

Der Landtag Nordrhein-Westfalen hat am 5. Dezember 2007 folgendes Gesetz beschlossen:

**Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)  
und Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung  
des Transplantationsgesetzes (AG-TPG)**

**Noch nicht  
im Gesetz- und Verordnungsblatt NRW  
veröffentlicht  
Nachträgliche redaktionelle Berichtigungen zu dieser Ausfertigung  
sind nicht auszuschließen**



# **Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) und Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG)**

## **Artikel I**

### **Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)**

#### **Inhaltsübersicht**

##### **Abschnitt I**

##### **Allgemeine Bestimmungen**

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

##### **Abschnitt II**

##### **Planung**

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

##### **Abschnitt III**

##### **Krankenhausförderung**

- § 17 Förderungsgrundsätze
- § 18 Pauschalförderung
- § 19 Investitionsprogramm und Bewilligung der Pauschalmittel
- § 20 Abtretung von Förderansprüchen und -anwartschaften
- § 21 Verwendung der Pauschalmittel
- § 22 Ausgliederung, Vermietung
- § 23 Besondere Beträge
- § 24 Ausgleichsleistungen
- § 25 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen
- § 26 Ausgleich für Eigenmittel
- § 27 Anlauf- und Umstellungskosten
- § 28 Widerruf der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln

##### **Abschnitt IV**

##### **Krankenhausstruktur**

- § 29 Wirtschaftliche Betriebsführung
- § 30 Abschlussprüfung

- § 31 Betriebsleitung, Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst
- § 32 Struktur der kommunalen Krankenhäuser
- § 33 Kirchliche Krankenhäuser
- § 34 Statistik

## **Abschnitt V**

### **Übergangs- und Schlussbestimmungen**

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

## **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.

(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 verpflichtet, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten in den zugelassenen Weiterbildungsstätten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten bereit zu stellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.

#### **§ 2**

##### **Krankenhausleistungen**

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung nach den durch Bescheid gemäß § 16 getroffenen Feststellungen im Krankenhausplan alle, die seine Leistungen benötigen, nach Art und Schwere der Erkrankungen zu versorgen. 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 Behandlungsvertrages dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden.

### **§ 3**

#### **Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten**

(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) 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, Patientenseelsorge**

(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.

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

### **§ 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,
2. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachkräften im Einzelnen zu regeln.

## **§ 7 Qualitätssicherung**

Der Landesausschuss für Krankenhausplanung nach § 15 schlägt bei Bedarf unter Beachtung der bundesrechtlichen Bestimmungen auch über diese hinaus Qualitätsmerkmale und -indikatoren vor, über die ein Krankenhaus die Öffentlichkeit so zu unterrichten hat, dass Patientinnen und Patienten ein direkter Vergleich zwischen verschiedenen Krankenhäusern möglich wird. Der Ausschuss unterbreitet Vorschläge über Verfahren und Form derartiger Veröffentlichungen. Die Vorschläge des Ausschusses für Krankenhausplanung können durch dreiseitige Vereinbarungen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein Westfalen, der Krankenkassen und der Ärztekammern umgesetzt werden.

## **§ 8 Zusammenarbeit der Krankenhäuser**

(1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Bescheid nach § 16 zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst, den für die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständigen Behörden, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Selbsthilfeorganisationen und den Krankenkassen verpflichtet. Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen. Die an der Krankenhausversorgung Beteiligten unterrichten sich gegenseitig.

(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.

## **§ 9 Organspende**

Zur Bestellung eines Transplantationsbeauftragten nach § 3 des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG) sind die Krankenhäuser nach Maßgabe des § 33 verpflichtet.

## **§ 10 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.

(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 Großscha-

densereignissen 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.

## **§ 11 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.

(3) Die in Absatz 1 genannten Einrichtungen sowie die Einrichtungen nach § 8 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**

### **§ 12 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 Krankenhaussträger 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 § 16 festzustellen. Im Krankenhausplan im Ist anerkannte 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 § 14 werden, soweit sie durch Bescheid nach § 16 festgestellt sind, Bestandteil des Krankenhausplans. Die Aufgaben aus Forschung und Lehre sind zu berücksichtigen.

### **§ 13** **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 § 14.

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

### **§ 14** **Regionale Planungskonzepte**

(1) Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 13 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. § 211a 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 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 § 15 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 § 15 Abs. 1 und 2, wenn der Krankenhausplan fortgeschrieben werden soll. Absatz 3 Satz 5 gilt entsprechend.

(5) Die regionalen Planungskonzepte und Entscheidungen nach Absatz 4 werden durch Bescheid nach § 16 an den Krankenhausträger Bestandteil des Krankenhausplans.

## **§ 15**

### **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,
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 Dienstnehmervvertretung Nordrhein-Westfalen der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes,
7. der Verband der kirchlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Rheinland-Westfalen-Lippe,
8. die komba gewerkschaft NRW.

(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 § 14 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.

## **§ 16**

### **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.

### **Abschnitt III Krankenhausförderung**

#### **§ 17 Förderungsgrundsätze**

Investitionskosten von Krankenhäusern werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts auf Antrag im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel durch Zuschüsse und Zuweisungen gefördert. Fördermittel dürfen nur für die in § 9 Abs. 1 und 2 KHG genannten Zwecke 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.

#### **§ 18 Pauschalförderung**

(1) Das zuständige Ministerium fördert

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (Baupauschale) und
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter)

durch jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel wirtschaften kann.

(2) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Finanzministerium und dem Innenministerium sowie nach Anhörung der unmittelbar Beteiligten (§ 15 Abs. 1) und im Benehmen mit dem zuständigen Landtagsausschuss durch Rechtsverordnung

1. die Bemessungsgrundlagen, die Zahlungsmodalitäten, die Höhe der Pauschalbeträge nach Absatz 1 sowie für einen Übergangszeitraum die Reihenfolge der Berechtigten zu bestimmen sowie
2. die Abgrenzung der kurzfristigen Anlagegüter nach Absatz 1 Nr. 2 festzulegen.

## **§ 19**

### **Investitionsprogramm und Bewilligung der Pauschalmittel**

(1) Das zuständige Ministerium stellt auf der Grundlage des Krankenhausplans und der Vorschriften dieses Gesetzes sowie der Rechtsverordnung nach § 18 Abs. 2 Investitionsprogramme gemäß §§ 6, 8 KHG auf.

(2) Ein Rechtsanspruch auf Förderung entsteht erst mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel. Die Bewilligung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, die zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks und zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich sind.

## **§ 20**

### **Abtretung von Förderansprüchen und -anwartschaften**

Krankenhäuser dürfen ihren Anspruch auf Mittel der Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 und entsprechende Anwartschaften an andere förderungsberechtigte Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zur Finanzierung von Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG mit Zustimmung der zuständigen Behörde abtreten. Die beabsichtigte Abtretung ist der zuständigen Behörde durch das abtretende Krankenhaus anzuzeigen. Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn die zuständige Behörde nicht innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Abtretungsanzeige schriftlich widerspricht. Eine Ablehnung darf nur erfolgen, wenn als Folge der Abtretung die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern insbesondere dadurch gefährdet wäre, dass keine ausreichende Vorsorge für absehbar notwendige Investitionen getroffen ist oder Vorgaben des Krankenhausplans nicht eingehalten würden.

## **§ 21**

### **Verwendung der Pauschalmittel**

(1) Förderungsfähig sind 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 und Entgelte, sind zu berücksichtigen.

(2) Von der Förderung sind Investitionen ausgenommen, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung dienen. Dazu zählen auch Kostenanteile, die auf Bereiche für Forschung und Lehre entfallen (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG).

(3) Die Pauschalmittel dürfen nicht eingesetzt werden:

1. für den Erwerb bereits betriebener Krankenhäuser,
2. für Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung,
3. soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden oder bei Abschluss verkehrsüblicher Versicherungen hätten gewährt werden können.

(4) Nicht verbrauchte Pauschalmittel sind in den Folgejahren entsprechend dem jeweiligen Förderzweck zu verwenden.

(5) Die Pauschalmittel können insbesondere zur Finanzierung von Krediten für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 genutzt werden.

(6) Die Pauschalmittel können auch zur Finanzierung von Entgelten für die Nutzung von Anlagegütern eingesetzt werden, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird.

(7) Die Pauschalmittel sind bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf jeweils einem besonderen Bankkonto für Fördermittel nach § 18 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 zinsgünstig anzulegen. Zinserträge, Erträge aus Veräußerung und Versicherungsleistungen sind dem jeweiligen Bankkonto zuzuführen.

(8) Die Krankenhäuser haben durch gesonderte Testate eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen, dass die Fördermittel für förderungsfähige Maßnahmen gem. § 18 Abs. 1 verwendet worden sind. Diese Testate sind der zuständigen Behörde jeweils zum Ende eines Kalenderjahres vorzulegen.

(9) Die Pauschalmittel dürfen nur für die ihnen jeweils zugewiesene Zweckbestimmung nach § 18 Abs. 1 verwendet werden. Davon abweichend dürfen die Krankenhäuser die für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter gewährte Pauschale bis zu 30 vom Hundert der Jahrespauschale für Zwecke nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 einsetzen.

## **§ 22**

### **Ausgliederung, Vermietung**

(1) Die Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses ist mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig. Für ausgegliederte Teile dürfen keine Fördermittel eingesetzt werden. Die anteiligen Fördermittel sind, soweit Investitionen nicht abgeschrieben oder Fördermittel nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, zurückzuerstatten.

(2) Vermietungen von geförderten Räumen und deren Ausstattungen sind zulässig, soweit der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt wird. Für Einnahmen gilt § 21 Abs. 7 Satz 2 entsprechend.

(3) Soweit Krankenhäuser Mietverträge für angemietete Räumlichkeiten abgeschlossen und für diese nach bisherigem Recht Förderung erhalten haben, wird für Mietkosten, die durch die Baupauschale nicht gedeckt sind, bis zur Beendigung des Mietvertrages eine zusätzliche Förderung in Höhe der Differenz zwischen Baupauschale und Mietkosten gewährt.

## **§ 23**

### **Besondere Beträge**

(1) Ein besonderer Betrag kann für Zwecke des § 18 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

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 § 18 Abs. 1 Nr. 2, 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 § 15 Abs. 1 ist Einvernehmen anzustreben.

## **§ 24 Ausgleichsleistungen**

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

(2) Die pauschale Ausgleichsleistung beträgt 1% des nach den §§ 11 Abs. 1, 14 Abs. 1 KHEntG und §§ 17 Abs. 1, 20 Abs. 1 BPfIV genehmigten Budgets des Krankenhauses. Maßgeblich ist hierfür das 12 Monate umfassende, genehmigte Budget des der Schließung vorangegangenen Jahres. Bei Ausscheiden einer Abteilung ist der dieser Abteilung entsprechende Anteil des Budgets zugrunde zu legen.

## **§ 25 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen**

(1) Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern nach § 18 Abs. 1 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.

## **§ 26 Ausgleich für Eigenmittel**

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

## **§ 27**

### **Anlauf- und Umstellungskosten**

Anlauf- und Umstellungskosten (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG) sind nur förderungsfähig, wenn sie mit einer nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 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.

## **§ 28**

### **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 § 16 abweicht oder seine Aufgaben nach den Feststellungen im Bescheid nach § 16 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 § 19 Abs. 2 gewährte Fördermittel können unter Berücksichtigung des Einzelfalls zurückgefordert werden, soweit sie nicht zweckentsprechend verwendet worden oder Investitionen nicht abgeschrieben sind.

## **Abschnitt IV**

### **Krankenhausstruktur**

## **§ 29**

### **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.

## **§ 30**

### **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 § 18 Abs. 1. 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.

### **§ 31**

#### **Betriebsleitung, Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst**

(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. Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Satz 3 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind.

(2) 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.

### **§ 32**

#### **Struktur der kommunalen Krankenhäuser**

Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften des Kommunalverfassungsrechtes durch die §§ 29 bis 31 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.

### **§ 33**

#### **Kirchliche Krankenhäuser**

Die Rechtsverordnung aufgrund von § 6 Abs. 2 sowie § 31 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.

### **§ 34**

#### **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**

#### **§ 35**

##### **Zuständigkeit**

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

#### **§ 36**

##### **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 § 35 mit Ausnahme des § 18 Abs. 2 Nr. 2 entsprechend anzuwenden.

(2) Auf nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser finden nur § 2 Abs. 1 Satz 2, § 6 einschließlich der auf § 6 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung, § 8 Abs. 1 hinsichtlich der Mitwirkung im Rettungsdienst, § 10 Abs. 1 und § 11 Anwendung.

(3) Auf Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug finden § 6 einschließlich der auf § 6 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung und § 11 Anwendung.

(4) Auf Krankenhäuser nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG sind die Abschnitte I und II, Abschnitt IV mit Ausnahme des § 29 Abs. 1, des § 30 Abs. 2 Satz 2 und der §§ 31, 32 sowie Abschnitt V mit Ausnahme des § 37 anzuwenden.

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

#### **§ 37**

##### **Übergangsvorschrift**

(1) Bis zum In-Kraft-Treten der Rechtsverordnung gemäß § 18 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.

(2) Soweit Investitionskosten von Krankenhäusern auf Grundlage der §§ 19 ff. 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) gefördert worden sind, finden diese Vorschriften weiterhin Anwendung.

#### **§ 38**

##### **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.



## Artikel II

### **Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG)**

Das Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG) vom 9. November 1999, zuletzt geändert durch Art IV des Gesetzes vom 5. April 2005 (GV. NRW S. 408), wird wie folgt geändert:

1. Als § 3 wird neu eingefügt:

#### "§ 3 Transplantationsbeauftragter

(1) Krankenhäuser mit Intensivbetten bestellen mindestens eine Ärztin oder einen Arzt in Leitungsfunktion zur oder zum Transplantationsbeauftragten. Aufgabe der/des Transplantationsbeauftragten ist, insbesondere darauf hinzuwirken, dass

1. die Krankenhäuser ihren Verpflichtungen nach § 11 Abs. 4 Satz 1 und 2 Transplantationsgesetz (TPG) nachkommen,
2. verbindliche, schriftliche Handlungsanweisungen für den Ablauf einer Organspende vorliegen, die insbesondere Maßnahmen zur Hirntoddiagnostik, zur intensivmedizinischen Vorbereitung einer Organentnahme, zur Klärung des Willens der Patientin bzw. des Patienten, zu Gesprächen mit Angehörigen und zur frühestmöglichen Einbeziehung der Koordinierungsstelle nach § 11 Abs. 1 Satz 2 TPG beinhalten,
3. die Angehörigen von Organspendern in angemessener Weise begleitet werden,
4. alle Todesfälle durch primäre oder sekundäre Hirnschädigung des Krankenhauses dem Transplantationsbeauftragten übermittelt werden dokumentiert und im Rahmen der Qualitätssicherung mit der Koordinierungsstelle ausgewertet werden.

(2) Aufgabe der/des Transplantationsbeauftragten ist es zum einen, die Angehörigen ergebnisoffen zu beraten, sie im Falle der Entscheidung zur Organspende beratend zu begleiten und zum anderen dafür Sorge zu tragen, dass alle an der Pflege Beteiligten im notwendigen Umfang Zugang zu Fortbildung, insbesondere zu medizinischen und ethischen Fragen und Supervision in diesem hoch sensiblen Versorgungsbereich erhalten.

(3) Die Transplantationsbeauftragten sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben weisungsunabhängig. Sie haben ein uneingeschränktes Zugangsrecht zu den Intensivstationen. Sie sind für ihre Tätigkeit ebenso wie für regelmäßige Fortbildungen, insbesondere zu medizinischen und ethischen Fragen, freizustellen. Die Krankenhäuser unterstützen die Transplantationsbeauftragten und stellen ihnen die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben notwendigen Informationen sowie notwendigen personellen und sächlichen Mittel zur Verfügung."

2. Aus § 3 wird § 4.
3. Aus § 4 wird § 5.

### **Artikel III**

#### **In-Kraft-Treten**

Das Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.