

25.03.2014

Gesetzentwurf

der Landesregierung

Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

A Problem

Auf Grund der Berichtspflicht gem. § 38 Satz 3 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11. Dezember 2007 (GV. NRW. S. 702, ber. 2008 S. 157) war dem Landtag bis zum 31. Dezember 2012 über Erfahrungen mit diesem Gesetz zu berichten. Der insoweit erstellte Bericht zur Evaluierung des KHGG NRW hat weiteren Handlungsbedarf des Landesgesetzgebers aufgezeigt. Nach den Äußerungen der mit der Umsetzung des KHGG NRW befassten öffentlichen Stellen und den Beteiligten im Krankenhauswesen besteht zwar kein grundlegender Änderungsbedarf. Jedoch sind einzelne Anpassungen vorzunehmen. Überdies bedarf es der Umsetzung der für den Krankenhaussektor relevanten Vorgaben der Richtlinie 2011/24/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (sog. Patientenmobilitätsrichtlinie).

B Lösung

In erster Linie gilt es, bestehende Rechtsunsicherheiten und Regelungslücken zu beseitigen. Krankenhausplanung und -gestaltung sind zudem in stärkerem Maße an den Bedürfnissen und Interessen der Patientinnen und Patienten auszurichten. Erforderlich sind Ergänzungen in Hinblick auf eine größere Transparenz der Krankenhausplanung und -gestaltung, aber auch bezogen auf Qualitätsmerkmale wie etwa Hygienestandards und vergleichbare Parameter. Die Handlungsmöglichkeiten des Landes sind mit Blick auf das krankenhausesplanerische Ziel einer bedarfsdeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung zu erweitern. Die landesseitige Prüfung des Umgangs mit Fördermitteln ist zu optimieren. Es sind Regelungen zur Umsetzung der in der Patientenmobilitätsrichtlinie enthaltenen Vorgaben zu Informationspflichten und zum Erfordernis einer Haftpflichtversicherung, einer Garantie oder einer ähnlichen Regelung für den Krankenhaussektor aufzunehmen (Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe b und d).

Datum des Originals: 25.03.2014/Ausgegeben: 04.04.2014

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

C Alternativen

Keine

D Kosten

Es entstehen im Vergleich zu den bisherigen Regelungen keine neuen unmittelbaren Kosten.

E Zuständigkeit

Zuständig ist das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. Beteiligt sind das Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung, das Finanzministerium sowie das Ministerium für Inneres und Kommunales.

F Geschlechterdifferenzierte Folgenabschätzung

Die Regelungen des KHGG NRW betreffen grundsätzlich Frauen und Männer gleichermaßen. Mit einer Neuregelung im Allgemeinen Teil des Gesetzes (§ 3 Abs. 1 KHGG NRW n.F.) wird indes der Auftrag an die Träger unterstrichen, in ihrer Arbeit auch den unterschiedlichen Bedürfnissen von Männern und Frauen Rechnung zu tragen.

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

Im Vergleich zum geltenden Landeskrankenhausrecht entstehen keine neuen Auswirkungen.

H Finanzielle Auswirkungen auf die Unternehmen und die privaten Haushalte/Mittelstandsverträglichkeitsprüfung

Im Vergleich zum geltenden Landeskrankenhausrecht entstehen keine neuen Auswirkungen.

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

Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)

Artikel 1

Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)

Das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen vom 11. Dezember 2007 (GV. NRW. S. 702, ber. 2008 S. 157), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 14. Februar 2012 (GV. NRW. S. 97) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

Inhaltsübersicht

a) Die Angabe zu § 7 wird wie folgt gefasst:

„§ 7 Transparenz und Qualitätssicherung“.

§ 7 Qualitätssicherung

b) Die Angabe zu § 8 wird wie folgt gefasst:

„§ 8 Patientenorientierte Zusammenarbeit“.

§ 8 Zusammenarbeit der Krankenhäuser

c) Die Angabe zu § 28 wird wie folgt gefasst:

„§ 28 Widerruf und Rücknahme der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln“.

§ 28 Widerruf der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln

d) Nach der Angabe zu § 34 werden die folgenden Angaben eingefügt:

„§ 34a Ordnungswidrigkeiten
§ 34b Haftpflichtversicherung“.

e) Die Angabe zu § 38 wird wie folgt gefasst:

„§ 38 Inkrafttreten“.

§ 38 Inkrafttreten, Berichtspflicht

§ 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.

2. § 1 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(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 sowie für die Weiterbildung der in § 1 Absatz 1 Satz 1 Psychotherapeutengesetz vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 34a des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist, genannten Berufe der heilkundlichen Psychotherapie bereit zu stellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.“

(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.

3. Dem § 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

**§ 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) Das Krankenhaus wirkt, soweit möglich, auf ein Angebot nach § 13 Absatz 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 28. August 2013 (BGBl. I S. 3458) geändert worden ist, hin."

4. § 3 wird wie folgt gefasst:

**„§ 3
Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten**

(1) Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses sind der Würde der Patientinnen und Patienten sowie ihren Bedürfnissen nach Schonung, Ruhe und einer aktivierenden Genesung an-

**§ 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. Weltanschaulichen, soziokulturel-

zupassen und angemessen zu gestalten. Dabei tragen die Krankenhäuser insbesondere auch weltanschaulichen, soziokulturellen und religiösen Unterschieden sowie den verschiedenen Bedürfnissen von Männern und Frauen Rechnung.

(2) Die Krankenhäuser berücksichtigen die besonderen Belange behinderter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens und entwickeln entsprechende Behandlungskonzepte.

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

len und religiösen Unterschieden soll Rechnung getragen werden.

(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.

§ 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.

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

5. § 5 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die Patientinnen und Patienten zu beraten sowie das Versorgungsmanagement und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern zu vermitteln."

6. § 7 wird wie folgt gefasst:

"§ 7

Transparenz und Qualitätssicherung

(1) Der Landesausschuss nach § 15 (Landesausschuss) 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 eine Abschätzung des krankenhausspezifischen Qualitätsniveaus möglich wird. Der Landesausschuss unterbreitet Vorschläge über Verfahren und Form derartiger Veröffentlichungen. Diese Vorschläge können durch dreiseitige Vereinbarungen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein Westfalen, der Krankenkassen und der Ärztekammern umgesetzt werden.

(2) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Qualitätsmerkmale und -indikatoren im Sinne des Absatzes 1 zu bestimmen, soweit Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 3 nicht bis zum 30. Juni 2015 zustande kommen.

(3) Der Krankenhausträger stellt folgende Informationen bereit:

1. die nach den Absätzen 1 und 2 erforderlichen Informationen,
2. einschlägige Informationen, die den jeweiligen Patientinnen und Patienten helfen, eine sachkundige Entscheidung zu treffen, auch in Bezug auf Behandlungsoptionen, Verfügbarkeit, Qualität und Sicherheit der erbrachten Gesundheitsversorgung, und

§ 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.

3. eindeutige Rechnungen und klare Preisinformationen sowie Informationen über seinen Zulassungs- oder Registrierungsstatus, seinen Versicherungsschutz oder andere Formen des persönlichen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf die Berufshaftpflicht."

7. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**"§ 8
Patientenorientierte Zusammenar-
beit"**

**§ 8
Zusammenarbeit der Krankenhäuser**

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Bescheid nach § 16 zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 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.“

(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.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Dazu zählt insbesondere eine patientenorientierte regionale Abstimmung der Leistungsstrukturen."

(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.

§ 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.

8. In § 11 Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Die zuständige Aufsichtsbehörde kann bei einem Verstoß gegen die in Satz 1 genannten Vorschriften oder gegen eine auf Grund dieser Vorschriften erlassene Anordnung die erforderlichen Maßnahmen treffen."

(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.

9. Dem § 12 Absatz 1 wird folgender Satz
angefügt:

"Dasselbe gilt für Änderungsmitteilun-
gen."

§ 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, leistungs-
fähige und wirtschaftliche Versorgung der
Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser
und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a
KHG aus. Er berücksichtigt die Versor-
gungsangebote 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 Rahmenvorga-
ben 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 Ver-
sorgung sind Behandlungsplätze.

(3) Die Universitätskliniken sowie die in § 3
Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäu-
ser sind in die Krankenhausplanung einzu-
beziehen, soweit sie der allgemeinen Ver-
sorgung der Bevölkerung dienen. Die Fest-
legungen nach § 14 werden, soweit sie
durch Bescheid nach § 16 festgestellt sind,
Bestandteil des Krankenhausplans. Die
Aufgaben aus Forschung und Lehre sind zu
berücksichtigen.

10. § 15 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

**§ 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

a) Der Nummer 7 wird ein Komma angefügt.

b) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 8 angefügt:

"8. soweit Einrichtungen betroffen sind, in denen Patientinnen und Patienten behandelt werden, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, ein von der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Nordrhein-Westfalen (Psychotherapeutenkammer NRW)"

c) Nach den Wörtern „benanntes Mitglied“ wird ein Komma und folgende Nummer 9 angefügt:

„9. die oder der Beauftragte der Landesregierung Nordrhein-Westfalen für Patientinnen und Patienten“

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,
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.

11. § 16 wird wie folgt geändert:

§ 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.

a) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 3 und 4 eingefügt:

(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) Die Gesamtzahl der im Soll anerkannten Planbetten gemäß Absatz 1 Nummer 6 ist innerhalb von 24 Monaten nach Bekanntgabe des Bescheides nach Absatz 1 Satz 1 umzusetzen. Sind für die Umsetzung der im Soll anerkannten Planbetten gemäß Absatz 1 Nummer 6 Baumaßnahmen erforderlich, beginnt dieser Zeitraum erst mit Abschluss der Baumaßnahmen. Ist die Umsetzung nach Ablauf dieses Zeitraumes nicht oder nicht vollständig erfolgt, kann die zuständige Behörde den Bescheid nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise aufheben. In begründeten Fällen kann die zuständige Behörde auf Antrag des Krankenhausträgers die in Satz 1 genannte Umsetzungsfrist verlängern.

(4) Ein Wechsel in der Trägerschaft des Krankenhauses ist der zuständigen Behörde anzuzeigen."

b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 5 und die Wörter „Widerspruch und Anfechtungsklage“ werden durch das Wort „Rechtsbehelfe“ ersetzt.

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

12. § 21 wird wie folgt geändert:

§ 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.

a) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

"(5) Die Pauschalmittel sind für nach dem 29. Dezember 2007 begonnene Investitionsmaßnahmen zu verwenden. Sie können auch für die Finanzierung von Krediten für diese Maßnahmen verwendet werden."

(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.

b) Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

"(8) Die Krankenhausträger haben durch gesonderte Wirtschaftsprüfungstestate nachzuweisen, dass die Fördermittel zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Jahres für förderungsfähige Maßnahmen gemäß § 18 Absatz 1 verwendet worden sind. In den Testaten müssen

1. die Höhe der verwendeten Bauspauschalen gemäß § 18 Absatz 1 Nummer 1 und die jeweiligen Maßnahmen, für die sie verwendet wurden,
2. Abtretungen gemäß § 20 Satz 1 und Mittelweitergaben gemäß Absatz 10 von dem und an das Krankenhaus und
3. die zum Stichtag noch nicht verwendeten Fördermittel gemäß § 18 Absatz 1 und § 23

bezeichnet sein. Die Testate sind der zuständigen Behörde jeweils bis zum Ende des auf den Prüfungszeitraum folgenden Kalenderjahres vorzulegen. Die zuständige Behörde ist berechtigt, die den Testaten zugrunde liegenden Angaben bei Nichterteilung oder eingeschränkter Erteilung des Testats zu überprüfen. Der Krankenhausträger hat Einsicht in die dazu erforderlichen Unterlagen zu gewähren."

c) In Absatz 9 Satz 2 wird die Angabe „30“ durch die Angabe „50“ ersetzt.

(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.

d) Folgender Absatz 10 wird angefügt:

"(10) Ausgezählte Baupauschalen dürfen unter den in § 20 genannten Voraussetzungen weitergegeben werden."

13. § 22 wird wie folgt geändert:

§ 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.

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Vermietungen von Räumen und Ausstattungen eines Plankrankenhauses bedürfen der Erlaubnis der zuständigen Behörde. Für die Vermietung geförderter Räume und Ausstattungen ist ein wirtschaftlich angemessener Mietzins zu erheben und dem Pauschalkonto gemäß § 12 Absatz 7 Satz 2 zuzuführen. Die Erlaubnis ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Krankenhausbetrieb durch die Vermietung nicht beeinträchtigt und Satz 2 beachtet wird.“

(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.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Soweit Krankenhäuser für angemietete Räumlichkeiten nach bisherigem Recht Förderung erhalten haben, wird für Mietkosten, die durch die Baupauschale nicht gedeckt sind, eine zusätzliche Förderung in Höhe der Differenz zwischen Baupauschale und Mietkosten gewährt.“

(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.

14. § 23 wird wie folgt gefasst:

§ 23
Besondere Beträge

(1) Ein besonderer Betrag kann auf Antrag für Zwecke des § 18 Absatz 1 festgesetzt werden, wenn und soweit

1. dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben oder zur Sicherstellung der stationären Versorgung auf Grund krankhausplanerischer Vorgaben unabweisbar ist und
2. eine Vorfinanzierung unzumutbar wäre.

Eine Festsetzung ist ausgeschlossen, soweit der Krankenhausträger die ihm bislang zur Verfügung gestellten Pauschalmittel gemäß § 18 Absatz 1 unter Missachtung der Grundsätze von Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit verbraucht hat.

(2) Für die Beschaffung von Medizinprodukten gilt Absatz 1 nur, wenn nachgewiesen wird, dass die Kosten nicht durch Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeträgen aus den Gebühren der das Medizinprodukt nutzenden liquidationsberechtigten Ärztinnen und Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen gedeckt werden können."

§ 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.

15. § 28 wird wie folgt gefasst:

§ 28

Widerruf und Rücknahme der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln

(1) Für die Rücknahme und den Widerruf von Bewilligungsbescheiden und die Rückforderung von Fördermitteln gelten die Bestimmungen des Verwaltungsvorgangsgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen vom 12. November 1999 (GV.NRW. S. 602), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 1. Oktober 2013 (GV.NRW. S. 566) geändert worden ist, soweit nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

(2) Der Bewilligungsbescheid kann mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgenommen oder widerrufen werden, wenn das Krankenhaus ohne Zustimmung der zuständigen Behörde 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. Von einer Rücknahme oder einem Widerruf kann insbesondere bei einem Trägerwechsel abgesehen werden, wenn nachgewiesen wird, dass

1. alle noch nicht verwendeten Fördermittel und geförderten Gegenstände des Anlagevermögens, soweit diese noch nicht abgeschrieben

§ 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.

sind, vom bisherigen auf den neuen Krankenhausträger übertragen worden sind und

2. der neue Krankenhausträger durch schriftliche Erklärung gegenüber der zuständigen Behörde alle Verpflichtungen und Nebenbestimmungen aus den bisherigen Bewilligungsbescheiden anerkennt.

(3) Werden nach diesem Gesetz geförderte Investitionsmaßnahmen zu Zwecken außerhalb der stationären Krankenhausversorgung umgewidmet oder stellt das Krankenhaus seinen Betrieb ein, sollen die Bewilligungen der Fördermittel im Umfang der Umwidmung oder Betriebseinstellung zurückgenommen oder widerrufen werden. § 22 bleibt hiervon unberührt. Von einer Rücknahme oder einem Widerruf soll abgesehen werden, wenn die Betriebseinstellung im krankenhausplanerischen Interesse liegt; von einer Rücknahme oder einem Widerruf kann abgesehen werden, wenn die geförderte Investitionsmaßnahme aufgrund von Umstrukturierungsprozessen oder einem Bedarfsrückgang nicht mehr zur Erfüllung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses benötigt wird.

(4) Gehen die mit Fördermitteln errichteten oder beschafften Anlagegüter kraft Gesetzes in das Eigentum eines Dritten über, ist auch dieser oder sein Rechtsnachfolger zur Erstattung der Fördermittel verpflichtet, wenn eine Rückforderung gemäß Absatz 1 bis 3 geltend gemacht wird.“

16. § 31 wird wie folgt geändert:

§ 31
Betriebsleitung, Ärztlicher und
psychotherapeutischer Dienst

a) In Absatz 1 Satz 3 wird nach dem Wort "Verwaltungsdienstes" das Wort "gleichrangig" eingefügt.

(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.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort "ist" die Wörter "und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt wird" eingefügt.

(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.

c) Folgende Absätze 3 und 4 werden angefügt:

"(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 eine ordnungsgemäße ärztliche, pflegerische, technische und verwaltungsmäßige Organisation des Krankenhauses."

17. § 33 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Rechtsverordnung aufgrund von § 6 Absatz 2 sowie die Regelungen des § 2 Absatz 3 und des § 31 Absatz 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden.“

18. Nach § 34 werden die folgenden §§ 34a und 34b eingefügt:

**"§34a
Ordnungswidrigkeiten**

Ordnungswidrig handelt, wer

1. vorsätzlich oder fahrlässig einer Vorschrift der auf Grund des § 34 Satz 2 erlassenen Rechtsverordnung oder auf Grund dieser Rechtsverordnung ergangenen Anordnung zuwiderhandelt, soweit die Rechtsverordnung für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist, oder

**§ 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.

2. vorsätzlich oder fahrlässig der Verpflichtung gemäß § 21 Absatz 7 zuwiderhandelt.

Die Ordnungswidrigkeit kann im Fall des Satz 1 Nummer 1 mit einer Geldbuße bis zu 10 000 Euro und im Fall des Satz 1 Nummer 2 mit einer Geldbuße bis zu 50 000 Euro geahndet werden.

§ 34b Haftpflichtversicherung

(1) Der Krankenhausträger bedarf einer Haftpflichtversicherung, einer Garantie oder einer ähnlichen Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist. Das Bestehen einer solchen Regelung ist der zuständigen Behörde auf Verlangen nachzuweisen.

(2) Zur Erfüllung der Verpflichtung in Absatz 1 ist nur derjenige Krankenhausträger, der die Behandlung gemäß § 630a Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches zusagt, verpflichtet."

19. § 36 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Auf die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a KHG sind die Vorschriften des Abschnitts II und § 35 entsprechend anzuwenden."

- b) In Absatz 2 wird das Wort "und" durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe "§ 11" die Angabe "und § 31a" eingefügt.

§ 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.

20. Dem § 37 wird folgender Absatz 3 angefügt:

§ 37 Übergangsvorschrift

(1) Bis zum Inkrafttreten 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.

"(3) Abweichend von Absatz 2 gilt dieses Gesetz für eingesparte Fördermittel aus Festbetragsförderungen gemäß § 24 Absatz 2 KHG NRW, soweit sie dem Konto der Baupauschale als gesonderte Position zugeführt werden."

21. § 38 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden das Komma und das Wort "Berichtspflicht" gestrichen.

§ 38 Inkrafttreten, 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.

- b) Satz 3 wird aufgehoben.

Artikel 2 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A Allgemeiner Teil

Durch die Novellierung sollen im Wesentlichen die in dem Evaluationsbericht zum KHGG NRW vom 6. Dezember 2012 (LT-Vorlage 16/472) festgestellten Unsicherheiten und Regelungslücken beseitigt werden.

Den Bedürfnissen und Interessen der Patientinnen und Patienten ist in höherem Maße Rechnung zu tragen. Dies soll beispielsweise durch die Aufnahme der Patientenvertreterin bzw. des Patientenvertreters in den Kreis der gemäß § 15 Absatz 1 KHGG NRW Beteiligten erreicht werden, aber auch durch die Vorgabe, die Behandlung der Patientinnen und Patienten an dem Ziel einer zügigen Gesundung auszurichten sowie bei der Vorschrift über Kooperationen im Krankenhausbereich zu betonen, dass diese "patientenorientiert" zu erfolgen haben.

Es soll eine größere Transparenz bewirkt werden. Dem wird der Landesgesetzgeber zum einen dadurch gerecht, dass die Vorgaben der EU-Patientenmobilitäts-Richtlinie umgesetzt werden. Den Bedürfnissen nach Publizität und Transparenz dient zudem die Verpflichtung des zuständigen Ministeriums zur Veröffentlichung nicht nur des Krankenhausplans, sondern auch der Änderungsmitteilungen. Dasselbe gilt für die Aufnahme einer Anzeigepflicht bezüglich Änderungen in der Trägerschaft eines Krankenhauses.

Das Ziel einer bedarfsdeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung soll befördert werden, indem die Handlungsmöglichkeiten des Landes durch die Ermächtigung zur vollständigen oder teilweisen Zurücknahme des Feststellungsbescheids bei Nichterreichen der planerischen Vorgaben erweitert werden. Den Behörden wird überdies die Möglichkeit der Ahndung von Verstößen gegen die für Krankenhäuser und die weiteren in § 11 Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden Pflichten eingeräumt.

Die Prüfung des Umgangs mit Fördermitteln wird den Landesbehörden durch das Erfordernis der Ausweisung der Bautätigkeit in den jährlich vorzulegenden Testaten der Wirtschaftsprüfer erleichtert. Dasselbe Ziel wird durch die Aufnahme des Erlaubnisvorbehalts hinsichtlich der Vermietung von Räumen eines Krankenhauses erreicht, da die Erlaubnis von der Erhebung eines ortsüblichen Mietzinses, der dem Pauschalkonto zuzuführen ist, abhängig ist.

Eine Vorschrift zur Umsetzung des Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe b der Patientenmobilitätsrichtlinie findet sich in § 7 Absatz 3 KHGG NRW ("Transparenz und Qualitätssicherung"). Eine solche zur Umsetzung des Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe d ist im Abschnitt IV "Krankenhausstruktur" (§ 34b KHGG NRW-E) aufgenommen worden.

B Besonderer Teil - Einzelbegründungen

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen)

Zu Nummer 1 (Änderung der Inhaltsübersicht)

Auf Grund der Änderung der amtlichen Überschriften der §§ 7, 8, 28 und 38 KHGG NRW sowie der Einfügung neuer Vorschriften (§§ 34a, 34b) ist eine Anpassung der Inhaltsübersicht erforderlich.

Zu Nummer 2 (§ 1 KHGG NRW-E Grundsatz)

Die Ergänzung betont die Verpflichtung der Krankenhäuser, im Rahmen ihrer Versorgungsmöglichkeiten Stellen für die Weiterbildung der in § 1 Abs. 1 Satz 1 PsychThG genannten Berufe bereit zu stellen. Gegen eine entsprechende Regelung bestehen gerade aufgrund der unter den Voraussetzungen des § 49 Abs. 4 HeilBerG NRW grundsätzlich möglichen Zulassung einer Krankenhausabteilung als psychotherapeutische Weiterbildungsstätte keine Bedenken. Insoweit kann das Krankenhaus selbst entscheiden, ob es im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten eine entsprechende Zulassung als Weiterbildungsstätte beantragen will. Die Rechtslage ist mit der ärztlichen Weiterbildung vergleichbar. Für eine zugelassene Krankenhausabteilung als Weiterbildungsstätte in der Psychotherapie ist eine dementsprechende Verpflichtung zur Vorhaltung einer ausreichenden Zahl von Weiterbildungsstätten nur konsequent.

Zu Nummer 3 (§ 2 KHGG NRW-E Krankenhausleistungen)

Mit der Einfügung soll die bis 2005 im KHG NRW enthaltene Regelung wieder eingefügt werden. Hiermit wird deutlich gemacht, dass nach wie vor alle Krankenhäuser den Vorgaben des Schwangerschaftskonfliktgesetzes -SchKG - verpflichtet sind.

Zu Nummer 4 (§ 3 KHGG NRW-E Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten)

Die Ergänzung in § 3 Absatz 1 Satz 1 soll bewirken, dass Patientinnen und Patienten im Hinblick auf eine zügige Gesundung die Möglichkeit geboten wird, sich frühzeitig wieder geistig und körperlich zu betätigen. Patientinnen und Patienten sind im Rahmen ihrer Möglichkeiten frühzeitig zu aktivieren und zu mobilisieren. Dadurch wird nicht nur finanziellen Interessen der Krankenhäuser Rechnung getragen, sondern auch das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten gefördert und damit gesundheitlichen Zwecken gedient. Durch die Umformulierung des Satzes 1 sollen die Regelungsabsichten des Landesgesetzgebers deutlicher zum Ausdruck gebracht werden. Das Gebot einer menschenwürdigen Behandlung spielt im Krankenhaus eine besondere Rolle, da Kranke im Vergleich zu gesunden Menschen in weiterem Umfang auf Hilfe und Fürsorge angewiesen und in gewissem Maße "verletzlicher" sind. Beim Umgang mit den Kranken haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser dies zu berücksichtigen und ihr Verhalten danach auszurichten. Die Ergänzung in Absatz 1 Satz 2 verdeutlicht den Auftrag, im Rahmen der Arbeit die Grundsätze des Gender Mainstreaming zu berücksichtigen.

Der neue Absatz 2 unterstreicht die besondere Verantwortung der Krankenhäuser gegenüber Patientinnen und Patienten mit Behinderungen und Menschen mit Demenz auch mit Blick auf die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Um einerseits den spezifischen medizinischen und pflegerischen Bedürfnissen dieser Menschen gerecht zu werden und ihnen andererseits auch bei einem stationären Krankenhausaufenthalt eine größtmögli-

che Autonomie und Selbstbestimmung zu ermöglichen, bedarf es der Entwicklung und Implementierung entsprechender Behandlungskonzepte.

Zu Nummer 5 (§ 5 KHGG NRW-E Patientenbeschwerdestellen, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patientenseelsorge)

Durch die Neufassung und die Akzentuierung der Aufgaben soll der soziale Dienst im Krankenhaus über das bisherige Maß hinaus gestärkt werden.

Zu Nummer 6 (§ 7 KHGG NRW-E Transparenz und Qualitätssicherung)

Mit der Neufassung des § 7 Absatz 1 Satz 1 soll mehr Transparenz erzeugt werden, indem eine Bewertung des Qualitätsniveaus der Krankenhäuser ermöglicht wird. Die weiteren Veränderungen dienen allein der redaktionellen Bereinigung.

Absatz 2 enthält eine Verordnungsermächtigung, die dem Land die Möglichkeit vermittelt entsprechend zu reagieren, wenn die Beteiligten im Landesausschuss in dem vorgegebenen zeitlichen Rahmen nicht entsprechende Vorgaben treffen. In diesem Kontext könnten etwa auch Regelungen aufgenommen werden, die für die Bürgerinnen und Bürger zu einer höheren Transparenz der Hygienesituation in den Krankenhäusern führen.

§ 7 Absatz 3 dient der Umsetzung des Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe b der Patientenmobilitätsrichtlinie in Nordrhein-Westfalen. Absatz 3 Nummer 1 dient der Klarstellung in Bezug auf die nach Absatz 1 vorgesehenen Vorgaben des Landesausschusses hinsichtlich qualitätsbezogener Unterrichtungspflichten. Absatz 2 Nummer 2 soll entsprechend dem Zweck der Patientenmobilitätsrichtlinie (vgl. Artikel 1 Absatz 1 Satz 1) den Zugang zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung erleichtern. Unter Gesundheitsversorgung sind gemäß Artikel 3 Buchstabe a der Patientenmobilitätsrichtlinie Gesundheitsdienstleistungen zu verstehen, die von Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber Patientinnen und Patienten erbracht werden, um deren Gesundheitszustand zu beurteilen, zu erhalten oder wiederherzustellen, einschließlich der Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Absatz 3 Nummer 3 soll die Vorgabe des Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe b der Patientenmobilitätsrichtlinie im Krankenhaussektor umsetzen.

Zu Nummer 7 (§ 8 KHGG NRW-E Patientenorientierte Zusammenarbeit)

In § 8 soll die Zielrichtung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern untereinander und mit anderen Beteiligten sowie deren Inhalt deutlicher zum Ausdruck gebracht werden. Dies erfolgt zum einen durch die Änderung der amtlichen Überschrift, zum anderen durch die Konkretisierung in § 8 Absatz 1 Satz 2.

Zu Nummer 8 (§ 11 KHGG NRW-E Rechtsaufsicht)

Die Ergänzung in § 11 Absatz 2 soll die Handlungsmöglichkeiten der Krankenhausaufsicht stärken. Bislang enthält § 11 zwar eine Aufgabenzuweisung an die zuständigen Aufsichtsbehörden, es fehlen indes die rechtlichen Möglichkeiten zur Durchsetzung. Die insoweit erforderliche Ermächtigungsgrundlage wird nunmehr eingefügt, um den Verpflichteten konkrete Umsetzungsverpflichtungen aufgeben zu können.

Zu Nummer 9 (§ 12 KHGG NRW-E Krankenhausplan)

Die Änderung trägt dem grundlegenden Verbesserungsbedarf bezogen auf die Veröffentlichung des Krankenhausplanes Rechnung. Nur eine regelmäßige Veröffentlichung von Krankenhausplan und Änderungsmitteilungen wird dem Bedürfnis nach Transparenz gerecht.

Zu Nummer 10 (§ 15 KHGG NRW-E Beteiligte an der Krankenhausversorgung)

Um die fachliche Kompetenz der Psychotherapeuten in Fragen der Versorgung psychisch kranker Menschen und die Erfordernisse der Aus- und Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das Krankenhauswesen einbringen zu können, ist die Einbeziehung der Psychotherapeutenkammer NRW in den Kreis der unmittelbar an der Krankenhausplanung Beteiligten notwendig. Durch die Aufnahme der bzw. des Patientenbeauftragten in den Katalog der unmittelbar Beteiligten kommt der Landesgesetzgeber dem Verlangen nach einer größeren Berücksichtigung der Patienteninteressen bei der Krankenhausplanung und -finanzierung nach.

Zu Nummer 11 (§ 16 KHGG NRW-E Feststellungen im Krankenhausplan)

Die Frist für die Umsetzung der Vorgabe im Feststellungsbescheid und die Einräumung einer Reaktionsmöglichkeit des Landes im Fall der Nichtumsetzung in § 16 Absatz 3 gewährleisten die Erreichung des krankenhausesplanerischen Ziels einer bedarfsdeckenden Versorgung der Bevölkerung mit den ausgewiesenen Angeboten.

Die Anzeigepflicht bezüglich eines Wechsels in der Trägerschaft des Krankenhauses gemäß § 16 Absatz 4 trägt zur Transparenz bei. Nach der unverändert beibehaltenen Systematik des KHGG NRW zieht ein Trägerwechsel das Erfordernis des Erlasses eines neuen Feststellungsbescheides nach sich.

Die sprachliche Ersetzung in Absatz 5 – neu – stellt eine redaktionelle Änderung dar.

Zu Nummer 12 (§ 21 KHGG NRW-E Verwendung der Pauschalmittel)

Es hat sich gezeigt, dass Krankenhäuser Pauschalmittel häufig für förderfähige Maßnahmen einsetzen, die vor Einführung der Pauschalförderung ohne öffentliche Fördermittel finanziert wurden. Dies steht mit dem geltenden Recht im Einklang. Der Einsatz der Pauschalmittel zur Ausfinanzierung von Altkrediten in einer Übergangszeit war bei Einführung der Pauschalförderung beabsichtigt. Im Übrigen liegt der Sinn der Bereitstellung von Fördermitteln indes darin, das Krankenhaus zukünftig in die Lage zu versetzen, eine den medizinischen Anforderungen entsprechende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Vermieden werden soll letztlich eine Verschiebung der Pauschalmittel, die dazu führt, dass neue Maßnahmen nicht mehr durch die öffentlich bereitgestellten Mittel finanziert werden. § 21 Absatz 5 trifft hierzu eine Klarstellung.

Die zeitlichen Vorgaben in § 21 Absatz 8 Sätze 1 und 3 berücksichtigen die Prüfungspraxis der Wirtschaftsprüfer. Eine Vorlage der Testate vor dem Ende des auf den Prüfungszeitraum folgenden Kalenderjahres ist wegen der Terminierung der Jahresabschlussprüfung nicht möglich. Kontrollrechte der Behörde werden hierdurch nicht beeinträchtigt. Mit Satz 2 soll erreicht werden, dass die Landesbehörden einen Überblick über die Verwendung der Fördermittel und die Bautätigkeit im Land erhalten. Durch die Ergänzungen in den Sätzen 4 und 5 wird die Behörde in die Lage versetzt, bei Anhaltspunkten für eine zweckwidrige Verwendung der Fördermittel die Verwendung zu überprüfen, um gegebenenfalls Rückforderungen geltend zu machen.

Die Änderung in Absatz 9 erhöht für die Krankenhäuser die flexiblen Handlungsmöglichkeiten beim Einsatz der Landesmittel.

Bei dem angefügten Absatz 10 handelt es sich um eine klarstellende Änderung. Klarzustellen war, dass Krankenhäuser nicht nur ihren Anspruch auf Mittel der Baupauschale und entsprechende Anwartschaften, sondern auch die ausgezahlten Mittel selbst weitergeben dürfen.

Zu Nummer 13 (§ 22 KHGG NRW-E Ausgliederung, Vermietung)

Die Neufassung des § 22 Absatz 2 optimiert zum einen die landesseitige Prüfung des Umgangs mit Fördermitteln. Zum anderen soll durch den Erlaubnisvorbehalt auch unabhängig von einer etwaigen Förderung gewährleistet werden, dass eine Vermietung von Räumen den Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt. Denn nur wenn die Vermietung einer Genehmigung bedarf, kann das Land sich vergewissern, dass der Krankenhausbetrieb hierdurch nicht beeinträchtigt ist.

Die Vorgaben in Satz 2, nach dem für die Vermietung geförderter Räume ein wirtschaftlich angemessener Mietzins zu erheben und dem Pauschalkonto zuzuführen ist, gewährleisten den Werterhalt der ausgezahlten Fördermittel. Die Kontrolle über die Höhe der Mieteinnahmen und deren Zufluss auf das Pauschalkonto wird wiederum durch den Genehmigungsvorbehalt gesichert.

Die Änderung in Absatz 3 dient dem Bestandschutz. Dieser ist vor allem bei Tageskliniken notwendig, die wegen ihrer geringen Leistungsmengen nicht in der Lage sind, aus den Pauschalen nach § 18 Abs.1 Nr.1 Baumaßnahmen zu verwirklichen.

Zu Nummer 14 (§ 23 KHGG NRW-E Besondere Beträge)

§ 23 Absatz 1 normiert die Voraussetzungen für die Gewährung eines besonderen Betrags. Es wird klargestellt, dass ein besonderer Betrag nur auf Antrag festgesetzt wird. Zudem enthält Absatz 1 eine Klarstellung bezüglich der weiteren Voraussetzungen für die Gewährung besonderer Beträge. Die Gewährung eines besonderen Betrags muss zunächst im Hinblick auf die Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner krankenhausesplanerisch bestimmten Aufgaben unumgänglich sein (Nummer 1). Dies kann auch zu einer Überprüfung der krankenhausesplanerischen Bedarfsgerechtigkeit führen. Die unter Nummer 2 formulierte Voraussetzung trägt dem Umstand Rechnung, dass das "Notfall"-Instrument des § 23 auch dann nicht zur Anwendung kommen darf, wenn andere Möglichkeiten zur Abwendung des Verlustes der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses erfolgversprechend und zumutbar sind, wie etwa eine entsprechende Vorfinanzierung durch vorhandene Eigenmittel oder die Hinzuziehung vom Fremdkapital. Darüber hinaus darf eine Förderung durch Festsetzung eines besonderen Betrags nur dann erfolgen, wenn das Krankenhaus die ihm ohnehin zustehenden Pauschalmittel zweckmäßig und sparsam, also in einer dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit entsprechenden Art und Weise eingesetzt hat (Satz 2). Hintergrund für diese Klarstellung ist, dass mit dem Institut der besonderen Beträge als Ausnahmetatbestand zu der grundsätzlichen Pauschalförderung kein Anreiz zu einer unwirtschaftlichen Verwendungsweise geschaffen werden darf.

Die Änderung in Absatz 2 liegt zum einen darin begründet, dass nach der flächendeckenden Einführung der Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen nach dem DRG-Fallpauschalen-System (Diagnostics Related Groups) der Regelungszweck des derzeitigen § 23 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe b entfallen ist. Zum anderen bedarf es der Regelung

des derzeitigen § 23 Absatz 2 Nummer 2 (Normierung des Erfordernisses eines Nachweises über die zweckentsprechende Verwendung aller bereits gewährten Fördermittel gemäß § 18 Absatz 1 Nummer 2) in Hinblick auf die auch für Medizinprodukte geltende Klarstellung in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht mehr.

Zu Nummer 15 (§ 28 KHGG NRW-E Rücknahme und Widerruf der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln)

§ 28 Absatz 1 stellt klar, dass für die Rücknahme und den Widerruf von Bewilligungen und die Rückforderung von Fördermitteln grundsätzlich die Normen des VwVfG NRW gelten. Etwas anderes gilt nur, soweit in den Absätzen 2 und 3 etwas anderes geregelt ist. Durch den Verweis auf das VwVfG NRW ist die spezielle Rückforderungsregelung des bisherigen § 28 Absatz 2 entbehrlich. Der Regelungsgehalt gilt unverändert. Die Rückforderung von nicht zweckentsprechend verwendeten Fördermitteln bzw. nicht abbeschriebenen Investitionen erfolgt gemäß VwVfG NRW.

Absatz 2 wurde aus dem bisherigen Gesetz übernommen und um eine Bestimmung zum Umgang mit Fördermitteln bei Trägerwechseln ergänzt. Klargestellt wird, dass von der auf der Abweichung vom Feststellungsbescheid nach § 16 beruhenden Verpflichtung zur Rücknahme oder zum Widerruf der Bewilligungsbescheide bei einem Trägerwechsel abgesehen werden kann, wenn die Fördermittel und das geförderte und noch nicht abbeschriebene Anlagevermögen an den neuen Träger übertragen wurden und dieser die sich aus den Bewilligungen ergebenden Verpflichtungen gegenüber dem Land anerkennt.

Absatz 3 Satz 1 verpflichtet die zuständige Behörde zur Rücknahme oder zum Widerruf der Bewilligung für den Fall der Umwidmung der nach diesem Gesetz im Rahmen der stationären Versorgung geförderten Maßnahmen und für den Fall der Einstellung des Betriebes. Grund hierfür ist, dass die beabsichtigte Zweckerreichung der Förderung in diesen Situationen unerfüllbar geworden ist. Absatz 3 Satz 2 stellt klar, dass diese Pflicht sich nicht auf geförderte Maßnahmen erstreckt, die mit Erlaubnis der zuständigen Behörde ausgegliedert und vermietet wurden. Absatz 3 Satz 3 führt demgegenüber Fälle auf, in denen ein Widerruf nicht verpflichtend ist. Von der Aufhebung der Bewilligung kann abgesehen werden, wenn es sich um Umstände handelt, die außerhalb des Einflussbereichs des Krankenhausträgers liegen. Ein Widerruf kann ferner nicht verpflichtend sein, wenn die neue Widmung oder die Einstellung des Betriebs krankenhauplanerischen Interessen nicht entgegensteht, unter Umständen gar im krankenhauplanerischen Sinne sinnvoll ist. Um Krankenhäuser bei Umstrukturierungsprozessen nicht zu behindern, kann eine Widerrufspflicht auch entfallen, wenn für die geförderte Maßnahme gleichwertiger Ersatz geschaffen wird. Der Katalog des Absatz 3 Satz 3 ist nicht abschließend.

Die Regelung in Absatz 4 soll den zweckgerichteten Einsatz von Haushaltsmitteln sichern. Durch die Begründung eines Gesamtschuldverhältnisses wird das Land in die Lage versetzt, die Fördermittel bei zweckwidriger Verwendung nicht nur vom Fördermittelempfänger sondern auch vom Eigentümer eines Krankenhauses zurückzufordern, wenn die mit den Fördermitteln errichteten Gebäude und Gebäudeteile wesentlicher Bestandteil des Grundstücks bzw. Gebäudes gem. § 94 BGB geworden sind. In den Fällen, in denen Eigentümer und Träger eines Krankenhauses nicht identisch sind, könnten ansonsten bei einer Insolvenz des Krankenhausträgers und nicht ausreichender Masse zur Befriedigung der Verbindlichkeiten die gewährten Fördermittel nicht zurückgefordert und wieder für Krankenhauszwecke eingesetzt werden. Vielmehr würden sie ohne Zweckbindung beim Eigentümer des Krankenhauses verbleiben. Der Anreiz, durch gesellschaftsrechtliche Konstruktionen den Zugriff des Fördermittelgebers auf die Fördermittel zu verhindern, entfielen.

Zu Nummer 16 (§ 31 KHGG NRW-E Betriebsleitung, ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst)

Durch die sprachliche Einfügung in Absatz 1 Satz 3 soll die gleichberechtigte Beteiligung der Pflege an der Betriebsleitung sichergestellt werden.

Die Weisungsfreiheit in medizinischen Angelegenheiten sowie die Freiheit medizinischer Entscheidungen von finanziellen Aspekten sollen garantieren, dass die Behandlung der Patientinnen und Patienten allein an medizinischen Aspekten ausgerichtet wird.

Um dem bereits an anderen Stellen im Gesetz und durch die Novellierung verankerten Transparenzgedanken sowie den medizinisch-fachlichen Aspekten besser Rechnung tragen zu können, wird der neue Absatz 3 eingefügt.

Mit der Regelung in Absatz 4 soll deutlich gemacht werden, dass auch das Organisationsverhalten des Krankenhausträgers im Rahmen der Rechtsaufsicht nach § 11 zu überprüfen ist.

Zu Nummer 17 (§ 33 KHGG NRW-E Kirchliche Krankenhäuser)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 3 und entspricht der Rechtslage nach dem KHG NRW 1998.

Zu Nummer 18 (§ 34a KHGG NRW-E Ordnungswidrigkeiten/§ 34b KHGG NRW-E Haftpflichtversicherung)

Nach dem Evaluationsbericht zum KHGG NRW kommen nicht alle Krankenhäuser ihrer Pflicht zur Auskunftserteilung gem. § 34 Satz 1 nach. Daher ist beabsichtigt, zeitnah eine Rechtsverordnung betreffend die Krankenhausstatistik auf der Grundlage der in § 34 Satz 2 geregelten Verordnungsermächtigung zu erlassen. Die Schaffung des Ordnungswidrigkeitstatbestandes in § 34a Satz 1 Nummer 1 soll sicherstellen, dass Krankenhäuser ihrer Verpflichtung gemäß § 34 Satz 1 sowie Anordnungen, die auf Grund der Rechtsverordnung nach § 34 Satz 2 ergehen, nachkommen. Die Qualifizierung des Verstoßes gegen die Pflicht des § 21 Absatz 7 als Ordnungswidrigkeit (§ 34a Satz 1 Nummer 2) dient der Trennung der Fördermittel vom übrigen Vermögen des Krankenhausträgers und soll sicherstellen, dass alle Erträge, die mit Fördermitteln gemäß § 18 Absatz 1 erwirtschaftet worden sind, wiederum dem gesonderten Bankkonto zugeführt werden, da sie wirtschaftlich den durch das Land bereitgestellten Fördermitteln zuzurechnen sind.

§ 34b dient der Umsetzung des Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe d der Patientenmobilitätsrichtlinie in Nordrhein-Westfalen. § 34b Absatz 1 Satz 1 soll entsprechend dem Zweck der Patientenmobilitätsrichtlinie (vgl. Artikel 1 Absatz 1 Satz 1) den Zugang zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung erleichtern. § 34b Absatz 1 soll die Vorgabe des Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe d der Patientenmobilitätsrichtlinie auf dem Bereich des Krankenhausesektors umsetzen. Die Einhaltung der Pflicht zum Abschluss einer den Erfordernissen des § 34b Absatz 1 Satz 1 entsprechenden Regelung wird durch die Nachweispflicht gemäß § 34b Absatz 1 Satz 2 gesichert. § 34b Absatz 2 trägt dem Umstand Rechnung, dass der die Behandlung Zusagende und der die Behandlung tatsächlich Durchführende im Sinne von § 630a Absatz 1 BGB nicht identisch sein müssen. Bei der stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten kann sich die Verpflichtung des Krankenhausträgers auf die Unterbringung, Verpflegung und pflegerische Versorgung beschränken, ohne dass auch die Erbringung ärztlicher Leistungen geschuldet wäre (sogenannter gespal-

tener Arzt-Krankenhausvertrag). In diesem Fall kommt ein Vertrag über die Erbringung ärztlicher Leistungen nur mit dem die Behandlung tatsächlich durchführenden Arzt/Ärztin zustande, sodass auch nur diese(r) zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung oder einer ähnlichen Regelung verpflichtet ist und deren Bestehen der zuständigen Ärztekammer auf Verlangen nachzuweisen hat. Die gleichlautende Pflicht des Arztes/der Ärztin ist indes nicht Regelungsgegenstand des KHGG NRW.

Zu Nummer 19 (§ 36 KHGG NRW-E Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken)

Bei der Neufassung des Absatzes 1 handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung. Ansprüche auf Krankenhausförderung nach Abschnitt III bestehen nur für die die Ausbildungsstätten tragenden Krankenhäuser, die ihre Fördermittel für die mit ihnen verbundene Ausbildungsstätte einsetzen dürfen. Einer gesonderten Anwendbarkeit bezogen auf die Ausbildungsstätten bedarf es daher nicht.

Mit der Neufassung des § 36 Absatz 2 soll eine Regelungslücke geschlossen werden. Durch die Gesetzesänderung wird der Anwendungsbereich des § 31a auf nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser erstreckt. Die derzeit bestehende Rechtsunsicherheit wird damit beendet.

Zu Nummer 20 (§ 37 KHGG NRW-E Übergangsvorschrift)

Die Änderung des § 37 zielt auf eine Beschleunigung der Einzelförderverfahren nach den mit dem KHGG NRW außer Kraft getretenen §§ 19 ff. des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NRW). Die alten Regelungen bleiben für diese Verfahren gemäß Absatz 2 grundsätzlich anwendbar. Jedoch normiert Absatz 3 eine Ausnahme für eingesparte Festbetragsförderungen gem. § 24 Absatz 2 KHG NRW. Für diese wird die Anwendung des KHGG NRW angeordnet, sofern sie dem Konto der Baupauschale als gesonderte Position zugeführt werden. Mit ihnen kann demnach verfahren werden wie mit Mitteln gemäß § 18 Absatz 1 Nummer 1 KHGG NRW.

Zu Nummer 21 (§ 38 KHGG NRW-E Inkrafttreten)

Die Aufhebung des § 38 Satz 3 und die entsprechende Anpassung in der amtlichen Überschrift tragen dem Umstand Rechnung, dass der Regelungszweck der Anordnung in Satz 3 weggefallen ist.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.