

12. 03. 1987

Gesetzentwurf

der Landesregierung

Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen – KHG NW –

A Problem

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG – in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1985 (BGBl. I 1986, S. 33) räumt den Ländern nach Wegfall der Mischfinanzierung einen erweiterten Gestaltungsspielraum bei der Planung und Förderung von Krankenhäusern ein. Das neue KHG NW soll diesen Gestaltungsspielraum nutzen. Gleichzeitig soll eine einheitliche Rechtsanwendung für alle Krankenhäuser durch Anpassung an die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts erreicht werden.

B Lösung

Der Entwurf des neuen KHG NW übernimmt die Grundkonzeption des bisher geltenden Rechts und paßt sie den Erfordernissen der heutigen Zeit an. Die Finanzierungsregelungen des bisher geltenden KHG werden nach Änderung der Zuständigkeit entsprechend den besonderen Gegebenheiten im Lande ausgestaltet.

C Alternativen

Keine.

D Kosten

Das Gesetz begründet gegenüber der bisherigen Regelung keine neuen kostenwirksamen Ansprüche. Der Entwurf berücksichtigt die nach § 10 Abs. 5 KHG a.F. fällige Anpassung der Pauschalbeträge. Die vorgesehene Erhöhung wird auch der Anpassung der Wertgrenzen (§ 21 Abs. 1 Nr. 2) gerecht. Diese Regelung erfordert einen Mehraufwand von rd. 40 Mio DM.

E Zuständigkeit

Zuständig ist der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, beteiligt sind der Finanzminister, der Innenminister und der Minister für Wissenschaft und Forschung.

F Auswirkung auf die kommunale Selbstverwaltung

Entlastung der Gemeinden durch Wegfall der Krankenhausumlage. Einschränkung der Strukturvorschriften für alle Krankenhäuser, sowie Verzicht auf die Verpflichtung zur Bildung von Krankenhausbeiräten.

Datum des Originals: 10. 03. 1987 / Ausgegeben: 18. 03. 1987

Die Veröffentlichungen des Landtags sind fortlaufend oder auch einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 4000 Düsseldorf 1, Postfach 1143, Telefon (0211) 884439, zu beziehen.

**Krankenhausgesetz
des Landes Nordrhein-Westfalen
– KHG NW –**

Inhaltsübersicht

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Grundsatz
- § 2 Krankenhausleistungen
- § 3 Pflege und Betreuung der Patienten
- § 4 Kind im Krankenhaus
- § 5 Patientenfürsprecher
- § 6 Sozialer Dienst
- § 7 Qualitätssicherung
- § 8 Krankenhaushygiene
- § 9 Arzneimittelkommission
- § 10 Zusammenarbeit der Krankenhäuser
- § 11 Zentraler Bettennachweis, Einsatz- und Alarmpläne
- § 12 Aufsicht

Abschnitt II

Planung

- § 13 Krankenhausplan
- § 14 Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans
- § 15 Aufnahme in den Krankenhausplan

Abschnitt III

Krankenhausförderung

- § 16 Förderungsgrundsätze, Art der Förderung
- § 17 Investitionsprogramm
- § 18 Einzelförderung
- § 19 Umfang der Einzelförderung
- § 20 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen
- § 21 Pauschale Förderung
- § 22 Medizinisch-technische Großgeräte
- § 23 Förderung der Nutzung von Anlagegütern
- § 24 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten
- § 25 Förderung von Kapitaldienstbelastungen
- § 26 Ausgleich für Eigenmittel

§ 27 Ausgleichsleistungen bei Einstellung des Krankenhausbetriebes

§ 28 Versicherungs- und Instandhaltungspflicht

§ 29 Zweckbindung

§ 30 Rückforderung von Fördermitteln

§ 31 Investitionsverträge

Abschnitt IV

Krankenhausstruktur

§ 32 Wirtschaftliche Betriebsführung

§ 33 Abschlußprüfung

§ 34 Leitung und medizinische Organisation

§ 35 Ärztlicher Dienst

§ 36 Struktur der kommunalen Krankenhäuser

§ 37 Statistik

Abschnitt V

Übergangs- und Schlußbestimmungen

§ 38 Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

§ 39 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Hochschulkliniken

§ 40 Übergangsvorschrift

§ 41 Inkrafttreten

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Grundsatz

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

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

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

§ 2 Krankenhausleistungen

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

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

§ 3 Pflege und Betreuung der Patienten

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

(2) Die Betriebsabläufe des Krankenhauses sollen patientenfreundlich gestaltet werden. Insbesondere ist den Bedürfnissen der Patienten nach Schonung und Ruhe soweit wie möglich Rechnung zu tragen. Dies gilt auch für eine ungestörte Nachtruhe. Ausbildungsaufgaben des Krankenhauses, die eine Beteiligung von Patienten erfordern, sind mit der gebotenen Rücksicht auf diese durchzuführen.

(3) Für alle Patienten sind vom Krankenhaus angemessene Besuchszeiten festzulegen, die nicht von der Inanspruchnahme von Wahlleistungen abhängig gemacht werden dürfen. Berufstätigen sind auch an Werktagen außerhalb ihrer Arbeitszeit Krankenbesuche zu ermöglichen.

§ 4 Kind im Krankenhaus

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

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

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

§ 5 Patientenfürsprecher

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

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

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

§ 6 Sozialer Dienst

(1) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen.

(2) Der soziale Dienst wird auf Wunsch des Patienten tätig. Er arbeitet eng und vertrauensvoll mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst zusammen. Er hat die Aufgabe, die ärztliche und

pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen und ihn in sozialen Fragen zu beraten. Die Beratung erfolgt insbesondere durch persönliche Hilfe, die Unterstützung bei der Einleitung von medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Rehabilitationsmaßnahmen sowie durch die Vermittlung von Hilfen des Gesundheits- und Sozialwesens, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen.

§ 7 Qualitätssicherung

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

§ 8 Krankenhaushygiene

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

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

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

im einzelnen zu regeln.

§ 9 Arzneimittelkommission

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

(2) Die Arzneimittelkommission hat die Aufgabe,

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

(3) Die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste ist von den im Krankenhaus tätigen Ärzten zu berücksichtigen.

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

§ 10 Zusammenarbeit der Krankenhäuser

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

(2) Diese soll sich insbesondere erstrecken auf

1. die Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten,
2. die Wahrnehmung besonderer Aufgaben der Dokumentation und der Nachsorge im Zusammenwirken mit den niedergelassenen Ärzten,
3. die Verteilung der Krankenhausaufnahmen,
4. die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,
5. die Mitwirkung bei der Schwangerenbetreuung,
6. die festzulegenden Notfallaufnahmebereiche nach § 10 Abs. 1 des Gesetzes über den Rettungsdienst vom 26. November 1974 (GV. NW. S. 1481),
7. Rationalisierungsmaßnahmen,
8. die Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte,
9. die Nutzung medizinischer oder wirtschaftlicher Einrichtungen,
10. die Nutzung von Datenverarbeitungsverfahren,
11. die Errichtung und den Betrieb von Ausbildungsstätten für nichtärztliche Heilberufe.

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

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

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

§ 11 Zentraler Bettennachweis, Einsatz- und Alarmpläne

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

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

§ 12 Aufsicht

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

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

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

(4) Es sind

untere Aufsichtsbehörde
die kreisfreie Stadt und der Kreis,

obere Aufsichtsbehörde
der Regierungspräsident,

oberste Aufsichtsbehörde
der für das Gesundheitswesen zuständige Minister.

Abschnitt II

Planung

§ 13 Krankenhausplan

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

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

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

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

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

§ 14 Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 15 Aufnahme in den Krankenhausplan

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

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

8. die medizinisch-technischen Großgeräte nach § 22 sowie
9. die Bezeichnung besonderer Schwerpunktaufgaben.

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

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

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

Abschnitt III

Krankenhausförderung

§ 16 Förderungsgrundsätze, Art der Förderung

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

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

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

§ 17 Investitionsprogramm

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

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

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

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

§ 18 Einzelförderung

(1) Investitionskosten werden für

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

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

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

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

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

§ 19 Umfang der Einzelförderung

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

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

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

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

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

§ 20 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen

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

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

hende Prüfung im Rahmen der Schlußabrechnung erfolgt nur, soweit besondere Gründe vorliegen.

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

§ 21 Pauschale Förderung

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

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

ersten Anforderungsstufe	50 000 DM
zweiten Anforderungsstufe	75 000 DM und
dritten Anforderungsstufe	100 000 DM

ohne Mehrwertsteuer nicht übersteigen.

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

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

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

(3) Es gehören Krankenhäuser mit einer Bettenpunktzahl

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

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

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

Im übrigen beträgt der Bettenpunktwert eins.

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

ersten Anforderungsstufe	2 750 DM
zweiten Anforderungsstufe	3 200 DM
dritten Anforderungsstufe	4 100 DM.

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

(6) Psychiatrische Sonderkrankenhäuser gelten als Krankenhäuser der ersten Anforderungsstufe. Für jedes über die Bettenpunktzahl 349 hinausgehende Planbett im Fachbereich Psychiatrie betragen die Fördermittel 1 375 DM. Werden Planbetten anderer Fachbereiche vorgehalten, betragen die Fördermittel für diese Planbetten 2 750 DM.

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

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

§ 22 Medizinisch-technische Großgeräte

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

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

§ 23 Förderung der Nutzung von Anlagegütern

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

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

§ 24 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

(1) Es werden gefördert

1. Anlaufkosten,

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

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

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

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

§ 25 Förderung von Kapitaldienstbelastungen

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

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

§ 26 Ausgleich für Eigenmittel

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

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

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

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

§ 27 Ausgleichsleistungen bei Einstellung des Krankenhausbetriebes

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

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

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

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

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

§ 28 Versicherungs- und Instandhaltungspflicht

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, das förderungsfähige Anlagevermögen in verkehrsüblichem Umfang gegen Risiken zu versichern. Ein Förderanspruch entfällt, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden. Unterbleibt die Versicherung, ist das Krankenhaus im Schadensfalle so zu behandeln, als sei es

versichert gewesen. Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den pauschalen Fördermitteln nach § 21 zuzuführen.

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

§ 29 Zweckbindung

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

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

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

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

§ 30 Rückforderung von Fördermitteln

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

(2) Soweit ein Bewilligungsbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit widerrufen, zurückgenommen oder infolge des Eintritts einer auflösenden Bedingung unwirksam wird, sind die Fördermittel, auch soweit sie bereits verwendet worden sind, zurückzuzahlen. Hat das Krankenhaus die Umstände, die zum Widerruf, zur Rücknahme

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

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

(4) Die Fördermittel sind zurückzuerstatten, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder beschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer der jeweils geförderten Anlagegüter. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn dem Krankenhaus aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid unmöglich wird. Bei teilweiser Nichterfüllung der Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ist die Erstattungspflicht entsprechend anteilig begrenzt. § 27 Abs. 1 bleibt unberührt.

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

§ 31 Investitionsverträge

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

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

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

Abschnitt IV

Krankenhausstruktur

§ 32 Wirtschaftliche Betriebsführung

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

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

§ 33 Abschlußprüfung

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

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

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

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

§ 34 Leitung und medizinische Organisation

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

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

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

§ 35 Ärztlicher Dienst

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

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

§ 36 Struktur der kommunalen Krankenhäuser

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

§ 37 Statistik

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

Abschnitt V

Übergangs- und Schlußbestimmungen

§ 38 Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

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

§ 39 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Hochschulkliniken

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

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

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

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

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

§ 40 Übergangsvorschrift

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

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

deren förderungsfähige Kosten noch nicht festgesetzt worden sind.

§ 41 Inkrafttreten

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

Begründung

A Allgemeiner Teil

Ein neues Krankenhausgesetz des Landes ist im wesentlichen aus folgenden Gründen erforderlich:

1. Auswirkungen des Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz – KHNG) vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716)

Ein Schwerpunkt der KHNG ist die kostenneutrale Auflösung der Mischfinanzierung von Bund und Ländern bei grundsätzlicher Beibehaltung des dualen Systems der Krankenhausfinanzierung, wonach wie bisher Investitionskosten durch öffentliche Fördermittel zu finanzieren und Betriebskosten über den Pflegesatz abzugelten sind. Der Bund ist an der Krankenhausfinanzierung nicht mehr beteiligt. Entsprechend sind die bundesgesetzlichen Vorgaben für die Krankenhausplanung und die Investitionsförderung zugunsten einer größeren Gestaltungsfreiheit der Länder eingeschränkt worden.

Erforderlich sind deshalb insbesondere landesrechtliche Regelungen über den Inhalt und das Verfahren zur Aufstellung des Krankenhausplans sowie die Krankenhausförderung im einzelnen regelnde Vorschriften.

2. Auswirkungen verfassungsrechtlicher Entscheidungen

Mit der Neuregelung des KHG NW soll auch der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 25. 3. 1980 (BGBl. I S. 671, GV.NW. S. 730) Rechnung getragen werden. Das Bundesverfassungsgericht hat bestimmte Vorschriften des KHG NW vom 25. Februar 1975 bei den Krankenhäusern, die dem kirchlichen Bereich zuzurechnen sind, für nicht anwendbar erklärt. Auf diese Vorschriften soll im Interesse einheitlicher Regelungen für alle Krankenhäuser verzichtet werden. Darüber hinaus sollen die Vorgaben für die Krankenhausstruktur auf das heute noch notwendige Maß beschränkt werden.

3. Humanität im Krankenhaus

Der Entwurf trägt dem Umstand Rechnung, daß der Humanität im Krankenhaus heute ein weit größerer Stellenwert zugemessen wird als noch vor wenigen Jahren. Dementsprechend sollen die Beachtung der Würde des Menschen, die besondere Berücksichtigung der Belange der Patienten und hier insbesondere der Kinder geregelt werden.

4. Wegfall der Krankenhaushumlage

Die in § 12 KHG NW alter Fassung enthaltene Regelung über die Beteiligung der Gemeinden und Landschaftsverbände an den förderungsfähigen Investitionskosten der Krankenhäuser entfällt. Dadurch werden die Haushalte der bisher zahlungspflichtigen Gebietskörperschaften entlastet.

5. Datenschutz

Im Krankenhaus sammelt sich eine Fülle von Informationen über jeden einzelnen Patienten. Diese Informationen sind auf der einen Seite unerläßliche Voraussetzung für eine sachgerechte Behandlung (z. B. Angaben über Diagnosen, Krankheitsentwicklung, durchgeführte ärztliche Maßnahmen), auf der anderen Seite muß dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung jedes Menschen auch im Krankenhaus Rechnung getragen werden.

Regelungen über den Umgang mit personenbezogenen Informationen, die im Krankenhausbereich gelten, finden sich zur Zeit verstreut in zahlreichen Bundes- und Landesgesetzen. Für Ärzte und Pflegepersonal gilt die Schweigepflicht, wie sie im Strafgesetzbuch, im Heilberufsgesetz und in den Berufsordnungen der Kammer normiert ist. Für die Behandlung personenbezogener Daten in Dateien treffen die Datenschutzgesetze des Bundes und des Landes sowie das Sozialgesetzbuch Regelungen, die auch für Krankenhäuser – je nach Träger unterschiedlich – gelten.

Da das Krankenhausgesetz NW – unabhängig von der Trägerschaft – für alle Krankenhäuser einheitlich gelten soll und andererseits z. Z. Novellen zum Bundes- und zum Landesdatenschutzgesetz vorbereitet wurden, enthielt der mit den Verbänden erörterte Referentenentwurf keine Regelungen zum Datenschutz. Auch der vorliegende Entwurf sieht derartige Regelungen nicht vor, da die Landesregierung beschlossen hat, einen besonderen Gesetzentwurf zum bereichsspezifischen Datenschutz im Krankenhaus zu erarbeiten. Der Entwurf soll alsbald auf Referentenebene abgestimmt, mit den betroffenen Verbänden erörtert und in den Landtag eingebracht werden.

B Zu den einzelnen Vorschriften

Zu § 1 Grundsatz

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem Inhalt der §§ 1 und 2 des KHG NW vom 25. 2. 1975 (KHG NW a.F.). Das auch bisher schon geltende Leitbild eines sparsamen und eigenverantwortlichen Krankenhauses ist jedoch ebenso in den Entwurf aufgenommen worden wie die Zielrichtung, zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Besonders hervorgehoben wird die Notwendigkeit der Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie mit den niedergelassenen Ärzten. Dies soll die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens insgesamt verbessern. Die Pflicht zur Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit dem Krankenhaus ergibt sich aus den Berufsordnungen. Im übrigen ist die Zusammenarbeit auch in den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches geregelt.

Zu Absatz 2

Wegen ihrer Bedeutung für das Allgemeinwohl bleibt die Sicherstellung der Krankenhausversorgung sowie die Errichtung leistungsfähiger Krankenhäuser nach wie vor eine öffentliche Aufgabe.

Das Land erfüllt den Sicherstellungsauftrag vorrangig durch Planung und Förderung von Krankenhäusern. Die bewährte Zusammenarbeit mit den Kreisen, Gemeinden, Landschaftsverbänden, den Verbänden der Krankenhausträger und den gesetzlichen und privaten Krankenkassen bleibt weiterhin unverzichtbar.

Zu Absatz 3

Freie gemeinnützige Träger, die in Nordrhein-Westfalen fast zwei Drittel aller Krankenhausplanbetten anbieten, öffentliche und private Träger erfüllen die öffentliche Aufgabe gleichwertig nebeneinander im Rahmen ihrer Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid. Das Land trägt vor allem durch die Hochschulkliniken zur Krankenhausversorgung bei.

In den Fällen, in denen sich kein anderer geeigneter Träger findet, können kreisfreie Städte, Kreise und geeignete Gemeinden sowie die Landschaftsverbände (für die Psychiatrie) verpflichtet werden, Krankenhäuser in eigener Trägerschaft zu errichten und zu betreiben, da es sich bei der Krankenhausversorgung um eine wichtige Aufgabe der örtlichen Daseinsvorsorge handelt. Die Verpflichtung zur Errichtung und zum Betrieb eines Krankenhauses wird ggf. durch die Kommunalaufsicht durchgesetzt.

Zu § 2 Krankenhausleistungen

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 3 Abs. 1 und 2 KHG NW a.F. Absatz 2 hat einen Vorläufer in § 19 Abs. 2 KHG NW a.F.

Zu Absatz 1

Die Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe und ihre Finanzierung aus öffentlichen Mitteln gebieten es, Krankenhausleistungen ausschließlich auf Art und Schwere der Erkrankung abzustellen. Das Krankenhaus darf die Versorgungsleistung grundsätzlich nur im Rahmen seiner nach dem Feststellungsbescheid vorgegebenen Aufgabenstellung erbringen. Nur dadurch kommt die besondere Leistungsfähigkeit des jeweiligen Krankenhauses den Patienten zugute, die darauf nach Art und Schwere ihrer Erkrankung angewiesen sind.

Die allgemeine Krankenhausleistung erstreckt sich auf alle Leistungen, die zur Untersuchung, Behandlung und Betreuung erforderlich sind einschließlich der Unterbringung und Verpflegung.

Nach der Begriffsbestimmung des Gesetzes über den Rettungsdienst sind Notfallpatienten „Personen, die sich infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstigen Umständen entweder in Lebensgefahr befinden oder deren Gesundheitszustand in kurzer Zeit eine wesentliche Verschlechterung besorgen läßt, sofern nicht unverzüglich medizinische Hilfe eingreift.“ Das Krankenhaus sorgt für die Erstversorgung von Notfallpatienten und, wenn es auf Grund seiner Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid für die Weiterbehandlung selbst nicht in Betracht kommt, für die Weiterleitung an ein dafür geeignetes Krankenhaus.

Zu Absatz 2

Der Patient muß die Möglichkeit haben, Wahlleistungen unabhängig voneinander in Anspruch nehmen zu können. Er kann somit auch, ohne sich für andere Wahlleistungen entscheiden zu müssen, einen gesonderten Behandlungsvertrag mit einem dazu berechtigten Arzt abschließen. Damit soll keine andere, d. h. bessere ärztliche Versorgung ermöglicht, vielmehr dem Grundsatz der freien Arztwahl auch im Krankenhaus Rechnung getragen werden. § 7 der Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666) bleibt unberührt.

Es würde dem in § 2 normierten Grundsatz der „chancengleichen Versorgung“ widersprechen, wenn bei der Errichtung von Krankenhäusern mit öffentlichen Mitteln finanzierte, in sich geschlossene Privatstationen eingerichtet würden.

Privatstationen sollen deshalb nicht mehr eingerichtet werden. Privatstationen dürfen auch nicht mehr betrieben werden. Die rationelle Ausnutzung der Kapazität des Krankenhauses und der Betriebsablauf können durch besondere Privatstationen gestört werden. Ein Eingriff in die noch wenigen bestehenden Verträge ist für die betroffenen Ärzte nicht mit finanziellen Nachteilen verbunden, weil sie nach wie vor die Möglichkeit behalten, allen Patienten ärztliche Wahlleistungen anzubieten. Die Inanspruchnahme von Wahlleistungen wird dadurch nicht berührt.

Zu § 3 Pflege und Betreuung der Patienten**Zu den Absätzen 1 und 2**

Mit der Aufnahme in ein Krankenhaus ist für den Patienten eine grundlegende Änderung seiner Lebensweise verbunden. Zwangsläufig orientieren sich Behandlung und Pflege an der Krankheit und nicht an den sonstigen Bedürfnissen des Patienten. Durch die Vorschrift soll betont werden, daß trotz dieser Gegebenheiten die Würde des Menschen stets im Mittelpunkt zu stehen hat. Hierauf soll auch bei der Ausbildung der im Krankenhaus Tätigen Rücksicht genommen werden.

Zu Absatz 3

Dem Grundsatz der chancengleichen Versorgung entspricht es, allen Patienten – unabhängig von der Inanspruchnahme von Wahlleistungen oder dem Abschluß eines gesonderten Behandlungsvertrages – gleiche Möglichkeiten zum Empfang von Besuchen zu geben. Bei der Festlegung von Besuchszeiten ist u. a. Rücksicht zu nehmen auf die Art und Schwere der Erkrankung, aber auch auf die eingeschränkten Besuchsmöglichkeiten der Berufstätigen.

Zu § 4 Kind im Krankenhaus

Die Vorschrift ist neu.

Die besondere Situation des Kindes, das in der Regel nicht in der Lage ist, die Gründe für die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nachzuvollziehen, erfordert eine besondere Regelung. In den Fällen, in denen es medizinisch indiziert ist, soll eine Begleitperson aufgenommen werden. Im Rahmen der Frage nach der medizinischen Indikation ist die seelische Situation des jeweiligen Kindes besonders zu berücksichtigen. Wo derzeit noch die räumlichen Voraussetzungen für die Aufnahme einer Begleitperson fehlen, sollen sie möglichst bald geschaffen werden.

Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Voraussetzungen für die schulische Betreuung von Kindern zu schaffen, die für längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden müssen.

Zu § 5 Patientenfürsprecher

Die Einführung eines Patientenfürsprechers stellt eine neue Regelung dar.

Der Patient im Krankenhaus befindet sich in einer für ihn ungewohnten Situation, und seine persönliche Freiheit ist zwangsläufig stark eingeschränkt. In dieser Lage ist der Patient häufig darauf angewiesen, daß ihm bei der Durchsetzung seiner Anliegen auch gegenüber dem Krankenhaus Hilfestellung geleistet wird. Benötigt wird rasche und unbürokratische Hilfe, damit berechtigten Beschwerden noch während des Aufenthaltes des Patienten im Krankenhaus Rechnung getragen werden kann. Diesem Bedürfnis trägt die Bestellung eines Patientenfürsprechers Rechnung, weil damit für jeden Patienten ein Ansprechpartner zur Verfügung gestellt wird, der unabhängig von Weisungen des Krankenhausträgers und nicht eingebunden in die Personalstruktur des Krankenhauses zwischen Patient und Krankenhaus vermitteln kann. Der Notwendigkeit der Bestellung eines Patientenfürsprechers steht nicht entgegen, daß

die Angewiesenheit der Patienten auf einen solchen Ansprechpartner sehr unterschiedlich ist und von zahlreichen Faktoren – vor allem der Schwere der Erkrankung, der Dauer des Aufenthaltes im Krankenhaus, der Häufigkeit von Besuchen, der Artikulations- und Durchsetzungsfähigkeit des Patienten – abhängt. Daß zahlreiche Patienten im Krankenhaus für die Durchsetzung ihrer Anliegen selbst sorgen können, entbindet den Staat nicht von der Fürsorgepflicht für diejenigen, die es nicht mehr oder nur noch sehr eingeschränkt können.

Mehrere Länder haben in den letzten Jahren entsprechende Regelungen getroffen oder beabsichtigen dies. Als erstes Bundesland hatte Rheinland-Pfalz schon 1973 das Amt eines ehrenamtlichen Patientenfürsprechers geschaffen, das sich nach Einschätzung der dortigen Landesregierung „nachhaltig bewährt“ hat.

Die Regelung greift nicht unangemessen in die Eigenverantwortlichkeit des Krankenhausträgers für sein Krankenhaus ein. Der Träger selbst bestellt den Patientenfürsprecher. Die Pflicht des Krankenhausträgers, für jedes Krankenhaus einen Patientenfürsprecher zu bestellen, die Patienten über Namen und Anschrift des Patientenfürsprechers zu unterrichten und dessen Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Regelung zu unterstützen, läßt Freiheit und Verantwortung des Trägers für die Organisation seines Krankenhauses unangetastet. Daher besteht kein Grund, bestimmte – z. B. kirchliche – Krankenhäuser von der Regelung auszunehmen. Entsprechende Ausnahmeregelungen für kirchliche Krankenhäuser sind nur in den Landeskrankengesetzen vorgenommen worden, die die Wahl des Patientenfürsprechers durch den Rat der Gemeinde vorsehen, in der das Krankenhaus betrieben wird.

Zu § 6 Sozialer Dienst

Die Vorschrift ist nicht neu, sie ist jedoch gegenüber § 3 Abs. 3 KHG NW a. F. weiter gefaßt.

Über die Untersuchung, Behandlung, Pflege und Betreuung hinaus muß das Krankenhaus als Teil der allgemeinen Krankenhausleistung auch einen sozialen Dienst sicherstellen. Dies ist im Interesse einer umfassenden und ganzheitlichen Betreuung der Patienten von einer derart großen Bedeutung, daß auf eine gesetzliche Regelung nicht verzichtet werden kann. Dabei kann das Krankenhaus entweder einen sozialen Dienst selbst einrichten oder sich in Form der Zusammenarbeit sozialer Dienste anderer Krankenhäuser oder sonstiger Träger (z. B. Gemeinden) bedienen.

Der soziale Dienst hat die Aufgabe, soziale Kontakte des Kranken zu seiner Umwelt aufrechtzuerhalten oder herzustellen, insbesondere die notwendige Rehabilitation einzuleiten. Diese umfaßt Maßnahmen, die geeignet sind, Patienten in ihre soziale Umwelt, vor allem in Familie und Beruf, wieder einzugliedern und dadurch zu einer Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes beizutragen.

Die soziale Betreuung soll in enger Verzahnung mit dem Behandlungsplan durchgeführt werden, um die nahtlose Integration nach Abschluß der Behandlung vorzubereiten. Der soziale Dienst ist eigenständig, er ist mit der Krankenhauseseelsorge, die durch dieses Gesetz nicht berührt wird, nicht identisch.

Zu § 7 Qualitätssicherung

Die Entwicklung der Medizin (Verdopplung der med. Erkenntnisse in kürzeren Zeiträumen) erfordert im Interesse der Patienten eine ausreichende Sicherung und Überprüfung der Qualität der einzelnen medizinischen Leistung. Der internen Qualitätskontrolle dienen z. B. disziplinübergreifende Fallbesprechungen vor und nach Abschluß einer Behandlung sowie Zuverlässigkeitsüberprüfungen von Laborergebnissen innerhalb des Krankenhauses.

Durch die externe Qualitätskontrolle soll die ohnehin in jedem Krankenhaus selbstverständliche interne Qualitätskontrolle ergänzt werden. Der externen Qualitätskontrolle dienen bereits heute zum Teil Laboringversuche, krankenhäuserübergreifende Vergleichsstudien bestimmter Fallgruppen, wie z. B. die Perinatalstudien und die Ergebnisse bestimmter Operationsmethoden. Um sicherzustellen, daß auch die externe Qualitätskontrolle allen Patienten zugute kommt und über den derzeitigen Umfang erweitert wird, bedarf es einer gesetzlichen Regelung. Die Beteiligung der Ärztekammern und der Krankenkassen soll bei der externen Qualitätskontrolle sicherstellen, daß sowohl die fachlichen als auch die wirtschaftlichen Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Über die Kosten der externen Qualitätskontrolle sind zwischen den Beteiligten Vereinbarungen zu treffen.

Zu § 8 Krankenhaushygiene

Die Vorschrift ist neu.

Etwa 5 bis 10 v. H. aller Patienten erleiden Krankenhausinfektionen, die ihre Verweildauer im Krankenhaus verlängern. Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge sterben in der Bundesrepublik jährlich bis zu 20 000 Menschen an den Folgen solcher Infektionen. Die Gründe für die Krankenhausinfektionen sind vielfältig, aber oft nicht schicksalhaft, sondern liegen in der Nichtbeachtung der hygienischen Regeln. Das Krankenhaus ist daher verpflichtet, dafür zu sorgen, daß jeder im Krankenhaus Tätige sich eingehend mit der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen befaßt und die zur Einhaltung der anerkannten Grundsätze einer ordnungsgemäßen Krankenhaushygiene erforderlichen räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen geschaffen werden.

Wegen der schwerwiegenden Folgen, die bei Nichtbeachtung der Hygienegrundsätze für Patient und Krankenhauspersonal zu erwarten sind, ist es erforderlich, dem Krankenhaus bestimmte organisatorische Maßnahmen verpflichtend vorzugeben. Diesem Zweck dient die in Absatz 2 vorgesehene Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung.

Die verbindliche Einrichtung einer Hygienekommission ist wegen deren disziplinübergreifenden Aufgaben besonders geeignet, Mängel festzustellen und für deren Beseitigung zu sorgen. Ausmaß und Folgen von Krankenhausinfektionen sind so gravierend, daß auf speziell geschultes Personal zur Erkennung, Verhütung und Beseitigung von Krankenhausinfektionen (Hygienefachkräfte) nicht verzichtet werden kann.

Die damit verbundenen Kosten sind Teil der allgemeinen Krankenhausleistung. Allerdings werden die für die Verbesserung der Krankenhaushygiene aufgewendeten Mittel durch den Rückgang der Krankenhausinfektionen mehr als ausgeglichen.

Zu § 9 Arzneimittelkommission

Die Vorschrift ist neu.

Zu Absatz 1

Im Hinblick auf die Vielfalt der angebotenen Arzneimittel ist es für den einzelnen Arzt schwierig zu entscheiden, welches Arzneimittel im konkreten Fall anzuwenden ist. Häufig bestimmen lediglich Informationen des Herstellers oder allein die persönlichen Erfahrungen des Arztes die Therapie. Um eine verbesserte Anwendung der Arzneimittel zu erreichen, haben schon heute zahlreiche Krankenhäuser Arzneimittelkommissionen eingesetzt, deren Arbeit sich bewährt hat. Daher ist es zur besseren Versorgung der Patienten zweckmäßig und notwendig und zudem nach den bundesrechtlich vorgegebenen Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit geboten, die Bildung einer Arzneimittelkommission für alle Krankenhäuser gesetzlich vorzuschreiben.

Die Zusammensetzung der Arzneimittelkommission ist durch den Krankenhausträger zu regeln. Den Vorsitz sollte der Krankenhausapotheker oder ein pharmakologisch erfahrener Arzt, nicht jedoch der öffentliche Apotheker führen.

Zu Absatz 2

Eine ständige Nutzen-Risiko-Abwägung der zur Anwendung kommenden Arzneimittel und die Beachtung ökonomischer Gesichtspunkte bestimmen die Tätigkeit der Arzneimittelkommission. Damit eine möglichst effektive und für alle Krankenhäuser in gleichem Maße wirksame Tätigkeit gewährleistet ist, sind die wesentlichen Aufgaben der Arzneimittelkommission im Gesetz vorgeschrieben. Zur Beratung der Ärzte gehören auch Empfehlungen über die Dosierung und die Dauer der Anwendung bestimmter Medikamente bei bestimmten Krankheiten.

Zu Absatz 3

Damit die nach Überprüfung durch die Arzneimittelkommission ausgewählten Arzneimittel konsequent angewendet werden, ist es notwendig, die im Krankenhaus tätigen Ärzte zu verpflichten, die Arzneimittelliste zu berücksichtigen. Dies schließt nicht aus, daß im Einzelfall im Rahmen der durch die Vorschrift nicht eingeschränkten Therapiefreiheit auch andere Arzneimittel verordnet werden.

Zu Absatz 4

Die Arzneimittelkommission kann ihrer Aufgabe nur dann nachkommen, wenn ihr alle im Krankenhaus verwendeten Arzneimittel bekannt sind. Bei der klinischen Prüfung von Arzneimitteln ist die Arzneimittelkommission wegen der damit verbundenen Gefahren rechtzeitig vor Beginn des Versuchs zu unterrichten.

Die Mitteilung an die Arzneimittelkommission entbindet nicht von Meldepflichten nach sonstigen Vorschriften.

Zu § 10 Zusammenarbeit der Krankenhäuser

Die Vorschrift entspricht § 6 KHG NW a. F., der neue Katalog in Absatz 2 ist jedoch wesentlich umfangreicher.

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Krankenhäuser haben sich im Rahmen der ihnen durch den Feststellungsbescheid zugewiesenen Aufgaben darüber abzustimmen, welche Krankheiten schwerpunktmäßig im jeweiligen Krankenhaus behandelt werden sollen. Die Verteilung der Krankenhausaufnahmen kann dazu führen, daß sich die Krankenhäuser in der Aufnahme von Not- oder Unfallpatienten abwechseln. Absprachen über die Regelung des Aufnahmedienstes kommt auch Bedeutung für die Ferienzeiten sowie für die Sonn- und Feiertage zu.

Die Zusammenarbeit soll auch zur Rationalisierung der Verwaltungs-, Versorgungs- und sonstigen Einrichtungen führen. Die Möglichkeit ergibt sich z. B. bei

zentralen Laboreinrichtungen,
Prosekturen (einschließlich Vitaldiagnostik),
Wäschereien,
Küchen und Nebeneinrichtungen,
zentralem Einkauf.

Soweit bei der Wahrnehmung besonderer Aufgaben im Bereich der Dokumentation und der Nachsorge Mehrkosten entstehen, ist die Aufbringung der Mittel durch Vereinbarung zu regeln.

Zu Absatz 3

Die nähere Ausgestaltung der Zusammenarbeit bleibt der freien Vereinbarung der beteiligten Krankenhäuser überantwortet.

Zu Absatz 4

Es handelt sich bei dieser Vorschrift um eine Konkretisierung der in § 1 Abs. 1 enthaltenen Grundsätze. Auf die dortige Begründung wird verwiesen.

Zu § 11 Zentraler Bettennachweis, Einsatz- und Alarmpläne

Die Vorschrift entspricht § 4 KHG NW. a. F.

Die Verpflichtung der Krankenhäuser, dem bei den Leitstellen des Rettungsdienstes geführten Zentralen Krankenbettennachweis alle erforderlichen Angaben zu machen, stellt die notwendige Verzahnung zwischen Rettungsdienst und Krankenhäusern sicher, um Kranke, insbesondere Notfallpatienten, schnellstmöglich der nach Art und Schwere ihrer Erkrankung notwendigen Versorgung zuzuführen.

Die Krankenhäuser sollen über ihre Behandlungsmöglichkeiten und die jeweilige Zahl der freien Betten Auskunft geben.

Der Zentrale Krankenbettennachweis trägt auch dazu bei, die vorhandenen Bettenkapazitäten rationell zu nutzen.

Eine tägliche Meldung dürfte im allgemeinen ausreichen, jedoch wurde davon abgesehen, dies ausdrücklich zu normieren, weil beispielsweise in Katastrophenfällen auf Meldungen in kürzeren Zeitschnitten nicht verzichtet werden kann.

Das Recht des Patienten, das Krankenhaus frei zu wählen, wird durch die Einrichtung des Zentralen Krankenbettennachweises ebensowenig berührt wie das Recht der Krankenhäuser, Patienten auch ohne Mitwirkung des Zentralen Krankenbettennachweises aufzunehmen.

Zu § 12 Aufsicht

Zu den Absätzen 1, 2 und 4

Die öffentliche Aufgabe der Krankenhäuser und ihre Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung machen eine Aufsicht durch die Gesundheitsbehörden erforderlich. Schon jetzt räumt § 47 der Dritten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 30. März 1935 (RGS. NW. S. 7) den Gesundheitsämtern die Überwachung der nicht staatlichen Anstalten zur Behandlung oder Pflege von Kranken, seelisch oder körperlich Behinderten in „gesundheitsaufsichtlicher Hinsicht“ ein. Der Aufsicht unterliegen auch die Hochschulkliniken (§ 39 Abs. 3).

Die allgemeine Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände sowie über die landesunmittelbaren Körperschaften bleibt unberührt. Von der Aufsicht sind aus verfassungsrechtlichen Gründen Krankenhäuser, deren Träger bundesunmittelbare Körperschaften sind, ausgenommen (§ 39 Abs. 4); insofern ist die Aufsicht von den zuständigen Bundesbehörden wahrzunehmen.

Zu Absatz 3

Eine Aufsicht kann nur wirksam ausgeübt werden, wenn der Aufsichtsbehörde die zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlichen Angaben gemacht werden und ihr die Möglichkeit eröffnet wird, sich im Krankenhaus unmittelbar zu informieren.

Zu Abschnitt II

Durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz ist die Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung – insbesondere bezüglich der Kriterien (z. B. Verweildauer, Bettennutzung, Krankenhaushäufigkeit, Einzugsbereiche usw.) und des Verfahrens – weitgehend wiederhergestellt worden. Die nachfolgend gegenüber den §§ 8 bis 14 KHG NW a. F. neuen Vorschriften regeln dementsprechend die Grundsätze und das Verfahren für die Aufstellung von Krankenhausplänen unter Beachtung der in § 7 KHG vorgeschriebenen Mitwirkung der Beteiligten einschließlich der betroffenen Krankenhäuser.

Zu § 13 Krankenhausplan

Zu den Absätzen 1 und 2

Nur durch langfristige Planung, die im Krankenhausplan ihren Niederschlag findet, kann eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sichergestellt werden.

Das KHG macht in § 8 die Aufnahme in den Krankenhausplan zur Voraussetzung der öffentlichen Förderung. Aus diesem Grunde, aber auch im Hinblick auf die besondere Bedeutung des Krankenhausplanes für die einzelnen Krankenhäuser im Lande ist vorgesehen, daß in regelmäßigen Abständen eine aktualisierte Fassung des Krankenhausplanes im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen zu veröffentlichen ist.

Zu Absatz 3

Versorgungsgebiete sind die unter Berücksichtigung des Einzugsbereichs festgelegten Planungsräume. Anzahl und Größe der Versorgungsgebiete ergeben sich aus dem Krankenhausplan. Die Versorgungsgebiete können durch den Krankenhausplan abgeändert werden. Zur Zeit bestehen in Nordrhein-Westfalen 16 Versorgungsgebiete. Bei der Aufstellung des Krankenhausplans ist auch das Leistungsangebot von Krankenhäusern sowie die Struktur der Krankenhausträger in benachbarten Versorgungsgebieten zu berücksichtigen. Diese Vorschrift soll verhindern, daß versorgungswirtschaftlich nicht zu vertretende Überkapazitäten nur wegen der Grenze eines Versorgungsgebietes vorgehalten werden müssen. Aus der Tatsache, daß in einem Versorgungsgebiet bestimmte Krankenhausleistungen nicht vorgehalten werden oder eine bestimmte Trägerart nicht vertreten ist, kann kein Rechtsanspruch hergeleitet werden.

Zu Absatz 4

Bei den besonderen Aufgaben handelt es sich insbesondere um solche, die sinnvollerweise nicht von jedem einzelnen Krankenhaus wahrgenommen werden sollten. Im Rahmen der Krankenhausplanung können einzelnen Krankenhäusern auch weitere Aufgaben zugewiesen werden z. B. bei der Versorgung krebskranker Patienten. Die Aufzählung der Aufgaben ist nicht abschließend. Soweit dem Krankenhaus besondere Aufgaben zugewiesen werden, handelt es sich um eine allgemeine Krankenhausleistung dieses Krankenhauses.

Zu Absatz 5

Die Einbeziehung der Aufgaben der Krankenhäuser im Rahmen der Ausbildung sowohl der Ärzte als auch der Heilhilfsberufe in den Krankenhausplan folgt aus der Förderung der Krankenhäuser und Ausbildungsstätten nach Maßgabe des KHG. Darüber hinaus wird diese Vorschrift auch wesentliche Bedeutung für die Ausbildung der Ärzte im Praktikum erhalten. Dabei ist § 4 KHG zu beachten; eine Zustimmung des Krankenhauses ist nach § 11 KHG nicht erforderlich.

Zu § 14 Verfahren bei der Aufstellung von Krankenhausplänen**Zu Absatz 1**

Hier wird der Kreis der unmittelbar Beteiligten bestimmt, mit denen nach § 7 Abs. 1 Satz 2 KHG einvernehmliche Regelungen anzustreben sind. Kommt eine einvernehmliche Regelung zwischen dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und den unmittelbar Beteiligten nicht zustande, so entscheidet der Minister (Absatz 5).

Zu Absatz 2

In dieser Vorschrift wird verdeutlicht, daß die Zusammenarbeit mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister sich auch auf die Erarbeitung von Planungszielen und -kriterien, Empfehlungen für die Umsetzung und zur Fortschreibung des Krankenhausplans bezieht. Dies entspricht der bisherigen Praxis.

Zu Absatz 3

Um die Tätigkeit des Landesausschusses auf eine sichere Rechtsgrundlage zu stellen, kann auf eine gesetzliche Regelung der wichtigsten Verfahrensvorschriften nicht verzichtet werden. Die Beteiligung der genannten Landesressorts ergibt sich aus ihrer Zuständigkeit für Teilbereiche des Krankenhauswesens; die Beteiligung des Landesrechnungshofes ist im Hinblick auf die finanziellen Auswirkungen des Krankenhausplans auf den Landeshaushalt zweckmäßig.

Zu den Absätzen 4 und 5

Der Kreis der Beteiligten entspricht dem geltenden Recht, wobei allerdings die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege im Lande Nordrhein-Westfalen nicht mehr erwähnt ist, da die der Arbeitsgemeinschaft angehörenden Spitzenverbände selbst als Beteiligte genannt sind. Abweichend vom bisher geltenden Recht sollen die DAG und die Gewerkschaft ÖTV sowie der Marburger Bund ebenfalls zu den Beteiligten gehören; die Kassenärztlichen Vereinigungen werden nur beteiligt, wenn Regelungen über medizinisch-technische Großgeräte zu treffen sind.

In Zukunft sollen die Beteiligten und die betroffenen Krankenhäuser von der zuständigen Behörde (Regierungspräsident) zu den Vorschlägen für die Krankenhausplanung gehört werden und Gelegenheit erhalten, jeweils für ein Versorgungsgebiet einen gemeinsamen Vorschlag zur Verteilung des durch die Rahmenplanung vorgegebenen Bedarfs zu erarbeiten. Die in der Vergangenheit durchgeführten Zielplanbesprechungen werden dadurch entbehrlich.

Gleiches gilt für den in § 26 KHG NW a. F. geregelten Krankenhausbeirat, der nicht mehr vorgesehen ist.

Zu Absatz 6

Soweit sich eine Fortschreibung des Krankenhausplans nur auf einzelne Krankenhäuser bezieht, ist ein vereinfachtes Verfahren notwendig aber auch ausreichend. Es sollen daher die Beteiligten (Absätze 1 und 4) und das betroffene Krankenhaus von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister lediglich angehört werden.

Zu § 15 Aufnahme in den Krankenhausplan**Zu Absatz 1**

§ 8 Abs. 1 KHG schreibt als Voraussetzung für die Förderung neben der Aufnahme in den Krankenhausplan ausdrücklich deren Feststellung durch einen Bescheid vor. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Es erscheint daher geboten, die an den Feststellungsbescheid zu stellenden Mindestanforderungen festzulegen. In Ergänzung des geltenden Rechts sind in dem Feststellungsbescheid

die Ausbildungsstätten, medizinisch-technische Großgeräte und besondere Schwerpunktaufgaben des Krankenhauses anzugeben.

Im Unterschied zum bisher geltenden Recht sollen Versorgungsstufen nicht mehr gesondert ausgewiesen werden, weil sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses in Zukunft aus dem differenzierten Feststellungsbescheid ergibt.

Zu Absatz 2

Bei ungenehmigten Abweichungen von den Festlegungen im Feststellungsbescheid z. B. von der Gesamtzahl der im Krankenhausplan im Ist und gegebenenfalls im Soll anerkannten Betten oder von der Zahl und Art der Abteilungen und ihrer Betten sowie bei der Änderung von Ausbildungsstätten, medizinisch-technischen Großgeräten und bei den besonderen Schwerpunktaufgaben können Fördermittel ganz oder teilweise zurückbehalten, versagt oder zurückgefordert werden.

Zu Absatz 3

Diese Vorschrift entspricht dem bisher geltenden Recht, allerdings soll in Zukunft auch die Minderbelegung einer einzelnen Abteilung der zuständigen Behörde unverzüglich angezeigt werden. Auch soll das Krankenhaus verpflichtet sein, Vorschläge zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl oder Umstrukturierung zu unterbreiten. Die Verpflichtung des Krankenhauses, ungenutzte Betten vorübergehend anderweitig zu nutzen, wird dadurch nicht berührt. Auf Grund der Anzeige ist von der zuständigen Behörde zu prüfen, ob und in welcher Form der Krankenhausplan fortzuschreiben und der Feststellungsbescheid zu ändern ist.

Abschnitt III

Die Vorschriften dieses Abschnittes sind neu, da der Bundesgesetzgeber zur Förderung mit § 9 KHG nur noch eine Grundsatzvorschrift erlassen hat, ohne aber die Fördertatbestände im einzelnen zu regeln.

Zu § 16 Förderungsgrundsätze, Art der Förderung

Die Vorschrift knüpft an die bundesrechtlichen Vorgaben für die öffentliche Förderung an. Die Beschränkung der Förderung auf Zuschüsse schließt zwar eine Förderung durch die Gewährung von Darlehen, nicht jedoch eine Kapitaldienstförderung nach § 25 aus.

Zu § 17 Investitionsprogramm

Das Investitionsprogramm tritt an die Stelle des früheren Jahreskrankenhausbauprogramms. Es beschränkt sich auf Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 und trägt damit der bundesgesetzlichen Vorgabe nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG Rechnung. Dies gilt auch für das vorgesehene Anhörungsverfahren. Wegen der finanziellen Bedeutung und im Interesse einer größeren Transparenz ist die Veröffentlichung im Ministerialblatt vorgesehen.

Zu § 18 Einzelförderung

Zu Absatz 1

Die Gliederung der einzelnen Förderungstatbestände entspricht § 9 KHG. Fördermittel können nur im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel bewilligt werden. Davon geht auch das Bundesrecht als selbstverständlich aus (vergl. Bundestagsdrucksache 10/2095 Seite 19 ff.).

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Voraussetzung für die Förderung von Investitionsmaßnahmen nach Absatz 1. Eine solche Regelung ist für die unter Absatz 1 Nrn. 2 und 3 genannten Investitionsmaßnahmen erforderlich, weil eine entsprechende bundesrechtliche Regelung fehlt. Um Fehlinvestitionen und eine Beeinträchtigung der Planungsfreiheit der Verwaltung durch vollendete Tatsachen zu vermeiden, ist es gerechtfertigt, Maßnahmen von der Förderung auszunehmen, mit denen eigenmächtig vor der Bewilligung begonnen worden ist.

Zu Absatz 3

Entsprechend dem bisherigen Recht sind die Kosten für den Erwerb oder die Ausstattung bereits betriebener Krankenhäuser nicht förderungsfähig. Soweit es sich um ein Krankenhaus handelt, das nicht in den Krankenhausplan aufgenommen ist, ergibt sich das bereits aus dem Grundsatz, daß jede Förderung die Aufnahme in den Krankenhausplan voraussetzt. Die Förderung des Erwerbs bereits in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser würde zu einer Doppelfinanzierung führen.

Zu Absatz 4

Diese Regelung wird durch § 24 ergänzt.

Zu § 19 Umfang der Einzelförderung**Zu den Absätzen 1 und 2**

Es handelt sich hier um die Konkretisierung der bereits bundesrechtlich vorgegebenen Grundsätze der Förderung.

Zu Absatz 3

Diese Vorschrift soll der Verwaltungsvereinfachung dienen. Im Hinblick auf die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 28. 2. 1985 – 3 C 12.84 – sollen kurzfristige Anlagegüter im Zusammenhang mit einer Errichtungsmaßnahme künftig nur unter den im Absatz 3 genannten Voraussetzungen mit pauschalen Fördermitteln beschafft werden.

Zu § 20 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen**Zu Absatz 1**

In § 9 Abs. 2a KHG a. F., der bis zum Inkrafttreten neuen Landesrechts gilt, ist die Festbetragsförderung mit Zustimmung des Krankenhauses vorgesehen. Die Festbetragsförderung hat sich bewährt und soll daher in das Landesrecht übernommen werden.

Zu Absatz 2

Durch die Festbetragsförderung soll das Bewilligungsverfahren vereinfacht und das Krankenhaus zu wirtschaftlichem Handeln motiviert werden. Dem Krankenhaus sollen bei Unterschreiten des Festbetrages die nicht in Anspruch genommenen Fördermittel zur selbstverantwortlichen Verwendung für anderweitige Investitionen verbleiben, um dadurch ein Interesse an der Unterschreitung des Festbetrages zu wecken. Dem entspricht der vereinfachte Verwendungsnachweis.

Eine Anzeige ist erforderlich, damit sichergestellt werden kann, daß mit den eingesparten Fördermitteln keine Maßnahmen finanziert werden, die mit den Zielen der Krankenhausplanung und der künftigen baulichen Entwicklung des Krankenhauses nicht in Einklang zu bringen sind. Der Nachweis der Dringlichkeit oder die Aufnahme in das Investitionsprogramm sind für diese Investitionen nicht erforderlich.

Zu Absatz 3

Sofern das Krankenhaus der Festbetragsförderung nicht zustimmt, richtet sich das Verfahren nach Absatz 3. Es entspricht in vollem Umfang der bisherigen Förderung.

Zu § 21 Pauschale Förderung**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht der Regelung des § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHG; sie knüpft an die bisherige Praxis zu § 10 KHG a. F. an. Gleichzeitig wird die Nutzungsdauer der kurzfristigen Anlagegüter bestimmt.

Absatz 1 Nr. 2 regelt die Finanzierung kleiner baulicher Maßnahmen (§ 9 Abs. 3 KHG) der Krankenhäuser. Die Staffelung der Wertgrenze dient der Vereinfachung und berücksichtigt die unterschiedliche Höhe der den Krankenhäusern je nach Anforderungsstufe zugewiesenen pauschalen Fördermittel. Sie erweitert den eigenverantwortlichen Handlungsspielraum der Krankenhäuser. Soweit Maßnahmen nach Nr. 2 zu finanzieren sind, ist die Einzelförderung nach § 18 ausgeschlossen.

Zu den Absätzen 2 bis 6

Die Zuordnung der einzelnen Krankenhäuser zu den jeweiligen Anforderungsstufen hat in der Vergangenheit häufig zu Schwierigkeiten geführt, da es an objektiven Kriterien für eine derartige Zuordnung fehlt. In Anlehnung an ein Gutachten von Prof. Thiemeier sollen die Anforderungsstufen künftig für die wichtigsten Abteilungen anhand von Bettenpunktwerten ermittelt werden. Die Bettenpunktwerte sind ein Kriterium für die Höhe der pauschalen Förderung. Sie berücksichtigen den Versorgungsauftrag des Krankenhauses. Die in Absatz 4 aufgeführten Bettenpunktwerte umfassen die für die Zuordnung wesentlichen Disziplinen. Auf eine weitere Differenzierung kann im Hinblick darauf, daß sie ohnehin nur für Krankenhäuser der regionalen Spitzenversorgung von Bedeutung wäre und diese ohnehin der höchsten Anforderungsstufe zugeordnet sind, verzichtet werden. Dies gilt z. B. für die Neurochirurgie, Kardiologie usw.

Durch die Einführung der Bettenpunktzahlen soll die bisherige undifferenzierte Bindung der Höhe der pauschalen Förderung an die Zahl der Krankenhausbetten teilweise beseitigt werden. Die Zuordnung der Krankenhäuser zu den Anforderungsstufen ergibt sich aus den Absätzen 3 bis 6. Die Zuordnung psychiatrischer Sonderkrankenhäuser zur ersten Anforderungsstufe ist dadurch gerechtfertigt, daß in diesen Einrichtungen der Wiederbeschaffungsbedarf für hochwertige medizinisch-technische Einrichtungen relativ gering ist. Dies rechtfertigt auch die Halbierung des für die erste Anforderungsstufe vorgesehenen Betrages für jedes Bett, das über den Bettenpunktwert von 349 hinausgeht.

Bei den Pauschalbeträgen ist eine Anpassung an die Kostenentwicklung im Durchschnitt von 8,93% berücksichtigt.

Zu Absatz 7

Bei den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten handelt es sich um Einrichtungen, die von ihrer Größe und Aufgabe her nicht mit Krankenhäusern vergleichbar sind; eine pauschale Abgeltung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach Absatz 5 ist daher nicht sachgerecht. Die im Einzelfall festzusetzende Pauschale soll dem konkret ermittelten Wiederbeschaffungswert entsprechen.

Zu Absatz 8

Diese Vorschrift entspricht weitgehend § 10 Abs. 5 KHG a. F.

Zu § 22 Medizinisch-technische Großgeräte

Diese Vorschrift ist neu.

Die besonders hohen Anschaffungskosten sowie die in der Regel über den eigenen Bedarf des Krankenhauses hinausgehende Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte rechtfertigen für die Förderung dieser kurzfristigen Anlagegüter eine von § 21 abweichende Regelung. Die Förderung durch einen besonderen Betrag nach § 21 Abs. 5 Satz 2 ist nur gerechtfertigt, wenn das Krankenhaus die mit der Nutzung der medizinisch-technischen Großgeräte verbundenen, unter 1 bis 3 genannten Einnahmemöglichkeiten ausgeschöpft hat. Die Berücksichtigung nicht erzielter Einnahmen setzt jedoch voraus, daß die Mindereinnahmen auf ein unwirtschaftliches Verhalten des Krankenhauses zurückzuführen sind.

Zu § 23 Förderung der Nutzung von Anlagegütern

Die Entgelte für die Nutzung der im KHG in § 2 Nr. 2 bezeichneten Anlagegüter, nämlich die Errichtung von Krankenhäusern und die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, stehen gem. § 2 Nr. 3 Buchst. a KHG den Investitionskosten gleich.

§ 17 Abs. 4 Nr. 1 KHG verbietet ihre Abgeltung im Pflugesatz. Dies gilt aber nur für die unmittelbare Nutzung der Investitionsgüter und nicht für Investitionsanteile an Leistungen Dritter wie beispielsweise für den Hardwareanteil an Leistungen eines Rechenzentrums.

Der Vorschrift des § 11 KHG a. F. entsprechend ist die Förderung des Nutzungsentgelts (Leasing, Miete, Pacht) zulässig als Alternativförderung zu der Förderung nach den §§ 18 und 21; sie ist grundsätzlich an die gleichen Förderungsvoraussetzungen gebunden. Hinzu kommt jedoch, daß sie eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel erwarten lassen muß.

Der Bundesgesetzgeber ist seinerzeit von einer vorübergehenden Überlassung der Nutzung (operating-lease) ausgegangen, um der medizinisch-technischen Entwicklung besser Rechnung tragen zu können.

Ein Vorteil wird darin gesehen, das Leasing-Objekt bei wirtschaftlichem Verschleiß zur Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung beliebig auswechseln zu können. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, daß der Leasing-Geber sein Investitionsrisiko kalkulatorisch abdecken muß. Ein reiner Kostenvergleich wird daher immer zugunsten des Kaufs ausfallen. Der Kauf kommt ggf. dann nicht in Betracht, wenn auf eine vorübergehende Überlassung der Nutzung des Anlagegutes abgestellt wird.

Dieser Aspekt der vorübergehenden Nutzung entfällt bei financial-lease, hier stehen die jährlichen Mietkosten bis zum Ende der Nutzungsdauer den Anschaffungs- oder Herstellungskosten gegenüber. Diese Mietkosten aber müssen in der Regel die Anschaffungskosten übersteigen, denn der Leasing-Geber benötigt zusätzlich eine Verzinsung seines gebundenen Kapitals sowie eine Risikoprämie. Im Vergleich zur Zuschußfinanzierung ist demnach für financial-lease kein Raum bei der Krankenhausförderung.

Zu § 24 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

Betriebskosten, die nach Inbetriebnahme eines Neu-, Um- oder Erweiterungsbaus eines Krankenhauses anfallen, sind grundsätzlich aus den Pflegesatzerlösen zu bestreiten. Ausgenommen sind Anlauf- und Umstellungskosten, die gem. § 17 Abs. 4 Nr. 3 KHG im Pflegesatz nicht berücksichtigungsfähig sind. Nach § 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG sind diese Kosten daher in Ausnahmefällen förderungsfähig.

Zu Absatz 1

Anlaufkosten und Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen im Rahmen der Vorgaben des Feststellungsbescheides sind im Gesetz nicht definiert.

Bei den Anlaufkosten handelt es sich um den einmaligen Mehraufwand, der bei Inbetriebnahme eines Krankenhauses oder eines Teiles eines Krankenhauses aufgrund einer Errichtungsmaßnahme (§ 18 Abs. 1) im Vergleich zum Normalaufwand eines eingespielten Krankenhausbetriebs entsteht. Es handelt sich im wesentlichen um Vorbetriebskosten. Ein solcher Mehraufwand kann sich dadurch ergeben, daß Personal, insbesondere leitende Mitarbeiter, aus praktischen Gründen bereits vor Betriebseröffnung eingestellt werden muß.

Entsprechend der bisherigen Rechtsprechung zur Abgeltung von Anlauf- und Umstellungskosten werden die Erlösausfälle im Zusammenhang mit Minderbelegungen nicht erfaßt.

Der Mehraufwand als Anlauf- und Umstellungskosten muß im Zusammenhang mit planungskonformen förderungsfähigen Investitionen (§ 18 Abs. 1) stehen. Weitere Voraussetzung ist eine Betriebsgefährdung, die nicht aus eigener Kraft des Krankenhausträgers, sondern nur mit Hilfe der öffentlichen Förderung behoben werden kann.

Zu Absatz 2

Eine Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten kann nur in Betracht kommen, wenn die Finanzkraft des Krankenhausträgers nicht ausreicht, den Mehraufwand zu tragen. Das bedeutet aber auch, daß z. B. bei Krankenhausträgern in der Rechtsform der GmbH auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Gesellschafter abgestellt werden kann, wenn dies aufgrund der besonderen Situation gerechtfertigt ist.

Zu Absatz 3

Die rechtzeitige Unterrichtung der zuständigen Behörde ist erforderlich, damit sie vor Beginn einer Förderung die Höhe der Gesamtkosten des Vorhabens beurteilen kann. Sie liegt auch im Interesse des Krankenhauses, weil eine frühzeitige Entscheidung über die Förderung und damit die Finanzplanung des Krankenhausträgers ermöglicht und die Aufnahme des Krankenhausbetriebes nach Fertigstellung der geförderten Maßnahmen sichergestellt wird.

Zu § 25 Förderung von Kapitaldienstbelastungen

Die Abgeltung der „alten Last“ bezweckt die Gleichstellung der Krankenhäuser, die ihre Anlagen mit Fremdmitteln finanziert haben, mit solchen, die ausschließlich auf Fördermittel zurückgreifen konnten. Bewilligungen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes erteilt worden sind, werden gem. § 29 Abs. 1 Satz 2 KHG nach den der Bewilligung zugrundeliegenden Vorschriften abgewickelt. Für die Mehrzahl aller Förderfälle verbleibt es deshalb bei den bisherigen Bewilligungen einschließlich der Umwandlung von Landesdarlehen in bedingt rückzahlbare Zuschüsse. Weil das Gesetz demnach zusätzliche Leistungen nur für Krankenhäuser vorsieht, die neu in den Krankenhausplan aufgenommen werden, erübrigt sich die nach dem bisher geltenden Bundesrecht vorgesehene Differenzierung nach dem Inkrafttretungstermin

1. Oktober 1972 und den Änderungen durch das Krankenhauskostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568). Für neue Fälle ist allein der Zeitpunkt der Aufnahme in den Krankenhausplan maßgebend.

Zu § 26 Ausgleich für Eigenmittel

Die Regelung des § 13 KHG a. F. wird weitergeführt. Das Gesetz weist in Absatz 1 Satz 1 ausdrücklich darauf hin, daß der Ausgleichsanspruch – wie bisher – nur förderungsfähige Investitionen erfaßt, die nachweislich aus frei verfügbaren Eigenmitteln des Trägers finanziert worden sind. Demnach können bei der Prüfung, ob frei verfügbare Eigenmittel für förderungsfähige Investitionen eingesetzt worden sind, Zurechnungsmethoden, z. B. anhand der Bauerschen Bewegungsbilanzen etc., nicht anerkannt werden. Außerdem wird klargestellt, daß der Anspruch so lange nicht geltend gemacht werden kann, wie das Krankenhaus – zum Beispiel bei Trägerwechsel – ganz oder teilweise Krankenhauszwecken dient.

Zu § 27 Ausgleichsleistungen bei Einstellung des Krankenhausbetriebes

Zu Absatz 1

Zur Erleichterung der Einstellung des Betriebes eines Krankenhauses kann auf die Rückforderung verzichtet werden. Hierbei muß im Gegensatz zu den Fällen nach Absatz 2 keine unzumutbare Härte vorliegen.

Zu Absatz 2

Das Gesetz kann nicht abschließend angeben, wann eine unzumutbare Härte anzunehmen ist. Eine unzumutbare Härte liegt jedenfalls vor, wenn ein für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen nicht mehr erforderliches Krankenhaus, das mit seinem Leistungsangebot eine sachgerechte Krankenhausplanung erheblich stört, auf Grund seiner wirtschaftlichen Verhältnisse nicht in der Lage ist, den Betrieb ohne die im Gesetz vorgesehenen Leistungen einzustellen.

Zu § 28 Versicherungs- und Instandhaltungspflicht

Zu Absatz 1

Die Verpflichtung der Krankenhäuser, das förderungsfähige Anlagevermögen zu versichern, ist im Hinblick auf die andernfalls gegebene Verpflichtung zur öffentlichen Förderung der Neuanschaffung dieser Anlagegüter im Schadensfall gerechtfertigt. Daraus folgt auch, daß bei einer Unterlassung oder Unterversicherung die öffentliche Förderung ganz oder teilweise versagt werden kann.

Zu Absatz 2

Mit dieser Regelung soll verhindert werden, daß ein Förderungsbedarf nach § 18 entsteht, weil Anlagegüter nicht ausreichend instandgehalten worden sind.

Zu § 29 Zweckbindung

Die Vorschrift stellt sicher, daß bei der öffentlichen Förderung von Krankenhäusern die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten sind und die Fördermittel nur für den in der Bewilligung angegebenen Zweck verwendet werden dürfen. Weitere Einzelheiten sind in den Verwaltungsvorschriften (§ 38) zu regeln.

Zu § 30 Rückforderung von Fördermitteln

Zu den Absätzen 1 bis 3

Es handelt sich hier um eine Konkretisierung von einzelnen Vorschriften des Verwaltungsverfahrensgesetzes im Hinblick auf die Besonderheiten im Krankenhaus; das Verwaltungsverfahrensgesetz bleibt im übrigen unberührt. Im Vorgriff auf die beabsichtigte Änderung des Verwaltungsverfahrensgesetzes soll die Möglichkeit geschaffen werden, Bewilligungsbescheide ganz oder teilweise auch für die Vergangenheit zu widerrufen. Andere Rückforderungstatbestände nach diesem Gesetz oder sonstigen Vorschriften bleiben unberührt. Die alsbaldige Verwendung der Fördermittel ist gegeben, wenn sie innerhalb eines Zeitraums von acht Wochen verwendet werden.

Zu Absatz 4

Abweichend von der allgemeinen Regelung in den Absätzen 1 bis 3 ist entsprechend dem bisher geltenden Recht für den Fall, daß ein Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt, bezüglich der Höhe der Erstattung eine Sonderregelung getroffen worden.

Zu Absatz 5

Diese Vorschrift dient der Verwaltungsvereinfachung.

Zu § 31 Investitionsverträge

Es wird in die Dispositionsfreiheit der Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG gestellt, Investitionsverträge abzuschließen. Durch Zuschlag zum Pflegesatz können Rationalisierungsinvestitionen und Maßnahmen zur Erleichterung der Umstellung oder Beseitigung von Überkapazitäten finanziert werden. Voraussetzung einer solchen Vereinbarung ist, daß die Ziele der Krankenhausplanung nicht beeinträchtigt werden. Investitionsverträge bedürfen daher der Zustimmung der zuständigen Behörde, die insbesondere darauf achtet, daß die beabsichtigten Investitionen oder Maßnahmen mit den Zielen der Krankenhausplanung übereinstimmen und nicht zu Folgeinvestitionen führen.

Zu Abschnitt IV

Die Regelungsdichte der Strukturvorschriften der §§ 28ff. ist geringer als im geltenden Recht. Dies beruht einmal auf der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 25. 3. 1980. Darüber hinaus sind einige Strukturbestimmungen des KHG NW a. F. entbehrlich geworden, weil die darin zum Ausdruck gebrachten Anliegen des Gesetzgebers in den Krankenhäusern verwirklicht sind; ein Regelungsbedarf besteht insoweit nicht mehr.

Zu § 32 Wirtschaftliche Betriebsführung**Zu Absatz 1**

§ 1 KHG strebt die wirtschaftliche Sicherung des Krankenhauses an. Dieser Zweck kann nur erreicht werden, wenn jedes Krankenhaus als organisatorisch und wirtschaftlich eigenständiger Betrieb nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten geführt wird, denn nur so läßt sich ein effektiver Einsatz der Mittel gewährleisten.

Zu Absatz 2

In Übereinstimmung mit der Rechtsprechung sind mehrere benachbarte Betriebsstellen eines Krankenhausträgers nur dann als ein Krankenhaus anzusehen, wenn sie organisatorisch und wirtschaftlich unselbständige und voneinander abhängige Einrichtungen sind; das Gesetz legt als ein wichtiges Kriterium fest, daß insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden. Entscheidend für die Bestimmung als ein Krankenhaus ist der Feststellungsbescheid.

Zu § 33 Abschlußprüfung**Zu Absatz 1**

Prüfung und Bestätigung der Ordnungsmäßigkeit des Rechenwerkes, des wirtschaftlichen Mitteleinsatzes und der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel zur Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sollen von einem Wirtschaftsprüfer erbracht werden. Dies berücksichtigt die Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser bei der Bewirtschaftung der pauschalen Fördermittel und dient der Verwaltungsvereinfachung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 erläutert die Gegenstände der Prüfung, die für die Förderung von Krankenhäusern von besonderem Interesse sind. Die wirtschaftliche Betriebsführung wird dabei im Interesse sozial tragbarer Pflegesätze auf die jeweilige Anforderungsstufe des Krankenhauses zu beziehen sein, dabei ist auch die Einhaltung der bundesrechtlich vorgegebenen Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 4 KHG) zu berücksichtigen.

Zu Absatz 3

Die Vorlage des Abschlußberichts ist in der Vergangenheit wiederholt mit der Begründung verweigert worden, daß es an einer Rechtsgrundlage hierfür fehle. Der Abschlußbericht ist vorzulegen, wenn das Testat versagt oder eingeschränkt erteilt wird. Darüber hinaus kann die Behörde die Vorlage des Abschlußberichts verlangen, dies wird insbesondere der Fall sein, wenn Anträge auf zusätzliche Förderung gestellt werden.

Zu § 34 Leitung und medizinische Organisation**Zu Absatz 1**

Die personelle Zusammensetzung der Betriebsleitung trägt der Gliederung des Krankenhauses in Behandlung, Pflege und Verwaltung Rechnung; eine personelle Erweiterung ist zulässig. Eine kollegiale Leitung soll dazu beitragen, daß neben fachlichen Gesichtspunkten wirtschaftliche Erwägungen in allen drei Bereichen zur Entscheidungsgrundlage gemacht werden.

Zu Absatz 2

Das Krankenhaus gliedert sich in Abteilungen. Diese müssen für den Arzt, der für die Untersuchung und Behandlung verantwortlich ist, überschaubar sein. Dies gilt auch für nicht bettenführende Abteilungen (z. B. Anästhesie, Labor).

Zu § 35 Ärztlicher Dienst**Zu Absatz 1**

Das Gesetz geht von dem Grundsatz aus, daß für jede Abteilung die zur Versorgung der Patienten erforderliche Anzahl von Ärzten unter Leitung eines nicht weisungsgebundenen Arztes zu bestellen ist. Dieser trägt die Verantwortung für die Untersuchung und Behandlung der Patienten seines Gebietes oder Teilgebietes. Da jedes Planbett einer Abteilung zugeordnet ist, ist eine lückenlose ärztliche Verantwortung sichergestellt. Es wird ausdrücklich klargestellt, daß auch Belegärzte Abteilungsärzte sein können.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird klargestellt, daß im Krankenhaus Belegärzte nur dann tätig werden dürfen, wenn im Feststellungsbescheid für eine Abteilung Belegbetten ausgewiesen sind. Die Inanspruchnahme von Konsiliarärzten ist nur unter den Voraussetzungen des Satzes 2 zulässig.

Zu § 36 Struktur der kommunalen Krankenhäuser

Für die kommunalen Krankenhäuser sollen grundsätzlich dieselben Vorschriften für die Krankenhausstruktur gelten, wie sie in den §§ 32 bis 35 niedergelegt sind. Aus rechtssystematischen Gründen sollen die Regelungen im Kommunalrecht getroffen werden.

Zu § 37 Statistik

Voraussetzung für eine effektive Krankenhausplanung ist u. a. eine aussagefähige Krankenhausstatistik. Durch die Auskunftspflicht der Krankenhausträger soll eine sachgerechte Krankenhausplanung ermöglicht werden. Die im einzelnen unter die Auskunftspflicht fallenden Umstände und das Verfahren sollen durch Rechtsverordnung geregelt werden.

Zu § 38 Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

Die Zuständigkeiten nach dem KHG sind bereits in der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (ZV-KHG) vom 6. Dezember 1985 (GV. NW. S. 737) geregelt.

Zu § 39 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Hochschulkliniken**Zu Absatz 1**

Der Anwendungsbereich des Gesetzes erstreckt sich gemäß § 2 Nr. 3e KHG auch auf die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten. Dies gilt schwerpunktmäßig für Planung und Förderung.

Zu Absatz 2

Auch nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser sind verpflichtet, Notfallpatienten aufzunehmen und ihnen die Erstversorgung zukommen zu lassen. Erforderlich ist auch die Verpflichtung dieser Krankenhäuser zur Mitwirkung im Katastrophenschutz, zur Anwendung der Vorschriften über Krankenhaushygiene, Qualitätssicherung und die Mitwirkung im Rettungsdienst. Im übrigen unterliegen sie der staatlichen Aufsicht.

Zu Absatz 4

Die Krankenhäuser, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz vom 1. September 1969 (BGBl. I S. 1556), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 26. Januar 1976 (BGBl. I S. 185), gefördert werden, werden nach § 5 Abs. 1 KHG von der Förderung ausgeschlossen. Die mit der Förderung in Zusammenhang stehenden Bestimmungen können daher auf sie keine Anwendung finden.

Im übrigen soll das Gesetz grundsätzlich auch für diese Krankenhäuser gelten, insbesondere die allgemeinen Bestimmungen über die Aufgaben und Verpflichtungen der Krankenhäuser und die Vorschriften über die Krankenhausplanung. Dies ist in Anbetracht des Versorgungsauftrags der Hochschulkliniken sachgerecht. Die Regelungen über Struktur und allgemeine Aufsicht sowie die Aufnahme in den Krankenhausplan gestatten keine vollständige Einbeziehung dieser Krankenhäuser in den Geltungsbereich des Gesetzes.

Zu § 40 Übergangsvorschrift**Zu Absatz 1**

Um zu vermeiden, daß bis zum Erlaß einer Abgrenzungsverordnung des Landes eine Regelungslücke entsteht, soll die Abgrenzungsverordnung des Bundes so lange weiter angewendet werden.

Zu Absatz 2

Diese Vorschrift dient der Verfahrensvereinfachung sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den Bewilligungsbehörden.

Zu § 41 Inkrafttreten

§ 41 regelt das Inkrafttreten.