

Vermerk zur Einführung des Krankenhausgestaltungsgesetzes**Bezirksregierung Arnsberg**

Geschäftsstelle des Regionalrates

E-Mail: geschaeftsstelle.regionalrat@bezreg-arnsberg.nrw.de

Tel.: 02931 82-2341, 2324 od. 2306 Fax: 02931 82-46177

Regionalratssitzung am: 20.09.2007		Vorlage: 27/04/07	
Vorberatung in:	PK ...	SK ... X	VK ...
TOP 9: Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes NRW - Information			
Berichtersteller/in: Abteilungsdirektorin Geiß-Netthöfel			
Bearbeiter/in: Leitender Regierungsdirektor Zenk			

Beschlussvorschlag

Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

Begründung:

Die Landesregierung beabsichtigt eine umfassende Novellierung der Vorgaben des bisherigen Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NRW) durch das KHGG NRW (**s. Anlage 1**) zum 1. Januar 2008.

Die Landesregierung hat festgestellt, dass die detaillierten Verfahrensvorgaben des bisherigen KHG NRW den Handlungsspielraum von Krankenhäusern und Krankenkassen einengen. Die Letztverantwortung des Staates für die Versorgung der Bevölkerung, die beibehalten wird, soll in zielführenderer Weise wahrgenommen werden. Hierzu soll die Intervention des Staates auf das notwendige Maß beschränkt werden.

Die haushaltsrechtlichen Spielräume verlangen neue und intelligente Finanzierungsverfahren. Das Gesetz soll Anreize zu wirtschaftlichem, sparsamem und effektivem Verhalten geben. Bürokratische Hemmnisse sollen abgebaut und konzeptionellen zukunftsweisenden Ideen soll Raum gegeben werden. Der Gestaltungsspielraum ist auch in Fragen der Organisation eines Krankenhauses zu erweitern.

Durch den Kabinettsentwurf des KHGG NRW wird das Krankenhausplanungsverfahren mit seinem bisher dreistufigen Aufbau aus Rahmenplanung, Schwerpunktplanung und regionalen

Planungskonzepten gestrafft. Die Schwerpunktplanung wird aufgegeben. Die Gestaltungsfreiheit der Krankenhausträger wird durch flexiblere Regelungen ausgeweitet. Auf Detailregelungen wird verzichtet. So werden z.B. Parallelvorhalten von Abteilungen erlaubt und die Möglichkeiten zur individuellen Organisation der Geschäfts- und Betriebsführung erleichtert.

Der vorliegende KHGG-Entwurf stellt in § 21 die Bemessung der pauschalen Fördermittel auf eine neue Grundlage, um Anreize zur Vorhaltung nicht benötigter Bettenkapazitäten zu vermeiden. Das Gesetz soll eine Verordnungsermächtigung zur Festsetzung der Pauschalen und der dazu erforderlichen Bemessungskriterien enthalten. Inhaltlich soll damit an den sogenannten CMI- Index angeknüpft werden, der eine Abkehr vom Planbett als Vollzugsgröße vollzieht. Künftig sollen sich die Pauschalen nach der tatsächlichen Leistung richten und knüpfen dabei an bis zu drei Maßstäben an: den Fallwertpauschalen, den Budgetpauschalen und den Ausbildungsplatzpauschalen. Der Haushaltsansatz für die pauschale Förderung des Landes bleibt unverändert bei weiterhin jährlich 300 Millionen Euro.

Die Umstellung hat zwangsläufig zur Folge, dass einige Häuser höhere Pauschalen als bislang erhalten. Ebenso wird es Häuser geben, die geringere Pauschalen erhalten. Deshalb sieht der Entwurf der Verordnung eine Abmilderung von Härten vor. Verluste von mehr als 50.000 Euro gegenüber der bisherigen Förderung werden über drei Jahre in Höhe von 75-25% ausgeglichen.

Der vorliegende Gesetzesentwurf (Stand : 12.03.2007) sieht darüber hinaus in § 17 weiterhin eine Einzelförderung der Investitionskosten für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung vor. Minister Laumann hat am 09.08.2007 entschieden, die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser grundlegend zu ändern. Investitionsprogramme herkömmlicher Art wird es danach nicht mehr geben. Nach der gleichen Systematik wie die Bemessung der kurzfristigen Pauschale (s.o.) sollen künftig auch Pauschalen für die Investitionen gewährt werden.

Da die für die Umstellung notwendigen Ausgabemittel nicht zur Verfügung stehen (bis 2005 eingegangene Verpflichtungen) und neue Verpflichtungen die Umstellung erschweren würden, wird auch 2007 kein Investitionsprogramm aufgestellt.

2008 werden für diesen Bereich 100 Mio. Euro zu Verfügung gestellt werden. Dieser Betrag wird mit dem Abschmelzen der Vorbelastungen schrittweise auf 190 Mio. Euro wachsen und erst in einigen Jahren in vollem Umfang zur Verfügung stehen. Das bedeutet, dass im ersten Jahr nicht alle Krankenhäuser die Investitionspauschale erhalten. Die Reihenfolge wird durch die Förderung der Vergangenheit (Höhe und Zeitpunkt) im Verhältnis zur Größe des Krankenhauses ermittelt.

Die Krankenhäuser können die Mittel ansparen, aber auch zur Finanzierung von Krediten nutzen. Um die Spielräume zu vergrößern, soll die Möglichkeit geschaffen werden, den gesamten Förderbetrag des Landes (kurz- plus langfristige Pauschale) zur Hälfte für die Finanzierung langfristiger Projekte einzusetzen. Die gesetzlichen Grundlagen sollen durch Änderungsanträge zum KHGG geschaffen werden. Details sind derzeit aber noch nicht bekannt.

Am 15. August 2007 hat zum Kabinettsentwurf eine öffentliche Anhörung im Landtagsausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (A 01) stattgefunden, an der auch Vertreter der Bezirksregierung Arnsberg als Zuhörer teilgenommen haben. Das KHGG NRW soll zum 1. Januar 2008 in Kraft treten.

Die Pressenerklärung des Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 09.08.2007 und die Rede des Herrn Ministers Laumann vom 09.08.2007 sind als **Anlage 2** beigefügt.

Anlagen:

- **Anlage 1**
- **Anlage 2**

vorlage



Bezirksregierung Arnsberg

Geschäftsstelle des Regionalrates

E-Mail: geschaeftsstelle.regionalrat@bezreg-arnsberg.nrw.de

Tel.: 02931 82-2341, 2324 od. 2306 Fax: 02931 82-46177

Regionalratssitzung am: 20.09.2007		Vorlage: 27/04/07	
Vorberatung in:	PK ...	SK ... X	VK ...
TOP 9: Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes NRW - Information			
Berichtersteller/in: Abteilungsdirektorin Geiß-Netthöfel			
Bearbeiter/in: Leitender Regierungsdirektor Zenk			

Beschluss

Entschließung des Regionalrats Arnsberg vom 20.09.2007

Der Regionalrat Arnsberg hat sich in seiner Sitzung am 20.09.2007 mit den Plänen der nordrhein-westfälischen Landesregierung zur Umgestaltung der Krankenhausfinanzierung befasst und dabei insbesondere zur Kenntnis genommen, dass die bisherigen Instrumente der Krankenhausförderung durch Fall bezogene Pauschalen („Case-Mix-Index“) ersetzt werden sollen. Dabei geht die Landesregierung offenbar davon aus, dass die regionalen Vorschläge zu den Investitionsprogrammen 2006 und 2007 entgültig nicht mehr umgesetzt werden sollen.

Der Regionalrat Arnsberg bestreitet grundsätzlich nicht die grundsätzliche Legitimation der Landesregierung, die bisherige Finanzierungssystematik durch eine regelmäßige pauschalierte Zuwendung zu ersetzen. Die wesentliche Begründung des Ministers, die bisherige Zuwendungspraxis sei unseriös, intransparent, ungerecht und einem Lotto-Spiel vergleichbar gewesen, kann allerdings als Rechtfertigung nicht akzeptiert werden.

Gleichermaßen hat der Regionalrat Arnsberg kein Verständnis dafür, dass mit der vorgesehenen Umstellung der Krankenhausfinanzierung ein weiterer wesentlicher Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge, die die Regionalräte in der Vergangenheit durch konstruktive Beratung mitwirkend gestaltet haben, entzogen wird. Die Einbindung regionalen Sachverständes erscheint der Landesregierung bedauerlicherweise offensichtlich nicht mehr geboten.

Sollte es im Zuge des eingeleiteten Gesetzgebungsverfahrens tatsächlich zur beabsichtigten Pauschalierung der Investitionskosten-Förderung kommen, macht der Regionalrat Arnsberg folgende Bedenken und Anregungen geltend:

1. Wir sind der Auffassung, dass durch den bisher andiskutierten Case-Mix-Index Krankenhäuser in sehr unterschiedlicher Weise absehbar betroffen sind. Die Auswirkungen sind insbesondere differenziert zu betrachten je nach großstädtischem Ballungsraum oder ländlichem Raum, außerdem unter Berücksichtigung eines Hauses mit hochspezialisierter Ausrichtung an einer oder mehrerer Fachdisziplinen gegenüber einem Haus der allgemeinen regionalen Grundversorgung.

2. Der Regionalrat Arnberg fordert dementsprechend Fallbeispiel bezogene Proberechnungen für einzelne Häuser der unterschiedlichen Kategorien mit hinreichendem zeitlichem Vorlauf vor entgeltlicher Verabschiedung der gesetzlichen Neuregelung.

3. Für die Fälle, in denen die pauschale Förderung für einzelne Krankenhäuser zu nicht beabsichtigten Härten gegenüber der bisherigen Krankenhausfinanzierung führt mit der Folge, dass die betreffenden Häuser wirtschaftlich in ihrem Bestand bedroht sind, fordert der Regionalrat Arnberg einen Härteausgleich bzw. Feuerwehrfond, um extreme gesetzliche Finanzierungs Nachteile im Falle der Neuregelung auszugleichen.

4. Der Regionalrat Arnberg ist der Überzeugung, dass die uneingeschränkte und ausnahmslose landesweite Gleichbehandlung von Krankenhäusern sachlich nicht zu rechtfertigen ist, mindestens in den Fällen jedenfalls, in denen Kooperationspartner für Krankenhäuser der allgemeinen Grundversorgung im ländlichen Raum nicht zur Verfügung stehen. Die evtl. existenzielle Gefährdung derartiger Häuser ist im Interesse einer Grundversorgung unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger im ländlichen Raum nicht zu rechtfertigen und bedarf bereits im Zuge der gesetzlichen Neuregelung einer vorausschauenden und vorsorglichen Weichenstellung.

5. Im Rahmen der Krankenhausinvestitionsplanung 2006 und 2007 haben die Bezirksregierung und der Regionalrat Arnberg dem Land regional abgestimmte Fördervorschläge unterbreitet. Hierbei sind auch Maßnahmen priorisiert worden, die für den wirtschaftlichen Bestand der betroffenen Krankenhäuser existenziell sein können. Auch wenn auf Grund dieser Priorisierungen einklagbare Rechtspositionen nicht begründet wurden, so sind hierdurch doch faktische Vertrauenstatbestände geschaffen worden. Diesen Krankenhäusern ist mit in den nächsten Jahren einsetzenden Baupauschalen nicht geholfen. In soweit wird auf Ziffer 3 der Entschließung verwiesen.

6. Der Regionalrat Arnberg hält es für prinzipiell möglich und geboten, auch bei Einführung der pauschalierten Krankenhausfinanzierung die Regionalräte künftig mindestens informell mit der finanziellen Ausstattung und der Entwicklung der Krankenhausversorgungsstruktur im Regierungsbezirk Arnberg zu befassen. Er regt deshalb an, im Zuge des anlaufenden Gesetzgebungsverfahrens unter Berücksichtigung der Zuständigkeitsregelungen des Landesplanungsgesetzes eine entsprechende Beteiligungsmöglichkeit gesetzgeberisch vorzusehen.

Anlagen:

- [Anlage 1](#)
- [Anlage 2](#)

12.03.2007

Gesetzentwurf

der Landesregierung

Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)

A Problem

Detaillierte Verfahrensvorgaben engen den Handlungsspielraum von Krankenhäusern und Krankenkassen ein. Eine bis in Einzelheiten gehende Krankenhausplanung verhindert Wettbewerb und steht aktiven planerisch und wirtschaftlich gestaltenden Maßnahmen der Leistungserbringer und Kostenträger entgegen. Die Letztverantwortung des Staates für die Versorgung der Bevölkerung muss in zielführender Weise wahrgenommen werden. Die Intervention des Staates ist auf das Notwendige zu beschränken.

Die haushaltsrechtlichen Spielräume verlangen neue und intelligente Finanzierungsverfahren. Das Gesetz ist für Anreize zu wirtschaftlichem, sparsamem und effektivem Verhalten zu öffnen.

Bürokratische Hemmnisse sind abzubauen und konzeptionellen zukunftsweisenden Ideen Raum zu geben. Der Gestaltungsspielraum ist auch in Fragen der Organisation eines Krankenhauses zu erweitern.

B Lösung

Das Krankenhausplanungsverfahren mit seinem bisher dreistufigen Aufbau aus Rahmenplanung, Schwerpunktplanung und regionalen Planungskonzepten wird gestrafft. Die Schwerpunktplanung wird aufgegeben.

Die Gestaltungsfreiheit der Krankenhausträger wird durch flexiblere Regelungen ausgeweitet. Auf Detailregelungen wird verzichtet. So werden z.B. Parallelvorhalten erlaubt und die Möglichkeiten zur individuellen Organisation der Geschäfts- und Betriebsführung erleichtert.

Der negative Anreiz zur Beibehaltung von Bettenkapazitäten, die nicht mehr benötigt werden, soll durch eine geänderte pauschale Förderung leistungsbezogene Anreize fördern. Das Gesetz gibt eine Verordnungsermächtigung zur Festsetzung der Pauschalen und der dazu erforderlichen Bemessungskriterien. Falschen Anreizen kann somit verfahrenstech-

Datum des Originals: 06.03.2007/Ausgegeben: 16.03.2007

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter www.landtag.nrw.de

nisch leichter entgegen gewirkt werden. Andererseits ist durch eine Verordnungsregelung die notwendige Verlässlichkeit der laufenden Finanzierung für die Krankenhäuser gewährleistet.

C Alternativen

Keine

D Kosten

Das Gesetz erzeugt im Vergleich zur bisherigen Regelung keine neuen Kosten.

E Zuständigkeit

Zuständig ist das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Beteiligt sind das Finanzministerium und das Ministerium für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie.

F Auswirkungen auf die Selbstverwaltung und die Finanzlage der Gemeinden und Gemeindeverbände

Im Vergleich zum geltenden Landeskrankenhausrecht entstehen keine neuen Auswirkungen.

G Finanzielle Auswirkungen auf die Unternehmen und privaten Haushalte/Mittelstandsverträglichkeitsprüfung

Im Vergleich zum geltenden Landeskrankenhausrecht entstehen keine neuen Auswirkungen.

H Befristung

Das Gesetz enthält eine Berichtspflicht.

G e g e n ü b e r s t e l l u n g

Gesetzentwurf der Landesregierung

Auszug aus den geltenden Gesetzesbestimmungen

(Paragrafen und Absätze wurden in teils geänderter Reihenfolge gegenübergestellt.)

Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)

Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NRW)

Inhaltsübersicht

Inhaltsübersicht

Abschnitt I Allgemeine Bestimmungen

Abschnitt I Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Grundsatz
- § 2 Krankenhausleistungen
- § 3 Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten, Nichtraucherschutz
- § 4 Kind im Krankenhaus
- § 5 Patientenbeschwerdestellen, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patientenseelsorge
- § 6 Krankenhaushygiene
- § 7 Zusammenarbeit der Krankenhäuser
- § 8 Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse
- § 9 Rechtsaufsicht

- § 1 Grundsatz
- § 2 Krankenhausleistungen
- § 3 Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten
- § 4 Kind im Krankenhaus
- § 5 Patientenbeschwerdestellen
- § 6 Patientenberatung, Patientenseelsorge, Überleitungen aus dem Krankenhaus, Sozialer Dienst
- § 7 Qualitätssicherung
- § 8 Krankenhaushygiene
- § 9 Arzneimittelkommission
- § 10 Zusammenarbeit der Krankenhäuser
- § 11 Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse
- § 12 Rechtsaufsicht

Abschnitt II Planung

Abschnitt II Planung

- § 10 Krankenhausplan
- § 11 Rahmenvorgaben

- § 13 Krankenhausplan
- § 14 Rahmenvorgaben
- § 15 Schwerpunktfestlegungen

- § 12 Regionale Planungskonzepte
- § 13 Beteiligte an der Krankenhausversorgung
- § 14 Feststellungen im Krankenhausplan

- § 16 Regionale Planungskonzepte
- § 17 Beteiligte an der Krankenhausversorgung
- § 18 Feststellungen im Krankenhausplan

**Abschnitt III
Krankenhausförderung**

**Abschnitt III
Krankenhausförderung**

- § 15 Förderungsgrundsätze
- § 16 Investitionsprogramm
- § 17 Einzelförderung
- § 18 Umfang der Einzelförderung
- § 19 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten
- § 20 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschussformen
- § 21 Pauschale Förderung
- § 22 Besondere Beträge, Ausgleichszahlungen

- § 23 Förderung der Nutzung von Anlagegütern
- § 24 Förderung von Kapitaldienstbelastungen
- § 25 Ausgleich für Eigenmittel
- § 26 Widerruf der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln

- § 19 Förderungsgrundsätze
- § 20 Investitionsprogramm
- § 21 Einzelförderung
- § 22 Umfang der Einzelförderung
- § 23 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten
- § 24 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen
- § 25 Pauschale Förderung
- § 26 Besondere Beträge
- § 30 Ausgleichsleistungen bei Einstellung oder Einengung des Krankenhausbetriebes
- § 27 Förderung der Nutzung von Anlagegütern
- § 28 Förderung von Kapitaldienstbelastungen
- § 29 Ausgleich für Eigenmittel
- § 31 Rückforderung von Fördermitteln

- § 32 Investitionsverträge

**Abschnitt IV
Krankenhausstruktur**

**Abschnitt IV
Krankenhausstruktur**

- § 27 Wirtschaftliche Betriebsführung
- § 28 Abschlussprüfung

- § 29 Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

- § 33 Wirtschaftliche Betriebsführung
- § 34 Abschlußprüfung
- § 35 Leitung und Organisation
- § 36 Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

- § 30 Struktur der kommunalen Krankenhäuser
- § 31 Kirchliche Krankenhäuser
- § 32 Statistik

- § 37 Struktur der kommunalen Krankenhäuser
- § 38 Kirchliche Krankenhäuser
- § 39 Statistik

**Abschnitt V
Übergangs- und Schlussbestimmungen**

**Abschnitt V
Übergangs- und Schlußbestimmungen**

- § 33 Zuständigkeit
- § 34 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken
- § 35 Übergangsvorschrift
- § 36 In-Kraft-Treten, Berichtspflicht

- § 40 Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften
- § 41 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Hochschulkliniken
- § 42 Übergangsvorschrift
- § 43 In-Kraft-Treten, Berichtspflicht

**Abschnitt I
Allgemeine Bestimmungen**

**Abschnitt I
Allgemeine Bestimmungen**

**§ 1
Grundsatz**

(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser sicherzustellen. Die 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) Die Krankenversorgung in Krankenhäusern nach Absatz 1 sicherzustellen, ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. Gemeinden und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit.

**§ 1
Grundsatz**

(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser sicherzustellen. Die Krankenhäuser sollen vorhandene Spielräume ausschöpfen, leistungsfähig, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaften. Die 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) Die Krankenversorgung in Krankenhäusern nach Absatz 1 sicherzustellen, ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. Gemeinden und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit. Das Land arbeitet mit den Krankenhausträgern, ihren Verbänden, den Landesverbänden der Krankenkassen,

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

(4) Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus grundsätzlich verpflichtet, an der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung nach den durch Bescheid gemäß § 14 getroffenen Feststellungen im Krankenhausplan alle, die seine Leistungen benötigen, nach Art und Schwere der Erkrankungen zu versorgen. Notfallpatientinnen und -patienten haben Vorrang. Die stationäre psychiatrische Versorgung schließt die Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17. Dezember 1999 (GV. NRW. S. 662) in der jeweils geltenden Fassung ein. Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die festgestellten stationären Angebote der besonderen Therapierichtungen und die aktive Mitwirkung bei der Organspende.

(2) Das Krankenhaus kann gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen) erbringen, soweit dadurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. Besondere Verpflegung, besondere Unterbringung und der Abschluss eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertra-

den Verbänden der Ersatzkassen und dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung (Verbände der Krankenkassen) zusammen.

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

(4) Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus grundsätzlich verpflichtet, an der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) Das 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. Notfallpatientinnen und -patienten haben Vorrang. Die stationäre psychiatrische Versorgung schließt die Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 2. Dezember 1969 (GV. NRW. S. 872) in der jeweils geltenden Fassung ein. Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die festgestellten stationären Angebote der besonderen Therapierichtungen.

(2) Privatstationen werden weder eingerichtet noch betrieben.

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

ges dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden.

§ 3 Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten, Nichtraucherchutz

(1) Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses sind den Bedürfnissen nach Schonung und Ruhe der Patientinnen und Patienten anzupassen und angemessen zu gestalten.

(2) In Krankenhäusern gilt ein grundsätzliches Rauchverbot. Ausnahmen vom allgemeinen Rauchverbot können für solche Personen zugelassen werden, die sich in palliativmedizinischer oder psychiatrischer Behandlung befinden oder bei denen die Untersagung des Rauchens dem Therapieziel entgegen steht. Die Entscheidung, ob im Einzelfall das Rauchen erlaubt werden soll, trifft die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt. Soweit der Krankenhausträger für die in Satz 2 genannten Patientinnen und Patienten entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung stellt, sollen diese so gelegen und beschaffen sein, dass sie dem Nichtraucherchutz nicht zuwiderlaufen.

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

ges dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden

(4) Das 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) Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sind ebenso wie die Behandlung patientenfreundlich zu gestalten. Dabei ist insbesondere ihren Bedürfnissen nach Schonung und Ruhe Rechnung zu tragen. Ausbildungs- und Weiterbildungsaufgaben des Krankenhauses, die eine Beteiligung von Patientinnen und Patienten erfordern, sind mit der gebotenen Rücksicht auf diese durchzuführen. Dies gilt auch für die übrigen Betriebsabläufe.

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

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

§ 4**Kind im Krankenhaus**

(1) Den Belangen kranker Kinder mit ihrem Bedürfnis nach besonderer Zuwendung ist in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten soweit wie möglich Rechnung zu tragen. 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.

§ 5**Patientenbeschwerdestellen, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patienten-seelsorge**

(1) Der Krankenhausträger trifft Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch eine unabhängige Stelle, die mit allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe eng zusammenarbeiten soll.

(2) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die Patientinnen und Patienten in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern zu vermitteln.

§ 4**Kind im Krankenhaus**

(1) Die besonderen Belange kranker Kinder sind zu berücksichtigen. Ihrem 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 Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe eng zusammenarbeiten soll.

§ 6**Patientenberatung, Patientenseelsorge, Überleitungen aus dem Krankenhaus, Sozialer Dienst**

(1) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. Der soziale Dienst 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. Der soziale Dienst berücksichtigt die Ergebnisse der Gesundheits-

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

konferenzen nach § 24 und § 26 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25. November 1997 (GV. NRW. S. 430) sowie der kommunalen Pflegekonferenzen nach § 5 des Landespflegegesetzes - PFG NW - vom 19. März 1996 (GV. NRW. S. 137). Er arbeitet mit zugelassenen Pflegediensten, mit Pflegeeinrichtungen sowie den Gemeinden und Gemeindeverbänden eng zusammen.

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

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

§ 6 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 und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen,

§ 7 Qualitätssicherung

Die Krankenhäuser gewährleisten die interne Qualitätssicherung, insbesondere der Behandlung, der Behandlungsergebnisse und der Versorgungsabläufe. Darüber 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,

2. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachkräften

im Einzelnen zu regeln.

3. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachkräften

im Einzelnen zu regeln.

§ 9

Arzneimittelkommission

(1) Jedes Krankenhaus hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. Krankenhäuser eines Trägers oder Krankenhäuser, zwischen denen ein Versorgungsvertrag im Sinne des § 14 des Gesetzes über das Apothekenwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993) 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 (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) Die Arzneimittelkommission ist über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Arzneimittelliste enthalten sind, zu informieren. Sie ist vor der Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln zu unterrichten. Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die nach Art und Umfang über das bekannte Maß hinausgehen, sind der Arzneimittelkommission unverzüglich mitzuteilen.

§ 7**Zusammenarbeit der Krankenhäuser**

(1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Bescheid nach § 14 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. Die an der Krankenhausversorgung Beteiligten unterrichten sich gegenseitig. Die Krankenhäuser mit Intensiv- und Beatmungsbetten treffen mit der Koordinierungsstelle gemäß § 11 Transplantationsgesetz vom 5. November 1997 (BGBl. I S. 2631) in der jeweils geltenden Fassung eine verbindliche Vereinbarung über Art und Umfang der Zusammenarbeit bei Organentnahmen.

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

§ 8**Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse**

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, dem Zentralen Krankenbettennachweis bei den kreisfreien Städten und Kreisen nach § 8 Abs. 3 Rettungsgesetz NRW vom 24. November 1992 (GV.NRW. S. 458) in der jeweils geltenden Fassung die erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere die Aufnahmebereitschaft und die Zahl der freien Betten, gegliedert nach Abteilungen, zu melden. Das Recht der Patientinnen und Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

§ 10**Zusammenarbeit der Krankenhäuser**

(1) Die 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. Die 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 dient insbesondere dem Ziel der Verzahnung von stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung

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

§ 11**Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse**

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, dem Zentralen Krankenbettennachweis bei den kreisfreien Städten und Kreisen nach § 8 Abs. 3 des Gesetzes über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (RettG) vom 24. November 1992 (GV.NRW. S. 458) in der jeweils geltenden Fassung die erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere die Aufnahmebereitschaft und die Zahl der freien Betten, gegliedert nach Abteilungen, zu melden. Das Recht der Patientinnen und Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

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

(3) 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 den für Innere Angelegenheiten und für Wissenschaft und Forschung zuständigen Ministerien durch Rechtsverordnung zu regeln. Im Rahmen der Planung zur Bewältigung von Großschadensereignissen unterstützen nach Satz 1 ausgewählte Krankenhäuser die zuständigen Behörden bei der Bevorratung mit Sanitätsmaterial und Arzneimitteln, indem sie von diesen beschaffte Bestände in den Versorgungskreislauf des Krankenhauses aufnehmen.

§ 9

Rechtsaufsicht

(1) Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sowie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten gem. § 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) in der jeweils geltenden Fassung unterliegen der Rechtsaufsicht.

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für die in Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden Vorschriften. Die Vorschriften über die Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die Universitätskliniken sowie über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, an der Bewältigung von Großschadensereignissen mitzuwirken. Es 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 Versorgungskreislauf 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 den für Innere Angelegenheiten und für Wissenschaft und Forschung zuständigen Ministerien durch Rechtsverordnung zu regeln.

§ 12

Rechtsaufsicht

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

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere dieses Gesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG - , der Bundespflegegesetzverordnung, der Krankenhausbauverordnung und des Transplantationsgesetzes. Die Vorschriften über die allgemeine Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die medizinischen Einrichtungen der Hochschulen des Landes sowie über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

(3) Die in Absatz 1 genannten Einrichtungen sowie die Einrichtungen nach § 7 Abs. 2 sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

(4) Es sind
untere Aufsichtsbehörde
die kreisfreie Stadt und der Kreis,
obere Aufsichtsbehörde
die Bezirksregierung,
oberste Aufsichtsbehörde,
das zuständige Ministerium.

Abschnitt II Planung

§ 10 Krankenhausplan

(1) Das zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn fort. Der Krankenhausplan wird regelmäßig im Internet veröffentlicht.

(2) Der 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. 1a KHG aus. Er berücksichtigt die Versorgungsangebote benachbarter Länder, die Vielfalt der Krankenhausträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG und besteht aus

1. den Rahmenvorgaben und
2. den regionalen Planungskonzepten.

Die Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt durch Änderung der Rahmenvorgaben und der regionalen Planungskonzepte. Die Änderungen nach Satz 2 Nr. 2 sind durch Bescheid nach § 14 festzustellen. Im Krankenhausplan im Ist anerkann-

(3) Die 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. Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

(4) Es sind
untere Aufsichtsbehörde
die kreisfreie Stadt und der Kreis,
obere Aufsichtsbehörde
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) Der 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. Er besteht aus

1. den Rahmenvorgaben
2. den Schwerpunktfestlegungen
und
3. den regionalen Planungskonzepten.

Die Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt durch Änderung der Rahmenvorgaben, der Schwerpunktfestlegungen und der regionalen Planungskonzepte. Die Änderungen nach Satz 2 Nrn. 2 und 3 sind durch Bescheid nach § 18 festzustellen.

te Betten zur stationären Versorgung sind Planbetten. Anerkannte Plätze zur teilstationären Versorgung sind Behandlungsplätze.

(3) Die Universitätskliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind in die Krankenhausplanung einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. Die Festlegungen nach § 12 werden, soweit sie durch Bescheid nach § 14 festgestellt sind, Bestandteil des Krankenhausplans. Die Aufgaben aus Forschung und Lehre sind zu berücksichtigen.

§ 11 Rahmenvorgaben

(1) Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. Sie sind Grundlage für die Festlegungen nach § 12.

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

Im Krankenhausplan im Ist anerkannte Betten zur stationären Versorgung sind Planbetten. Anerkannte Plätze zur teilstationären Versorgung sind Behandlungsplätze.

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

(4) In den Versorgungsgebieten ist die notwendige abgestufte Versorgung mit ortsnahen, leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhäusern zu gewährleisten. Die 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) Die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind in die Krankenhausplanung einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. Die Festlegungen nach § 15 und § 16 werden, soweit sie durch Bescheid nach § 18 festgestellt sind, Bestandteil des Krankenhausplans. Die Aufgaben aus Forschung und Lehre sind zu berücksichtigen.

§ 14 Rahmenvorgaben

(1) Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze, besondere und überregionale Aufgaben und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. Sie 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.

§ 12 Regionale Planungskonzepte

(1) Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 11 legt das zuständige Ministerium insbesondere Gebiete, Gesamtplanbettenzahlen und Gesamtbehandlungsplatzkapazitäten abschließend fest. Hierzu erarbeiten die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen gemeinsam und gleichberechtigt ein regionales Planungskonzept. § 213 Abs. 2 Sozialgesetzbuch SGB Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) in der Fassung des Änderungsgesetzes vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3686) gilt für die Verbände der Krankenkassen entsprechend. Die kommunale Gesundheitskonferenz nach § 24 des Gesetzes über

§ 15 Schwerpunktfestlegungen

(1) Besondere und überregionale Aufgaben sind den Schwerpunktfestlegungen des Landes vorbehalten. Sie werden in 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) Soweit Krankenhäusern besondere Aufgaben zugeordnet werden, handelt es sich um allgemeine Krankenhausleistungen dieser Krankenhäuser. Bei Aufgaben der Ausbildung muß die Finanzierung gewährleistet sein.

§ 16 Regionale Planungskonzepte

(1) Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 14 legt das zuständige Ministerium insbesondere Leistungsstrukturen, Planbettenzahlen und Behandlungsplätze abschließend fest. Hierzu legen die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen ein von ihnen gemeinsam und gleichberechtigt erarbeitetes regionales Planungskonzept zur Fortschreibung des Krankenhausplans vor. § 213 Abs. 2 SGB V gilt für die Verbände der Krankenkassen entsprechend. Die kommunale Gesundheitskonferenz nach § 24 ÖGDG kann eine Stellungnahme dazu abgeben.

den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25. November 1997 (GV.NRW. S. 430) in der jeweils geltenden Fassung kann eine Stellungnahme dazu abgeben.

(2) Zu Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept können die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen und die zuständige Behörde auffordern. Die Verhandlungen nach Satz 1 sind innerhalb von einem Monat nach Aufforderung einzuleiten. Die Aufnahme der Verhandlungen ist der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen. Die Verhandlungen sollen spätestens drei Monate nach ihrer Aufnahme abgeschlossen werden.

(3) Die regionalen Planungskonzepte sind der zuständigen Behörde vorzulegen, die sie der unteren Gesundheitsbehörde zur Kenntnis gibt. Dem Antrag auf Fortschreibung ist eine Dokumentation des Verhandlungsablaufs und der das Ergebnis tragenden Gründe beizufügen. Das zuständige Ministerium prüft das regionale Planungskonzept rechtlich und inhaltlich. Soweit es Änderungen beabsichtigt, gibt es den Verhandlungspartnern Gelegenheit zur Stellungnahme. Ist die Schließung von Krankenhäusern oder bettenführenden Angeboten vorgesehen, gibt das zuständige Ministerium auch der betroffenen Gemeinde Gelegenheit zur Stellungnahme.

(4) Die Beteiligten nach § 13 und die betroffenen Krankenhäuser werden zu dem Konzept nach Absatz 1 von dem zuständigen Ministerium gehört. Werden im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger nicht bettenführende Angebote aufgegeben oder Gesamtbettenreduzierungen vorgenommen, muss der Änderung des Feststellungsbescheides grundsätzlich kein Anhörungsverfahren vorausgehen. Soweit regionale Planungskonzepte nicht vorgelegt werden, entscheidet das zuständige Ministerium von Amts wegen nach Anhörung der Beteiligten nach § 13 Abs. 1 und 2, wenn der Krankenhausplan fortgeschrieben werden soll. Absatz 3 Satz 5 gilt entsprechend.

(2) Zu Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept können die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen und die zuständige Behörde auffordern. Die Verhandlungen nach Satz 1 sind innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung einzuleiten. Die Aufnahme der Verhandlungen ist der zuständigen Behörde anzuzeigen. Die Verhandlungen sind spätestens nach sechs Monaten abzuschließen.

(3) Die regionalen Planungskonzepte sind der zuständigen Behörde vorzulegen, die sie der unteren Gesundheitsbehörde zur Kenntnis gibt. Dem Antrag auf Fortschreibung ist eine Dokumentation des Verhandlungsablaufs und der das Ergebnis tragenden Gründe beizufügen. Das zuständige Ministerium prüft das regionale Planungskonzept rechtlich und inhaltlich. Soweit es Änderungen beabsichtigt, gibt es den Verhandlungspartnern Gelegenheit zur Stellungnahme. Ist die Schließung von Krankenhäusern oder Abteilungen vorgesehen, gibt das zuständige Ministerium auch der betroffenen Gemeinde Gelegenheit zur Stellungnahme.

(4) Die Beteiligten nach § 17 und die betroffenen Krankenhäuser werden zu dem Konzept nach Absatz 1 von dem zuständigen Ministerium gehört.

(5) Die regionalen Planungskonzepte und Entscheidungen nach Absatz 4 werden durch Bescheid nach § 14 an den Krankenhausträger Bestandteil des Krankenhausplans.

(5) Soweit regionale Planungskonzepte nicht vorgelegt werden, entscheidet das zuständige Ministerium von Amts wegen nach Anhörung der Beteiligten nach § 17 Abs. 1 und 2, wenn der Krankenhausplan fortgeschrieben werden soll. Absatz 3 Satz 5 gilt entsprechend.

(6) Die regionalen Planungskonzepte und Entscheidungen nach Absatz 5 werden durch Bescheid nach § 18 an den Krankenhausträger Bestandteil des Krankenhausplans. Gegen diesen Bescheid ist für den betroffenen Krankenhausträger der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten gegeben.

§ 13

Beteiligte an der Krankenhausversorgung

(1) Den Landesausschuss bilden die unmittelbar Beteiligten:

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

benannte Mitglieder,

4. ein von der Katholischen Kirche und ein von den Evangelischen Landeskirchen,
5. ein von der Ärztekammer Nordrhein und ein von der Ärztekammer Westfalen-Lippe,
6. ein vom Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung,
7. 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 Nordrhein-Westfalen,

§ 17

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,

4. ein von der Katholischen Kirche und ein von den Evangelischen Landeskirchen,

5. ein vom Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung,

6. soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind, je ein von den beiden Landschaftsverbänden

benanntes Mitglied.

(2) Weitere Beteiligte (mittelbar Beteiligte) sind:

1. die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen,

2. die kreisfreien Städte und Kreise,
3. der Landesbezirk NRW der Gewerkschaft ver.di,
4. der Landesverband Marburger Bund,
5. die Kassenärztlichen Vereinigungen,
6. die Dienstnehmervertretung Nordrhein-Westfalen der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes,
7. der Verband der kirchlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Rheinland-Westfalen-Lippe.

(3) Der Landesausschuss erarbeitet insbesondere die Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben notwendig sind. Bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms sind mit den Beteiligten nach Absatz 1 einvernehmliche Regelungen anzustreben. Die Beteiligten nach Absatz 2 sind zu den Maßnahmen nach § 12 und der Aufstellung des Investitionsprogramms zu hören. Das zuständige Ministerium entscheidet abschließend.

(4) Den Vorsitz im Landesausschuss und die Geschäfte des Landesausschusses führt das zuständige Ministerium. Der Landesausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

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 Verband der kirchlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Rheinland-Westfalen-Lippe.

(3) Der Landesausschuss erarbeitet insbesondere die Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben und zu Schwerpunktfestlegungen notwendig sind. Er 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. Er beschreibt ferner die Daten, die den Verhandlungspartnern zur Erarbeitung der regionalen Planungskonzepte nach § 16 vorliegen müssen. Bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben, der Schwerpunktfestlegungen und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms sind mit den Beteiligten nach Absatz 1 einvernehmliche Regelungen anzustreben. Die Beteiligten nach Absatz 2 sind zu den Maßnahmen nach §§ 15, 16 und der Aufstellung des Investitionsprogramms zu hören. Das zuständige Ministerium entscheidet abschließend.

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

§ 14**Feststellungen im Krankenhausplan**

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

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 Planbetten,
7. die Art der Abteilungen mit ihrer Planbettenzahl und ihren Behandlungsplätzen sowie
8. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG.

(2) 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.

(3) Widerspruch und Anfechtungsklage eines Dritten gegen einen Feststellungsbescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 18**Feststellungen im Krankenhausplan**

(1) Die Feststellungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan werden durch Bescheid der zuständigen Behörde getroffen. Der 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. 1a KHG,
9. die besonderen und überregionalen Aufgaben sowie
10. die inhaltlichen und zeitlichen Beschränkungen und die dafür maßgebenden Gründe.

(2) 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

Abschnitt III Krankenhausförderung

§ 15 Förderungsgrundsätze

(1) Investitionskosten von Krankenhäusern werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts auf Antrag im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gefördert. Die Förderung wird durch Zuschüsse und Zuweisungen gewährt. Fördermittel dürfen nur nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides verwendet werden. Die Gemeinden werden an den im Haushaltsplan des zuständigen Ministeriums veranschlagten Haushaltsbeträgen der förderfähigen Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 1 KHG in Höhe von 40 vom Hundert beteiligt. Für die Heranziehung ist die Einwohnerzahl maßgebend. Eine Verrechnung mit Leistungen nach dem Gemeindefinanzierungsgesetz ist möglich.

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

§ 16 Investitionsprogramm

Zur Förderung des Krankenhausbaus stellt das zuständige Ministerium auf der Grundlage des Krankenhausplans ein In-

Abschnitt III Krankenhausförderung

§ 19 Förderungsgrundsätze

(1) Investitionskosten von Krankenhäusern werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts auf Antrag gefördert. Die Förderung wird durch Zuschüsse und Zuweisungen gewährt. Die Gemeinden werden an den im Haushaltsplan des zuständigen Ministeriums veranschlagten Haushaltsbeträgen der förderfähigen Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz in Höhe von 40 vom Hundert beteiligt. Für die Heranziehung ist die Einwohnerzahl maßgebend. Die Sätze 1 bis 4 gelten auch für notwendigerweise mit einem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätten (§ 2 Nr. 1a KHG). Eine Verrechnung mit Leistungen nach dem Gemeindefinanzierungsgesetz ist möglich.

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

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

§ 20 Investitionsprogramm

Zur Förderung des Krankenhausbaus stellt das zuständige Ministerium auf der Grundlage des Krankenhausplans ein In-

vestitionsprogramm gemäß §§ 6, 8 KHG auf. Darin wird die vorgesehene Verwendung der in dem betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Fördermittel für Maßnahmen nach § 17 Abs. 1 Satz 1 dargestellt. Die Feststellung der Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm ist mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel zu verbinden. Ein Rechtsanspruch auf Förderung entsteht erst mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel.

§ 17 Einzelförderung

(1) Investitionskosten werden für 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 gefördert (Einzelförderung). Voraussetzung für die Bewilligung von Fördermitteln für Maßnahmen nach Satz 1 ist die Aufnahme in ein Investitionsprogramm. Darüber hinaus setzt die Bewilligung voraus, dass die Kosten für das einzelne Vorhaben die Wertgrenze nach § 21 Abs. 1 Nr. 3 übersteigen, die gesamte Finanzierung gesichert und mit der Maßnahme vor der Bewilligung oder einer schriftlichen Einwilligung des zuständigen Ministeriums nicht begonnen worden ist.

(2) Die Kosten für den Erwerb oder die Ausstattung bereits betriebener Krankenhäuser sind nicht förderungsfähig. Wird ein Krankenhaus erstmals nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Kranken-

vestitionsprogramm gemäß § 6 und § 8 KHG auf. Darin wird die vorgesehene Verwendung der in dem betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Fördermittel für Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 Nr. 1 dargestellt. Die Feststellung der Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm ist mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel zu verbinden. Ein 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 Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
3. die Ergänzung von Anlagegütern, die über die übliche Anpassung (§ 9 Abs. 4 KHG) wesentlich hinausgeht,

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

(2) Voraussetzung für die Bewilligung von Fördermitteln für Maßnahmen nach Absatz 1 Nr. 1 ist die Aufnahme in ein Investitionsprogramm, für Maßnahmen nach Absatz 1 Nrn. 2 und 3 der Nachweis der Dringlichkeit und Notwendigkeit. Darüber hinaus setzt die Bewilligung voraus, dass die Kosten für das einzelne Vorhaben die Wertgrenze nach § 25 Abs. 1 Nr. 2 übersteigen, 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

hausplan aufgenommen, so werden nur die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Investitionskosten gefördert.

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

(4) Die Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses ist mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig. Die anteiligen Fördermittel sind, soweit Investitionen nicht abgeschrieben oder Fördermittel nach § 21 nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, zurückzuerstatten. Die zuständige Behörde kann Abweichungen zulassen.

(5) Vermietungen von geförderten Räumen und deren Ausstattungen sind mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig, soweit der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt wird. Mieteinnahmen sind nach Abzug der anteiligen Betriebskosten den pauschalen Fördermitteln zuzuführen.

§ 18 Umfang der Einzelförderung

(1) Gefördert werden die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind. ²Die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze und Entgelte, sind zu berücksichtigen.

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

1. bis zur Erteilung des Bewilligungsbescheides ausgezahlt, aber noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,

Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Krankenhausplan aufgenommen, so werden nur die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Investitionskosten gefördert.

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

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

(7) Vermietungen von geförderten Räumen und deren Ausstattungen sind mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig, soweit der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt wird. Mieteinnahmen sind nach Abzug der anteiligen Betriebskosten grundsätzlich den pauschalen Fördermitteln zuzuführen.

§ 22 Umfang der Einzelförderung

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

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

1. bis zur Erteilung des Bewilligungsbescheides ausgezahlt, aber noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,

2. nach der Erteilung des Bewilligungsbescheides bis zur Inbetriebnahme der geförderten Baumaßnahme ausbezahlt werden, soweit sie nicht für unabweisbare Maßnahmen verwendet werden müssen.

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

§ 19 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

Anlauf- und Umstellungskosten (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG) sind nur förderungsfähig, wenn sie mit einer nach § 17 geförderten Investition in Zusammenhang stehen und die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes deswegen gefährdet wäre, weil dem Krankenhausträger die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten ist. Der Förderungsantrag ist spätestens mit dem Antrag nach § 17 anzukündigen.

§ 20 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschussformen

(1) Der Förderbetrag wird mit Zustimmung des Krankenhausträgers grundsätzlich als Festbetrag gewährt. Der Festbetrag ist so zu bemessen, dass die entstehenden förderungsfähigen Kosten unter Anwendung der Grundsätze des § 18 gedeckt werden. Eingesparte Fördermittel sind für andere Investitionen nach § 17 Abs. 1 oder § 21 Abs. 1 zu verwenden. Mehrkosten müssen vom Krankenhaus getragen werden. Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher unabweisbarer behördlicher Anordnungen erforderlich werden und der Krankenhausträger die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. Der Verwendungsnachweis beschränkt sich auf den Nachweis, dass die Mittel für die geförderte Maßnahme, bei Unterschreiten des Festbetrages für weitere förderungsfähige Maßnahmen verwendet und diese funktionsfähig fertig gestellt worden sind.

2. nach der Erteilung des Bewilligungsbescheides bis zur Inbetriebnahme der geförderten Baumaßnahme ausbezahlt werden, soweit sie nicht für unabweisbare Maßnahmen verwendet werden müssen.

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

§ 23 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

Anlauf- 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. Der 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 anfallenden förderungsfähigen Kosten bemessen.

(2) Der Festbetrag ist so zu bemessen, dass die entstehenden förderungsfähigen Kosten unter Anwendung der Grundsätze des § 22 gedeckt werden. Eingesparte Fördermittel sind für andere Investitionen nach § 21 Abs. 1 oder § 25 Abs. 1 zu verwenden; § 32 gilt entsprechend. Mehrkosten müssen vom Krankenhaus getragen werden. Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher unabweisbarer behördlicher Anordnungen erforderlich werden und der Krankenhausträger die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. Der Verwendungsnachweis beschränkt sich auf den Nachweis, dass

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

(3) Die Fördermittel sind über ein besonderes Bauabrechnungskonto abzuwickeln.

(4) 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.

die Mittel für die geförderte Maßnahme, bei Unterschreiten des Festbetrages für weitere förderungsfähige Maßnahmen verwendet und diese funktionsfähig fertiggestellt worden sind.

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

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

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

(5) Widerspruch und Anfechtungsklage eines Dritten gegen einen Bewilligungsbescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 21

Pauschale Förderung

(1) Durch jährliche Pauschalbeträge werden gefördert

1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),
2. die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer entsprechend Nummer 1,
3. sonstige nach § 17 förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben 50.000,- Euro ohne Mehrwertsteuer nicht überschreiten. Das Krankenhaus darf die Kostengrenze von 50.000,- Euro im Einzelfall mit Einwilligung des zuständigen Ministeriums überschreiten.

(2) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Finanzministerium und dem Innenministerium sowie nach Anhörung der unmittelbar Beteiligten (§ 13 Abs. 1) durch Rechtsverordnung

§ 25

Pauschale Förderung

(1) 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 § 21 förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern der ersten Anforderungsstufe 28 170 Euro zweiten Anforderungsstufe 42 280 Euro dritten Anforderungsstufe 56 360 Euro und der vierten Anforderungsstufe 74 140 Euro ohne Mehrwertsteuer nicht übersteigen.

Zur Wiederbeschaffung gehören auch die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern, soweit diese Kosten nicht im Pflegesatz zu berücksichtigen sind. Satz 1 Nr. 2 findet auch dann Anwendung, wenn die Wertgrenze nachträglich überschritten wird.

(14) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem für Innere Angelegenheiten zuständigen Ministerium und dem Finanzministerium durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2 und die Förderbeträ-

1. die Bemessungsgrundlagen und die Höhe der Pauschalbeträge nach Absatz 1 zu bestimmen,
2. die Abgrenzung der kurzfristigen Anlagegüter nach Absatz 1 Nr. 1 festzulegen.

ge nach Absatz 5, die Leistungspauschale und den Zuschlag nach den Absätzen 8 und 9 in Abständen von 4 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.

(2) Zur Ermittlung der Anforderungsstufe des Krankenhauses werden die Planbetten und Behandlungsplätze des Krankenhauses mit dem Punktwert je Planbett und Behandlungsplatz (Punktwert) vervielfacht. Bruchteile der sich insgesamt ergebenden Punktwerte werden bis unter 0,5 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
 ab 800 Punkten zur vierten Anforderungsstufe.

4) Der 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.

Im übrigen beträgt der Punktwert eins.

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

ersten Anforderungsstufe 1.837 Euro,
 zweiten Anforderungsstufe 2.141 Euro,
 dritten Anforderungsstufe 2.739 Euro
 und der vierten Anforderungsstufe 3.135 Euro.

(6) Psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen in Allge-

meinkrankenhäusern erhalten 80 % der pauschalen Fördermittel der ersten Anforderungsstufe. Werden Angebote anderer Fachbereiche in psychiatrischen Fachkrankenhäusern vorgehalten, werden die Fördermittel für diese Planbetten und Behandlungsplätze nach der ersten Anforderungsstufe berechnet. Teilstationäre Einrichtungen erhalten 50 % der ersten Anforderungsstufe. Krankenhäuser mit kardiovaskular- und epilepsiechirurgischen Abteilungen gehören zur vierten Anforderungsstufe. Die Absätze 7 bis 13 gelten in den Fällen der Sätze 1 bis 4 entsprechend.

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

1. eine Leistungspauschale für die Vorkhaltung kurzfristiger Anlagegüter nach Absatz 8 und
2. ein planbetten- und behandlungsplatz abhängiger Zuschlag nach Absatz 9.

Bei Neuaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan oder bei Erhöhung der Planbetten- und Behandlungsplatzzahl erfolgt die Berechnung der pauschalen Fördermittel nach den Absätzen 2 bis 6.

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

(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.

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

§ 22

Besondere Beträge, Ausgleichszahlungen

(1) Ein besonderer Betrag kann für Zwecke des § 21 Abs. 1 festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig und ausreichend ist.

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

(10) Soweit 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. Dies gilt jedoch nicht, wenn ein mit der Strukturänderung verbundener höherer Wiederbeschaffungsbedarf kurzfristiger Anlagegüter nicht nachgewiesen werden kann. Die Einrichtung eines neuen Schwerpunktes gilt allein nicht als Nachweis nach Satz 2.

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

(12) Bei Ausgliederungen nach § 21 Abs. 6 Satz 1 können mit der zuständigen Behörde Vereinbarungen darüber getroffen werden, dass Nutzungsentgelte ganz oder teilweise den pauschalen Fördermitteln zugeführt werden. Soweit investitionsintensive Abteilungen ausgegliedert werden, sind die pauschalen Fördermittel entsprechend zu kürzen.

(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.

§ 26

Besondere Beträge

(1) Abweichend 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 und ausreichend ist. Satz 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 Kosten 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 angesammelt werden können,
2. Fördermittel nach § 21, die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, gedeckt werden können.

Das zuständige Ministerium bestimmt die Medizinprodukte, deren Beschaffung nach Satz 1 förderungsfähig ist. Mit den Beteiligten nach § 13 Abs. 1 ist Einvernehmen anzustreben.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 kann Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung des zuständigen Ministeriums ganz oder teilweise mit mindestens einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausscheiden, ein Betrag als Ausgleichszahlung bewilligt werden, soweit dies erforderlich ist, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.

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 angesammelt werden können,
2. Fördermittel nach § 25, die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, gedeckt werden können.

Das zuständige Ministerium bestimmt die Medizinprodukte, deren Beschaffung nach Satz 1 förderungsfähig sind. Mit den Beteiligten nach § 17 Abs. 1 ist Einvernehmen anzustreben.

§ 30

Ausgleichsleistungen bei Einstellung oder Einengung des Krankenhausbetriebes

(1) Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung des zuständigen Ministeriums ganz oder teilweise mit mindestens einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausscheiden, sind Ausgleichszahlungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.

(2) Die Ausgleichszahlungen bemessen sich nach der Zahl der Planbetten und Behandlungsplätze, die auf Dauer aus der vollstationären und teilstationären Krankenversorgung ausscheiden. Sie betragen bei Verminderung um

bis zu 30 Planbetten 3 580 Euro pro Planbett,

bis zu 60 Planbetten 4 345 Euro pro Planbett,

bis zu 90 Planbetten 5 110 Euro pro Planbett,

über 90 Planbetten 5 880 Euro pro Planbett.

Satz 2 gilt für Behandlungsplätze entsprechend.

(3) Sind die berücksichtigungsfähigen Kosten nachweislich höher als die Pauschalen nach Absatz 2 Satz 2, so kann auf Antrag des Krankenhausträgers eine höhere Ausgleichszahlung bewilligt werden, um bei der Einstellung des Krankenhausbetriebes oder bei der Umstellung auf andere Aufgaben unzumutbare Härten zu vermeiden. Dies gilt insbesondere für

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

Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhauses auch pauschal geleistet werden. Der Krankenhausträger hat alle für die Beurteilung nach Satz 1 notwendigen Angaben zu machen und zu belegen. Insbesondere hat er nachzuweisen, dass diese Ausgleichszahlungen erforderlich sind, um unzumutbare finanzielle Härten für ihn zu vermeiden.

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

§ 23 Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) Anstelle der Förderung nach § 17 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

§ 27 Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) Anstelle 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

der Nutzungsvereinbarung ihre Erlaubnis erteilt hat. Das Vorhaben kann ausnahmsweise auch dann genehmigt werden, soweit die Verweigerung der Genehmigung eine erhebliche Härte darstellen würde.

(2) Die pauschal gewährten Fördermittel nach § 21 dürfen auf Antrag für die Nutzung von Anlagegütern verwendet werden, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird.

**§ 24
Förderung von Kapitaldienstbelastungen**

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

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

**§ 25
Ausgleich für Eigenmittel**

(1) Werden in einem Krankenhaus bei Beginn der erstmaligen Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder

Nutzungsvereinbarung ihre Erlaubnis erteilt hat. Das 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) Sind 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. Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Gemeinden, soweit sie nicht in Zuschüsse umgewandelt wurden. Landesdarlehen für förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt.

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

**§ 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 dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung gewährt, sofern der Krankenhausbetrieb eingestellt ist und das Krankenhaus nicht weiterhin für 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 Förderung und die hierauf beruhenden Abschreibungen zugrunde zu legen.

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

§ 26

Widerruf der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln

(1) Der Bewilligungsbescheid kann mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn das Krankenhaus ohne Zustimmung der Bewilligungsbehörde von den Feststellungen nach § 14 abweicht oder seine Aufgaben nach den Feststellungen im Bescheid nach § 14 ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Der Bewilligungsbescheid soll nicht widerrufen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(2) Nach § 17 bereits gewährte Fördermittel können unter Berücksichtigung des Einzelfalls zurückgefordert werden, soweit Investitionen nicht abgeschrieben sind.

diesem Gesetz förderungsfähige Investitionen genutzt, die nachweislich mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft wurden und deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so wird dem Krankenhausträger nach Feststellung des Ausscheidens des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung gewährt, sofern der Krankenhausbetrieb eingestellt ist und das Krankenhaus nicht weiterhin für 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 Förderung und die hierauf beruhenden Abschreibungen zugrunde zu legen.

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

§ 31

Rückforderung von Fördermitteln

(2) Der 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. Nach § 21 bereits gewährte Fördermittel können unter Berücksichtigung des Einzelfalls zurückgefordert werden, soweit Investitionen nicht abgeschrieben sind. Fördermittel nach § 25 können zurückgefordert werden, soweit sie nicht zweckentsprechend verwendet worden sind.

(1) Die Rückforderung von Fördermitteln erfolgt nach den allgemeinen Bestimmungen. Eine Zweckverfehlung im Sinne dieser Vorschriften liegt auch vor, wenn das

Fördermittel nach § 21 können zurückgefordert werden, soweit sie nicht zweckentsprechend verwendet worden sind.

Krankenhaus seine Aufgaben nach den Feststellungen im Bescheid nach § 18 ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Der Bewilligungsbescheid soll nicht widerrufen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

Abschnitt IV Krankenhausstruktur

§ 27 Wirtschaftliche Betriebsführung

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

(2) Mehrere benachbarte Betriebsstellen eines Krankenhausträgers bilden zusammen nur dann ein Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzes, wenn die Betriebsstellen organisatorisch und wirtschaftlich unselbständige und voneinander abhängige Einrichtungen sind.

§ 28 Abschlussprüfung

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

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

§ 34 Abschlussprüfung

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

(2) Die Prüfung des Jahresabschlusses erstreckt sich insbesondere auf die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 21. Sind nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung Einwendungen zu erheben, ist die Bestätigung einzuschränken oder zu versagen. Soweit die Bestätigung versagt oder eingeschränkt erteilt wird, ist der Abschlussbericht der zuständigen Behörde vorzulegen.

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

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

(3) Sind 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. Soweit die Bestätigung versagt oder eingeschränkt erteilt wird, ist der Abschlussbericht der zuständigen Behörde vorzulegen.

§ 35

Leitung und Organisation

(1) In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. Träger von mehreren Krankenhäusern können eine gemeinsame Betriebsleitung bilden. An der Betriebsleitung sind eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegekraft und die Leiterin oder der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes zu beteiligen. Der 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.

§ 29**Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst**

Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung mindestens eine Abteilungsärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen, die oder der nicht weisungsgebunden ist. Sie oder er sind für die Untersuchung und Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Abteilung verantwortlich. Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen leiten. Für Abteilungen, die Patientinnen und Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, können neben der Abteilungsärztin oder dem Abteilungsarzt Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten bestellt werden, die bei der Untersuchung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und selbstständig tätig sind.

§ 30**Struktur der kommunalen Krankenhäuser**

Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften des Kommunalverfassungsrechtes durch die §§ 27 bis 29 unberührt. Verordnungen 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.

§ 36**Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst**

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

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

(3) Für Abteilungen, die Patientinnen und Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, können neben der Abteilungsärztin oder dem Abteilungsarzt Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten bestellt werden, die bei der Untersuchung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und selbstständig tätig sind.

§ 37**Struktur der kommunalen Krankenhäuser**

Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften des Kommunalverfassungsrechtes durch die §§ 33 bis 36 unberührt. Verordnungen 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.

§ 31**Kirchliche Krankenhäuser**

Die Rechtsverordnung aufgrund von § 6 Abs. 2 gilt nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden. Satz 1 gilt unabhängig von der Rechtsform der Einrichtung. Die Religionsgemeinschaften treffen für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen.

§ 32**Statistik**

Die 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. Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die unter die Auskunftspflicht fallenden Daten und das Verfahren im Einzelnen festzustellen.

Abschnitt V**Übergangs- und Schlussbestimmungen****§ 33****Zuständigkeit**

Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, für die Belange des Krankenhauswesens durch Rechtsverordnung die zuständige Behörde zu bestimmen.

§ 38**Kirchliche Krankenhäuser**

(1) Die 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. Satz 1 gilt unabhängig von der Rechtsform der Einrichtung. Die Religionsgemeinschaften treffen für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen, für § 2 Abs. 4 soweit möglich.

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

§ 39**Statistik**

Die 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. Das 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**

Zuständiges Ministerium ist das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium. Es wird ermächtigt, für die Belange des Krankenhauswesens durch Rechtsverordnung die zuständige Behörde zu bestimmen. Es erläßt Verwaltungsvorschriften zur Ausführung dieses Gesetzes.

§ 34**Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken**

(1) Auf die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG sind die Vorschriften der Abschnitte II und III und des § 33 mit Ausnahme des § 22 Absätze 2 und 3 entsprechend anzuwenden.

(2) Auf nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser finden nur § 2 Abs. 1 Satz 2, § 6 einschließlich der auf § 6 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung, § 7 Abs. 1 hinsichtlich der Mitwirkung im Rettungsdienst, § 8 Abs. 1 und § 9 Anwendung.

(3) Auf Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug finden § 6 einschließlich der auf § 6 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung und § 9 Anwendung.

(4) Auf Krankenhäuser nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG sind die Abschnitte I und II, Abschnitt IV mit Ausnahme des § 27 Abs. 1, des § 28 Abs. 2 Satz 2 und der §§ 29, 30 sowie Abschnitt V mit Ausnahme des § 35 anzuwenden.

(5) Auf Krankenhäuser, deren Träger bundesunmittelbare Körperschaften gemäß Artikel 87 Abs. 2 des Grundgesetzes sind, findet § 9 keine Anwendung.

§ 35**Übergangsvorschrift**

(1) Bis zum Inkraft-Treten der Rechtsverordnung gemäß § 21 Abs. 2 Nr. 2 sind für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern die Regelungen der Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2355) sinngemäß anzuwenden.

§ 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, Abschnitt 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 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.

(2) Bis zum In-Kraft-Treten der Rechtsverordnung gemäß § 21 Abs. 2 Nr. 1 werden die Pauschalbeträge nach § 25 des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen - KHG NRW - vom 16. Dezember 1998 (GV.NRW. S. 696), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2006 (GV.NRW. S. 631) berechnet.

§ 36
In-Kraft-Treten, Berichtspflicht

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen - KHG NRW - vom 16. Dezember 1998 (GV.NRW. S. 696), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2006 (GV.NRW. S. 631) außer Kraft. Die Landesregierung berichtet dem Landtag bis zum 31. Dezember 2012 über die Erfahrungen mit diesem Gesetz.

(3) Nach Erarbeitung der Rahmenvorgaben nach § 14 gelten die Feststellungsbescheide nach § 16 des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen - KHG 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.

§ 43
In-Kraft-Treten, Berichtspflicht

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. § 25 Abs. 1 bis 3, 5, 6 Satz 4, 7, 8 Sätze 1 und 2 sowie Abs. 9 treten mit Wirkung vom 1. Januar 1998 in Kraft. Die Landesregierung berichtet dem Landtag bis zum 31. Dezember 2009 über die Erfahrungen mit diesem Gesetz.

BEGRÜNDUNG

A Allgemeines

Detaillierte Verfahrensvorgaben engen den Handlungsspielraum von Krankenhäusern und Krankenkassen ein. Eine bis in Einzelheiten gehende Krankenhausplanung behindert Wettbewerb und steht aktiven planerisch und wirtschaftlich gestaltenden Maßnahmen der Leistungserbringer und Kostenträger entgegen. Bürokratische Hemmnisse sind abzubauen und konzeptionellen zukunftsweisenden Ideen Raum zu geben. Ausreichend ist es, die Letztverantwortung des Staates für die Versorgung der Bevölkerung in zielführender Weise wahrzunehmen.

Vor diesem Hintergrund soll die Gestaltungsfreiheit der Krankenhausträger unter Berücksichtigung ihrer Organisationshoheit durch flexiblere Regelungen ausgeweitet werden. Auf Detailregelungen soll weitgehend verzichtet werden. Im Gegensatz zum bislang geltenden Landeskrankenhausrecht wird auf Selbstverständlichkeiten verzichtet. Programmsätze entfallen. Damit ist nicht das Signal verbunden, notwendige Aufgaben zu streichen. Vielmehr sind diese Aufgaben fest etabliert. Es ist davon auszugehen, dass die Krankenhäuser sie eigenverantwortlich weiter führen. Teilweise sind sie bereits an anderer Stelle, z.B. im SGB V die Qualitätssicherung, geregelt und es erübrigt sich der deklaratorische Hinweis und die bloße Wiederholung im Landesrecht. Das Krankenhausplanungsverfahren mit seinem bisher dreistufigen Aufbau aus Rahmenplanung, Schwerpunktplanung und regionalen Planungskonzepten soll gestrafft werden.

Die engen haushaltsrechtlichen Spielräume verlangen überdies neue und intelligente Finanzierungsverfahren. Das Landeskrankenhausrecht ist für Anreize zu wirtschaftlichem, sparsamem und effektivem Verhalten zu öffnen. Dem negativen Anreiz zur Beibehaltung von Bettenkapazitäten, die nicht mehr benötigt werden, soll durch eine geänderte pauschale Förderung begegnet und leistungsbezogene Anreize gefördert werden. Das Gesetz soll eine Verordnungsermächtigung zur Festsetzung der Pauschalen und der dazu erforderlichen Bemessungskriterien enthalten. Falschen Anreizen kann somit verfahrenstechnisch leichter entgegen gewirkt werden. Andererseits ist durch eine Ordnungsregelung die notwendige Verlässlichkeit der laufenden Finanzierung für die Krankenhäuser gewährleistet.

B Besonderer Teil

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

Gesetze zum Krankenhauswesen haben in der Vergangenheit mit hohem Aufwand Verfahren und Anliegen geregelt, die zwischenzeitlich in das Bewusstsein der Beteiligten an der Krankenhausversorgung eingegangen und umgesetzt sind. Notwendig sind nunmehr Deregulierung, Bürokratieabbau und die Gewährung größerer Gestaltungsspielräume. Dazu bedarf es Regelungen, die sich auf das absolut Notwendige beschränken.

Zu § 1 Grundsatz

Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. Das Gesetz hält daran fest. Die Mitwirkungsverpflichtung der Gemeinden und Gemeindeverbände sowie der im Krankenhausplan des Landes aufgenommenen Krankenhäuser ist essentieller Bestandteil der Krankenhausversorgung im Interesse der Bevölkerung.

Das Leitbild eines sparsam wirtschaftenden und eigenverantwortlich handelnden Krankenhauses ist in der Praxis eingeführt. Unternehmerische Elemente müssen dem Krankenhausträger eine zeitgemäße Wirtschaftsführung ermöglichen. Er benötigt Raum, um seinen Versorgungsauftrag auszuführen. Diese allgemeinen Erkenntnisse müssen nicht gesondert erwähnt werden. Dies gilt auch für die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten an der Gesundheitsversorgung. Die Erkenntnis, dass nur gemeinsames Handeln zukunftsfähig ist, hat sich zunehmend durchgesetzt, konkrete Kooperationen müssen aber nach wie vor besonders gefördert werden. Einer gesetzlichen Regelung bedarf es jedoch nicht.

Krankenhäuser erbringen komplexe Versorgungsleistungen. Dies erfordert ständige Aus- und Weiterbildung des Fachpersonals. Weiterbildungsangebote richten sich auch an andere Anbieter der gesundheitlichen und sozialen Versorgung.

Zu § 2 Krankenhausleistungen

Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich aus dem Krankenhausplan. Die Aufnahme in den Plan erfolgt durch Bescheid. Diesem liegt ein zwischen dem Krankenhausträger und den Kostenträgern erarbeitetes und vom Land genehmigtes Konzept nach § 12 zugrunde.

Soweit der Krankenhausplan keine Feststellungen trifft („definierte Lücken“), bleibt Raum z.B. für Versorgungsverträge nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V.

Die psychiatrische Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) ist grundsätzlich Bestandteil der allgemeinen psychiatrischen Krankenhausversorgung auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Pflichtversorgung kann jede psychiatrische vollstationäre Einrichtung leisten. Die Festlegung der Versorgungsregion erfolgt durch Bescheid nach § 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5.

Methoden besonderer Therapierichtungen zählen zum Angebot der Krankenhausversorgung, wenn dem Krankenhausträger im Einzelfall ein entsprechender Versorgungsauftrag erteilt worden ist. Demgegenüber gehört die Mitwirkung bei der Organspende zum Versorgungsauftrag aller Krankenhäuser.

Zu § 3 Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten, Nichtrauchererschutz

Zu Absatz 1

Der Grundsatz der menschenwürdigen Behandlung spielt im Krankenhaus eine besondere Rolle. Er verwirklicht sich beim Umgang mit Kranken und erfordert eine entsprechende Gestaltung der Betriebsabläufe. Daher ist besonderer Wert auf patientenfreundliche Organisationsstrukturen zu legen. Dem Bedürfnis nach Schonung und Entspannung kommt der Krankenhausträger durch Aufenthaltsräume, angemessene Besuchszeiten und ähnliche Maßnahmen nach. Weltanschaulichen, kulturellen und religiösen Belangen soll angemessen Rechnung getragen werden.

Zu Absatz 2

Die Regelung trägt dem Nichtrauchererschutz Rechnung. Gesetzliche Rauchverbote sind bei Abwägung mit dem Gesundheitsschutz vor lebensbedrohenden Krebserkrankungen recht- und verhältnismäßig, wenn Nichtraucher zwangsläufig und über längere Zeit in gravierend gesundheitsgefährdender Weise dem von Rauchern erzeugten Tabakrauch ausgesetzt sind. Gesetzliche Rauchverbote sind im Rahmen des weiten Beurteilungs- und Gestaltungsspielraums des Gesetzgebers statthaft, wenn er bereits erheblichen Belästigungen von Nichtrauchern vorbeugen will, da die Interessen der Raucher demgegenüber ein deutlich geringeres Gewicht haben. Die differenziert und gestuft ausgestaltete Regelung trägt auch den Interes-

sen der Raucher Rechnung, die Gelegenheit zum Rauchen haben, ohne schwere Gesundheitsgefahren für andere zu verursachen. Ein Ausweichen erscheint auch zumutbar, da es nur eine temporäre Einschränkung der allgemeinen Freiheitsentfaltung bedeutet.

Zu Absatz 3

Sterben und Tod gehören zum Alltag. Viele Menschen beenden ihr Leben im Krankenhaus. Ihre Würde ist angemessen über den Tod hinaus zu respektieren. Zum Abschiednehmen soll den Hinterbliebenen ausreichend Raum und Zeit zur Verfügung stehen. Das Krankenhauspersonal ist verpflichtet, insoweit besonders rücksichtsvoll und einfühlsam zu handeln.

Die Beachtung sog. „Patiententestamente“, in denen Patientinnen und Patienten ihren Willen formuliert haben, ist Aufgabe der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte. Bei organisatorischen Fragestellungen trägt der Krankenhausträger die Verantwortung. Er stellt insbesondere sicher, dass ihm bekannte Patiententestamente den behandelnden Ärztinnen und Ärzten so zugänglich gemacht werden, dass sie in die ärztlichen Entscheidungsprozesse einbezogen werden können. Dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten ist Rechnung zu tragen.

Zu § 4 Kind im Krankenhaus

Kranke Kinder benötigen besondere Zuwendung. Die Sorgeberechtigten sind angemessen zu beteiligen, da sie die Bedürfnisse ihres kranken Kindes am besten einschätzen und das ärztliche und pflegerische Personal zum Nutzen des Kindes unterstützen können. Die medizinisch und pflegerisch notwendigen Maßnahmen bleiben davon unberührt.

Die schulische Förderung des kranken Kindes wird regelhaft in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger durchgeführt.

Zu § 5 Patientenbeschwerdestellen, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patienten-seelsorge

In welcher Form Patientenberatungs- oder Beschwerdestellen organisiert werden, schreibt das Gesetz nicht vor. Daher können sich Krankenhäuser auch unabhängigen, an anderer Stelle angesiedelten Beratungseinrichtungen anschließen. Eine Ausweitung der Pflichten des Krankenhausträgers ist mit der Vorschrift nicht verbunden. Seine Gestaltungsfreiheit und Organisationshoheit wird nicht berührt. Es wird vielmehr den weisungsunabhängig tätigen Beraterinnen und Beratern ein Weg zu verbesserter Kommunikation und damit Hilfe im Einzelfall gewiesen.

Patientenbeschwerdestellen sind grundsätzlich mit ehrenamtlich tätigen Kräften besetzt. Sie können auch mit haupt- oder nebenamtlich tätigem Personal organisiert werden. Eine Weisungskompetenz des Krankenhausträgers besteht allerdings in keinem Fall.

Die Patientenbeschwerdestellen arbeiten mit Verbraucherschutzorganisationen, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge, des Patientenschutzes, Selbsthilfegruppen sowie anderen geeigneten Organisationen und Verbänden zusammen. Der Krankenhausträger hat geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen und den leichten Zugang, z.B. durch Hinweisschilder, zu gewährleisten.

Die Patientinnen und Patienten haben naturgemäß das Recht, frei zu entscheiden, ob sie den sozialen Dienst und die Krankenhausesseelsorge in Anspruch nehmen wollen. Kulturelle, weltanschauliche und religiöse Auffassungen der Kranken sollen respektiert und auf ihre Wünsche nach seelsorgerischer Betreuung eingegangen werden.

Zu § 6 Krankenhaushygiene

Das Krankenhaus hat die erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen in weitgehend eigener Zuständigkeit und Verantwortung zu treffen. Weitere Einzelheiten sind in der Krankenhaushygieneverordnung geregelt.

Zu § 7 Zusammenarbeit der Krankenhäuser

Der Gedanke der Kooperation hat zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dies spiegelt sich in engen Absprachen über die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens wider. Insbesondere psychiatrische Versorgungsstrukturen, rehabilitative Maßnahmen sowie die ambulante und stationäre Pflege einschließlich der Hospize ergänzen das Versorgungsangebot für die Bevölkerung. Die Krankenhäuser und die übrigen Beteiligten am Gesundheits- und Sozialwesen sollen Konkurrenzdenken in den Hintergrund stellen und gemeinsames Handeln zum Nutzen der Allgemeinheit fördern. Vor diesem Hintergrund will die Vorschrift die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens forcieren. Kooperation reicht von einfachem Zusammenwirken bis hin zu vertraglich fixiertem abgestimmtem Verhalten.

Die Zusammenarbeit soll auch zur Rationalisierung des Verwaltungs-, Versorgungs- und sonstigen Aufwands führen. Die Möglichkeit ergibt sich in vielen Bereichen, z.B. bei Laborleistungen, Prosekturen, Apotheken, Wäschereien, Küchen, bis hin zu zentralem Einkauf. Dem Gestaltungsspielraum der Kooperationspartner sind dabei wenig Grenzen gesetzt. Zwar kann jeder Krankenhausträger im Rahmen seiner Organisationshoheit den Grad der Verzahnung selbst bestimmen, das Gesetz bezweckt allerdings eine qualitativ bessere und wirtschaftlichere Nutzung gemeinsamer Einrichtungen.

Vom Krankenhausrecht unabhängige Gesichtspunkte, wie etwa kommunal-, vergabe- oder wettbewerbsrechtliche Aspekte, bleiben unberührt, sind also nach Lage des Einzelfalles gesondert zu berücksichtigen.

Um ein ausgewogenes und abgestimmtes Verhalten zu erreichen und damit Ressourcen besser nutzen zu können, unterrichten sich die Gemeinden, Gemeindeverbände, die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen gegenseitig über Abreden zur Zusammenarbeit.

Im Rahmen der Zusammenarbeit können Krankenhäuser mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens auch rechtlich selbstständige Neugründungen vornehmen. Mehrere Krankenhäuser können gemeinschaftliche Einrichtungen z.B. für den Bereich Küche, Labor, Radiologie und ähnliche Funktionen betreiben. Als Träger kommt die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) ebenso wie andere geeignete Rechtspersonen des öffentlichen oder Privatrechts in Betracht. Derartige Zusammenschlüsse sind in der Regel keine Krankenhäuser. Sie werden nicht in den Krankenhausplan aufgenommen. Der Einzelfall bleibt zu prüfen. Ein Zusammenschluss von Versorgungseinheiten zu einem Krankenhaus ist ein genehmigungspflichtiger Trägerwechsel oder erfordert die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan.

Soweit krankenhausspezifische Aufgaben wahrgenommen werden sollen, dürfen Mittel der Krankenhausförderung nicht eingesetzt werden.

Die Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses darf überdies keinen Anlass zur Doppelfinanzierung geben. So ist es z.B. nicht zulässig, mit Mitteln der Krankenhausförderung finanzierte Küchen auszugliedern und für eine gemeinsame neue Küche unter neuer Träger-

schaft Mietkosten beim Land einzufordern. Eine Ausgliederung dieser Art würde zur Rückforderung von Fördermitteln durch das Land führen müssen.

Praxiskliniken sind grundsätzlich keine Zusammenschlüsse im Sinne der Vorschrift. Sie sind eine Kombination aus ambulantem und stationärem Versorgungsangebot. Das stationäre Angebot bedarf des Abschlusses eines Versorgungsvertrages nach § 108 Nr. 3 SGB V.

Zu § 8 Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse

Zu Absatz 1

Die Aufnahmebereitschaft eines Krankenhauses im Rahmen der Notfallversorgung ist nicht zwingend abhängig von der Zahl der freien Betten, sondern hängt insbesondere am Wochenende von der personellen Besetzung ab. Die Notfallversorgung muss so geregelt sein, dass trotz Vollbelegung Notfallaufnahmen und -behandlungen unverzüglich gewährleistet bleiben. Das Recht der Patientinnen und Patienten, ein Krankenhaus frei zu wählen, bleibt von der Bestimmung unberührt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift enthält die Aufforderung, Einsatz- und Alarmpläne nicht nur abzustimmen, sondern auch zu erproben. Nur so kann gewährleistet werden, dass sie im Bedarfsfall funktionieren und regelmäßig Optimierungsprozesse durchlaufen. Alarm- und Einsatzpläne haben sich nicht nach den Belangen einzelner Krankenhäuser zu richten. Sie treffen auch für krankenhausinterne Schadensereignisse Vorsorge.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt die möglichen Formen der Beteiligung von Krankenhäusern an der Bevorratung mit Sanitätsmaterial und Arzneimitteln und bietet die dazu notwendige Rechtsgrundlage. Der Verfall von zeitkritischen Produkten soll verhindert und eine wirtschaftliche Vorhaltung für den Großschadensfall gewährleistet werden.

Zu § 9 Rechtsaufsicht

Der dreigliedrige Verwaltungsaufbau im Rahmen der Aufsicht wird beibehalten. Krankenhausträger unterliegen einer Rechtsaufsicht. Davon unberührt bleiben die inhaltlichen Vorgaben, denen sich der Krankenhausträger durch die Aufnahme in den Krankenhausplan unterwirft.

Abschnitt II Planung

Die Erarbeitung regionaler Planungskonzepte und die dabei eingeführte Verhandlungslösung werden von den Leistungserbringern und Kostenträgern positiv bewertet. Raum für Konzepte und individuelle Gestaltungen ist damit gegeben. Das Land kann sich weitgehend aus der Detailplanung zurückziehen, nimmt aber durch die Vorgabe von Rahmendaten sowie die Intervention im Einzelfall seine planerische Letztverantwortung wahr.

Zu § 10 Krankenhausplan

Zu Absatz 1

Entsprechend den bundesgesetzlichen Vorgaben stellt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium den Krankenhausplan auf.

Da Krankenhausplanung kein statischer, sondern ein fließender Prozess ist, finden regelmäßig Fortschreibungen statt. Der aktuelle Stand des Krankenhausplans wird - den modernen

Kommunikationsmitteln angepasst - im Internet veröffentlicht. Die kostenträchtige und aufwändige Veröffentlichung im Ministerialblatt NRW entfällt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift beschreibt den Inhalt des Krankenhausplans, indem sie auf den Grundsatz des § 1 Abs. 1 Bezug nimmt.

Der Krankenhausplan besteht künftig aus zwei unselbstständigen Teilen, den Rahmenvorgaben nach § 11 und den regionalen Planungskonzepten nach § 12. Die Schwerpunktplanung wird aufgegeben. Ferner erfährt das Planungsverfahren eine deutliche Straffung.

Eine Fortschreibung des Krankenhausplans liegt grundsätzlich immer dann vor, wenn Planungskonzepte erarbeitet und durch Bescheid in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind. Werden die Rahmenvorgaben oder wesentliche Teile davon neu formuliert, liegt eine Neuaufstellung des Krankenhausplans vor. Dies gilt selbstverständlich auch, wenn auf dieser Grundlage die regionalen Planungskonzepte „in einem Zuge“ angepasst werden.

Zu Absatz 3

Die Universitätskliniken sowie die anderen in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind in erheblichem Umfang an der Krankenhausversorgung beteiligt. Daher sind sie in die Planung einzubeziehen. Grundlage der Entgelt- und Pflegesatzverhandlungen nach den Bestimmungen des Pflegesatzrechts sind die Bescheide, mit denen die Versorgungseinheiten im Krankenhausplan des Landes ausgewiesen sind. Die Universitätskliniken erhalten daher ebenfalls Bescheide, mit denen ihre Leistungsstrukturen festgestellt werden. Der Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Verbänden der Krankenkassen ist zwar bereits durch die Aufnahme der Kliniken in das Hochschulverzeichnis nach dem Hochschulbauförderungsrecht erfolgt: § 108 Nr. 1 in Verbindung mit § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V, damit ist aber die jeweilige Angebotsstruktur noch nicht bestimmt. Sie wird durch den Bescheid nach § 14 konkretisiert. Ein Anspruch auf Förderung nach KHG/KHGG NRW ist mit der Erteilung des Bescheides nicht verbunden.

Die Belange von Wissenschaft und Forschung können im Einzelfall besondere Vorhaltungen erfordern.

Zu § 11 Rahmenvorgaben

Zu Absatz 1

Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und -kriterien sowie qualitative und quantitative Inhalte für die Festlegungen nach § 12.

Die Planungsgrundsätze umfassen insbesondere den qualitativen Rahmen des Krankenhausplans, insbesondere eine Bestimmung der Planungsinhalte.

Zu den qualitativen Inhalten zählt die Bestimmung von Planungs determinanten wie Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Bettennutzung, gegebenenfalls Bettenmessziffern oder Leistungsmengen und Aussagen zur gestuften Versorgung (örtlich, regional und überregional).

Die Rahmenvorgaben können die Wohnortnähe definieren und die Abstimmung benachbarter Versorgungsangebote regeln.

Die quantitativen Eckdaten beschreiben die Bedeutung der Bettennutzung, der Verweildauer als Trendextrapolation oder Durchschnittsbetrachtung, die Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und der Einwohnerzahl.

Auch Verfahrensschritte und -abläufe können in den Rahmenvorgaben festgelegt werden, z.B. der zeitliche Ablauf der Konzeptentwicklung nach § 12.

Ausgangspunkt der Aufstellung des Krankenhausplans ist eine Ist-Analyse. Sie untersucht und beschreibt die bestehenden stationären und teilstationären Versorgungseinrichtungen und ihre Strukturen in den Planungsregionen sowie die Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen in der Vergangenheit.

In Zukunftsprognosen werden Entwicklungstendenzen formuliert, z.B. die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts auf die Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer.

Die Verteilung auf voll- und teilstationäre Versorgung in ausgewählten Disziplinen wird festgelegt, z.B. in der psychiatrischen Versorgung.

Zu Absatz 2

Der Krankenhausplan kann neu aufgestellt oder fortgeschrieben werden. Die Neuaufstellung ist erforderlich, wenn bedeutende Änderungen der Rahmenvorgaben vorgenommen werden. Dazu zählen insbesondere Veränderungen der Planungsgrundsätze und der qualitativen Vorgaben. Bei der Neuaufstellung und Fortschreibung der Rahmenvorgaben kann der zuständige Landtagsausschuss im Rahmen der Anhörung eine politische Bewertung vornehmen.

Zu § 12 Regionale Planungskonzepte

Zu Absatz 1

Grundlage der Erarbeitung der regionalen Planungskonzepte sind die Rahmenvorgaben nach § 11. Die zuständige Planungsbehörde trifft die Entscheidung darüber, welche Feststellungen in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen haben das Recht, im Vorfeld die Rahmenvorgaben nach § 11 mit einem eigenen Umsetzungskonzept auszufüllen.

Auch das gemeinsam erarbeitete Konzept, über das sich die Beteiligten geeinigt haben und an das die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen gebunden sind, unterliegt der vollständigen inhaltlichen und rechtlichen Nachprüfung durch die zuständige Behörde. Es darf daher von der Planungsbehörde abgelehnt, angenommen oder mit Änderungen genehmigt werden. Ziel des Konzeptes ist in erster Linie, gemeinsam Leistungsstrukturen zu erarbeiten. Auch die Schließung oder der Aufbau von Angeboten oder Modellvorhaben können Gegenstand eines Konzeptes sein.

Da die Verbände der Krankenkassen im Planungsrecht gemeinsam und einheitlich handeln müssen, wird mit § 213 SGB V auf den Konfliktlösungsmechanismus verwiesen.

Zu Absatz 2

Die Erarbeitung von Konzepten geht grundsätzlich allen Fortschreibungen voraus. Um einen Planungsstillstand auszuschließen, ist ein Initiativrecht für Krankenhäuser, Verbände der Krankenkassen und Land vorgesehen. Beschleunigungselemente sind die Monatsfrist zur Aufnahme der Verhandlungen und die Dreimonatsfrist nach Aufnahme der Verhandlungen zum Abschluss des Konzeptes. Zur Sicherstellung der Eingriffsmöglichkeiten der Planungsbehörde muss die Aufnahme der Verhandlungen angezeigt werden, wenn die Erarbeitung von Konzepten nicht von Amts wegen eingeleitet wird. Die Krankenhausträger können ihre Verbände an den Verhandlungen beteiligen

Zu Absatz 3

Grundlage für die Prüfungen der Planungsbehörde ist die Dokumentation der Verhandlungen.

Bei der beabsichtigten Schließung bettenführender Abteilungen bedarf es stets einer Anhörung der Gemeinde. Sind nicht bettenführende Angebote betroffen, gilt die Sonderregelung des Absatzes 4.

Zu Absatz 4

Für die Schließung nicht bettenführender Angebote wird das Verfahren vereinfacht. Sie ist auch ohne regionales Planungskonzept möglich. Wird ein Planungskonzept vorgelegt, findet keine Anhörung mehr statt. Liegt kein regionales Planungskonzept vor, muss die Anhörung durchgeführt werden. Damit ist gewährleistet, dass die Betroffenen vor Ort auf jeden Fall beteiligt werden, entweder bei der Erarbeitung des regionalen Planungskonzeptes oder im Rahmen der Anhörung.

Zu Absatz 5

Mit der Genehmigung wird das regionale Planungskonzept für Krankenträger, Verbände der Krankenkassen und das Land verbindlich. Das bedeutet auch, dass das Land nur solche Inhalte genehmigen darf, die Bestandteil des Krankenhausplans werden oder aus diesem herausgenommen werden.

Entscheidender und verbindlicher Maßstab für die Genehmigung sind die Rahmenvorgaben und der Stand von Wissenschaft und Technik in der Medizin. Die Fortschreibung der Rahmenvorgaben verlangt ebenso wie die Veränderung der Standards in der Medizin eine Anpassung. Dabei ist auf den allgemeinen Stand abzustellen. Nicht jeder medizinische Fortschritt begründet eine Fortschreibung des Krankenhausplans.

Die Aufnahme eines genehmigten Konzeptes in den Krankenhausplan erfolgt durch Bescheid nach § 14. Die Erteilung des Bescheides bedeutet die Fortschreibung des Krankenhausplans. Der Bescheid begründet für das Krankenhaus den grundsätzlichen Anspruch auf Förderung nach den Bestimmungen des KHG sowie des KHGG NRW.

Zu § 13 Beteiligte an der Krankenhausversorgung**Zu Absatz 1**

Ein wichtiger Aspekt des Landeskrankenhausrechts ist die Zusammenarbeit mit den im Gesundheitswesen Beteiligten im Landesausschuss. Bei der Inanspruchnahme dieses Gremiums müssen die Interessen aller Beteiligten im Entscheidungsprozess angemessen berücksichtigt werden. Dabei sind die Ärztekammern mit ihrem medizinischen Sachverstand wichtige Ansprechpartner bei der Entscheidungsfindung. Die Ärztekammern sind vor diesem Hintergrund in den Kreis der unmittelbar Beteiligten im Landesausschuss aufgenommen worden.

Zu Absatz 2

Im Landesausschuss haben nur die unmittelbar Beteiligten einen Sitz. Sie tragen im Gegensatz zu den mittelbar Beteiligten nach Absatz 2 Finanzierungs- und Strukturverantwortung.

Zu Absatz 3

Die Aufgaben des Landesausschusses bestehen insbesondere in der Erarbeitung von Handlungs- und Umsetzungsempfehlungen im Rahmen von Krankenhausplanung und -finanzierung. Dabei hat der Landesausschuss beratende Funktion. Das Land muss mit ihm Einvernehmen anstreben, also das deutliche Bemühen zeigen, eine Einigung zu erzielen. Eine bloße Anhörung reicht nicht aus.

Zu Absatz 4

Die Geschäftsordnung des Landesausschusses regelt insbesondere die Voraussetzungen für die Einberufung des Gremiums, die Zahl und Bestellung der namentlich benannten ständigen Mitglieder und ihrer Vertreterinnen und Vertreter, den grundsätzlichen Ablauf der Sitzungen, Ladungsfristen, Protokollfragen, die Bildung von Unterausschüssen und ein eventuelles Abstimmungsverhalten. Abstimmungen lassen gegenüber der zur Entscheidung befugten Landesbehörde erkennen, welche Mehrheiten bestehen. Das Land entscheidet aber im Rahmen seiner Planungskompetenz selbst abschließend. Es trifft keine Ersatzentscheidungen, da der Landesausschuss nicht entscheidungsbefugt ist.

Unterausschüsse sind insbesondere dann sinnvoll und erforderlich, wenn Einzelfragen von besonderer Bedeutung vorzuklären sind. Die Beteiligten nach Absatz 2 nehmen in unmittelbarer funktioneller Nähe des einzelnen Krankenhauses in unterschiedlichster Weise an der Versorgung teil. Daher bietet es sich an, aus ihrer Mitte Mitglieder in Unterausschüssen einzubinden.

Zu § 14 Festlegungen im Krankenhausplan**Zu Absatz 1**

§ 8 Abs. 1 KHG setzt - als Voraussetzung für die Förderung - neben der Aufnahme in den Krankenhausplan ausdrücklich deren Feststellung durch einen Bescheid voraus. Es ist daher geboten, die an den Bescheid zu stellenden Mindestanforderungen festzulegen. Die Bescheiderteilung ist nicht verzichtbar.

In Ergänzung des geltenden Rechts können auch besondere Aufgaben des Krankenhauses angegeben werden. Dazu zählt z.B. die Angabe der Region für die psychiatrische Pflichtversorgung nach § 2 Abs. 1 Satz 3, die im Einzelfall die Grenzen von Versorgungsgebieten überschreiten kann.

Das Krankenhaus erhält einen einheitlichen Bescheid über alle Festlegungen, die Bestandteil des Krankenhausplans sind. Näheres zur Ausgestaltung des Bescheides regeln Verwaltungsvorschriften.

Zu Absatz 2

Weicht der Krankenhausträger von den Festlegungen des Krankenhausplans, z.B. von der Gesamtzahl der im Ist und Soll anerkannten Betten und Behandlungsplätze oder von der Zahl und Art der Abteilungen und ihrer Betten sowie bei Ausbildungsstätten und besonderen Schwerpunktaufgaben ohne Genehmigung der zuständigen Behörde ab, kann das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden. Absprachen mit den Krankenkassen ersetzen die Abstimmung mit der zuständigen Behörde nicht.

Zu Absatz 3

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung (BVerfG, Beschluss vom 14.1.2004 – 1 BvR 506/03) kann ein begünstigender Feststellungsbescheid im Krankenhausplanungsrecht grundsätzlich auch von einem konkurrierenden Krankenhausträger angefochten werden. Einem Rechtsmittel des Konkurrenten kommt daher nach § 80 Abs. 1 VwGO regelmäßig aufschiebende Wirkung zu. Mit der Regelung macht das Land im öffentlichen Interesse einer schnelleren Umsetzung der für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Krankenhausleistungen von der Möglichkeit nach § 80 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 VwGO Gebrauch, die aufschiebende Wirkung von Rechtsmitteln konkurrierender Krankenhausträger entfallen zu lassen. Ein Verlust von Rechtsschutzmöglichkeiten ist damit nicht verbunden, den Konkurrenten bleibt es unbenommen, einstweiligen Rechtsschutz beim zuständigen Verwaltungsgericht zu beantragen.

Abschnitt III Krankenhausförderung

Die Bemessung der pauschalen Fördermittel wird auf eine neue Grundlage gestellt, um Anreize zur Vorhaltung nicht benötigter Bettenkapazitäten zu vermeiden. Sie muss nachvollziehbar, leicht zu handhaben und möglichst gerecht sein. Eine Anpassung an sich verändernde Gegebenheiten muss schnell und flexibel ermöglicht werden. Die Krankenhausträger benötigen eine kalkulierbare Basis der Finanzierung.

Die Investitionsfinanzierung, auf die dem Grunde nach alle Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, Anspruch haben, muss mit flexiblen Finanzierungsmöglichkeiten kombinierbar sein. Die Gestaltungsspielräume der Krankenhausträger sollen ausgeschöpft werden.

Zu § 15 Förderungsgrundsätze

Die Vorschrift setzt die Bestimmungen des KHG um. Erhaltungsinvestitionen sind nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, Urteile vom 21.1.1993 - 3 C 66/90 - und 26.10.1995 - 3 C 11/94 – den Betriebskosten zuzurechnen. Sie können daher nicht im Rahmen der Investitionsförderung des Landes geltend gemacht werden. Führt unterlassene Erhaltung zu Schäden, die einen Neubau im Sinne der Vorschrift nötig machen, verliert der Krankenhausträger insoweit seinen Anspruch auf Förderung.

Zu § 16 Investitionsprogramm

Erst mit Erteilung des Bewilligungsbescheides entsteht ein Rechtsanspruch auf Förderung. Die bloße schriftliche, durch Telefax, Fernschreiben oder mündliche und fernmündliche Mitteilung über die Aufnahme in ein Investitionsprogramm bedeutet keine Zusicherung für eine nachfolgende Bewilligung. Bis zur Erteilung des Bewilligungsbescheides ist somit eine Herausnahme der Maßnahmen auch aus dem veröffentlichten Investitionsprogramm möglich.

Zu § 17 Einzelförderung

Zu Absatz 1

Der Gesetzgeber verzichtet darauf, alle Fördermöglichkeiten des Bundes ausdrücklich aufzuführen. So spielen in der Förderpraxis insbesondere Beschaffungen von mittelfristigen Anlagegütern keine Rolle. Im Bedarfsfall kann jedoch auf die bundesrechtliche Regelung zurückgegriffen werden. Eine Regelungslücke entsteht nicht, wenn keine Übernahme der Vorgaben des KHG insoweit erfolgt.

Zu Absatz 4

Grundsätzlich dürfen Krankenhausabteilungen zur wirtschaftlicheren Führung verselbstständigt und ausgegliedert werden. Damit ist dieser Teil aber kein Krankenhaus mehr. Der Förderanspruch entfällt. Bestimmte notwendige Angebote und Vorhaltungen gehören jedoch zwingend zum Charakter und den Inhalten eines Krankenhauses und dürfen daher nicht ausgegliedert werden. Um dies zu gewährleisten und zu verhindern, dass Landesinvestitionen Dritten übertragen werden, sind Ausgliederungsmaßnahmen mit der zuständigen Behörde abzustimmen und von ihrer Zustimmung abhängig. Eine Anzeige der Ausgliederung reicht nicht aus.

Die Verwendung pauschaler Fördermittel ist nicht dem Belieben des Krankenhausträgers anheim gestellt. Im Rahmen der Krankenhausplanung hat der Krankenhausträger sein Eigentum der Sozialbindung der Krankenhausversorgung unterworfen. Mit seinem Aufnahmeantrag in den Krankenhausplan erklärt er sich konkludent damit einverstanden, künftig nach

den Vorgaben der Landesplanung zu verfahren und gebotene Einschränkungen hinzunehmen. Eine Ausgliederung kann insbesondere sinnvoll sein, wenn der Nachweis geführt werden kann, dass sie zu niedrigeren Kosten bei gleicher Qualität führt.

Als selbstständige Einrichtungen können z.B. betrieben werden: Röntgenabteilungen, Labors oder Krankenhausküchen. Der Einzelfall ist maßgebend. Bei einer bestimmten Größe eines Krankenhauses kann es erforderlich sein, z.B. eine Röntgenabteilung als Hauptabteilung weiterzuführen und nicht auszugliedern.

Zu Absatz 5

Eine Vielzahl von Krankenhäusern kann insbesondere in den operativen Fächern Operationen nur zu bestimmten Tageszeiten durchführen. In der übrigen Zeit könnten die Operationssäle, soweit dies den üblichen Betriebsablauf des Krankenhauses nicht stört, vermietet werden.

Da die Operationssäle in der Regel mit Mitteln der Krankenhausfinanzierung gefördert worden sind, ist es grundsätzlich gerechtfertigt, Einnahmen aus ihrer Vermietung dem Krankenhaus zu belassen und den pauschalen Fördermitteln unter Abzug der Betriebskosten zuzuführen. Allerdings können mit Erlaubnis der zuständigen Behörde auch abweichende Vereinbarungen getroffen werden. Der Zustimmungsvorbehalt des Landes ist aus planerischer Sicht notwendig, da in der Regel die Vermietung den Zweck hat, geförderte Räume anderen als Krankenhauszwecken zur Verfügung zu stellen. Insoweit werden der Krankenhausversorgung räumliche Kapazitäten entzogen. Ob dies unter planerischen und Qualitätsaspekten zugelassen werden kann, ist daher in jedem Einzelfall zu prüfen.

Zu §§ 18 - 20 Umfang der Einzelförderung, Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten, Bewilligung der Einzelförderung, Zuschussformen

Die Bestimmungen führen die bundesgesetzlichen Vorgaben aus. Sie regeln auch die notwendigen Inhalte für die Dokumentation der Förderung einschließlich Verwendungsnachweisen.

Zu § 21 Pauschale Förderung

Die pauschale Förderung bietet Krankenhausträgern die notwendige finanzielle Grundlage zur Beschaffung der Ausrüstung des Krankenhauses. Daher ist eine feste Kalkulationsbasis für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter erforderlich. Es bedarf dazu einer leistungsbezogenen Pauschale, die falsche Anreize vermeidet und in einem flexiblen Verfahren angepasst werden kann. Dazu bietet eine Rechtsverordnung den geeigneten Verfahrensweg.

Für kleine Baumaßnahmen wird für alle Krankenhäuser ein einheitlicher, im Einzelfall jedoch anpassungsfähiger Betrag in Höhe von 50.000,00 € festgesetzt. Bürokratischer Aufwand wird reduziert und eine bessere Handhabbarkeit erreicht.

Zu § 22 Besondere Beträge

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Vorschrift ermöglicht die Gewährung eines besonderen Betrages. Dies muss zur Erhaltung der Versorgung und der Leistungsfähigkeit möglich sein. Eine restriktive Handhabung der Vorschrift ist notwendig und führt nicht zu Wettbewerbsverzerrungen.

Zu Absatz 3

Bei der Schließung von Abteilungen oder bei der Betriebseinstellung eines Krankenhauses können Ausgleichsleistungen unter Wertung des jeweiligen Einzelfalles gewährt werden. Der Maßstab für die Berechnung von Ausgleichsleistungen bei Einstellung oder Einengung des Krankenhausbetriebes muss durch die Verwaltungspraxis und nähere Vorgaben in ermessenslenkenden Verwaltungsvorschriften gewonnen werden.

Zu §§ 23 – 25 Förderung der Nutzung von Anlagegütern, Förderung der Kapitaleinbelastungen, Ausgleich für Eigenmittel

Die Vorschriften setzen bundesrechtliche Vorgaben um.

Zu § 26 Widerruf der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln

Die Geltung der allgemeinen Rechtsgrundlagen muss nicht gesondert geregelt werden, Folglich finden die Bestimmungen des Verwaltungsverfahrensrechts Anwendung, soweit das KHGG NRW keine abweichenden Regelungen trifft.

Wenn der Krankenhausträger von den Festlegungen nach § 14 ohne Abstimmung mit dem Verhandlungspartner und der zuständigen Behörde abweicht, bedeutet dies auch eine Abweichung vom Krankenhausplan. Diese Vorschrift erfasst Vertragsänderungen nach § 109 SGB V nicht.

**Abschnitt IV
Krankenhausstruktur****Zu § 27 Wirtschaftliche Betriebsführung**

Die Krankenhausträger benötigen für die Organisation ihrer Einrichtung Spielräume. Auf detaillierte Regelungen wird verzichtet. Bei Fusion müssen die Betriebsstellen zwar unselbstständige Teile des Krankenhauses sein, ob Angebote mehrfach vorgehalten werden, entscheidet der Krankenhausträger unter betriebswirtschaftlichen und versorgerischen Aspekten künftig selbst. Die Gestaltung der Leitung der Krankenhäuser steht im pflichtgemäßen Ermessen der Krankenhausträger. Die Abbildung der verschiedenen Funktionen des Krankenhauses in der Führung ist nicht nur eine Frage der Motivation, sondern insbesondere auch des sachgerechten Managements. Für beides hat der Krankenhausträger die Verantwortung.

Zu § 28 Abschlussprüfung

Eine zweckentsprechende Mittelverwendung unter Anwendung allgemein gültiger Kriterien und unter Berücksichtigung der geltenden Bestimmungen zur ordentlichen kaufmännischen Buchführung ist eine Selbstverständlichkeit.

Zu § 29 Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen § 36 KHG NRW 1998.

Zu §§ 30 und 31, Struktur der Kommunalen Krankenhäuser, Kirchliche Krankenhäuser

Die Besonderheiten Kommunalen und Kirchlicher Krankenhäuser sind in den einschlägigen Bestimmungen berücksichtigt. Diese gelten unverändert fort. Im Rahmen von Fusionsüberlegungen erhalten sie besondere Bedeutung.

Zu § 32 Statistik

Zur Erfüllung seiner planerischen Aufgaben benötigt das Land statistisches Material. Die Rahmenvorgaben werden auf dieser Basis erarbeitet.

**Abschnitt V
Übergangs- und Schlussbestimmungen****Zu § 33 Zuständigkeit**

Die Vorschrift enthält eine Verordnungsermächtigung.

Zu § 34 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken**Zu Absatz 1**

Bedarfsgerechte Ausbildungsstätten sind Gegenstand der Krankenhausplanung und dementsprechend im Krankenhausplan auszuweisen. Dies gilt auch, wenn der Träger oder Mitträger nicht öffentlich gefördert wird oder bei Universitätskliniken.

Zu Absatz 4

Die Vorschriften zur Finanzierung finden auf Universitätskliniken keine Anwendung.

Zu § 35 Übergangsvorschrift

Die Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 soll weiter angewendet werden, bis eine Rechtsverordnung nach § 21 Abs. 2 Nr. 2 die Abgrenzung der kurz-, mittel- und langfristigen Anlagegüter regelt. Soweit der Ordnungsgeber davon keinen Gebrauch machen will, kann er die Fortgeltung der Abgrenzungsverordnung ausdrücklich bestimmen. Geschieht dies nicht, so gilt sie bei fehlender Regelung nach dieser Bestimmung fort.

Zu § 36 In-Kraft-Treten, Berichtspflicht

Das Gesetz enthält eine Berichtspflicht gegenüber dem Landtag.

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann: „Neue Baupauschale kann rund 1,9 Mrd. € Investitionsschub für Krankenhäuser auslösen“

Krankenhausinvestitionsförderung weiterentwickelt zu einer Baupauschale

Düsseldorf, 09.08.2007

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen teilt mit:

„Die neue Baupauschale kann einen wahren Investitionsschub von 1,9 Mrd. € an den 413 Krankenhäusern im Land auslösen“, sagte heute (09.08.2007) der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann. „Die bislang aufgestellten Investitionsprogramme sind weder transparent, noch gerecht und auch nicht effektiv. Deshalb habe ich in meiner Amtszeit kein neues Krankenhausinvestitionsprogramm aufgelegt. Niemand konnte bislang eindeutig begründen, warum ein Bauvorhaben durch das Land gefördert und warum ein anderes nicht gefördert wurde“, sagte Laumann weiter.

Die Landesregierung und die Spitzen der Koalitionsfraktionen seien sich daher einig, eine Baupauschale statt der alten Investitionsprogramme einzuführen. „Damit werden künftig alle 413 nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und nicht mehr höchstens 50 jährlich Geld für große Investitionen bekommen. Gleichzeitig ermöglichen wir ihnen, diese Baupauschale für die Tilgung von Krediten einzusetzen. Komplizierte Antrags- und Planungsverfahren entfallen damit völlig. Die Krankenhäuser können dann frei entscheiden, was, wann und wie sie investieren wollen. Komplizierte und aufwändige Abstimmungsverfahren mit der Bezirksregierung entfallen. Diese neue Freiheit ermöglicht es den Krankenhäusern, flexibel, eigenverantwortlich und kurzfristig auf genau ihre Bedürfnisse eingehen zu können. Wir entwickeln so das Krankenhausgestaltungsgesetz zu einem Krankenhausfreiheitsgesetz, das es so in keinem anderen Bundesland gibt. So wird sich die bestmögliche Krankenhausversorgung für die Bürgerinnen und Bürger entwickeln“, so Laumann.

Diese Baupauschale soll nach Meinung der Landesregierung jährlich bei 190 Mio. Euro liegen. Die Landesregierung wird dies im Rahmen der mittelfristigen Finanzplanung verlässlich vorsehen. Für das einzelne Krankenhaus wird sie anhand der Zahl und Schwere der erbrachten Krankenhausleistungen bemessen. „Dieses Kriterium ist gerecht, weil es die Leistung eines Hauses berücksichtigt. Ferner ist es für alle Häuser nachvollziehbar“, meinte Laumann. Gleichzeitig schaffe man die Möglichkeit, eine teilweise Deckungsfähigkeit zwischen der Pauschale für kurzfristige Anlagegüter (landesweit 300 Mio. €) und der Baupauschale (190 Mio. €) herzustellen. „Damit kann ein Krankenhaus selbstständiger entscheiden, ob es beispielsweise gerade neue Ersatzinvestitionen tätigen will oder diese Mittel für einen größeren Anbau genutzt werden sollen. Noch mehr Freiheiten kann man den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen nicht geben.“

Beim Regierungswechsel im Jahr 2005 lagen Vorbelastungen bei der Investitionsförderung von Krankenhäusern in Höhe von 660 Mio. € vor. „In den letzten zwei Jahren ist es gelungen,

die Vorbelastungen von rund 660 Mio. Euro bis Ende dieses Jahres auf weniger als 250 Mio. € abzubauen. Die gesamten Vorbelastungen werden im Jahr 2011 endgültig erledigt sein. Dann kann die Baupauschale ihre volle Wirkung entfalten. So können Krankenhäuser dann kurzfristig in dynamischen Gesundheitsmärkten agieren und sich entfalten. Wir machen Schluss mit einer unseriösen Investitionsfinanzierung, die nicht einmal Fachleute eindeutig begründen können“, sagte Laumann abschließend.

Thema Krankenhausförderung: Sprechzettel des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, zur Landespressekonferenz mit dem Thema: Umstellung der Krankenhausinvestitionsförderung

Es gilt das gesprochene Wort.

Anrede,

für die Krankenhäuser gilt, was der Ministerpräsident in seiner Regierungserklärung im Juli 2005 formuliert hat:

Wir lösen die Probleme der Krankenhausversorgung nicht durch mehr Regulierung. Wir lösen sie durch Selbstbestimmung und Selbstverantwortung.

Sie wissen, dass ich als Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales kein Krankenhausinvestitionsprogramm aufgestellt habe. Die Gründe hierfür lagen vor allem in den enormen Vorbelastungen der Haushalte durch die viel zu hohen Versprechungen der alten Landesregierung, die nie durch ausreichende Barmittel in den Haushalten abgedeckt waren. Deshalb gibt es auch 2007 kein Investitionsprogramm. Hierdurch wird es uns gelingen, die Vorbelastungen aus dem Jahr 2005 von rund 660 Mio. Euro bis Ende dieses Jahres auf weniger als 250 Mio. € abzubauen. Die gesamten Vorbelastungen werden im Jahr 2011 endgültig abgebaut sein.

Eine effektive Förderung der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen ist der Landesregierung sehr wichtig. Deshalb haben wir seit 2005 die realen Ausgaben für Krankenhausinvestitionen stetig erhöht, um die Rechnungen zu bezahlen und Baustopps zu vermeiden und den Investitionsstau zu minimieren.

Aber nicht nur die bisherige Finanzierung von Krankenhausinvestitionen stand auf tönernen Füßen.

Das System der Krankenhausinvestitionsförderung war bislang intransparent, ungerecht und nicht effektiv.

Intransparent Bislang gehen Krankenhausinvestitionen einen zu langen Weg.

Auf diesem langen Weg werden auch immer wieder unsichtbare Weichen gestellt: Die Bezirksregierung kann eine Maßnahme bereits im Vorfeld forcieren oder bremsen, sie auf der Prioritätenliste höher oder tiefer einordnen. Die Maßnahme kann durch das Krankenhaus mit

sehr viel oder auch mit weniger Nachdruck vertreten werden, sie kann mehr oder weniger gewichtige Fürsprecher haben, sie kann mehr oder weniger öffentliche Beachtung finden.

Tatsache ist deshalb: Niemand konnte ein Investitionsprogramm wirklich schlüssig begründen. Niemand konnte wirklich die Frage beantworten, ob und warum die letzte noch geförderte Maßnahme wichtiger ist als die erste nicht mehr geförderte.

Ungerecht: Es ist ungerecht, wenn die Chancen einer Investition auch von der Zahl und dem Gewicht der Fürsprecher abhängen. Keine Verwaltung oder kein Politiker kann sich dem Druck von Interessenvertretern gänzlich entziehen. Deshalb ist es ungerecht, dass das bisherige Verfahren reichlich Ansatzpunkte für Interventionen von Fürsprechern bietet.

Es ist ungerecht, wenn sich die Krankenhäuser nach Belieben an den Investitionskosten beteiligen oder auch nicht. Richtig ist: Die meisten Krankenhäuser wenden in Verbindung mit einer geförderten Baumaßnahme auch eigene Mittel auf. Aber das betrifft zumeist die Anteile des Projekts, die das Land auch gar nicht fördern dürfte, weil es sich z.B. um Erhaltungsaufwand oder um Bauteile außerhalb des Krankenhausplans handelt.

Nur jedes dritte Krankenhaus hat die Landesförderung der Jahre 2003 bis 2005 tatsächlich mit eigenen Mitteln verstärkt (55 von 174 Förderungen). In drei Vierteln dieser Fälle (41) lag die Beteiligung bei maximal 15 %. Gemessen an allen Förderfällen hat also nicht einmal jeder zehnte Träger mehr als 15 % zu der staatlichen Förderung beigetragen.

Nicht effektiv: Die bisherige Investitionsförderung ist nicht effektiv, weil sich der Staat viel zu viel zutraut. Staatliche Investitionsentscheidungen sind den dynamischen Gesundheitsmärkten nicht mehr gewachsen. Die formale, administrative Verfahrenswelt einer Verwaltung entfernt sich immer weiter von der Wettbewerbs-Wirklichkeit der Krankenhäuser. Während dort schnelle und flexible Entscheidungen verlangt sind, werden staatliche Investitionsprogramme immer zeitaufwändig und kostenintensiv bleiben.

Der Staat mobilisiert zu wenig private Mittel. Der Krankenhausmarkt ist ein wirtschaftlich lohnender Markt. Es gibt grundsätzlich genügend private Kapitalgeber, für die dieser Markt sehr interessant ist: Banken, die Vorfinanzierungen übernehmen, Investoren, die vom Bau bis zum Gebäudemanagement ihre Leistungen anbieten, auch Fonds sind grundsätzlich stärker als bislang denkbar.

Das bisherige Fördersystem ist jedoch nicht darauf angelegt, diese Mittel zu mobilisieren und nutzbar zu machen.

Die bisherige Investitionsförderung ist nicht effektiv, weil sie den Krankenhäusern zu wenig zutraut. Wir trauen den Krankenhäusern bislang das „Wann“ einer Investition nicht zu. Sondern das Land entscheidet nach seinen zeitlichen und finanziell möglichen Prioritäten.

Wir trauen den Krankenhäusern bislang die Entscheidung nicht zu, „wie“ investiert wird. Bislang prüft die Bezirksregierung jedes Detail der Investition. Häufig zum Guten der Investition, aber zugleich zum Schlechten der Träger, weil sie sich damit nämlich schrittweise der Verantwortung und der Kompetenz für ihr Tun berauben.

Das gilt erst recht für Planänderungen. Wenn ein Krankenhaus beispielsweise erkennt, dass eine Investition fehlzuschlagen droht, dann muss es sofort reagieren können. Und zwar möglichst ohne aufwändige bürokratische Prüfungen und Regulierungen. Wenn ein

Krankenhaus erkennt, dass der Verlust von Marktanteilen droht, weil notwendige Erweiterungen fehlen, dann muss es ebenfalls schnell und entschlossen reagieren können, ohne lange Vorläufe zu Investitionsprogrammen.

Wir trauen den Krankenhäusern bislang die Entscheidung nicht zu, „wie viel“ investiert wird. Auch, weil bislang die Mittel für kurzfristige und für langfristige Investitionen strikt voneinander getrennt sind.

Die bisherige Investitionsförderung ist nicht effektiv, weil sie die Krankenhäuser zu wenig in die Verantwortung nimmt. Für die Krankenhäuser sind die Investitionsprogramme fast wie eine immer wiederkehrende Lotterie, für die jeder immer wieder Lose kauft. Bei der Landesförderung können sie immer wieder neue Anträge stellen und immer wieder neu auf die Zuteilung hoffen.

Daher ist es aus Sicht der Träger nur vernünftig, sich permanent wenigstens vorsorglich um Investitionsmittel zu bemühen, und sei es, um bei Zuteilung dann die echte Planung zu entwickeln.

Aus diesen Gründen ist ein Wechsel bei der Krankenhausinvestitionsförderung unumgänglich.

Ich will

- eine transparente und gerechte Krankenhaushilfe;
- eine effektive Krankenhaushilfe;
- eigenverantwortlich unternehmerisch handelnde Krankenhäuser.

Deshalb will ich die bisherigen Investitionsprogramme durch eine Baupauschale ersetzen, die auf der kurzfristigen Investitionspauschale aufsetzt.

Die Baupauschale tritt an die Stelle der bisherigen Einzelförderung, die bisherige Zweckbestimmung für bauliche Investitionen gilt weiter.

Alle Plankrankenhäuser erhalten einen Pauschalbetrag. Entscheidendes Kriterium ist die Aufnahme in den Krankenhausplan.

Nach Abschluss einer Übergangsphase bis 2011 haben daher alle Plan-Krankenhäuser einen jährlichen Anspruch auf die Bau-Investitionspauschale. Der Nachweis eines konkreten, auf den Einzelfall bezogenen Bedarfs ist nicht mehr notwendig.

Die Höhe der Pauschale richtet sich nach der Krankenhausleistung. Die Leistung wird analog der im KHGG vorgesehenen Pauschale für kurzfristige Wiederbeschaffungen gemessen.

Die Pauschale kann sowohl angespart als auch für den Schuldendienst genutzt werden. Die Krankenhäuser sind somit frei in ihrer Entscheidung, ob und inwieweit sie eine Investition auf dem Kapitalmarkt vorfinanzieren wollen. Umgekehrt soll die Pauschale auch über mehrere Jahre angespart werden können.

Grob gerechnet kann ein Krankenhaus das 10-fache seiner Baupauschale auf dem Kreditmarkt über eine Laufzeit von zwanzig Jahren finanzieren. Im konkreten Einzelfall hängt dies von

der Laufzeit und Bonität des Hauses ab. In den Jahren 2004 und 2005 betrug die durchschnittliche Fördersumme der rund 50 jährlich geförderten Maßnahmen 4 Mio. €.

Die zukünftige durchschnittliche Baupauschale wird bei rund 410.000 € liegen. Damit können die 413 nordrhein-westfälischen Krankenhäuser einen Investitionsschub von bis zu 1,9 Mrd. € auslösen. Die entsprechenden Kredite werden mit der Baupauschale bedient. Selbst bei großen Investitionsprogrammen des Landes zwischen 2003 und 2005 wurden dagegen lediglich jeweils nur 12 % aller Krankenhäuser gefördert.

Zwischen der kurzfristigen Pauschale und der Baupauschale wird teilweise Deckungsfähigkeit hergestellt. Die Krankenhäuser erhalten so die Möglichkeit, in eigener unternehmerischer Verantwortung Prioritäten zu setzen, ob sie ihre pauschalen Fördermittel für kurzfristige Ersatzinvestitionen, Geräte oder für große Baumaßnahmen einsetzen.

Die Landesregierung möchte die Barmittel für die Baupauschale dauerhaft um 20 Mio. € auf 190 Mio. € erhöhen. Diese Mittel sind allerdings bis einschließlich 2011 – mit rückläufigen Anteilen durch Investitionsentscheidungen der Vergangenheit belegt.

Für die Übergangsjahre bis einschließlich 2011 gilt:

Die Krankenhäuser werden schrittweise in die neue Förderung aufgenommen. Die Reihenfolge richtet sich nach den Förderungen der Vergangenheit. Vereinfacht gesagt bedeutet dies, dass Krankenhäuser, die lange keine Förderung oder nur relativ niedrige Beträge erhalten haben, sofort in den Genuss der Baupauschale kommen und diejenigen, die erst vor kurzem oder in der Vergangenheit relativ viel Geld erhalten haben, sukzessive bis 2011 diese Pauschale erhalten werden.

Die neue Baupauschale ist transparent und gerecht. Die Bemessungsgrundlage der Pauschale ist eindeutig und für alle Beteiligten nachvollziehbar. Die Pauschale richtet sich nach der medizinischen Leistung. Das ist gut und gerecht. Denn so fließen die staatlichen Baumittel dorthin, wo auch die Leistungen für die Patientinnen und Patienten erbracht werden.

Die Krankenhäuser können darüber hinaus die Entwicklung ihrer eigenen Bemessungsgrundlage auch für die Zukunft abschätzen und sich somit zusätzliche Planungssicherheit schaffen.

Alle Plankrankenhäuser bekommen die Chance, zeitnah zu investieren. In den Investitionsprogrammen waren es dagegen nur etwa 12 % der Häuser pro Jahr.

Die Baupauschale ist effektiv. Der Staat muss und wird die staatliche Letztverantwortung für die gesundheitliche Versorgung behalten. Weil das so ist, bestehe ich darauf, dass es auch künftig eine staatliche Krankenhausplanung durch die Länder geben wird. Das Land wird wie bisher die Rahmenplanung vorgeben, aber die Krankenhäuser füllen diese in Absprache mit den Krankenkassen eigenverantwortlich aus.

Aber die Durchführung der gesundheitlichen Versorgung muss unternehmerischen und nicht staatswirtschaftlichen Prinzipien folgen. Die Baupauschale stärkt diese unternehmerische Verantwortung. Sie erhöht die Effizienz der Investitionsentscheidungen im Krankenhauswesen und damit auch die Effizienz der gesundheitlichen Versorgung.

Die Baupauschale schafft unternehmerische Freiheit und unternehmerische Verantwortung. Die Krankenhäuser entscheiden künftig – im gegebenen Rechtsrahmen - eigenständig über ihre baulichen Investitionen. Sie können die Pauschale ansparen, wenn sie sich ihrer Planungen noch nicht ausreichend sicher sind oder dafür noch wirtschaftliche Kraft gewinnen müssen. Sie können im Vorgriff auf die Pauschale Kredite aufnehmen, wenn ihre Planungen die Kreditgeber überzeugen. Und sie können ihre Planungen jederzeit flexibel anpassen, wenn dies geboten ist. Und sie verantworten diese Entscheidungen eigenständig und werden daher besonders wirtschaftlich bauen.

Das Land schafft die materielle Basis für diese unternehmerische Freiheit. Die Haushaltsmittel für langfristige Investitionen werden dauerhaft um 20 Mio. € auf jährlich 190 Mio. € erhöht. Die ungedeckten Schecks der alten Landesregierung werden konsequent getilgt, der Schuldenberg wird im Jahr 2011 endgültig abgebaut sein. Zugleich dürfen wir natürlich keine neuen Verbindlichkeiten aufbauen. Deshalb kommt ein Investitionsprogramm 2007 nicht in Betracht.

Die Grenzen zwischen kurz- und langfristigen Investitionen werden gelockert. Die Krankenhäuser werden Teile der Pauschalmittel sowohl für den einen als auch den anderen Zweck einsetzen dürfen. Damit schafft das Land zusätzliche Flexibilität und auch zusätzliche Finanzmasse.