Charakter zu einer unnötigen Aufblähung des Gesetzestextes. Wir schlagen daher vor, Absatz 2 zu streichen.

Vorschlag:

§ 10 Abs. 2 wird gestrichen.

§ 10 Abs. 3

Die Tatsache, daß "der Zusammenschluß zu Versorgungseinheiten zulässig" ist, bedarf keiner gesetzlichen Feststellung.

Vorschlag:

§ 10 Abs. 3 wird gestrichen.

§ 11 Abs. 2 Satz 1

Es muß klargestellt werden, daß der Mitwirkungspflicht des Krankenhauses eine Kostenerstattungspflicht der Aufgabenträger gegenübersteht.

Vorschlag:

Vor dem Wort "an" werden die Worte "gegen Kostenerstattung" eingefügt.

§ 12 Abs. 3 Satz 1

Eine Verpflichtung zur Auskunftserteilung ist auf den Krankenhausträger zu beziehen. Die vorgenommene umständliche Aufzählung von Verpflichteten ist damit entbehrlich.

Vorschlag:

Die Worte "Krankenhäuser, ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen und die Einrichtungen nach § 10 Abs. 3" werden ersetzt durch das Wort "Krankenhausträger"

Abschnitt II: Planung

Der Regierungsentwurf sieht vor, den Abschnitt über die Krankenhausplanung grundlegend umzugestalten. Schwerpunkte sind

1. die Aufteilung des Krankenhausplans in Rahmenvorgaben, Schwerpunktfestlegungen und sonstige Festlegungen (§ 13 Abs. 2),
2. die Gliederung der Fortschreibung des Krankenhausplans bei sonstigen Festlegungen in die Schritte
 - Konzepterarbeitung (§ 16 Abs. 1),
 - Genehmigung des Konzepts bzw. Entscheidung von Amts wegen (§ 16 Abs. 4 und 6),
 - Bescheiderteilung im Sinne von § 8 Absatz 1 Satz 3 KHG (§18),
1. die gleichberechtigte Einbeziehung der Verbände der Krankenkassen und der betroffenen Kreise und kreisfreien Städte in die Konzepterarbeitung (§16 Abs. 1),
2. die Ausdehnung der Staatstätigkeit durch Genehmigung von örtlichen Konzepten oder Konzeptteilen, die nicht Gegenstand des Bescheids im Sinne von § 8 Absatz 1 Satz 3 KHG werden (§§ 16, 18 Abs. 2),
3. die Erhöhung der Zahl der von den Landesverbänden der Krankenkassen benannten Mitglieder des Landesausschusses (§ 17 Abs. 1).

zu 1

Das Verfahren zur Fortschreibung des Krankenhausplanes soll auf der Grundlage der Rahmenvorgaben in 2 verschiedenen, parallel ablaufenden, Planungsprozessen erfolgen. Die Rahmenvorgaben müssen, damit das Land seiner besonderen Verantwortung für die Daseinsvorsorge der Bürger gerecht werden kann, die Festlegung des Standortes enthalten. Ohne Standortausweisung fehlt die Entscheidungsgrundlage für Festlegungen nach § 16. Die Entscheidung über die für die Krankenhäuser existenzwichtige Standortfrage würde der



Mitwirkungsmöglichkeit des Landtagsausschusses (§ 14 Abs. 2) entzogen. Stattdessen stünde die Standortfrage zur Disposition der an der Konzepterstellung Beteiligten.

Unsers Erachtens bedarf es im Hinblick auf die Zusatzregelungen der §§ 15 und 16 der klaren Zuordnung der einzelnen Teile des Krankenhausplans. Dies ist jedoch nur möglich, wenn der Standort des einzelnen Krankenhauses in den Rahmenvorgaben nach § 14 enthalten ist.

Die sog. "Schwerpunktfestlegungen" bilden keinen selbständigen Teil des Krankenhausplans, sondern erscheinen dort bei den einzelnen Krankenhäusern. Ihre Einordnung in den Entwurf ist deshalb entsprechend zu korrigieren.

Bedenklich erscheint an dem vorgesehenen Planungsverfahren auch noch folgender Punkt: Existentielle Änderungen des Krankenhausplans zugunsten oder zu Lasten einzelner Krankenhäuser (z.B. Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan, Herausnahme aus dem Krankenhausplan) können nach § 16 des Entwurfs und damit ohne Beteiligung des Landesausschusses erfolgen. Dies kann schon allein wegen der mit diesen Entscheidungen verbundenen krankenhauspolitischen Brisanz nicht hingenommen werden. Solche Entscheidungen bedürfen der Erörterung mit den Beteiligten im Landesausschuß. Die bloße Anhörung reicht nicht aus.

Zu 2

Die Gliederung der Fortschreibung des Krankenhausplans in der Weise, daß vor der Bescheiderteilung nach § 18 des Entwurfs gemäß §§ 15, 16 eine Genehmigung bzw. eine Entscheidung zwischengeschaltet wird, begegnet erheblichen praktischen und rechtlichen Bedenken. Sie ist den Krankenhausgesetzen der 15 anderen Bundesländer unbekannt.

Für die Zwischenschaltung einer zusätzlichen staatlichen Entscheidung gegenüber den Krankenhausträgern besteht keine Notwendigkeit. Sie bläht das Verfahren auf und beeinträchtigt dessen Übersichtlichkeit. Die Zwischenschaltung ist auch rechtlich bedenklich, weil die Entscheidung mit einer Beschränkung der Anfechtbarkeit verbunden sein soll (vgl. § 16 Abs. 5 Satz 4 des Entwurfs). Denn bei der Genehmigung eines Konzepts in veränderter Form handelt es sich um einen belastenden Verwaltungsakt, der nach der Verwaltungsgerichtsordnung stets gerichtlich anfechtbar ist. Die Beschränkung der Anfechtbarkeit auf den Widerspruch steht deshalb im Gegensatz zur Verwaltungsgerichtsordnung, die das Widerspruchsverfahren nur als Vorverfahren zur Anfechtungsklage kennt. Entsprechendes gilt für die Entscheidungen von Amts wegen zur Fortschreibung des Krankenhausplans nach § 16 Absatz 6 des Entwurfs.

Sind aber die nach § 16 des Entwurfs vorgesehenen Genehmigungen und Entscheidungen unanfechtbar geworden, besteht für die Anfechtung der bundesgesetzlich vorgeschriebenen Feststellungsbescheide in der Regel kein Rechtsschutzbedürfnis mehr, da ihr Inhalt durch die rechtskräftigen Entscheidungen nach § 16 inhaltlich vorbestimmt ist.

Zu 3

Gegen eine stärkere gesetzliche Einbeziehung der Verbände der Krankenkassen in das vorbereitende Planungsverfahren bestehen keine grundsätzlichen Einwendungen, zumal diese in der derzeitigen Praxis bereits gehandhabt wird. Die Zuständigkeit der Landesverwaltung für die Planungsentscheidungen darf dabei aber nicht geschmälert werden. Dies könnte z.B. in Planungskonferenzen unter Leitung der Planungsbehörde geschehen.



Darüber hinaus halten wir es für erforderlich, daß bei wesentlichen Änderungen des Krankenhausplans die Erarbeitung des Fortschreibungskonzepts nicht nur unter Beteiligung der betroffenen Kreise und kreisfreien Städte, sondern auch der Spitzenverbände erfolgt, denen Krankenhäuser des betreffenden Gebiets angeschlossen sind. Auf diese Weise können alle an der Krankenhausversorgung des betreffenden Gebiets Beteiligten ihre Interessen frühzeitig einbringen. Die alleinige Mitwirkung der Kreise und kreisfreien Städte reicht nicht aus, zumal bei diesen, soweit sie Krankenhausträger sind, die Gefahr der Interessenskollision besteht.

Die Beteiligung der Kreise und kreisfreien Städte, als gleichwertige Verhandlungspartner bei der Konzepterstellung, das heißt bei der Festlegung des Leistungsangebotes eines Krankenhauses, greift erheblich in die Trägerautonomie eines katholischen Krankenhausträgers ein und ist im Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht der Kirchen rechtlich bedenklich.

In Bezug auf den Sicherstellungsauftrag der Gemeinden und Gemeindeverbände (§ 1 Abs. 3) ist es unseres Erachtens völlig ausreichend, wenn die betroffenen Gebietskörperschaften bei wesentlichen Änderungen des Krankenhausplans dergestalt beteiligt werden, daß diese zu dem erarbeiteten Konzept ein schriftliches Votum abgeben, das in das weitere Planungsverfahren eingebracht wird, und sich die entscheidende Behörde verbindlich mit dessen Argumenten auseinandersetzen muß.

Bei nicht wesentlichen Änderungen kann demgegenüber - abweichend vom Entwurf - im Interesse der Vereinfachung des Verfahrens die Beteiligung der Kommunen und der Spitzenverbände auf die Anhörung beschränkt werden.

Zu 4

Wie § 18 Absatz 2 des Entwurfs zu entnehmen ist, soll sich die Genehmigung von Konzepten nach § 16 des Entwurfs auch auf Teile erstrecken, die nicht Gegenstand des Bescheids nach § 18 des Entwurfs und nicht Bestandteil des Krankenhausplans werden. Damit ist offensichtlich eine Ausdehnung der staatlichen Planungstätigkeit beabsichtigt, was aus ordnungspolitischen Gründen nicht hingenommen werden kann.

Zu 5

Die Zahl der von den Verbänden der Krankenkassen benannten Mitglieder des Landesausschusses soll von 6 auf 8 erhöht werden, um "eine paritätische Besetzung" zu ermöglichen. Eine Anhebung aus Gründen der Parität ist jedoch nicht geboten, da nach geltendem Recht den 6 Kassenvertretern und dem Vertreter der privaten Krankenversicherung lediglich 5 von der KGNW benannte Mitglieder gegenüberstehen. Die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände haben durch die Wahrnehmung ihres Sicherstellungsauftrags und weiterführender Funktionen der Daseinsvorsorge eine eigenständige Position und können ebensowenig automatisch der Krankenseite zugerechnet werden wie der Vertreter der evangelischen und der Vertreter der katholischen Kirche.

§ 13 Abs. 2

Der Inhalt des Krankenhausplans bedarf hinsichtlich der Krankenhäuser einer genaueren Darstellung. Insbesondere muß der Standort des Krankenhauses ausgewiesen werden. Es wird vorgeschlagen, insoweit weitgehend die Formulierungen des geltenden KHG NW zu übernehmen.

Da die in Satz 2 Nr. 2 genannten "Schwerpunktfestlegungen" keinen selbständigen Teil des Krankenhausplans bilden, sind sie in Absatz 2 zu streichen.

Vorschlag:

§ 13 Abs. 2 Satz 1 bis 4 erhält folgende Fassung:

"Der Krankenhausplan enthält Rahmenvorgaben und weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen

1. Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Zahl und Art der Abteilungen mit der Zahl ihrer Betten und Plätze sowie Versorgungsgebiet,

2. Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG

aus. Der Krankenhausplan wird durch Änderung der Rahmenvorgaben und der Festlegungen fortgeschrieben. Die Änderungen der Festlegungen sind durch Bescheid nach § 16 festzustellen."

§ 14 Abs. 1 Satz 1

In der Aufzählung fehlen die überregionalen Aufgaben.

Vorschlag:

An Stelle der Worte "besondere Aufgaben und" werden die Worte "die Benennung der besonderen und überregionalen Aufgaben sowie" eingefügt.

Damit für die unterschiedlichen Planungsprozesse eine klare Zuordnung möglich ist, bedarf es der Aufnahme des Standortes in die Rahmenplanung.

Vorschlag:

Satz 1 wird um die Worte "und dem Standort" ergänzt.

§ 14 Abs. 1 Satz 2

Satz 2 ist entbehrlich, da in den Vorschriften über die Festlegungen auf deren Grundlage verwiesen wird. Es fehlt aber eine Regelung über die Zuständigkeit für die Aufstellung der Rahmenvorgaben und über ihre Fortschreibung in regelmäßigen Zeitabständen. Es wird vorgeschlagen, sie hier einzufügen.

Vorschlag:

Abs. 1 S. 2 erhält folgende Fassung:

"Sie werden vom zuständigen Ministerium nach Erörterung im Landesausschuß aufgestellt und in mehrjährigen Zeitabständen fortgeschrieben."

§ 14 Abs. 3

Eine Meldung an die Krankenkassen kann unterbleiben, da ihnen die geforderten Daten bereits im Zusammenhang mit den Pflegesatzverhandlungen vorgelegt werden.

Vorschlag:

Die Worte "und den Verhandlungspartner nach § 16" werden gestrichen.

§ 15

§ 15 regelt die Fortschreibung des Krankenhausplans durch die sog. "Schwerpunktfestlegungen" Sie bilden jedoch keinen selbständigen Teil des Krankenhausplans, sondern



gehören zu den Festlegungen für die einzelnen Krankenhäuser. Deshalb kann auf die Herausstellung in einem eigenen Paragraphen verzichtet werden. Die in § 15 enthaltenen Vorschriften sind weitgehend entbehrlich. Die wenigen notwendigen Regelungen können mit denen über die "sonstigen Regelungen" (§ 16) zusammengefaßt werden.

Vorschlag:

§ 15 wird gestrichen. Die folgenden §§ rücken jeweils auf.

Die Streichung des § 15 macht weitere redaktionelle Änderungen innerhalb der Vorschriften notwendig. Hierauf wird aus Vereinfachungsgründen nicht im einzelnen eingegangen. Wir verweisen diesbezüglich auf die von uns erstellte Synopse, in die die Änderungen eingearbeitet wurden.

§ 16 Abs. 1 Satz 1

§ 16 regelt die Fortschreibung des Krankenhausplans durch sonstige Festlegungen. Kernpunkt ist die Erarbeitung eines Konzepts durch Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen sowie die betroffenen Kreise und kreisfreie Städte und dessen Genehmigung durch die zuständige Behörde vor der Bescheiderteilung nach §§ 8 Abs. 1 KHG, 18 Entw.

Wie oben vor § 13 zu 2 bereits dargelegt ist, bestehen gegen dieses Konstrukt erhebliche praktische und rechtliche Bedenken. Diese richten sich aber nicht gegen eine stärkere Einbindung der Kostenträger, sondern gegen die der Bescheiderteilung vorgeschaltete zusätzliche staatliche Entscheidung nach § 16 Gesetzesentwurf (Genehmigung bzw. Entscheidung von Amts wegen). Wir schlagen deshalb vor, auf die gesonderte Genehmigung des Konzepts bzw. der Entscheidung von Amts wegen zu verzichten.

Wegen der Zusammenfassung der §§ 15 und 16 muß eine neue Überschrift gefunden werden. Da beide Vorschriften die Fortschreibung des Krankenhausplans regeln, wird vorgeschlagen, dies in der Überschrift und im ersten Absatz zum Ausdruck zu bringen. Die Regelung über die Vorlage eines Konzepts erfolgt in Absatz 3.

Wie oben vor § 13 bereits dargelegt, ist die alleinige Mitwirkung der Kreise und kreisfreien Städte bei wesentlichen Änderungen des Krankenhausplans nicht ausreichend, bei anderen Änderungen hingegen nicht erforderlich. Die entsprechende Regelung findet sich in Absatz 3.

Auch stößt das Mitwirkungsrecht der Kreise und kreisfreien Städte bei der Konzepterstellung auf rechtliche Bedenken, da es in das Selbstbestimmungsrecht kirchlicher Träger eingreift. In Hinblick auf den Sicherstellungsauftrag der Kommunen ist es ausreichend, wenn diese zu den von den Krankenhausträgern und Verbänden der Krankenkasse erarbeiteten Konzept ein Votum abgeben, daß im weiteren Planungsverfahren berücksichtigt wird, und zwar dergestalt, daß die entscheidende Behörde bei ihrer Entscheidung das Votum der Kommunen würdigen muß.

Vorschlag:

Der neue § 14 erhält die Überschrift

"Fortschreibung hinsichtlich der Krankenhäuser und Ausbildungsstätten".

Abs. 1 erhält folgende Fassung

"(1) Die zuständige Behörde schreibt den Krankenhausplan nach Anhörung der Beteiligten nach § 15 Abs. 1 und 2 auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 13 durch Bescheid nach § 16 fort. Sie hat die Festlegungen besonderer und überregio-

naler Aufgaben sowie die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan und die Herausnahme vor der Entscheidung mit dem Landesauschuß zu erörtern.

§ 16 Abs. 2

Absatz 2 wird nach unserem Vorschlag Absatz 4. Da die Kreise und kreisfreien Städte bei wesentlichen Änderungen des Krankenhausplans an der Erarbeitung des Konzepts zu beteiligen sind, kann die Verpflichtung zur bloßen Anzeige über die Aufnahme der Verhandlungen entfallen. Bei nicht wesentlichen Änderungen ist die Anzeige ohnehin entbehrlich. Die Kreise und kreisfreien Städte werden in diesen Fällen jedoch angehört.

Als neuen Absatz 2 schlagen wir eine Regelung über die sog. "Schwerpunktfestlegungen" vor. Der Begriff "Schwerpunktfestlegungen" kann jedoch - wie die Landesregierung in der Begründung zu § 15 selbst darlegt - zu Verwechslungen führen mit den Schwerpunkten i.S.d. Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern. Die Verwechslungsgefahr ist besonders groß, weil die Schwerpunkte i.S.d. Weiterbildungsordnungen u.a. Gegenstand der Festlegungen nach § 16 des Entwurfs sind. Zur Vermeidung solcher Verwechslungen wird vorgeschlagen, auf den Begriff "Schwerpunktfestlegungen" zu verzichten und - soweit sie in den folgenden Vorschriften zu erwähnen sind - statt dessen entsprechend der Formulierung in § 15 des Entwurfs von "Festlegungen besonderer und überregionaler Aufgaben" zu sprechen.

§ 15 Abs. 4 des Entwurfs wird unter Einfügung der Worte "und überregionale" (Aufgaben) in Absatz 2 unseres Vorschlags eingegliedert.

Vorschlag:

Abs. 2 erhält folgende Fassung:

"(2) Bei Festlegung besonderer und überregionaler Aufgaben entscheidet die Behörde auf Antrag eines Krankenhausträgers oder von Amts wegen. Soweit Krankenhäusern besondere und überregionale Aufgaben zugeordnet werden, handelt es sich um allgemeine Krankenhausleistungen. Bei Aufgaben der Ausbildung muß die Finanzierung gewährleistet sein."

§ 16 Abs. 3

Die in den Sätzen 2 und 3 vorgesehene Durchführung der Anhörung durch die Krankenhausverbände oder die KGNW mißachtet den Grundsatz, daß für die Durchführung von Anhörungen die für die Entscheidung zuständige Behörde verantwortlich ist. Das Land kann diese Aufgabe ebensowenig auf Dritte übertragen wie die Verantwortung für die Planung insgesamt. Die Anhörung ist deshalb von der zuständigen Behörde durchzuführen. Eine entsprechende Vorschrift findet sich in unserem Vorschlag in Absatz 1.

Da bei wesentlichen Änderungen des Krankenhausplans die Interessen aller an der Krankenhausversorgung der betreffenden Region Beteiligten frühzeitig in die Verhandlungen eingebracht werden müssen, schlagen wir vor, neben den Kreisen und kreisfreien Städten auch die Spitzenverbände an der Erarbeitung des Konzepts mitwirken zu lassen. Abs. 3 unseres Vorschlags enthält eine entsprechende Regelung.

Vorschlag:

Abs. 3 erhält folgende Fassung:

"(3) Bei sonstigen Festlegungen legen die Krankenhausträger oder mehrere Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen der zuständigen Behörde ein von ihnen einvernehmlich erarbeitetes Konzept vor. § 213 Absatz 2 SGB V gilt für die Verbände der Krankenkassen entsprechend. Bei wesentlichen Änderungen des Krankenhausplans sind die betroffenen Kreise und kreisfreien Städte sowie die



Spitzenverbände, denen Krankenhäuser in dem Gebiet der betroffenen Kreise und kreisfreien Städte angeschlossen sind, an der Erarbeitung des Konzepts zu beteiligen. Wesentliche Änderungen des Krankenhausplans sind die Aufnahme und die Herausnahme eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung aus dem Krankenhausplan und Veränderungen der Zahl der Betten und Plätze von mehr als 25 v.H."

§ 16 Abs. 4

Für die Zwischenschaltung einer zusätzlichen staatlichen Entscheidung gegenüber den Krankenhausträgern besteht keine Notwendigkeit. Sie bläht das Verfahren auf und beeinträchtigt dessen Übersichtlichkeit. Auf die bisherigen Ausführungen wird verwiesen.

Die bisherigen Regelungen dieses Absatzes werden in unserem Vorschlag in Absatz 2 berücksichtigt.

Vorschlag:

Abs. 4 erhält folgende Fassung:

"(4) Zu Verhandlungen über ein Konzept können die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen und die zuständige Behörde auffordern. Die Verhandlungen sind innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung einzuleiten. Die Aufnahme der Verhandlungen ist der zuständigen Behörde anzuzeigen."

§ 16 Abs. 5 und 6

Absatz 5 ist entbehrlich, da er sich auf die von uns abgelehnte Genehmigung bezieht. Auf die Ausführungen zu § 16 Abs. 4 wird verwiesen.

Die wesentlichen Inhalte des Absatzes 6 des Entwurfs werden im Absatz 5 unseres Vorschlags berücksichtigt.

Vorschlag:

Abs. 5 erhält folgende Fassung:

"(5) Soweit Konzepte nicht vorgelegt werden, entscheidet die zuständige Behörde auf Antrag eines Krankenhausträgers oder von Amts wegen."

§ 16 Abs. 6 wird gestrichen.

§ 16 Abs. 7

Die Regelungen des Satz 1 sind aufgrund des geänderten Planungsverfahrens nicht erforderlich. Die Bestimmung in Satz 2 erscheint ebenfalls entbehrlich, da sie für Verwaltungsakte allgemeine Gültigkeit besitzt. Sie führt zu einer unnötigen Aufblähung des Gesetzestextes und sollte daher gestrichen werden.

Vorschlag:

§ 16 Abs. 7 wird gestrichen.

§ 17 Abs. 1

Der Kabinettsentwurf sieht vor, die Zahl der Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen von 6 auf 8 zu erhöhen. Hinzu kommt noch das vom Landesausschuß der privaten Krankenversicherung benannte Mitglied. Die Erhöhung soll nach der Begründung zu dieser Vorschrift "eine paritätische Besetzung" ermöglichen. Davon kann jedoch nicht die Rede sein. Die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände haben durch die Wahrnehmung ihres



Sicherstellungsauftrags und weiterführende Funktionen der Daseinsvorsorge eine eigenständige Position und können ebensowenig automatisch der Krankenhausesseite zugerechnet werden wie der Vertreter der evangelischen und der Vertreter der katholischen Kirche.

Vorschlag:

In Nr. 2 wird das Wort "acht" durch das Wort "sechs" ersetzt.

§ 17 Abs. 3 Satz 1

Diese Vorschrift ist den Änderungen anzupassen, die wir zu den §§ 15 und 16 des Entwurfs vorgeschlagen haben.

Vorschlag:

Absatz 3 Satz 1 erhält folgende Fassung:

"Der Landesausschuß wirkt nach den Vorschriften der §§ 13 und 14 bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans mit und erarbeitet Empfehlungen zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben und Festlegungen besonderer und überregionaler Aufgaben."

§ 17 Abs. 3 Satz 2

Bezüglich der Daten, die der zuständigen Behörde vorzulegen sind, ist die Bezugnahme auf § 39 des Entwurfs notwendig und ausreichend. Die Festsetzung eines Termins ist an dieser Stelle nicht angebracht und sollte ggf. in der Rechtsverordnung nach § 39 geregelt werden. Die "auf örtlicher Ebene vorhandenen Bedarfsabschätzungen und Planungsüberlegungen" können im Widerspruch stehen zu den Rahmenvorgaben nach § 14. Ihre zwingende Berücksichtigung kann deshalb ebensowenig in Betracht kommen wie eine entsprechende Empfehlung des Landesausschusses. Der zweite Halbsatz ist daher zu streichen.

Vorschlag:

Satz 2 erhält die folgende Fassung:

"Er schlägt vor, welche Daten nach § 36 der zuständigen Behörde von den Krankenhausträgern vorzulegen sind."

§ 17 Abs. 3 Satz 3

Die für die Verhandlungen nach § 16 des Entwurfs notwendigen Daten können auch nur die nach § 39 des Entwurfs gelieferten Daten sein. Aufgrund der Doppelfunktion der Krankenkassen (Verhandlungspartner bei Pflegesatzverhandlungen und Verhandlungen gem. § 16) muß sichergestellt werden, daß planungsrelevante Daten die Pflegesatzverhandlungen nicht negativ beeinflussen. Daten, die über die nach § 39 zu liefernden Daten hinaus gehen, können daher nicht vom Landesausschuß bestimmt werden, sondern müssen in das Ermessen der Verhandlungspartner vor Ort gestellt werden.

Vorschlag:

Nach dem Wort "Daten" werden die Worte "gemäß § 36" eingefügt.

§ 17 Abs. 3 Satz 4

Diese Vorschrift wird den vorgeschlagenen Änderungen angepaßt.



Vorschlag:

Satz 4 erhält folgende Fassung:

"Bei der Mitwirkung nach den §§ 13 und 14 und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms sind mit den Beteiligten nach Abs. 1 einvernehmliche Regelungen anzustreben."

§ 17 Abs. 4 Satz 3

Die Möglichkeit zur Bildung von Unterausschüssen wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings ist der Ausdruck "Er bildet" mißverständlich, da eine Verpflichtung zur Bildung von Unterausschüssen gesehen werden könnte. Aus der Formulierung muß eindeutig hervorgehen, daß es sich um eine Kann-Bestimmung handelt.

Vorschlag:

Satz 3 wird wie folgt formuliert:

"Er kann Unterausschüsse bilden."

§ 18 Abs. 1

Hier ist eine Präzisierung hinsichtlich des Empfängers des Bescheids nötig. Aus Gründen der Verfahrensübersicht ist jedoch der Bescheid nach § 18 des Entwurfs auch den Verbänden der Krankenkassen sowie den Beteiligten nach § 17 Abs. 2 des Entwurfs zur Kenntnis zu geben.

Vorschlag:

Nach den Worten "der zuständigen Behörde" werden die Worte "an den Krankenhausträger" eingefügt und folgender neuer Satz 2 angefügt:

"Der Bescheid nach § 16 ist den Verbänden der Krankenkassen sowie den Beteiligten nach § 15 Abs. 2 zur Kenntnis zu bringen."

Satz 2 wird zu Satz 3.

§ 18 Abs. 2

Da wir vorschlagen, auf gesonderte Festlegungen nach § 16 Abs. 1 zu verzichten, ist Absatz 2 gegenstandslos.

Vorschlag:

Absatz 2 wird ersatzlos gestrichen.

§ 18 Abs. 3

Durch Absatz 3 soll mit der Herausnahme aus dem Krankenhausplan der zuständigen Behörde eine Sanktionsmöglichkeit an die Hand gegeben werden, die zur Existenzvernichtung des Krankenhauses führt, weil das Krankenhaus durch die Herausnahme nach § 109 Abs. 4 SGB V nicht mehr zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen ist. Für die Einräumung einer so weitgehenden Sanktionsmöglichkeit werden keine Gründe vorgetragen. Darüber hinaus ist die vorgesehene Sanktionsmöglichkeit unangemessen und verstößt gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Die Sanktionsmöglichkeiten nach §§ 19 Abs. 4, 31 Gesetzesentwurf reichen aus. § 18 Abs. 3 ist deshalb zu streichen.

Vorschlag:

Absatz 3 wird ersatzlos gestrichen.



Abschnitt III Krankenhausförderung

§ 19

Wir schlagen vor, ergänzend zur Förderfähigkeit von Investitionskosten eine Ausweitung auf alternative Finanzierungsmöglichkeiten vorzunehmen. Angesichts knapper werdender finanzieller Ressourcen der Länder erscheint eine Öffnung des Gesetzes für Finanzierungsformen wie z.B. Eigenbau über Kreditfinanzierung oder Leasing sinnvoll. Die rechtlichen Voraussetzungen für die Förderung von Kapitalkosten und Darlehensraten sind im KHG und insbesondere in Art. 14 GSG geschaffen. Eine diesbezügliche Anpassung des KHG NW würde insofern der Konkretisierung dienen. Die DKG hat sich bereits intensiv mit der Thematik befaßt und spricht sich ebenfalls für eine generelle Übernahme in die Landesgesetze aus. Das Landeskrankenhausesgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern sieht bereits eine Öffnung vor und erlaubt in § 28 Absatz 3 auch die Übernahme des Schuldendienstes für Darlehen sowie den Kapitalkostenausgleich.

Vorschlag:

Es wird der folgende Absatz 2 eingefügt:

"Die Förderung kann auch durch die Übernahme des Schuldendienstes (Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten) für Darlehen oder im Ausnahmefall als Ausgleich für Kapitalkosten nach § 2 Nr. 3 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgenommen werden, soweit mit Zustimmung der zuständigen Behörde zur Finanzierung von förderfähigen Investitionen Darlehen aufgenommen worden sind oder der Krankenhausträger Eigenmittel eingesetzt hat."

Die nachfolgenden Absätze verschieben sich entsprechend.

§ 19 Abs. 2 Satz 2

Die Vorschrift muß das Krankenhaus nur dann gegen sich gelten lassen, wenn es die Unterlassung auch zu vertreten hat. Versäumnisse anderer können dem Krankenhaus nicht entgegengehalten werden.

Vorschlag:

Der Punkt wird ersetzt durch ein Komma und folgender Zusatz angefügt: "sofern der Krankenhausträger die Unterlassung zu vertreten hat."

§ 19 Abs. 4

Der Begriff "planwidrige Angebote" ist nicht hinreichend definiert. Die bisherige Fassung des § 17 Abs. 4 ist auskömmlich und sollte bis auf redaktionelle Änderungen übernommen werden. Maßgeblich ist nicht der Krankenhausplan, sondern der gegenüber dem Krankenhausträger ergangene verbindliche Bescheid.

Vorschlag:

Absatz 4 wird wie folgt formuliert: "Krankenhäusern, die ohne Zustimmung der zuständigen Behörde von den Feststellungen des Bescheids nach § 16 abweichen, kann die Förderung ganz oder teilweise versagt werden."



§20

§ 20 Abs. 1 Sätze 2 bis 4

Mit der Bestimmung soll der Zeitpunkt des Entstehens des Rechtsanspruchs auf Förderung auf das Erteilen des Bewilligungsbescheides hinausgezögert werden. Das entspricht nicht der an Art. 14 Grundgesetz gemessenen Rechtslage. Danach bedingt die Vorschrift des § 17 Abs. 4 KHG, die nicht zuläßt, Mittel für Investitionen zu Lasten der Krankenkassen abzurechnen, ihre Eigenschaft als Enteignungsentschädigung. Deshalb besteht gegen das Land ein entsprechender Rechtsanspruch auf Förderung. Das wird durch § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG unterstrichen, indem dort das Entstehen des Rechtsanspruchs auf Förderung für Plankrankenhäuser an die Aufnahme in das Investitionsprogramm gekoppelt wird.

Aus diesem Grund ist, wie in der Vergangenheit durch Gutachten belegt, der Haushaltsvorbehalt in § 20 Abs. 1 Satz 2 verfassungswidrig und daher nicht akzeptabel. Die Krankenhäuser haben einen Rechtsanspruch auf vorbehaltlose Förderung, die nicht davon abhängig gemacht werden kann, wieviel Mittel das Land für die Erfüllung seiner Rechtsverpflichtungen zur Verfügung zu stellen gewillt ist.

Das Investitionsprogramm wird regelmäßig im Ministerialblatt des Landes veröffentlicht (Runderlaß des MAGS vom 02.03.1990 - V C 1 - 5700.90, MBl. 1990 S. 638; Ziffer 1.7).

Wir schlagen daher vor, die Entstehung des Förderanspruchs an die Veröffentlichung des Investitionsprogramms zu knüpfen. Denn damit ist

- der Planungshoheit des Landes genügt, das Gesamtvolumen der Förderung und die zu fördernden Einzelmaßnahmen zu bestimmen,
- das Planungskostenrisiko vom Krankenhausträger genommen,
- dem Rechtscharakter der Leistung als Enteignungsentschädigung Rechnung getragen.

Die vom MAGS vorgeschlagene Gesetzesfassung könnte genauso für jede freiwillige Zuwendung des Landes gelten.

Einzelheiten der Förderung werden durch Bescheid festgelegt.

Vorschlag:

Die Sätze 2 bis 4 werden gestrichen und durch folgende Sätze ersetzt:

"Die Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm wird durch dessen Veröffentlichung im Ministerialblatt festgestellt. Die Einzelheiten der Förderung werden durch Bescheid bestimmt."

Nach § 18 Absatz 2 KHG NW a.F. gilt bei der Aufstellung des Investitionsprogramms § 14 Absatz 3 Satz 1 a.F. entsprechend. Das bedeutet, daß die Beteiligten an der Krankenhausversorgung und die betroffenen Krankenhäuser von der zuständigen Behörde angehört werden. Demzufolge sind bisher auch die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege bei der Aufstellung des Investitionsprogramms beteiligt worden. Der Kabinettsentwurf enthält eine entsprechende Regelung nicht mehr. Nach § 17 Abs. 3 Satz 4 des Entwurfs sind bei der Aufstellung des Investitionsprogramms lediglich mit dem Landesausschuß einvernehmliche Regelungen anzustreben.

Der Ausschluß der mittelbar Beteiligten ist nicht hinzunehmen. Insbesondere die Spitzenverbände haben bisher bei der Aufstellung des Investitionsprogramms eine wichtige Wächterfunktion wahrgenommen. Sie konnten - insbesondere zu den Prioritätenlisten der Bezirksregierungen - wichtige Argumente und noch nicht berücksichtigte Gesichtspunkte einbringen und auf diese Weise die Aufstellung des Investitionsprogramms, wenn nicht im selben Jahr,



dann für die folgenden Jahre, sachgerecht beeinflussen. Außerdem war von Vorteil, daß durch die Übersendung der Prioritätenlisten und des Entwurfs des Investitionsprogramms diese eine Verbandsöffentlichkeit erlangten, die sachfremden Einflüssen hinderlich waren. Wir sprechen uns deshalb dafür aus, wie bisher alle Beteiligten an der Krankenhausversorgung einschließlich der Spitzenverbände bei der Aufstellung des Investitionsprogramms anzuhören.

Vorschlag:

§ 20 erhält den folgenden Absatz 2:

"Bei der Aufstellung des Investitionsprogrammes werden die Beteiligten an der Krankenhausversorgung nach § 16 Abs. 1 und 2 und die betroffenen Krankenhausträger gehört."

§ 21 Abs. 1

Der Entwurf sieht vor, die bisher im § 19 Abs. 1 Nr. 2 KHG NW vorgesehene Förderung der Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren entfallen zu lassen. Begründet wird dieser Wegfall im Kabinettsentwurf nicht. In einer ersten Fassung des Referentenentwurfs wurde der Wegfall damit begründet, es handle sich um die Förderung von Erhaltungsaufwand.

Demgegenüber ist festzustellen, daß die Wiederbeschaffung von mittelfristigen Anlagegütern kein Erhaltungsaufwand ist und ihre Nichtförderung Bundesrecht verletzen würde. Nach § 2 Nr. 2 Buchstabe b KHG gehören "die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter)" zu den Investitionskosten. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHG fördern die Länder die Investitionskosten, die entstehen für "die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren", wobei die Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 9 Absatz 3 KHG durch feste jährliche Pauschalbeträge zu erfolgen hat. Konsequenterweise sind Investitionskosten für längerfristige Anlagegüter einzeln zu fördern. Der § 21 muß daher entsprechend der alten Formulierung ergänzt werden.

Daß die Wiederbeschaffung mittelfristiger Anlagegüter Erhaltungsaufwand sei, träfe nur dann zu, wenn alle hierfür in Betracht kommenden Güter nicht selbständige Güter i.S.d. §§ 2 Nr. 2 Buchst. b, 9 Absatz 1 Nr. 2 KHG wären, sondern unselbständige Teile des Krankenhausbäudes (z.B. Fenster, Türen, Fußböden). Das ist aber nicht der Fall. Für die Beurteilung der Frage, ob es sich um Gebäudeteile oder aber selbständige Anlagegüter i.S.d. § 2 Nr. 2 Buchst. b KHG handelt, deren Wiederbeschaffung die Länder nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 zu fördern haben, sind nicht die Kriterien des BGB maßgebend. Vielmehr richtet sich die Abgrenzung nach den Buchführungsgrundsätzen des Handelsrechts, die sich mit denen des Steuerrechts decken. Bestandteile eines Gebäudes sind danach als selbständige Betriebsvorrichtungen anzusehen, wenn sie nicht der Benutzung des Gebäudes ohne Rücksicht auf den im Gebäude ausgeübten Betrieb dienen, sondern in einer besonderen Beziehung zu diesem Betrieb stehen. Letzteres ist in Krankenhäusern z.B. bei RLT-Anlagen für OP-Räume, bei Bettenaufzügen oder Versorgungsaufzügen der Fall (vgl. auch Dietz in: Dietz-Bofinger, § 2 KHG, Erläuterung 6.2).

Dieser grundsätzlichen Argumentation folgen auch Adler/Düring/Schmalz (ADS) im Kommentar zu § 266 HGB, der ausschließlich für die Produktion oder Lagerung erforderliche spezielle Klima- und Belüftungsanlagen den technischen Anlagen zurechnet (vgl. ADS, § 266 Randnr. 35).

Der BFH hat ebenfalls im Rahmen einer höchstrichterlichen Entscheidung Kriterien zur Frage der Abgrenzung von RLT-Anlagen aufgestellt. Eine Klimaanlage ist demnach den techni-



schen Anlagegütern zuzurechnen, wenn sie ausschließlich oder zumindest zum überwiegenden Teil für betriebliche Zwecke genutzt wird (vgl. Bundessteuerblatt 1974, Teil II, S. 429f). Bei RLT-Anlagen im OP-Bereich ist von einer ausschließlichen Nutzung für betriebliche Zwecke auszugehen; sie müssen somit den technischen Anlagen zugeordnet werden. In der Handelsbilanz sind sie nicht bei den Grundstücken, sondern bei den "technischen Anlagen und Maschinen" auszuweisen und als selbständige Anlagegüter i.S.d. § 2 Nr. 2 Buchst. b KHG anzusehen. Nach § 3 der Abgrenzungsverordnung vom 05.12.1977 sind sie als betriebstechnische Anlagen den mittelfristigen Anlagegütern zuzuordnen.

Dieser Argumentation war das MAGS zunächst gefolgt, indem es in den überarbeiteten Fassungen des Referentenentwurfs die mittelfristigen Anlagegüter wieder in die Aufzählung der förderfähigen Maßnahmen aufnahm. Umso unverständlicher ist die erneute Streichung ohne jegliche Begründung. Da zudem in Absatz 2 Satz 1 die Voraussetzungen für die Bewilligung von "Maßnahmen nach Absatz 1 Nrn. 2 und 3" genannt werden, gehen wir davon aus, daß es sich bei der erneuten Streichung der mittelfristigen Anlagegüter aus der Aufzählung in Absatz 1 lediglich um ein Versehen handelt.

Vorschlag:

In Absatz 1 wird als Nr. 2 eingefügt:

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

Nr. 2 wird Nr. 3.

§ 21 Abs. 5

Der Kabinettsentwurf will Ausgliederungen nur noch mit Erlaubnis der Behörde zulassen. Eine so weitgehende Einschränkung würde jedoch einen unzulässigen Eingriff in die Berufsausübung (Art. 12 GG) darstellen. Darüber hinaus wird gegen die Vorgaben des § 1 KHG sowie die Zielsetzung des § 1 KHG NW verstoßen, da in unzulässiger Weise in die Flexibilität des Krankenhauses bei der Entscheidungsfindung eingegriffen wird. Da die Ausgliederung von anerkannten Krankenhausabteilungen zugleich eine Änderung des Krankenhausplans darstellt und damit der Zustimmung des Landes unterliegt, ist eine Regelung in Absatz 5 überflüssig.

Bei der Ausgliederung sonstiger Teile des Krankenhauses reicht die Anzeige aus.

Vorschlag:

Absatz 5 Satz 1 erhält folgende Fassung:

"Die Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses ist der zuständigen Behörde anzuzeigen."

§ 21 Abs. 6 Satz 1

Der Erlaubnisvorbehalt der Behörde stellt einen typischen Fall der Überregulierung dar. Durch die Streichung wird auch die zuständige Behörde vor überflüssigen Arbeiten bewahrt.

Vorschlag:

§ 21 Abs. 6 Satz 1 erhält folgende Fassung:

"Die Vermietung geförderter Räume ist zulässig, soweit der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt wird; sie ist der zuständigen Behörde anzuzeigen."



§ 21 Abs. 6 Satz 2

Gegen eine Zuführung der Mieteinnahmen zu den pauschalen Fördermitteln ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Es muß jedoch sichergestellt werden, daß diese Zuführung zeitlich begrenzt ist und längstens bis zur Abschreibung des Objektes erfolgt.

Vorschlag:

Absatz 6 Satz 2 erhält folgende Fassung:

"Mieteinnahmen sind nach Abzug der anteiligen Betriebskosten entsprechend dem Finanzierungsanteil des Landes längstens bis zur vollen Abschreibung des mit Fördermitteln geförderten Gebäudeteils den pauschalen Fördermitteln zuzuführen."

§ 23 Satz 1

§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG regelt, daß die Krankenhäuser auch einen Anspruch auf Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken haben. Vor diesem Hintergrund ist in den Text eine entsprechende Klarstellung aufzunehmen.

Vorschlag:

In Satz 1 werden nach dem Wort "Umstellungskosten" die Worte "sowie Kosten für den Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken" eingefügt.

§ 24 Abs. 3 Satz 8

Bei den Krankenhäusern besteht häufig jahrelang Ungewißheit über eine mögliche Rückzahlungsverpflichtung, weil die Prüfung des Verwendungsnachweises aussteht. Im Interesse von Rechtssicherheit und Klarheit wird eine angemessene Ausschlußregelung vorgeschlagen.

Vorschlag :

In Satz 8 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: "es sei denn, die Vorlage des Verwendungsnachweises liegt mehr als 2 Jahre zurück."

§ 25 Pauschale Förderung

§ 25 Abs. 1

Die Kostengrenzen für kleine Investitionen sind erheblich stärker nach oben anzupassen, als dies der Entwurf vorsieht. Sie liegen teilweise erheblich unter den Kostengrenzen, die andere Bundesländer festgesetzt haben. In Rheinland-Pfalz z.B. reichen die Grenzen von 85.000 DM bis 150.000 DM. Brandenburg hat die Grenze generell auf 250.000 DM festgesetzt. Dies erlaubt den Krankenhäusern, bedarfsgerechter mit den Fördermitteln umzugehen, ohne das Land stärker zu belasten.

Vorschlag:

§ 25 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

"Durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschalen) 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	100.000 DM
zweiten Anforderungsstufe	150.000 DM
dritten Anforderungsstufe	200.000 DM
vierten Anforderungsstufe	250.000 DM
ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen."	

§ 25 Abs. 3

Die Notwendigkeit der Einführung einer vierten Anforderungsstufe ist nicht dar getan. Für die kleinen und mittelgroßen Krankenhäuser, die vorwiegend im kirchlichen Bereich angesiedelt sind, besteht die Sorge, daß die Einführung der vierten Anforderungsstufe zu deren Lasten geht. Nur unter der Voraussetzung, daß die Finanzierung nicht zu Lasten anderer Krankenhaustitel erfolgt, ist die Einführung einer vierten Anforderungsstufe akzeptabel.

Zur Festlegung der Punktzahl und des Förderungsbetrages für die vierte Anforderungsstufe fehlen in der Begründung nähere Angaben. Die Behauptung, die großen Krankenhäuser kämen mit ihren Pauschalmitteln in der Regel nicht aus, genügt jedenfalls nicht; denn dies gilt grundsätzlich für alle Krankenhäuser, wie die Untersuchung des DKI vom Juni 1995 "Alternative Bemessungsgrundlage für die Pauschalförderung der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen" nachgewiesen hat.

Im übrigen halten wir es für erforderlich, der Tatsache, daß zwar die Bettenzahlen und damit auch die Punktzahlen der meisten Krankenhäuser zurückgehen, ihr Wiederbeschaffungsbedarf kurzfristiger Anlagegüter aber eher steigt, dadurch Rechnung zu tragen, daß die maßgeblichen Punktzahlen für die Abgrenzung der Anforderungsstufen gesenkt werden. Dies gilt insbesondere für die Punktzahl von 349 Punkten als Obergrenze der ersten Anforderungsstufe. Wir fordern deshalb, zur Neufestlegung der Punktzahlen und der Förderungsbeträge ein wissenschaftliches Gutachten einzuholen.

§ 25 Abs. 4

Es ist vorgesehen, den Punktwert je Planbett für Hals-, Nasen-Ohrenkrankheiten von 3,3 auf 2,5 zu senken. Veränderungen der Punktwerte bedürfen nach unserer Auffassung einer ausreichenden Fundierung durch ein wissenschaftliches Gutachten, das durch das Land in Auftrag zu geben ist (siehe auch ASG-Ausschußsitzung am 16.04.1997). Wir halten eine Überprüfung aller Punktwerte für angezeigt. Dies gilt z.B. auch für die Intensivpflege, deren Investitionsbedarf nicht ausreichend berücksichtigt erscheint. Mitzuprüfen ist, inwieweit es gerechtfertigt ist, Belegabteilungen erhöhte Punktwerte generell zu verweigern. Wir schlagen deshalb vor, zur Neubemessung aller Punktwerte ein wissenschaftliches Gutachten einzuholen und dessen Ergebnisse bei der späteren Neufassung des KHG NW zu berücksichtigen.

Vorschlag:

Die in Absatz 4 vorgesehene Veränderung der Punktwerte wird bis zum Vorliegen eines wissenschaftlichen Gutachtens zurückgestellt.

In Satz 1 werden die Worte "Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten 2,5" durch "Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten 3,3" ersetzt.

§ 25 Absatz 5

Die Anhebung der Jahrespauschalen für die erste bis dritte Anforderungsstufe um 5% reicht nicht aus, um dem Wiederbeschaffungsbedarf der Krankenhäuser voll Rechnung zu tragen. Die KGNW hat hierzu Berechnungen vorgelegt. Der Mehrbetrag muß zusätzlich bereitgestellt werden und darf nicht zu Lasten anderer Haushaltstitel der Krankenhausförderung gehen.

Zur Berücksichtigung des geringeren Wiederbeschaffungsbedarfs bei teilstationären Einrichtungen schlagen wir vor, von 80% des Wiederbeschaffungsbedarfs entsprechender vollstationärer Einrichtungen auszugehen. Die diesbezügliche in Absatz 6 Satz 3 vorgesehene Regelung, die Fördermittel in Höhe von lediglich 50% vorsieht, soll entfallen. Der Wiederbeschaffungsbedarf für teilstationäre Einrichtungen ist nur unwesentlich geringer als für vergleichbare vollstationäre Einrichtungen, da sie i.d.R. tagesklinische Plätze vorhalten, deren Patienten den größten Teil des Tages dort verbringen und in dieser Zeit uneingeschränkt ärztliche Behandlung und Pflege erfahren. Die generelle Absenkung der Fördermittel auf 50% der 1. Anforderungsstufe ist deshalb bei teilstationären Einrichtungen außerhalb der Psychiatrie völlig überzogen. Sie unterstellt fälschlicherweise, daß der Wiederbeschaffungsbedarf in einer Tagesklinik für Psychiatrie der gleiche ist wie in einer Tagesklinik für Onkologie, Hämatologie, Neurologie oder Aids-Erkrankte. Sie führt dort - je nach Anforderungsstufe des Krankenhauses - zu Kürzungen, die weit über 50% liegen, während in der Psychiatrie die Fördermittel lediglich von 80% auf 50% der ersten Anforderungsstufe abgesenkt werden. Sie ist auch kontraproduktiv, da sie dem gesetzlichen Vorrang der teilstationären Krankenhausbehandlung entgegenwirkt. Sie wird die Krankenhausträger veranlassen, bei der planerisch erwünschten Umwandlung von Planbetten in Behandlungsplätze äußerste Zurückhaltung zu üben.

An die Stelle von Absatz 6 Satz 3 soll deshalb Absatz 5 Satz 2 unseres Vorschlags treten.

Vorschlag:

Abs. 5 erhält folgende Fassung:

"Die Fördermittel betragen jährlich für jedes Planbett bei Krankenhäusern der

ersten Anforderungsstufe	3471,- DM
zweiten Anforderungsstufe	4042,- DM
dritten Anforderungsstufe	5175,- DM
vierten Anforderungsstufe	5700,- DM.

Für jeden Behandlungsplatz betragen die Fördermittel 80 % davon."

§ 25 Abs. 7, 8 und 9

Für die genannten Absätze wird eine straffere Abfolge der Vorschriften in 2 Absätzen vorgeschlagen, die zugleich die Systematik besser erkennen läßt. Darin enthaltene materielle Änderungsvorschläge werden nachstehend erläutert.

Die in den Absätzen 7 bis 9 vorgesehene Sonderregelung verfolgt das Ziel, Anreize zur Vorhaltung überzähliger Krankenhausbetten zu beseitigen und die bei einem Bettenabbau für den verbleibenden Teil aufzubringenden Vorhaltekosten besser zu berücksichtigen. Sie erreicht dieses Ziel aber nur teilweise. Bereits mit Ihrem Inkrafttreten benachteiligt sie alle Krankenhäuser, deren Bettenzahl gestiegen ist, sowie Krankenhäuser, deren Bettenzahl geringfügig absenkt worden ist. Mit jeder Fortschreibung der Punktwerte wird sich die Zahl der Verlierer erhöhen und die Zahl der Begünstigten verringern, so daß langfristig nur Verlierer übrig bleiben werden. Gleichzeitig werden sich mit jeder Fortschreibung die Verluste der Verlierer erhöhen. Es leuchtet ein, daß deshalb die Sonderregelung so nicht akzeptabel ist.

Der Grund für die genannten schwerwiegenden Mängel liegt in der Festschreibung der sogenannten Leistungspauschale, die den Hauptteil der Förderpauschale ausmacht, auf 75% der zum 31.12.1996 gewährten pauschalen Fördermittel. Welch negativen Auswirkungen diese Konstruktion hat, wird nachfolgend an einigen Beispielen dargestellt.

Beispiel 1:



Hat sich die Zahl der Planbetten eines 250-Betten-Krankenhauses der ersten Anforderungsstufe zum 1.1.1998 um 5 Planbetten erhöht, ergibt sich nach dem Regierungsentwurf folgende Berechnung der Förderpauschale:

Leistungspauschale	597.000 DM
Zuschlag	<u>212.925 DM</u>
Förderpauschale	809.925 DM

Die Berechnung nach den Absätzen 2 bis 6 ergibt hingegen einen Betrag von 851.700 DM, so daß das Krankenhaus durch die vorgesehene Sonderregelung ab 1998 eindeutig und ohne einleuchtenden Grund schlechter gestellt wird. Es erhält trotz des etwas höheren Aufwands sogar weniger Mittel als ihm zuständen, wenn die Bettenzahl unverändert geblieben wäre (835.000 DM). Mit jeder in den nächsten Jahren erfolgenden Anpassung der Förderbeträge nach oben wird diese Benachteiligung größer werden.

Beispiel 2

Wurde die Zahl der Planbetten desselben Krankenhauses zum 01.01.1998 um 5 Planbetten auf 245 Planbetten gesenkt, ergibt sich folgende Berechnung der Förderpauschale:

Leistungspauschale	597.000 DM
Zuschlag	<u>204.575 DM</u>
Förderpauschale	801.575 DM

Die Berechnung nach den den Absätzen 2 bis 6 würde unter Berücksichtigung der geringeren Bettenzahl hingegen eine Pauschale von 818.300 DM ergeben, so daß die Sonderregelung keinen Vorteil, sondern einen Nachteil von 16.725 DM bringt. Erst bei einem Bettenabbau von mehr als 12 Betten würde sie sich bei diesem Krankenhaus vorteilhaft auszuwirken.

Das gilt aber nur bis zur nächsten Anpassung der Förderbeträge im Jahre 2000. Bei einer Anpassung um weitere 5% beläuft sich der Nachteil gegenüber der Normalregelung bereits auf 47.411 DM. Die kritische Bettengrenze liegt dann schon bei 23 Betten. Je höher der Förderbetrag festgesetzt wird, um so größer wird der Nachteil gegenüber der Normalregelung und um so mehr Krankenhäuser werden durch die Sonderregelung benachteiligt. Langfristig wird es nur Benachteiligte geben.

Beispiel 3

Noch deutlicher wird der o.g. Effekt, unterstellt man ein 500-Betten-Krankenhaus der zweiten Anforderungsstufe, das eine Absenkung der Planbettenzahl auf 459 Planbetten hinnehmen muß. Hier ergibt sich die folgende Berechnung:

Leistungspauschale	1.390.500 DM
Zuschlag	<u>481.635 DM</u>
Förderpauschale	1.872.135 DM

Gegenüber der Berechnung nach den Absätzen 2 - 6 in Höhe von 1.926.540 DM ist die Förderpauschale um 54.405 DM niedriger, bringt also keinen Vorteil sondern einen Nachteil.

Zu welchen unsinnigen Ergebnissen die Gesamtregelung führt, zeigt sich bei Bettenzahlerhöhungen um 25% herum. Bleibt in dem genannten Beispiel die Erhöhung mit 62 Betten knapp unter 25%, errechnet sich nach der Sonderregelung eine Fördersumme von 857.520 DM. Liegt die Erhöhung mit 63 Betten aber knapp über 25%, ergibt sich gemäß der dann vorgeschriebenen Berechnung nach den Absätzen 2 bis 6 eine pauschale Förderung von 1.045.420 DM und damit für ein zusätzliches Bett ein Förderbetrag von 187.900 DM, während Absatz 5 für ein Bett normalerweise 3.340 DM vorsieht.

Dabei gibt es von der Zielsetzung der Sonderregelung her, die Anreize für die Vorhaltung überzähliger Krankenhausbetten zu verringern, keinen Grund, auch Krankenhäuser einzu-



beziehen, denen die zuständige Landesbehörde nach sorgfältiger Prüfung und unter kritischer Begleitung der Kostenträger einen höheren Bettenbestand als bedarfsgerecht zuerkannt hat.

Um den geschilderten Nachteilen abzuweichen, schlagen wir vor,

- die Krankenhäuser mit erhöhter Planbetten- und Behandlungsplatzzahl aus der Sonderregelung herauszunehmen,
- daß Absatz 8 nur solange gilt, bis sich aus der Berechnung nach den Absätzen 2-6 eine höhere Förderpauschale ergibt.

§ 25 Abs. 7

Aus systematischen Gründen wird vorgeschlagen, zunächst die Grundregel für die Berechnung der pauschalen Fördermittel aufzustellen.

Vorschlag:

Absatz 7 erhält folgende Fassung:

"Die pauschalen Fördermittel werden nach den Absätzen 2 bis 6 berechnet, soweit nicht in Absatz 8 etwas anderes bestimmt ist."

§ 25 Abs. 8

Der für die Bemessung der Leistungspauschale gewählte Stichtag 31.12.1996 liegt zu spät, weil die forcierte Einzelfortschreibung bereits Ende 1995 angelaufen ist. Häuser, die bereits im Laufe des Jahres 1996 eine ausgewogene Struktur im Rahmen der forcierten Einzelfortschreibung des Krankenhausplans geschaffen haben, würden bestraft, indem sie dauerhaft eine niedrigere Leistungspauschale hinnehmen müßten. Deshalb wird vorgeschlagen, den 01.01.1996 als Stichtag zu wählen.

Die vorgesehene Leistungspauschale in Höhe von 75% reicht nicht aus. Eine 90%ige Pauschale trägt der geringer gewordenen Bedeutung der Bettenzahl eher Rechnung. Dementsprechend ist der Zuschlag auf 10% zu begrenzen.

Maßgeblich für die neu festgestellten Pauschalen sind nicht die "künftig vorzuhaltenden Planbetten" - ein Widerspruch in sich - sondern die im Ist ausgewiesenen Betten und Plätze (= Planbetten und Behandlungsplätze, vgl. § 13 Abs. 2 S. 5 u. 6 des Entw.). Die Formulierung ist in unserem Vorschlag zu Absatz 8 in Satz 1 Nr. 2 entsprechend berücksichtigt.

Vorschlag:

Abs. 8 erhält folgende Fassung:

"Bemessungsgrundlage für die pauschale Förderung jedes Krankenhauses bei Verringerung der Planbetten- und Behandlungsplatzzahlen sind

- 1. eine Leistungspauschale für die Vorhaltung kurzfristiger Anlagegüter in Höhe von 90% der zum 01.01.1996 gewährten Fördermittel bezogen auf die Planbetten- und Behandlungsplatzzahlen nach dem bestandskräftigen Feststellungsbescheid zum Stichtag**



2. ein planbetten- und behandlungsplatzabhängiger Zuschlag von 10% der neu berechneten Pauschalen für die Planbetten und Behandlungsplätze nach dem Bescheid nach § 16.

Satz 1 gilt nicht, bei einer Veränderung der Betten- und Behandlungsplatzzahl um mehr als 25 vom Hundert oder, wenn die Berechnung nach den Absätzen 2 bis 6 einen für das Krankenhaus höheren Betrag ergibt.

§ 25 Abs. 9

Die Vorschrift wird mit Abs. 8 zusammengefaßt.

Vorschlag:

Abs. 9 wird gestrichen.

§ 25 Abs. 10

Nach Abs. 10 sollen künftig Krankenhäuser, die aus Fusionen hervorgegangen sind, unter Umständen geringer gefördert werden als andere neue Krankenhäuser oder Krankenhäuser, die erweitert werden. Der Investitionsbedarf für kurzfristige Anlagegüter und damit die pauschale Förderung bemißt sich im wesentlichen nach der Zahl der Planbetten und Behandlungsplätze, wobei der Förderbetrag mit der Zahl der Betten und Behandlungsplätze in Stufen überproportional ansteigt. Dabei spielt es bisher keine Rolle, wie das Krankenhaus entstanden ist. So werden auch alle Krankenhäuser, die aus Fusionen entstanden sind, nach der Anforderungsstufe gefördert, die sich aus der Vervielfältigung der Planbetten und Behandlungsplätze mit den entsprechenden Punktwerten ergibt.

Der Entwurf sieht nun vor, bei künftigen Fusionen letzteres von dem durch das Krankenhaus zu führenden Nachweis abhängig zu machen, daß mit der Strukturänderung ein höherer Wiederbeschaffungsbedarf kurzfristiger Anlagegüter verbunden ist. Zwar soll das Krankenhaus nach Satz 1 "grundsätzlich pauschale Fördermittel der höheren Anforderungsstufe" erhalten. Nach Satz 2 gilt dies aber nur, wenn das Krankenhaus den genannten Nachweis führt. Die grundsätzliche Regelung des Satz 1 und die doppelte Verneinung in Satz 2 sind zwar geeignet, die Bewertungsregelung zu Lasten des Krankenhauses zu vernebeln. Die beiden Sätze enthalten aber bei Lichte besehen nichts anderes als folgende Regelung: Nach einer Fusion erhält das neue Krankenhaus bei entsprechender Planbetten- und Behandlungsplatzzahl pauschale Fördermittel der höheren Anforderungsstufe nur, wenn das Krankenhaus ein mit der Strukturänderung verbundener höherer Wiederbeschaffungswert kurzfristiger Anlagegüter nachweist.

Die vorgesehene Einschränkung der pauschalen Förderung bei Fusionen

- stellt das der pauschalen Förderung zugrunde liegende System der Bemessung nach Anforderungsstufen in Frage
- führt zwangsläufig zu Auseinandersetzungen und Rechtsstreitigkeiten.
- steht eindeutig der Zielsetzung des § 1 Abs. 1 S. 2 entgegen, nach der Zusammenschlüsse von Krankenhäusern erleichtert werden sollen.

Sie ist insgesamt zu verwerfen.

Vorschlag:

Absatz 10 wird gestrichen.



§ 25 Abs. 12 Satz 1

Satz 1 ist bzgl. des Begriffes "Ausgliederung nach § 21 Abs. 5 Satz 1" zu konkretisieren, da dort einmal von Krankenhausfachabteilungen (Gesetzestext) und in der Gesetzesbegründung von Krankenhauseinheiten bzw. von selbständigen Einrichtungen die Rede ist. Die Voraussetzung einer Vereinbarung mit der zuständigen Behörde bedeutet zusätzliche Verwaltungsaufwand und behindert unternehmerisches Handeln in den Krankenhausleitungen.

Vorschlag:

Satz 1 erhält folgende Fassung:

"Bei Ausgliederungen von Krankenhauseinheiten, deren Einrichtung mit Fördermitteln erfolgte, sind Nutzungsentgelte nach Abzug der anteiligen Betriebskosten ganz oder teilweise den pauschalen Fördermitteln zuzuführen."

§ 25 Abs. 12 Satz 2

Diese Vorschrift ist mit der Regelung zur Ermittlung der Pauschalfördermittel (§ 25 Abs. 2 bis 6 des Entwurfs) nicht vereinbar. Einzige Bemessungsgrundlage ist danach die Anzahl der Planbetten. Da beispielsweise radiologische Abteilungen nicht bettenführend sind, wäre eine Kürzung der Pauschalfördermittel bei deren Ausgliederung systemwidrig. Hinzu kommt, daß völlig unklar bleibt, nach welchen Kriterien und in welcher Höhe eine eventuelle Kürzung erfolgen soll.

Vorschlag:

§ 25 Abs. 12 Satz 2 wird gestrichen.

§ 25 Abs. 14

Die Ermächtigung muß sich ebenfalls auf die Leistungspauschale nach Abs. 8 erstrecken. Wegen der Begründung wird auf die Ausführungen zu den Absätzen 7 - 9 verwiesen.

Vorschlag:

In Abs. 14 wird nach "Absatz 1 Nr. 2" das Wort "und" gestrichen und durch ein Komma ersetzt und nach "Förderbeträge nach Absatz 5" die Worte "und die Leistungspauschale nach Absatz 8" eingefügt.

§ 26 Abs. 2 Satz 1 u. 2

Die gewählte Bezeichnung "Medizinprodukte" anstelle der bisherigen Bezeichnung ist verwirrend, da Verwechslungen mit dem gleichlautenden Begriff gem. Medizinproduktegesetz entstehen können. Statt dessen sollte - wie im Referentenentwurf bereits vorgesehen - der Begriff "medizinisch-technische Geräte" gewählt werden.

Vorschlag:

In § 26 Abs. 2 Satz 1 wird "Medizinprodukten" durch "medizinisch-technischen Geräten" und in § 26 Abs. 2 Satz 2 "Medizinprodukte" durch "medizinisch-technische Geräte" ersetzt.

§ 27

Da mit dieser Möglichkeit auch Einsparungen entsprechender Anlagegüter entstehen können, sollte der Abschluß solcher Verträge nicht erschwert werden. Die bestehende Regelung sollte daher beibehalten werden.

Vorschlag:

Es verbleibt bis auf redaktionelle Anpassungen bei der bisherigen Fassung des § 25 KHG NW.

§ 30

Nach Schließung eines Krankenhauses treffen den Träger auch aus dem Krankenhausbetrieb nachgehende Verpflichtungen. Sie können z.B. den Sanierungsaufwand oder tatsächliche Handlungspflichten enthalten, wie das Fortführen des Patientenarchivs über 30 Jahre. Dafür muß eine Regelung im Gesetz vorgesehen werden.

Vorschlag:

§ 30 Abs. 1 Satz 2 wird um eine Ziffer 3 "3. nachwirkende Trägerpflichten" ergänzt. Zusätzlich wird ein Absatz 3 aufgenommen: "Das Patientenarchiv ist vom zuständigen Gesundheitsamt weiterzuführen".

§ 31 Abs. 2 Satz 2

Diese Entwurfsfassung ist sprachlich verunglückt.

Vorschlag:

Satz 2 erhält folgende Fassung:

"Nach § 29 bereits gewährte Fördermittel können unter Berücksichtigung des Einzelfalls zurückgefordert werden, soweit Investitionen nicht abgeschrieben sind; Fördermittel nach § 23 können zurückgefordert werden, soweit sie nicht zweckentsprechend verwendet worden sind."

Abschnitt IV Krankenhausstruktur

§ 33 Abs. 2

Um eine optimale Versorgung der Patienten zu erzielen und darüber hinaus eine bessere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu gewährleisten, wird vorgeschlagen, an einem Krankenhaus Hauptfachabteilung und Belegabteilung desselben Gebiets zuzulassen. Dann könnte zusätzlich zu dem etablierten Angebot der Hauptfachabteilung eine Spezialität, die ein niedergelassener Arzt mitbringt, im Krankenhaus angeboten werden, ohne daß ein entsprechender Schwerpunkt im Haus eingerichtet werden muß. Doppeltvorhalten könnten vermieden und eine optimale Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor herbeigeführt werden. Den Patienten käme das erweiterte Angebot zugute.

Vorschlag:

Dem Absatz 2 wird folgender Satz 2 angefügt:



"Neben einer Hauptfachabteilung kann eine Belegabteilung desselben Gebiets vorgehalten werden."

Die freigemeinnützigen Krankenhausträger betreiben zum größeren Teil kleinere Häuser der Grundversorgung. Um notwendige Synergieeffekte zu erzielen, werden regionale Träger- und Krankenhauszusammenschlüsse angestrebt. Da Krankenhäuser der Grundversorgung i.d.R. über die Hauptfachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie/ Geburtshilfe verfügen, kommt es bei Krankenhauszusammenschlüssen automatisch zu einer Parallelvorhaltung verschiedener Hauptfachabteilungen.

Weil § 31 Abs. 2 KHG NW a.F. eine Parallelvorhaltung von Abteilungen generell nicht gestattet, ist es unter Beibehaltung der Leistungsstrukturen bisher häufig zwar möglich gewesen, in Form von Schachtelbeteiligungen oder durch die Gründung einer Trägerholding zu Trägerzusammenschlüssen zu kommen, nicht aber zu einer Krankenhausfusion mit mehreren Betriebsstätten. Mit dem Kabinettsentwurf werden die Hemmnisse nicht abgebaut, da die Vorschrift unverändert weiter gelten soll. Sie steht der in § 1 Abs. 1 Satz 2 postulierten Förderung von Krankenhauszusammenschlüssen entgegen. Es wird daher vorgeschlagen, bei Zusammenschlüssen für die Parallelvorhaltung von Abteilungen eine Übergangsfrist von 5 Jahren einzuräumen. Die gewonnene Zeit könnte vom Krankenhausträger genutzt werden, zukunftsfähige Strukturen zu schaffen und Konflikte - insbesondere durch die Freisetzung von Personal - zu vermeiden oder abzumildern.

Vorschlag:

Dem Absatz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

"Im Falle einer Fusion können für einen Übergangszeitraum von 5 Jahren Abteilungen parallel vorgehalten werden."

§ 35 Abs. 4

Diese bisher im KHG NW nicht enthaltene Vorschrift ist entbehrlich. Die Verantwortlichkeit des Krankenhausträgers ergibt sich bereits aus dem BGB bzw. dem Handelsrecht.

Vorschlag:

§ 35 Absatz 4 wird ersatzlos gestrichen.

§ 36

das Geschehen im Krankenhaus wird von vielen Berufsgruppen getragen. Eine isolierte Herausstellung des ärztlichen Bereiches erscheint nicht gerechtfertigt. Im übrigen gehören die Sätze 1 und 3 zur Leitung und Organisation (§ 35 des Entwurfs). Es wird deshalb vorgeschlagen, sie § 35 Abs. 3 anzufügen.

Vorschlag:

§ 36 wird ersatzlos gestrichen. Dem § 35 Abs. 3 werden folgende Sätze 2 und 3 angefügt:

"Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung mindestens eine Abteilungsärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen, die nicht weisungsgebunden sind. Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen leiten."

§ 38 Abs. 1



Nach Satz 1 des Entwurfs gilt § 2 Abs. 4 nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden. Nach § 38 Abs. 1 Satz 3 des Entwurfs treffen die Religionsgemeinschaften jedoch für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschrift entsprechen. Damit werden die Religionsgemeinschaften im Ergebnis verpflichtet, Regelungen zu treffen, durch die ihre Krankenhäuser verpflichtet werden, soweit möglich, auf ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen hinzuwirken.

Träte der Gesetzentwurf so in Kraft, läge ein Verstoß gegen Art. 4 Abs. 1 GG vor. Wir vermuten jedoch, daß bei der Einfügung des § 2 Abs. 4 - im Referentenentwurf war der Absatz nicht enthalten - der Zusammenhang mit § 38 nicht voll erkannt worden ist.

Vorschlag:

Wird unserem Vorschlag, § 2 Abs. 4 zu streichen, gefolgt, entfällt in Satz 1 lediglich der Hinweis auf diese Vorschrift.

Wird an § 2 Abs. 4 festgehalten, ist Satz 3 wie folgt zu ändern:

In Satz 3 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Satz angefügt: "dies gilt nicht für § 2 Abs. 4."

Abschnitt V: Übergangs- und Schlußbestimmungen

§ 42 Abs. 4

Die Formulierung dieser Vorschrift führt zu Mißverständnissen, da sie nur in Verbindung mit der Begründung verständlich ist. Unklar bleibt, daß sich diese Vorschrift auf diejenigen Fälle bezieht, bei denen nach einem Abbau der Planbettenzahl pauschale Fördermittel gemäß § 28 Absatz 2 a.F. weitergewährt wurden und daß durch eine entsprechende Regelung eine Doppelfinanzierung vermieden werden soll.

In den Genuß einer Doppelfinanzierung können aufgrund der von uns vorgeschlagenen Änderung des Stichtages nur diejenigen Häuser kommen, die ihre Planbettenzahl vor dem 01.01.1996 reduziert haben und denen gleichzeitig die pauschalen Fördermittel in der bisherigen Höhe gemäß § 28 Absatz 2 bisherige Fassung weitergewährt wurden.

Bedenkt man, daß in den letzten Jahren die Weitergewährung der pauschalen Fördermittel nach § 28 Absatz 2 eher die Ausnahme denn die Regel war, wird eine Doppelfinanzierung äußerst selten zu erwarten sein, so daß die Vorschrift insgesamt entbehrlich ist.

Vorschlag:

§ 42 Absatz 4 wird ersatzlos gestrichen.



Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen

Gesetzentwurf der Landesregierung
vom 18.05.1998

Vorschlag der LAGK

Abschnitt I Allgemeine Bestimmungen

Abschnitt I Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Grundsatz

§ 1 Grundsatz

(1) ¹Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen. ²Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten soll gefördert, Zusammenschlüsse sollen erleichtert werden.

(1) ¹Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen. ²Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten soll gefördert, Zusammenschlüsse sollen erleichtert werden.

(2) ¹Die Krankenversorgung in Krankenhäusern nach Absatz 1 sicherzustellen, ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. ²Gemeinden und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit. ³Das Land arbeitet mit den Krankenhausträgern, ihren Verbänden, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung (Verbände der Krankenkassen) zusammen.

(2) ¹Die Krankenversorgung in Krankenhäusern nach Absatz 1 sicherzustellen, ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. ²Gemeinden und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit. ³Das Land arbeitet mit den Krankenhausträgern, ihren Verbänden, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung (Verbände der Krankenkassen) zusammen.

(3) ¹Krankenhausträger sind in der Regel freie gemeinnützige, kommunale, private Träger und das Land. ²Falls 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) ¹Krankenhausträger sind in der Regel freie gemeinnützige, kommunale, private Träger und das Land. ²Falls 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.

(4) Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus grundsätzlich verpflichtet, an der Aus- und Weiterbil-

derung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.

§ 2

Krankenhausleistungen

(1) ¹Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung nach den durch Bescheid gemäß § 18 getroffenen Feststellungen im Krankenhausplan alle, die seine Leistungen benötigen, nach Art und Schwere der Erkrankungen zu versorgen. ²Notfallpatientinnen und -patienten sind vorrangig zu versorgen. ³Die stationäre psychiatrische Versorgung schließt die Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 2. Dezember 1969 (GV. NW. S. 872) in der jeweils geltenden Fassung ein. ⁴Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die festgestellten stationären Angebote der besonderen Therapierichtungen.

(2) Privatstationen werden weder eingerichtet noch betrieben.

(3) ¹Das Krankenhaus kann gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen) erbringen, soweit dadurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. ²Besondere Verpflegung, besondere Unterbringung und der Abschluß eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrages dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden.

(4) ¹Das Krankenhaus wirkt, soweit möglich, auf ein Angebot nach § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz -SchKG- vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398), geändert durch Gesetz vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050), hin.

§ 3

Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten

(1) ¹Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sind ebenso wie die Be-

§ 2

Krankenhausleistungen

(1) ¹Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung nach den durch Bescheid gemäß § 16 getroffenen Feststellungen im Krankenhausplan alle, die seine Leistungen benötigen, nach Art und Schwere der Erkrankungen zu versorgen. ~~²Notfallpatientinnen und -patienten sind vorrangig zu versorgen.~~ ²Die stationäre psychiatrische Versorgung schließt die Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 2. Dezember 1969 (GV. NW. S. 872) in der jeweils geltenden Fassung ein. ³Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die festgestellten stationären Angebote der besonderen Therapierichtungen.

(2) Privatstationen werden weder eingerichtet noch betrieben.

(3) ¹Das Krankenhaus kann gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen) erbringen, soweit dadurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. ²Besondere Verpflegung, besondere Unterbringung und der Abschluß eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrages dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden.

handlung patientenfreundlich zu gestalten.
²Dabei ist insbesondere ihren Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nach Schonung und Ruhe Rechnung zu tragen.
³Ausbildungs- und Weiterbildungsaufgaben des Krankenhauses, die eine Beteiligung von Patientinnen und Patienten erfordern, sind mit der gebotenen Rücksicht auf diese durchzuführen. ¹Dies gilt auch für die übrigen Betriebsabläufe.

(2) ¹Für alle Patientinnen und Patienten sind vom Krankenhaus angemessene Besuchszeiten einzuräumen, die nicht von der Inanspruchnahme von Wahlleistungen abhängig gemacht werden dürfen.

(3) ¹Die Würde sterbender Patientinnen und Patienten ist besonders zu beachten.
²Sie ist über den Tod hinaus zu wahren.
³Hinterbliebene sollen angemessen Abschied nehmen können.

§ 4 Kind im Krankenhaus

(1) ¹Die besonderen Belange kranker Kinder sind zu berücksichtigen. ²Ihrem Bedürfnis nach besonderer Zuwendung ist in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten soweit wie möglich Rechnung zu tragen.

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

(3) Das Krankenhaus unterstützt in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger die schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

§ 5 Patientenbeschwerdestellen

Der Krankenhausträger trifft Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch eine unabhängige Stelle, die mit allgemein anerkannten Einrichtung der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der

§ 3 Kind im Krankenhaus

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

(2) Das Krankenhaus unterstützt ~~in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger~~ die schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

§ 4 Patientenbeschwerdestellen

Der Krankenhausträger trifft Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch eine unabhängige Stelle, ~~die mit allgemein anerkannten Einrichtung der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der~~



Selbsthilfe eng zusammenarbeiten soll.

~~Selbsthilfe eng zusammenarbeiten soll.~~

§ 6

Patientenberatung, Patientenseelsorge, Überleitungen aus dem Krankenhaus, Sozialer Dienst

(1) ¹Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. ²Er hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, sie in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern V und XI (SGB V und SGB XI), die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, insbesondere Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen der Übergangs- und Anschlusspflege zu vermitteln. ³Der soziale Dienst berücksichtigt dabei auch die für die örtliche Ebene geltenden Absprachen mit Krankenkassen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Einrichtungen der ambulanten Versorgung, den kommunalen Pflegekonferenzen nach § 5 des Landespflegegesetzes, (SGB XI) zugelassenen Pflegediensten und mit Pflegeeinrichtungen sowie mit den Gemeinden und Gemeindeverbänden und arbeitet mit diesen eng zusammen.

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

(3) Sozialer Dienst und Krankenhausseelsorge werden auf Wunsch der Patientinnen und des Patienten tätig.

§ 7

Qualitätssicherung

(1) ¹Die Krankenhäuser gewährleisten die interne Qualitätssicherung, insbesondere der Behandlung, der Behandlungsergeb-

§ 5

Sozialer Dienst und Patientenseelsorge

(1) ¹Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen. ²Die Patienten haben das Recht auf seelsorgerische Betreuung im Krankenhaus. ³Sozialer Dienst und Krankenhausseelsorge 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.

§ 6

Qualitätssicherung

(1) ¹Die Krankenhäuser gewährleisten die interne Qualitätssicherung, insbesondere der Behandlung, der Behandlungsergebnis-



nisse und der Versorgungsabläufe.²Darüber hinaus erfüllen sie die ihnen obliegenden Aufgaben der externen Qualitätssicherung nach Maßgabe der Festlegungen der auf Grund von Bundes- und Landesrecht an der Qualitätssicherung Beteiligten.

§ 8 Krankenhaushygiene

(1) Das Krankenhaus hat die erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen.

(2) Das zuständige Ministerium 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) ¹Jedes Krankenhaus hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. ²Krankenhäuser, 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. 1 S. 1993) in der jeweils geltenden Fassung 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

se und der Versorgungsabläufe. ²Darüber hinaus erfüllen sie die ihnen obliegenden Aufgaben der externen Qualitätssicherung nach Maßgabe der auf Grund von Bundesrecht getroffenen Festlegungen.

§ 7 Krankenhaushygiene

(1) Das Krankenhaus hat die erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen.

(2) Das zuständige Ministerium 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 Arzneimittelkommission

(1) ¹Jedes Krankenhaus hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. ²Krankenhäuser, 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. 1 S. 1993) in der jeweils geltenden Fassung 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



sten (Arzneimittelliste),

2. die Ärztinnen und Ärzte in Fragen der Arzneimittelversorgung und bei Verdacht auf durch Arzneimittel verursachte Erkrankungen zu informieren, zu beraten, sowie
3. durch Beratung an der Arzneimittelbevorratung für Großschadensereignisse mitzuwirken.

(3) Die Arzneimittelliste nach Absatz 2 Nr. 1 ist von den im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzten zu berücksichtigen.

(4) ¹Die Arzneimittelkommission ist über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Arzneimittelliste enthalten sind, zu informieren. ²Sie ist vor der Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln zu unterrichten. ³Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die nach Art und Umfang über das bekannte Maß hinausgehen, sind der Arzneimittelkommission unverzüglich mitzuteilen.

§ 10

Zusammenarbeit der Krankenhäuser

(1) ¹Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Bescheid nach § 18 zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst, den für die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständigen Behörden, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Selbsthilfeorganisationen und den Krankenkassen verpflichtet. Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen. ²Die in § 1 Abs. 2 Sätze 2 und 3 Genannten unterrichten sich gegenseitig.

(2) Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens mit dem Ziel der Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung soll sich ent-

(Arzneimittelliste),

2. die Ärztinnen und Ärzte in Fragen der Arzneimittelversorgung und bei Verdacht auf durch Arzneimittel verursachte Erkrankungen zu informieren, zu beraten, sowie
3. durch Beratung an der Arzneimittelbevorratung für Großschadensereignisse mitzuwirken.

(3) Die Arzneimittelliste nach Absatz 2 Nr. 1 ist von den im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzten zu berücksichtigen.

(4) ¹Die Arzneimittelkommission ist über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Arzneimittelliste enthalten sind, zu informieren. ²Sie ist vor der Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln zu unterrichten. ³Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die nach Art und Umfang über das bekannte Maß hinausgehen, sind der Arzneimittelkommission unverzüglich mitzuteilen.

§ 9

Zusammenarbeit der Krankenhäuser

(1) ¹Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Bescheid nach § 16 zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst, den für die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständigen Behörden, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Selbsthilfeorganisationen und den Krankenkassen verpflichtet. ²Die in § 1 Abs. 2 Sätze 2 und 3 Genannten unterrichten sich gegenseitig.



sprechend der gemeinsamen Aufgabenstellung 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 Ärztinnen und Ärzten z.B. in onkologischen Schwerpunkten,
3. die Verteilung der Krankenhausaufnahmen,
4. die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,
5. die Mitwirkung bei der Geburtsvorbereitung,
6. die festzulegenden Notfallaufnahmebereiche nach § 12 Abs. 1 des Gesetzes über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (RettG) vom 24. November 1992 (GV. NW. S. 458) in der jeweils geltenden Fassung,
7. Rationalisierungsmaßnahmen,
8. die Nutzung von Medizinprodukten nach § 2.6 Abs. 2 Satz 2,
9. die Nutzung medizinischer oder wirtschaftlicher Einrichtungen,
10. die Nutzung von Datenverarbeitungsverfahren,
11. die Errichtung und den Betrieb von Ausbildungsstätten für nichtärztliche Heilberufe,
12. trägerübergreifende Maßnahmen im Bereich der Psychiatrie im Sinne einer engen Verzahnung mit ambulanten Diensten, Angeboten des beschützten Wohnens und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation,



13. die Bereitstellung von Personal als Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst,
14. Maßnahmen zur Pflegeüberleitung sowie
15. den Übergang in eine an den Krankenhausaufenthalt anschließende Versorgung durch Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen.

(3) ¹Der Zusammenschluß zu Versorgungseinheiten auf dem Gebiet des Gesundheits- und Sozialwesens ist zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit grundsätzlich zulässig. ²Die Abläufe des Krankenhausbetriebes dürfen nicht beeinträchtigt werden. ³Die Finanzierungsverpflichtungen ergeben sich grundsätzlich aus dem Anteil der Nutzung der Versorgungseinheiten.

§ 11

Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse

(1) ¹Das Krankenhaus ist verpflichtet, dem Zentralen Krankenbettennachweis bei den kreisfreien Städten und Kreisen (§ 8 Abs. 3 RettG) die erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere die Aufnahmebereitschaft und die Zahl der freien Betten, gegliedert nach Abteilungen, zu melden. ²Das Recht der Patientinnen und Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

(2) ¹Das Krankenhaus ist verpflichtet, an der Bewältigung von Großschadensereignissen mitzuwirken. ²Es stellt Einsatz- und Alarmpläne auf und stimmt sie mit der zuständigen Behörde ab.

(3) Im Rahmen der Planung zur Bewältigung von Großschadensereignissen unterstützen nach Absatz 4 ausgewählte Krankenhäuser die zuständigen Behörden bei der Bevorratung mit Sanitätsmaterial und Arzneimitteln, indem sie von diesen beschaffte Bestände in den Versorgungs-

§ 10

Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse

(1) ¹Das Krankenhaus ist verpflichtet, dem Zentralen Krankenbettennachweis bei den kreisfreien Städten und Kreisen (§ 8 Abs. 3 RettG) die erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere die Aufnahmebereitschaft und die Zahl der freien Betten, gegliedert nach Abteilungen, zu melden. ²Das Recht der Patientinnen und Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

(2) ¹Das Krankenhaus ist verpflichtet, **gegen Kostenerstattung** an der Bewältigung von Großschadensereignissen mitzuwirken. ²Es stellt Einsatz- und Alarmpläne auf und stimmt sie mit der zuständigen Behörde ab.

(3) Im Rahmen der Planung zur Bewältigung von Großschadensereignissen unterstützen nach Absatz 4 ausgewählte Krankenhäuser die zuständigen Behörden bei der Bevorratung mit Sanitätsmaterial und Arzneimitteln, indem sie von diesen beschaffte Bestände in den Versorgungs-

kreislauf des Krankenhauses aufnehmen.

(4) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, Näheres zur Arzneimittelbevorratung, der Finanzierung, Art und Größe der für die Arzneimittelbevorratung geeigneten Krankenhäuser, den Umgang mit Arzneimitteln sowie die Zugriffsrechte des Einsatzpersonals bei Großschadensereignissen im Einvernehmen mit dem Innenministerium und dem Ministerium für Wissenschaft und Forschung durch Rechtsverordnung zu regeln.

§ 12 Rechtsaufsicht

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

(2) ¹Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere dieses Gesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG -, der Bundespflegesatzverordnung, der Krankenhausbauverordnung und des Transplantationsgesetzes. ²Die 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) ¹Die Krankenhäuser, ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen und die Einrichtungen nach § 10 Abs. 3 sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. ²Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. ³Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

(4) Es sind

untere Aufsichtsbehörde

kreislauf des Krankenhauses aufnehmen.

(4) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, Näheres zur Arzneimittelbevorratung, der Finanzierung, Art und Größe der für die Arzneimittelbevorratung geeigneten Krankenhäuser, den Umgang mit Arzneimitteln sowie die Zugriffsrechte des Einsatzpersonals bei Großschadensereignissen im Einvernehmen mit dem Innenministerium und dem Ministerium für Wissenschaft und Forschung durch Rechtsverordnung zu regeln.

§ 11 Rechtsaufsicht

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

(2) ¹Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere dieses Gesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG -, der Bundespflegesatzverordnung, der Krankenhausbauverordnung und des Transplantationsgesetzes. ²Die 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) ¹Die **Krankenhausträger** sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. ²Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. ³Insoweit 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
die Bezirksregierung,

oberste Aufsichtsbehörde
das zuständige Ministerium.

die kreisfreie Stadt und der Kreis

obere Aufsichtsbehörde
die Bezirksregierung,

oberste Aufsichtsbehörde
das zuständige Ministerium.

Abschnitt II Planung

§ 13 Krankenhausplan

(1) Das zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn fort.

(2) ¹Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG auS. ²Er besteht aus

1. den Rahmenvorgaben
2. den Schwerpunktfestlegungen und
3. den sonstigen Festlegungen.

³Die Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt durch Änderung der Rahmenvorgaben, der Schwerpunkt und sonstigen Festlegungen. ⁴Die Änderungen nach Satz 2 Nr. 2 und 3 sind durch Bescheid nach § 18 festzustellen. ⁵Im Krankenhausplan im Ist anerkannte Betten zur stationären Versorgung sind Planbetten. ⁶Anerkannte Plätze zur teilstationären Versorgung sind Behandlungsplätze.

(3) Der Krankenhausplan wird alle zwei Jahre im Ministerialblatt veröffentlicht.

(4) ¹In den Versorgungsgebieten ist die notwendige abgestufte Versorgung mit ortsnahen, leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhäusern zu gewährleisten. ²Die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete auch außerhalb des Landes Nordrhein-Westfalen sind zu berücksichtigen;

Abschnitt II Planung

§ 12 Krankenhausplan

(1) Das zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn fort.

(2) ¹Der Krankenhausplan enthält Rahmenvorgaben und weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen

1. Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Zahl und Art der Abteilungen mit der Zahl ihrer Betten und Plätze sowie Versorgungsgebiet,
2. Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG

aus. ²Der Krankenhausplan wird durch Änderung der Rahmenvorgaben und der Festlegungen fortgeschrieben. ³Die Änderungen der Festlegungen sind durch Bescheid nach § 16 festzustellen. ⁴Im Krankenhausplan im Ist anerkannte Betten zur stationären Versorgung sind Planbetten. ⁵Anerkannte Plätze zur teilstationären Versorgung sind Behandlungsplätze.

(3) Der Krankenhausplan wird alle zwei Jahre im Ministerialblatt veröffentlicht.

(4) ¹In den Versorgungsgebieten ist die notwendige abgestufte Versorgung mit ortsnahen, leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhäusern zu gewährleisten. ²Die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete auch außerhalb des Landes Nordrhein-Westfalen sind zu berücksichtigen;

dies gilt auch hinsichtlich der Vielfalt der Krankenhausträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG.

(5) ¹Die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind in die Krankenhausplanung einzu beziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. ²Die Festlegungen nach § 15 und § 16 werden, soweit sie durch Bescheid nach § 18 festgestellt sind, Bestandteil des Krankenhausplans. ³Die Aufgaben aus Forschung und Lehre sind zu berücksichtigen.

§ 14 Rahmenvorgaben

(1) ¹Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze, besondere Aufgaben und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. ²Sie sind Grundlage für die Festlegungen nach § 15 und § 16.

(2) Bei der Neuaufstellung und Fortschreibung der Rahmenvorgaben ist der zuständige Landtagsausschuß zu hören.

(3) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, der zuständigen Behörde und den Verhandlungspartnern nach § 16 die durchschnittliche Auslastung ihrer Abteilungen anzuzeigen, wenn sie die in den Rahmenvorgaben festgelegte Regelauslastung in zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren um 10 Prozentpunkte unterschreiten.

§ 15 Schwerpunktfestlegungen

(1) ¹Besondere und überregionale Aufgaben sind den Schwerpunktfestlegungen des Landes vorbehalten. ²Sie werden in

dies gilt auch hinsichtlich der Vielfalt der Krankenhausträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG.

(5) ¹Die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind in die Krankenhausplanung einzu beziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. ²Die Festlegungen nach § 14 ~~und § 16~~ werden, ~~soweit sie durch Bescheid nach § 18 festgestellt sind,~~ Bestandteil des Krankenhausplans. ³Die Aufgaben aus Forschung und Lehre sind zu berücksichtigen.

§ 13 Rahmenvorgaben

(1) ¹Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze, **die Benennung der besonderen und überregionalen Aufgaben sowie** Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität **und dem Standort.** ~~²Sie sind Grundlage für die Festlegungen nach § 15 und § 16.~~ ²**Sie werden vom zuständigen Ministerium nach Erörterung im Landesausschuß aufgestellt und in mehrjährigen Zeitabständen fortgeschrieben.**

(2) Bei der Neuaufstellung und Fortschreibung der Rahmenvorgaben ist der zuständige Landtagsausschuß zu hören.

(3) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, der zuständigen Behörde ~~und den Verhandlungspartnern nach § 16~~ die durchschnittliche Auslastung ihrer Abteilungen anzuzeigen, wenn sie die in den Rahmenvorgaben festgelegte Regelauslastung in zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren um 10 Prozentpunkte unterschreiten.



den Rahmenvorgaben benannt.

(2) Die Fortschreibung des Krankenhausplans durch Schwerpunktfestlegungen kann sowohl auf Antrag eines Krankenhausträgers als auch auf Anregung der Verbände der Krankenkassen sowie von Amts wegen erfolgen.

(3) Wird der Krankenhausplan nach Absatz 2 fortgeschrieben, ist wie folgt zu verfahren:

1. Die Beteiligten nach § 17 Abs. 2 und das betroffene Krankenhaus werden von der zuständigen Behörde gehört.
2. Der Landesausschuß nach § 17 Abs. 1 erörtert den Antrag.
3. Die Änderung des Krankenhausplans erfolgt durch Bescheid der zuständigen Behörde nach § 18.

(4) ¹Soweit Krankenhäusern besondere Aufgaben zugeordnet werden, handelt es sich um allgemeine Krankenhausleistungen dieses Krankenhäuser. ²Bei Aufgaben der Ausbildung muß die Finanzierung gewährleistet sein.

§ 16

Sonstige Festlegungen

(1) ¹Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 14 legt die zuständige Behörde insbesondere Leistungsstrukturen, Planbettanzahlen und Behandlungsplätze abschließend fest. ²Hierzu legen die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen ein von ihnen gemeinsam und gleichberechtigt mit den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten erarbeitetes Konzept zur Fortschreibung des Krankenhausplans vor. ³§ 213 Abs. 2 SGB V gilt für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.

(2) ¹Zu Verhandlungen über ein Konzept können die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen und die zustän-

§ 14

Fortschreibung hinsichtlich der Krankenhäuser und Ausbildungsstätten

(1) ¹Die zuständige Behörde schreibt den Krankenhausplan nach Anhörung der Beteiligten nach § 15 Abs. 1 und 2 auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 13 durch Bescheid nach § 16 fort. ²Sie hat die Festlegungen besonderer und überregionaler Aufgaben sowie die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan und die Herausnahme vor der Entscheidung mit dem Landesausschuß zu erörtern.

(2) ¹Bei Festlegung besonderer und überregionaler Aufgaben entscheidet die zuständige Behörde auf Antrag eines

dige Behörde auffordern. ²Die Verhandlungen nach Satz 1 sind innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung einzuleiten. ³Die Aufnahme der Verhandlungen ist der zuständigen Behörde und den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten anzuzeigen.

(3) ¹Die Beteiligten nach § 17 Abs. 2 werden zu dem Konzept nach Absatz 1 angehört, die Kreise und kreisfreien Städte jedoch nur, wenn sie nicht nach Absatz 1 Satz 2 mitwirken. ²Die Anhörung nach Satz 1 führt der von den betroffenen Krankenhäusern bestimmte Verband durch. ³Soweit kein Verband bestimmt wird, führt die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen die Anhörung durch.

(4) ¹Konzepte nach Absatz 1 werden nur dann für die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 2 verbindlich, wenn die zuständige Behörde sie nach inhaltlicher und rechtlicher Prüfung abschließend genehmigt. ²Dem Antrag auf Genehmigung ist eine Dokumentation des Verhandlungsablaufs und der das Ergebnis tragenden Gründe beizufügen.

(5) ¹Die Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn

1. die Rahmenvorgaben und
2. der allgemeine Stand von Wissenschaft und Technik in der Medizin

beachtet worden sind. ²Die zuständige Behörde kann die Genehmigung mit Nebenbestimmungen verbinden und das Konzept in veränderter Form genehmigen. ³In diesen Fällen kann jeder Verhandlungspartner die Genehmigung bei der zuständigen Be-

Krankenhausträgers oder von Amts wegen. ²Soweit Krankenhäusern besondere und überregionale Aufgaben zugeordnet werden, handelt es sich um allgemeine Krankenhausleistungen. ³Bei Aufgaben der Ausbildung muß die Finanzierung gewährleistet sein.

(3) ¹Bei sonstigen Festlegungen legen ein Krankenhausträger oder mehrere Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen der zuständigen Behörde ein von ihnen einvernehmlich erarbeitetes Konzept vor. ²§ 213 Absatz 2 SGB V gilt für die Verbände der Krankenkassen entsprechend. ³Bei wesentlichen Änderungen des Krankenhausplans sind die betroffenen Kreise und kreisfreien Städte sowie die Spitzenverbände, denen Krankenhäuser in dem Gebiet der betroffenen Kreise und kreisfreien Städte angeschlossen sind zu beteiligen. ⁴Wesentliche Änderungen des Krankenhausplans sind die Aufnahme und die Herausnahme eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung aus dem Krankenhausplan und Veränderungen der Zahl der Betten und Plätze von mehr als 25 v.H.

(4) ¹Zu Verhandlungen über ein Konzept können die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen und die zuständige Behörde auffordern. ²Die Verhandlungen sind innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung einzuleiten. ³Die Aufnahme der Verhandlungen ist der zuständigen Behörde anzuzeigen.

(5) Soweit Konzepte nicht vorgelegt werden, entscheidet die zuständige Behörde auf Antrag eines Krankenhausträgers oder von Amts wegen.



hörde anfechten. ⁴Eine gerichtliche Anfechtung findet nicht statt. ⁵Das Genehmigungsverfahren ist grundsätzlich innerhalb von drei Monaten abzuschließen.

(6) Soweit Konzepte nicht vorgelegt werden, entscheidet die Behörde von Amts wegen nach Anhörung der Beteiligten nach § 17 Abs. 1 und 2, wenn der Krankenhausplan fortgeschrieben werden soll.

(7) ¹Die genehmigten Konzepte oder Entscheidungen nach Absatz 6 werden durch Bescheid nach § 18 an den Krankenhausträger Bestandteil des Krankenhausplans. ²Gegen diesen Bescheid ist für den betroffenen Krankenhausträger der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten gegeben.

§ 17

Beteiligte an der Krankenhausversorgung

(1) Dem Landesausschuß gehören als unmittelbar Beteiligte an:

1. fünf von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen,
2. acht von den Verbänden der Krankenkassen,
3. drei von den kommunalen Spitzenverbänden

benannte Mitglieder,

1. ein von der Katholischen Kirche und ein von den Evangelischen Landeskirchen,
2. ein vom Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung,
3. soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind, je ein von den beiden Landschaftsverbänden

benanntes Mitglied.

(2) Weitere Beteiligte (mittelbar Beteiligte) sind:

§ 15

Beteiligte an der Krankenhausversorgung

(1) Dem Landesausschuß gehören als unmittelbar Beteiligte an:

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

benannte Mitglieder,

1. ein von der Katholischen Kirche und ein von den Evangelischen Landeskirchen,
2. ein vom Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung,
3. soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind, je ein von den beiden Landschaftsverbänden

benanntes Mitglied.

(2) Weitere Beteiligte (mittelbar Beteiligte) sind:



1. die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in NordrheinWestfalen,
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 Nordrhein-Westfalen der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes,
9. der Rheinisch-Westfälische Verband der im evangelisch-kirchlichen Dienst stehenden Mitarbeiter (RWV).

(3) ¹Der Landesausschuß erarbeitet insbesondere die Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben und zu Schwerpunktfestlegungen notwendig sind. ²Er schlägt vor, welche Daten der zuständigen Behörde bis zum 1. September eines jeden Jahres von den Krankenhausträgern vorzulegen sind und empfiehlt, welche der auf örtlicher Ebene vorhandenen Bedarfsabschätzungen und Planungsüberlegungen zu berücksichtigen sind. ³Er beschreibt ferner die Daten, die den Verhandlungspartnern zur Erarbeitung der Konzepte nach § 16 vorliegen müssen. ⁴Bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben, der Schwerpunktfestlegungen und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms sind mit den Beteiligten nach Absatz 1 einvernehmliche Regelungen anzustreben. ⁵Das zuständige Ministerium entscheidet abschließend.

(4) ¹Den Vorsitz im Landesausschuß und die Geschäfte des Landesausschusses führt das zuständige Ministerium. ²Der Landesausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung. ³Er bildet Unterausschüsse. ⁴Mitglieder der Unterausschüsse können auch mittelbar Beteiligte nach Absatz 2 sein.

1. die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in NordrheinWestfalen,
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 Nordrhein-Westfalen der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes,
9. der Rheinisch-Westfälische Verband der im evangelisch-kirchlichen Dienst stehenden Mitarbeiter (RWV).

(3) ¹**Der Landesausschuß wirkt nach den Vorschriften der §§ 13 und 14 bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans mit und erarbeitet Empfehlungen zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben und Festlegungen besonderer und überregionaler Aufgaben.** ²Er schlägt vor, welche Daten nach § 36 der zuständigen Behörde ~~bis zum 1. September eines jeden Jahres~~ von den Krankenhausträgern vorzulegen sind und empfiehlt, welche der auf örtlicher Ebene vorhandenen Bedarfsabschätzungen und Planungsüberlegungen zu berücksichtigen sind. ³Er beschreibt ferner die Daten gemäß § 36, die den Verhandlungspartnern zur Erarbeitung der Konzepte nach § 14 vorliegen müssen. ⁴**Bei der Mitwirkung nach den §§ 13 und 14 und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms sind mit den Beteiligten nach Abs. 1 einvernehmliche Regelungen anzustreben.** ⁵Das zuständige Ministerium entscheidet abschließend.

(4) ¹Den Vorsitz im Landesausschuß und die Geschäfte des Landesausschusses führt das zuständige Ministerium. ²Der Landesausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung. ³Er ~~bildet~~ **kann** Unterausschüsse **bilden**. ⁴Mitglieder der Unterausschüsse können auch mittelbar Beteiligte nach Absatz 2 sein.

§ 18

Feststellungen im Krankenhausplan

(1) ¹Die Feststellungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan werden durch Bescheid der zuständigen Behörde getroffen. ²Der Bescheid über die Aufnahme enthält

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses und seiner Betriebsstellen,
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 Versorgungsregion für die psychiatrische Pflichtversorgung,
6. die Gesamtzahl der im Ist und Soll anerkannten Betten und Plätze; die Zahl der nicht förderfähigen Betten und Plätze kann nachrichtlich aufgenommen werden,
7. die Zahl und die Art der Abteilungen mit ihrer Bettenzahl und ihren Plätzen,
8. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG,
9. die besonderen und überregionalen Aufgaben sowie
10. die inhaltlichen und zeitlichen Beschränkungen nach § 16 Abs. 5 Satz 2 und die dafür maßgebenden Gründe.

(2) Feststellungen nach § 16, die über die Angaben nach Absatz 1 hinausgehen, werden in der Regel nicht Bestandteil des Krankenhausplans.

(3) Wenn Krankenhausträger ohne Zustimmung der zuständigen Behörde von den Feststellungen nach Absatz 1 abweichen oder planwidrige Versorgungsangebote an sich binden, kann das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.

§ 16

Feststellungen im Krankenhausplan

¹Die Feststellungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan werden durch Bescheid der zuständigen Behörde an den Krankenhausträger getroffen. ²Der Bescheid ist den Verbänden der Krankenkassen sowie den Beteiligten nach § 15 Abs. 2 zur Kenntnis zu bringen. ³Der Bescheid über die Aufnahme enthält

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses und seiner Betriebsstellen,
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 Versorgungsregion für die psychiatrische Pflichtversorgung,
6. die Gesamtzahl der im Ist und Soll anerkannten Betten und Plätze; die Zahl der nicht förderfähigen Betten und Plätze kann nachrichtlich aufgenommen werden,
7. die Zahl und die Art der Abteilungen mit ihrer Bettenzahl und ihren Plätzen,
8. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG,
9. die besonderen und überregionalen Aufgaben sowie
10. die inhaltlichen und zeitlichen Beschränkungen nach § 16 Abs. 5 Satz 2 und die dafür maßgebenden Gründe.



Abschnitt III Krankenhausförderung

§ 19 Förderungsgrundsätze

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

(2) ¹Krankenhäuser werden nicht gefördert, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden oder bei Abschluß verkehrsüblicher Versicherungen hätten gewährt werden können. ²Das 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 den Feststellungen im Krankenhausplan verwendet werden.

(4) Bei Krankenhäusern, die ohne Zustimmung der zuständigen Behörde von den Feststellungen des Krankenhausplans abweichen oder durch Verträge planwidrige Angebote an sich binden, können Förderungen ganz oder teilweise versagt werden.

Abschnitt III Krankenhausförderung

§ 17 Förderungsgrundsätze

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

(2) Die Förderung kann auch durch die Übernahme des Schuldendienstes (Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten) für Darlehen oder im Ausnahmefall als Ausgleich für Kapitalkosten nach § 2 Nr. 3 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgenommen werden, soweit mit Zustimmung der zuständigen Behörde zur Finanzierung von förderfähigen Investitionen Darlehen aufgenommen worden sind oder der Krankenhausträger Eigenmittel eingesetzt hat.

(3) ¹Krankenhäuser werden nicht gefördert, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden oder bei Abschluß verkehrsüblicher Versicherungen hätten gewährt werden können. ²Das gleiche gilt, wenn eine Investitionsmaßnahme durch unterlassene Wartung und Instandhaltung notwendig geworden ist, **sofern der Krankenhausträger die Unterlassung zu vertreten hat.**

(4) Fördermittel dürfen nur nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides und im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses nach den Feststellungen im Krankenhausplan verwendet werden.

(5) Bei Krankenhäusern, die ohne Zustimmung der zuständigen Behörde von den Feststellungen des Krankenhausplans abweichen ~~oder durch Verträge planwidrige Angebote an sich binden~~, können Förderungen ganz oder teilweise versagt werden.



§ 20 Investitionsprogramm

¹Zur Förderung des Krankenhausbaus stellt das zuständige Ministerium auf der Grundlage des Krankenhausplans ein Investitionsprogramm gemäß § 6 und § 8 KHG auf. ²Darin wird die vorgesehene Verwendung der in dem betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Fördermittel für Maßnahmen nach § 21, Abs. 1 Nr. 1 dargestellt. ³Die Feststellung der Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm ist mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel zu verbinden. ⁴Ein Rechtsanspruch auf Förderung entsteht erst mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel.

§ 21 Einzelförderung

- (1) Investitionskosten werden für
1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Betrieb der Krankenhäuser im Rahmen ihrer Aufgabenstellung nach den Feststellungen im Krankenhausplan notwendigen Anlagegütern,
 2. 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) ¹Voraussetzung für die Bewilligung von

§ 18 Investitionsprogramm

(1) ¹Zur Förderung des Krankenhausbaus stellt das zuständige Ministerium auf der Grundlage des Krankenhausplans ein Investitionsprogramm gemäß § 6 und § 8 KHG auf. ²Die Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm wird durch dessen Veröffentlichung im Ministerialblatt festgestellt. ³Die Einzelheiten der Förderung werden durch Bescheid bestimmt.

(2) Bei der Aufstellung des Investitionsprogrammes werden die Beteiligten an der Krankenhausversorgung nach § 15 Abs. 1 und 2 und die betroffenen Krankenhausträger gehört.

§ 19 Einzelförderung

- (1) Investitionskosten werden für
1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Betrieb der Krankenhäuser im Rahmen ihrer Aufgabenstellung nach den Feststellungen im Krankenhausplan 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) ¹Voraussetzung 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. ²Darüber hinaus setzt die Bewilligung voraus, daß die gesamte Finanzierung gesichert und mit der Maßnahme vor der Bewilligung oder einer schriftlichen Einwilligung des zuständigen Ministeriums 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.

(5) ¹Die Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses ist mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig. ²Die anteiligen Fördermittel sind, soweit Investitionen nicht abgeschrieben oder Fördermittel nach § 25 nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, grundsätzlich zurückzuerstatten. ³Abweichende Vereinbarungen können nach § 25 Abs. 12 getroffen werden.

(6) ¹Die Vermietung geförderter Räume ist mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig, soweit der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt wird. ²Mieteinnahmen sind nach Abzug der anteiligen Betriebskosten grundsätzlich den pauschalen Fördermitteln zuzuführen.

§ 22

Umfang der Einzelförderung

(1) ¹Gefördert werden die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind. ²Die Folgekosten,

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. ²Darüber hinaus setzt die Bewilligung voraus, daß die gesamte Finanzierung gesichert und mit der Maßnahme vor der Bewilligung oder einer schriftlichen Einwilligung des zuständigen Ministeriums 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.

(5) ¹Die Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses **ist der zuständigen Behörde anzuzeigen**. ²Die anteiligen Fördermittel sind, soweit Investitionen nicht abgeschrieben oder Fördermittel nach § 23 nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, grundsätzlich zurückzuerstatten. ³Abweichende Vereinbarungen können nach § 23 Abs. 12 getroffen werden.

(6) ¹Die Vermietung geförderter Räume ist ~~mit Erlaubnis der zuständigen Behörde~~ zulässig, soweit der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt wird; **sie ist der zuständigen Behörde anzuzeigen**. ²Mieteinnahmen sind nach Abzug der anteiligen Betriebskosten **entsprechend dem Finanzierungsanteil des Landes längstens bis zur vollen Abschreibung des mit Fördermitteln geförderten Gebäudeteils** grundsätzlich den pauschalen Fördermitteln zuzuführen.

§ 20

Umfang der Einzelförderung

(1) ¹Gefördert werden die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind. ²Die Folgekosten, insbeson-

kosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen.

(2) ¹Die 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.

²Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens sind zu übernehmen, soweit dies wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

§ 23

Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

¹Anlauf- und Umstellungskosten (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG) sind nur förderungsfähig, wenn sie mit einer nach § 21 geförderten Investition in Zusammenhang stehen und die Aufnahme der Fortführung des Krankenhausbetriebes deswegen gefährdet wäre, weil dem Krankenhausträger die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten ist. ²Der Förderungsantrag ist spätestens mit dem Antrag nach § 21 anzukündigen.

§ 24

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

dere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen.

(2) ¹Die 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.

²Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens sind zu übernehmen, soweit dies wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

§ 21

Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

¹Anlauf- und Umstellungskosten sowie **Kosten für den Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken** (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG) sind nur förderungsfähig, wenn sie mit einer nach § 19 geförderten Investition in Zusammenhang stehen und die Aufnahme der Fortführung des Krankenhausbetriebes deswegen gefährdet wäre, weil dem Krankenhausträger die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten ist. ²Der Förderungsantrag ist spätestens mit dem Antrag nach § 19 anzukündigen.

§ 22

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 anfallen-



anfallenden förderungsfähigen Kosten bemessen.

(2) ¹Der Festbetrag ist so zu bemessen, daß die entstehenden förderungsfähigen Kosten unter Anwendung der Grundsätze des § 22 gedeckt werden. ²Eingesparte Fördermittel sind für andere Investitionen nach § 21 Abs. 1 oder § 25 Abs. 1 zu verwenden; § 32 gilt entsprechend. ³Mehrkosten müssen vom Krankenhaus getragen werden. ⁴Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher unabweisbarer behördlicher Anordnungen erforderlich werden und der Krankenhausträger die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. ⁵Der Verwendungsnachweis beschränkt sich auf den Nachweis, daß die Mittel für die geförderte Maßnahme, bei Unterschreiten des Festbetrages für weitere förderungsfähige Maßnahmen verwendet und diese funktionsfähig fertiggestellt worden sind.

(3) ¹In den übrigen Fällen richtet sich die Förderung nach den für die bewilligte Investition entstehenden nachgewiesenen förderungsfähigen Kosten. ²Die Bewilligung legt die voraussichtliche Förderung auf der Grundlage der geprüften Kosten fest. ³Bei 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. ⁴Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit unabweisbare Mehrkosten nachgewiesen werden und das Krankenhaus die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. ⁵Mehrkosten, 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. ⁶Soweit Abweichungen unabweisbar sind, hat die zuständige Behörde sie zu genehmigen. ⁷Die Höhe der Förderung wird nach Vorlage und Prüfung der Schlußabrechnung und des Verwendungsnach-

den förderungsfähigen Kosten bemessen.

(2) ¹Der Festbetrag ist so zu bemessen, daß die entstehenden förderungsfähigen Kosten unter Anwendung der Grundsätze des § 20 gedeckt werden. ²Eingesparte Fördermittel sind für andere Investitionen nach § 19 Abs. 1 oder § 23 Abs. 1 zu verwenden; § 30 gilt entsprechend. ³Mehrkosten müssen vom Krankenhaus getragen werden. ⁴Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher unabweisbarer behördlicher Anordnungen erforderlich werden und der Krankenhausträger die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. ⁵Der Verwendungsnachweis beschränkt sich auf den Nachweis, daß die Mittel für die geförderte Maßnahme, bei Unterschreiten des Festbetrages für weitere förderungsfähige Maßnahmen verwendet und diese funktionsfähig fertiggestellt worden sind.

(3) ¹In den übrigen Fällen richtet sich die Förderung nach den für die bewilligte Investition entstehenden nachgewiesenen förderungsfähigen Kosten. ²Die Bewilligung legt die voraussichtliche Förderung auf der Grundlage der geprüften Kosten fest. ³Bei 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. ⁴Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit unabweisbare Mehrkosten nachgewiesen werden und das Krankenhaus die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. ⁵Mehrkosten, 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. ⁶Soweit Abweichungen unabweisbar sind, hat die zuständige Behörde sie zu genehmigen. ⁷Die Höhe der Förderung wird nach Vorlage und Prüfung der Schlußabrechnung und des Verwendungsnach-



nachweises endgültig festgesetzt. ⁸Übersteigen die aufgrund der Bewilligung ausgezahlten Fördermittel den endgültigen förderungsfähigen Betrag, ist der zu viel gezahlte Betrag zu erstatten.

(4) ¹Die Fördermittel sind über ein besonderes Bauabrechnungskonto abzuwickeln. ²Zinserträge 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.

§ 25

Pauschale Förderung

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

1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),
2. sonstige nach § 21 förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern der

ersten Anforderungsstufe	55100 DM
zweiten Anforderungsstufe	82700 DM
dritten Anforderungsstufe	100240 DM
und der vierten Anforderungsstufe	145000 DM

ohne Mehrwertsteuer nicht übersteigen.

²Zur Wiederbeschaffung gehören auch die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern, soweit diese Ko-

weises endgültig festgesetzt. ⁸Übersteigen die aufgrund der Bewilligung ausgezahlten Fördermittel den endgültigen förderungsfähigen Betrag, ist der zu viel gezahlte Betrag zu erstatten, es sei denn, die Vorlage des Verwendungsnachweises liegt mehr als 2 Jahre zurück.

(4) ¹Die Fördermittel sind über ein besonderes Bauabrechnungskonto abzuwickeln. ²Zinserträge 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.

§ 23

Pauschale Förderung

(1) ¹Durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschalen) 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	100.000 DM
zweiten Anforderungsstufe	150.000 DM
dritten Anforderungsstufe	200.000 DM
und der vierten Anforderungsstufe	250.000 DM

ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen.

²Zur Wiederbeschaffung gehören auch die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern, soweit diese Kosten

sten nicht im Pflegesatz zu berücksichtigen sind. ³Satz 1 Nummer 2 findet auch dann Anwendung, wenn die Wertgrenze nachträglich überschritten wird.

(2) ¹Zur Ermittlung der Anforderungsstufe des Krankenhauses werden die Planbetten und Behandlungsplätze des Krankenhauses mit dem Punktwert je Planbett und Behandlungsplatz (Punktwert) vervielfacht. ²Bruchteile der sich insgesamt ergebenden Punktwerte werden bis 0,4 abgerundet und ab 0,5 aufgerundet.

(3) Es gehören Krankenhäuser mit einer Punktzahl
bis zu 349 Punkten zur ersten Anforderungsstufe,
bis zu 599 Punkten zur zweiten Anforderungsstufe,
bis zu 799 Punkten zur dritten Anforderungsstufe und
ab 800 Punkten zur vierten Anforderungsstufe.

(4) ¹Der Punktwert beträgt in den von Ärztinnen und Ärzten des Krankenhauses hauptamtlich geleiteten Abteilungen sowie für Intensivpflegebetten und Planbetten in gesondert ausgewiesenen Einheiten für Infektionskranke für

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

²Im übrigen beträgt der Punktwert eins.

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

ersten Anforderungsstufe	3340,- DM
zweiten Anforderungsstufe	3892,- DM
dritten Anforderungsstufe	4980,- DM
vierten Anforderungsstufe	

nicht im Pflegesatz zu berücksichtigen sind. ³Satz 1 Nummer 2 findet auch dann Anwendung, wenn die Wertgrenze nachträglich überschritten wird.

(2) ¹Zur Ermittlung der Anforderungsstufe des Krankenhauses werden die Planbetten und Behandlungsplätze des Krankenhauses mit dem Punktwert je Planbett und Behandlungsplatz (Punktwert) vervielfacht. ²Bruchteile der sich insgesamt ergebenden Punktwerte werden bis 0,4 abgerundet und ab 0,5 aufgerundet.

(3) Es gehören Krankenhäuser mit einer Punktzahl
bis zu 349 Punkten zur ersten Anforderungsstufe,
bis zu 599 Punkten zur zweiten Anforderungsstufe,
bis zu 799 Punkten zur dritten Anforderungsstufe und
ab 800 Punkten zur vierten Anforderungsstufe.

(4) ¹Der Punktwert beträgt in den von Ärztinnen und Ärzten des Krankenhauses hauptamtlich geleiteten Abteilungen sowie für Intensivpflegebetten und Planbetten 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.

²Im übrigen beträgt der Punktwert eins.

(5) ¹Die Fördermittel betragen jährlich für jedes Planbett und jeden Behandlungsplatz bei Krankenhäusern der

ersten Anforderungsstufe	3.471,- DM
zweiten Anforderungsstufe	4.042,- DM
dritten Anforderungsstufe	5.175,- DM
vierten Anforderungsstufe	



5700,- DM.

(6) ¹Psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern erhalten 80 % der pauschalen Fördermittel der ersten Anforderungsstufe. ²Werden Angebote anderer Fachbereiche in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern vorgehalten, werden die Fördermittel für diese Planbetten und Behandlungsplätze nach der ersten Anforderungsstufe berechnet. ³Teilstationäre Einrichtungen erhalten 50 % der ersten Anforderungsstufe. ⁴Krankenhäuser mit kardiovaskular- und epilepsiechirurgischen Abteilungen gehören zur vierten Anforderungsstufe. ⁵Die Absätze 7 bis 13 gelten in den Fällen der Sätze 1 bis 4 entsprechend.

(7) ¹Bemessungsgrundlage für die pauschale Förderung jedes Krankenhauses bei Änderung der Planbetten- und Behandlungsplatzzahlen sind

1. eine Leistungspauschale für die Vorhaltung kurzfristiger Anlagegüter nach Absatz 8 und
2. ein planbetten- und behandlungsplatzabhängiger Zuschlag nach Absatz 9.

²Bei Neuaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan erfolgt die Berechnung der pauschalen Fördermittel nach den Absätzen 2 bis 6.

(8) ¹Die Leistungspauschale beträgt 75 % der zum 31.12.1996 gewährten pauschalen Fördermittel bezogen auf die Planbetten- und Behandlungsplatzzahlen des jeweiligen Krankenhauses. ²Maßgebend ist der bestandskräftige Feststellungsbescheid zum Stichtag. ³Bei wesentlichen festgestellten strukturellen Änderungen werden die pauschalen Fördermittel nach den Absätzen 2 bis 6 neu berechnet. ⁴Eine wesentliche Änderung liegt insbesondere dann vor, wenn die Betten- und Behandlungsplatzzahl um mehr als 25 vom Hundert gesenkt oder erhöht wird.

5.700,- DM.

²Für jeden Behandlungsplatz betragen die Fördermittel 80% davon.

(6) ¹Psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern erhalten 80 % der pauschalen Fördermittel der ersten Anforderungsstufe. ²Werden Angebote anderer Fachbereiche in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern vorgehalten, werden die Fördermittel für diese Planbetten und Behandlungsplätze nach der ersten Anforderungsstufe berechnet. ~~³Teilstationäre Einrichtungen erhalten 50 % der ersten Anforderungsstufe.~~ ³Krankenhäuser mit kardiovaskular- und epilepsiechirurgischen Abteilungen gehören zur vierten Anforderungsstufe. ⁴Die Absätze 7 bis 12 gelten in den Fällen der Sätze 1 bis 4 entsprechend.

(7) Die pauschalen Fördermittel werden nach den Absätzen 2 bis 6 berechnet, soweit nicht in Absatz 8 etwas anderes bestimmt wird.

(8) ¹Bemessungsgrundlage für die pauschale Förderung jedes Krankenhauses bei **Verringerung** der Planbetten- und Behandlungsplatzzahlen sind

1. eine Leistungspauschale für die Vorhaltung kurzfristiger Anlagegüter in Höhe von 90% der zum 01.01.1996 gewährten Fördermittel bezogen auf die Planbetten- und Behandlungsplatzzahlen nach dem bestandskräftigen Feststellungsbescheid zum Stichtag nach Absatz 8 und

2. ein planbetten- und behandlungsplatzab-

hängiger Zuschlag von 10% der neu berechneten Pauschalen der Planbetten und Behandlungsplätze nach dem Bescheid nach § 16 nach Absatz 9.

²Satz 1 gilt nicht bei einer Veränderung der Zahl der Betten- und Behandlungsplätze um mehr als 25 vom Hundert oder wenn die Berechnung nach den Absätzen 2 bis 6 einen für das Krankenhaus höheren Betrag ergibt.

(9) Zu dem Betrag nach Absatz 8 erhält das Krankenhaus einen anteiligen Förderbetrag (Zuschlag) von 25 % der neu festgestellten Pauschalen für die nach dem Feststellungsbescheid nach § 18 künftig vorzuhaltenden Planbetten und Behandlungsplätze.

(10) ¹Soweit sich zwei oder mehrere Krankenhäuser zu einem Krankenhaus zusammenschließen (Fusion), erhält das neue Krankenhaus bei entsprechender Planbetten- und Behandlungsplatzzahl grundsätzlich pauschale Fördermittel der höheren Anforderungsstufe. ²Dies gilt jedoch nicht, wenn ein mit der Strukturänderung verbundener höherer Wiederbeschaffungsbedarf kurzfristiger Anlagegüter nicht nachgewiesen werden kann. ³Die Einrichtung eines neuen Schwerpunktes gilt allein nicht als Nachweis nach Satz 2.

(11) ¹Die Fördermittel sind bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf einem besonderen Bankkonto zinsgünstig anzulegen. ²Zinserträge, Erträge aus der Veräußerung geförderter kurzfristiger Anlagegüter und Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den Fördermitteln zuzuführen.

(12) ¹Bei Ausgliederungen nach § 21 Abs. 5 Satz 1 können mit der zuständigen Behörde Vereinbarungen darüber getroffen werden, daß Nutzungsentgelte ganz oder teilweise den pauschalen Fördermitteln zugeführt werden. ²Soweit investitionsintensive Abteilungen ausgegliedert werden, sind die pauschalen Fördermittel entsprechend zu kürzen.

(9) ¹Die Fördermittel sind bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf einem besonderen Bankkonto zinsgünstig anzulegen. ²Zinserträge, Erträge aus der Veräußerung geförderter kurzfristiger Anlagegüter und Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den Fördermitteln zuzuführen.

(10) **Bei Ausgliederungen von Krankenhauseinheiten, deren Errichtung mit Fördermitteln erfolgte, sind Nutzungsentgelte nach Abzug der anteiligen Betriebskosten ganz oder teilweise den pauschalen Fördermitteln zuzuführen.**



(13) Die Kosten für die Erst- und Wiederbeschaffung von Anlagegütern gemeinsamer Einrichtungen im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 10 tragen die Nutzer im Verhältnis ihrer Nutzungsanteile.

(14) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innenministerium und dem Finanzministerium durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 5 in Abständen von 2 Jahren der Preisentwicklung und die Punktwerte nach Absatz 4 der durchschnittlichen Entwicklung der Wiederbeschaffungskosten anzupassen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind.

§ 26 Besondere Beträge

(1) ¹Abweichend von § 25 Abs. 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 ist. ²Satz 1 gilt für Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG entsprechend.

(2) Für die Beschaffung von Medizinprodukten gilt Absatz 1 nur, wenn nachgewiesen wird, daß die nicht durch

1. Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeträgen

a) aus den Gebühren der das Medizinprodukt nach Satz 2 nutzenden liquidationsberechtigten Ärztinnen und Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen,

b) aus den Sachkosten für die Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten aus anderen Krankenhäusern, die zur Beschaffung von Medizinprodukten nach Satz 2

(11) Die Kosten für die Erst- und Wiederbeschaffung von Anlagegütern gemeinsamer Einrichtungen im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 9 tragen die Nutzer im Verhältnis ihrer Nutzungsanteile.

(12) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innenministerium und dem Finanzministerium durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2, ~~und~~ die Förderbeträge nach Absatz 5 **und die Leistungspauschale nach Absatz 8** in Abständen von 2 Jahren der Preisentwicklung und die Punktwerte nach Absatz 4 der durchschnittlichen Entwicklung der Wiederbeschaffungskosten anzupassen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind.

§ 24 Besondere Beträge

(1) ¹Abweichend von § 23 Abs. 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 ist. ²Satz 1 gilt für Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG entsprechend.

(2) Für die Beschaffung von **medizinisch-technischen Geräten** gilt Absatz 1 nur, wenn nachgewiesen wird, daß die nicht durch

1. Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeträgen

a) aus den Gebühren der das **medizinisch-technische Gerät** nach Satz 2 nutzenden liquidationsberechtigten Ärztinnen und Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen,

b) aus den Sachkosten für die Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten aus anderen Kran-



angesammelt werden können,

1. Fördermittel nach § 25, die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,

gedeckt werden können. ²Das zuständige Ministerium bestimmt die Medizinprodukte, deren Beschaffung nach Satz 1 förderungsfähig sind.

§ 27

Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) ¹Anstelle der Förderung nach § 21 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern bewilligt werden, wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist und die für die Bewilligung zuständige Behörde vor Abschluß der Nutzungsvereinbarung ihre Erlaubnis erteilt hat. ²Das Vorhaben kann genehmigt werden, soweit die Verweigerung der Genehmigung eine erhebliche Härte darstellen würde.

(2) Die pauschal gewährten Fördermittel nach § 25 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.

§ 28

Förderung von Kapitaldienstbelastungen

(1) ¹Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern, die nach § 25 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 Belastungen Fördermittel bewilligt. ²Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Gemeinden, soweit sie nicht in Zuschüsse umgewandelt wurden. ³Landes-

krankenhäusern, die zur Beschaffung von Medizinprodukten nach Satz 2 angesammelt werden können,

1. Fördermittel nach § 23, die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,

gedeckt werden können. ²Das zuständige Ministerium bestimmt die Medizinprodukte, deren Beschaffung nach Satz 1 förderungsfähig sind.

§ 25

Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) ¹Anstelle 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 **ih** **Einverständnis erklärt** hat. ²Das **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.

§ 26

Förderung von Kapitaldienstbelastungen

(1) ¹Sind 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 Belastungen Fördermittel bewilligt. ²Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Gemeinden, soweit sie nicht in Zuschüsse umgewandelt wurden. ³Landesdarlehen für

darlehen für förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt.

(2)¹Sind während der Förderzeit die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen, so ist bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan der Unterschiedsbetrag zu erstatten.

§ 29 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 den 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 Krankenzwecke 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 Forderung 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.

förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt.

(2)¹Sind während der Förderzeit die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen, so ist bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan der Unterschiedsbetrag zu erstatten.

§ 27 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 den 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 Krankenzwecke 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 Forderung 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.



§ 30

Ausgleichsleistungen bei Einstellung oder Einengung des Krankenhausbetriebes

(1) ¹Krankenhäusern, 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. ²Dies 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. ³Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhauses auch pauschal geleistet werden.

(2) Der Krankenhausträger ist verpflichtet, über die budgetrechtliche Umsetzung der Schließung des Krankenhauses oder einzelner Abteilungen mit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung zu verhandeln und dabei die zuständige Behörde zu beteiligen.

§ 31

Rückforderung von Fördermitteln

(1) ¹ Die Rückforderung von Fördermitteln erfolgt nach den allgemeinen Bestimmungen. ²Eine Zweckverfehlung im Sinne dieser Vorschriften liegt auch vor, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach den Feststellungen im Bescheid nach § 18 ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. ³Der Bewilligungsbescheid soll nicht widerrufen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde

§ 28

Ausgleichsleistungen bei Einstellung oder Einengung des Krankenhausbetriebes

(1) ¹Krankenhäusern, 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. ²Dies 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. nachwirkende Trägerpflichten.

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

(2) Der Krankenhausträger ist verpflichtet, über die budgetrechtliche Umsetzung der Schließung des Krankenhauses oder einzelner Abteilungen mit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung zu verhandeln und dabei die zuständige Behörde zu beteiligen.

(3) Das Patientenarchiv ist von dem zuständigen Gesundheitsamt weiterzuführen.

§ 29

Rückforderung von Fördermitteln

(1) ¹ Die Rückforderung von Fördermitteln erfolgt nach den allgemeinen Bestimmungen. ²Eine Zweckverfehlung im Sinne dieser Vorschriften liegt auch vor, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach den Feststellungen im Bescheid nach § 16 ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. ³Der Bewilligungsbescheid soll nicht widerrufen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz



de ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(2) ¹Der Bewilligungsbescheid kann mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn das Krankenhaus ohne Zustimmung der Bewilligungsbehörde von den Feststellungen nach § 18 abweicht. ²Nach § 21 bereits gewährte Fördermittel können unter Berücksichtigung des Einzelfalls zurückgefordert werden, soweit Investitionen nicht abgeschrieben oder Fördermittel nach § 25 nicht zweckentsprechend verwendet worden sind.

§ 32 Investitionsverträge

Investitionsverträge nach § 18 b KHG dürfen 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 § 21 zur Folge haben.

Abschnitt IV Krankenhausstruktur

§ 33 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 unselbstständige und voneinander abhängige Einrichtungen sind, in denen insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden.

oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(2) ¹Der Bewilligungsbescheid kann mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn das Krankenhaus ohne Zustimmung der Bewilligungsbehörde von den Feststellungen nach § 16 abweicht. ²Nach § 19 bereits gewährte Fördermittel können unter Berücksichtigung des Einzelfalls zurückgefordert werden, soweit Investitionen nicht abgeschrieben sind; Fördermittel nach § 23 können zurückgefordert werden, soweit sie nicht zweckentsprechend verwendet worden sind.

§ 30 Investitionsverträge

Investitionsverträge nach § 18 b KHG dürfen 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.

Abschnitt IV Krankenhausstruktur

§ 31 Wirtschaftliche Betriebsführung

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

(2) ¹Mehrere benachbarte Betriebsstellen eines Krankenhausträgers bilden zusammen nur dann ein Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzes, wenn die Betriebsstellen organisatorisch und wirtschaftlich unselbstständige und voneinander abhängige Einrichtungen sind, in denen insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden. ²Neben einer Hauptfachabteilung



kann eine Belegabteilung desselben Gebietes vorgehalten werden. ³Im Falle einer Fusion können für einen Übergangszeitraum von 5 Jahren Abteilungen parallel vorgehalten werden.

§ 34 Abschlußprüfung

(1) ¹Der Jahresabschluß ist unter Einbeziehung der Buchführung durch eine Wirtschaftsprüferin, einen Wirtschaftsprüfer oder eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Abschlußprüfung) zu prüfen. ²Hat das Krankenhaus einen Lagebericht aufzustellen, so ist auch dieser in die Prüfung einzubeziehen.

(2) ¹Die Prüfung des Jahresabschlusses wird nach den allgemeinen für die Jahresabschlußprüfung geltenden Grundsätzen durchgeführt. ²Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf

1. die Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens
2. die wirtschaftlichen Verhältnisse,
3. die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 25 und
4. die zweckentsprechende Verwendung der über die Investitionsverträge nach § 32 erwirtschafteten Investitionsmittel.

(3) ¹Sind nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung keine Einwendungen zu erheben, so ist dies durch die Abschlußprüfung zu bestätigen; andernfalls ist die Bestätigung einzuschränken oder zu versagen. ²Soweit die Bestätigung versagt oder eingeschränkt erteilt wird, ist der Abschlußbericht der zuständigen Behörde vorzulegen.

§ 35 Leitung und Organisation

(1)¹In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. ²Träger von mehreren Krankenhäusern können eine gemeinsame Betriebsleitung bilden. ³An der Be-

§ 32 Abschlußprüfung

(1) ¹Der Jahresabschluß ist unter Einbeziehung der Buchführung durch eine Wirtschaftsprüferin, einen Wirtschaftsprüfer oder eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Abschlußprüfung) zu prüfen. ²Hat das Krankenhaus einen Lagebericht aufzustellen, so ist auch dieser in die Prüfung einzubeziehen.

(2) ¹Die Prüfung des Jahresabschlusses wird nach den allgemeinen für die Jahresabschlußprüfung geltenden Grundsätzen durchgeführt. ²Die 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) ¹Sind nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung keine Einwendungen zu erheben, so ist dies durch die Abschlußprüfung zu bestätigen; andernfalls ist die Bestätigung einzuschränken oder zu versagen. ²Soweit die Bestätigung versagt oder eingeschränkt erteilt wird, ist der Abschlußbericht der zuständigen Behörde vorzulegen.

§ 33 Leitung und Organisation

(1)¹In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. ²Träger von mehreren Krankenhäusern können eine gemeinsame Betriebsleitung bilden. ³An der Betriebslei-

etriebsleitung sind eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegekraft und die Leiterin oder der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes zu beteiligen. ⁴Der Krankenhausträger regelt die Aufgaben der Betriebsleitung und die Zuständigkeiten ihrer Mitglieder.

(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 der Feststellungen des Krankenhausplans in Abteilungen gegliedert.

(4) Der Krankenhausträger trägt die Verantwortung für die ärztliche, pflegerische, technische und verwaltungsmäßige Organisation des Krankenhauses.

§ 36 Ärztlicher Dienst

(1) ¹Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung mindestens eine Abteilungsärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen, die nicht weisungsgebunden sind. ²Sie sind für die Untersuchung und Behandlung der Patientinnen und Patienten in ihrer Abteilung verantwortlich ist. ³Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen leiten.

(2) ¹Belegärztinnen und Belegärzte dürfen nur tätig werden, soweit die Abteilung im Bescheid nach § 18 Abs. 1 als Belegabteilung zugelassen ist. ²Darüber hinaus dürfen

tung sind eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegekraft und die Leiterin oder der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes zu beteiligen. ⁴Der Krankenhausträger regelt die Aufgaben der Betriebsleitung und die Zuständigkeiten ihrer Mitglieder.

(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 der Feststellungen des Krankenhausplans in Abteilungen gegliedert. ²Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung mindestens eine Abteilungsärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen, die nicht weisungsgebunden sind. ³Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen leiten, soweit im Bescheid nach § 16 als Belegabteilung leiten, soweit diese im Bescheid nach § 16 als Belegabteilung zugelassen sind.



Ärztinnen und Ärzte, die weder Belegärztinnen und Belegärzte noch hauptamtlich im Krankenhaus tätig sind, nur zur ergänzenden Untersuchung und Behandlung tätig werden, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist.

§ 37

Struktur der kommunalen Krankenhäuser

¹Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften des Kommunalverfassungsrechtes durch die §§ 33 bis 36 unberührt. ²Verordnungen nach § 107 Abs. 2 Satz 3 der Gemeindeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Juli 1994 (GV. NW. S. 666) in der jeweils geltenden Fassung werden, soweit sie die Struktur der kommunalen Krankenhäuser regeln, im Einvernehmen mit dem zuständigen Ministerium erlassen.

§ 38

Kirchliche Krankenhäuser

(1) ¹Die Rechtsverordnung aufgrund von § 8 Abs. 2 sowie die Regelungen des § 2 Abs. 4, § 9 und des § 35 Abs. 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden. ²Satz 1 gilt unabhängig von der Rechtsform der Einrichtung. ³Die Religionsgemeinschaften treffen für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen.

(2) Die Regelungen im Sinne von Absatz 1 Satz 3 müssen sicherstellen, daß der Standard der Krankenhaushygiene und die Transparenz und Koordinierung des Arzneimiteleinsatzes nicht hinter den in Absatz 1 Satz 1 genannten Bestimmungen zurückbleiben.

§ 39 Statistik

¹Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem

§ 34

Struktur der kommunalen Krankenhäuser

¹Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften des Kommunalverfassungsrechtes durch die §§ 31 bis 33 unberührt. ²Verordnungen nach § 107 Abs. 2 Satz 3 der Gemeindeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Juli 1994 (GV. NW. S. 666) in der jeweils geltenden Fassung werden, soweit sie die Struktur der kommunalen Krankenhäuser regeln, im Einvernehmen mit dem zuständigen Ministerium erlassen.

§ 35

Kirchliche Krankenhäuser

(1) ¹Die Rechtsverordnung aufgrund von **§ 7 Abs. 2** sowie die Regelungen des **§ 2 Abs. 4 § 8** und des **§ 33 Abs. 1** gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden. ²Satz 1 gilt unabhängig von der Rechtsform der Einrichtung. ³Die Religionsgemeinschaften treffen für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen; **dies gilt nicht für § 2 Abs. 4. (Hilfsweise)**

(2) Die Regelungen im Sinne von Absatz 1 Satz 3 müssen sicherstellen, daß der Standard der Krankenhaushygiene und die Transparenz und Koordinierung des Arzneimiteleinsatzes nicht hinter den in Absatz 1 Satz 1 genannten Bestimmungen zurückbleiben.

§ 36 Statistik

¹Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem

zuständigen Ministerium sowie den von ihm bestimmten Stellen Auskünfte zu erteilen, die für die Aufstellung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser einschließlich ihrer Ausbildungsstätten benötigt werden. ²Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die unter die Auskunftspflicht fallenden Daten und das Verfahren im einzelnen festzustellen.

Abschnitt V **Übergangs- und Schlußbestimmungen**

§ 40

Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

¹Zuständiges Ministerium ist das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium. ²Es erläßt die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften.

§ 41

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 § 40 mit Ausnahme des § 26 Abs. 2 und des § 30 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. 1 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, Ab-

zuständigen Ministerium sowie den von ihm bestimmten Stellen Auskünfte zu erteilen, die für die Aufstellung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser einschließlich ihrer Ausbildungsstätten benötigt werden. ²Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die unter die Auskunftspflicht fallenden Daten und das Verfahren im einzelnen festzustellen.

Abschnitt V **Übergangs- und Schlußbestimmungen**

§ 37

Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

¹Zuständiges Ministerium ist das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium. ²Es erläßt die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften.

§ 38

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 § 37 mit Ausnahme des § 24 Abs. 2 und des § 28 entsprechend anzuwenden.

(2) Auf nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser finden nur § 2 Abs. 1 Satz 2, § § 6 und 7, einschließlich der auf § 7 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung, § 9 Abs. 1 hinsichtlich der Mitwirkung im Rettungsdienst, § 10 Abs. 1 und § 11 Anwendung.

(3) Auf Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug finden § 6 mit der Maßgabe, daß es einer Beteiligung der Krankenkassen nicht bedarf, § 7 einschließlich der auf § 7 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung und § 11 Anwendung.

(4) Auf Krankenhäuser nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG sind die Abschnitte I und II, Abschnitt



schnitt IV mit Ausnahme des § 33 Abs. 1, des § 34 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 und der §§ 35 bis 37 sowie Abschnitt V mit Ausnahme des § 42 Abs. 1, 2 und 4 anzuwenden.

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

§ 42 Übergangsvorschrift

(1) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gemäß § 25 Abs. 14 letzter Halbsatz sind für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern die Regelungen der Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl. I 1 S. 2355) sinngemäß anzuwenden.

(2) § 22 Abs. 2 ist auch auf solche Investitionen anzuwenden, die aufgrund der Jahreskrankenhausbauprogramme 1985 bis 1987 gefördert und deren förderungsfähige Kosten noch nicht festgesetzt worden sind.

(3) ¹Nach Erarbeitung der Rahmenvorgaben § 14 gelten die Feststellungsbescheide nach § 16 des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen - KH NW - vom 3. November 1987 (GV. NW. S. 392), zuletzt geändert durch Verordnung vom 31. Juli 1996 (GV. NW. S. 349), bis zur Änderung nach § 15 oder § 16 weiter. ²§ 110 SGB V bleibt unberührt.

(4) ¹Soweit das Krankenhaus pauschale Fördermittel nach bisherigem Recht in Anspruch genommen hat, errechnen sich die pauschalen Fördermittel bei einem weiteren Planbetten- und Behandlungsplatzabbau nach Inkrafttreten dieses Gesetzes wie folgt: Nach Ablauf von höchstens zwei Jahren wird die Leistungspauschale nach § 25 Abs. 8 auf der Grundlage der vor Inkrafttreten des Gesetzes festgelegten verminderten Planbettenzahl und Behandlungsplatzzahl errechnet. ²Der Zuschlag nach § 25 Abs. 9 bestimmt sich nach der Zahl der zukünftig vorzuhaltenden Planbetten und

IV mit Ausnahme des § 31 Abs. 1, des § 32 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 und der §§ 33 und 34 sowie Abschnitt V mit Ausnahme des § 39 Abs. 1, 2 und 4 anzuwenden.

(5) Auf Krankenhäuser, deren Träger bundesunmittelbare Körperschaften gemäß Artikel 87 Abs. 2 des Grundgesetzes sind, findet § 11 keine Anwendung.

§ 39 Übergangsvorschrift

(1) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gemäß § 23 Abs. 12 letzter Halbsatz sind für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern die Regelungen der Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl. I 1 S. 2355) sinngemäß anzuwenden.

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

(3) ¹Nach Erarbeitung der Rahmenvorgaben nach § 13 gelten die Feststellungsbescheide nach § 16 des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen - KH NW - vom 3. November 1987 (GV. NW. S. 392), zuletzt geändert durch Verordnung vom 31. Juli 1996 (GV. NW. S. 349), bis zur Änderung nach § 16 oder ~~§ 16~~ weiter. ²§ 110 SGB V bleibt unberührt.



Behandlungsplätze.

(5) Die Landesregierung legt dem Landtag fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes einen Bericht über das Verfahren nach § 16 vor, der es dem Landtag insbesondere ermöglicht, Umsetzung und Auswirkungen des Verfahrens zu überprüfen.

**§ 43
Inkrafttreten**

¹Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. ²Gleichzeitig tritt das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen - KHG NW - vom 3. November 1987 (GV. NW. S. 392), zuletzt geändert durch Verordnung vom 31. Juli 1996 (GV. NW. S. 349) außer Kraft. ³§ 25 Absätze 1 bis 3, 5, 7, Absatz 8 Sätze 1 und 2 sowie Absatz 9 treten mit Wirkung vom 1. Januar 1998 in Kraft. -

(5) Die Landesregierung legt dem Landtag fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes einen Bericht über das Verfahren nach § 14 vor, der es dem Landtag insbesondere ermöglicht, Umsetzung und Auswirkungen des Verfahrens zu überprüfen.

**§ 40
Inkrafttreten**

¹Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. ²Gleichzeitig tritt das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen - KHG NW - vom 3. November 1987 (GV. NW. S. 392), zuletzt geändert durch Verordnung vom 31. Juli 1996 (GV. NW. S. 349) außer Kraft. ³§ 23 Absätze 1 bis 5, 7 und Absatz 8 Satz 1 sowie Absatz 9 treten mit Wirkung vom 1. Januar 1998 in Kraft. -