LANDTAG NORDRHEIN-WESTFALEN
18. Wahlperiode

Drucksache **18/20443**

07.07.2026

Gesetzentwurf

der Landesregierung

Sechstes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

A Problem

Mit dem in Kraft treten der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen zum 1. April 2025 ist das Land Nordrhein-Westfalen bundeweites Vorbild. Erstmalig erfolgte die Planung anhand von Leistungsgruppen und unter der Vorgabe klarer Qualitätskriterien. Mit dieser Krankenhausplanung ist eine Abkehr von veralteten Planungsstrukturen erfolgt, die eine gesetzgeberische Neuausrichtung der Krankenhausplanung erforderlich machten.

Dabei sind der Krankenhausplan und auch die dazugehörigen weiteren Vorschriften als lernendes System zu verstehen. Mit Abschluss der ersten landesweiten Planungsrunde Ende des vergangenen Jahres hat sich bereits klarstellender gesetzgeberischer Handlungsbedarf gezeigt.

Die Krankenhäuser gehören zur „Kritischen Infrastruktur“ und sind essentieller Bestandteil der Daseinsvorsorge. Mit steigender Komplexität der kritischen Infrastruktur „Krankenhaus“, aber auch mit der fortschreitenden Digitalisierung sowie medizinischen Standards, steigt die Vulnerabilität der Krankenhäuser. Diese gesteigerte Vulnerabilität erfordert ein umfangreiches Risiko- und Krisenmanagement. Die Pflicht der Krankenhäuser zur Krankenhausalarm- und Einsatzplanung ist dabei ein essentieller Baustein zur Steigerung der Resilienz der Krankenhäuser gegen verschiedene Gefahren außerhalb und innerhalb des Krankenhauses. Dabei gestaltet sich die Abstimmung der einzelnen Pläne innerhalb des Krankenhauses landesweit zunehmend schwierig.

B Lösung

Mit dem Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen werden die erforderlichen Anpassungen und Konkretisierungen vorgenommen.

Hierzu wird das Krankenhausgestaltungsgesetz insoweit ergänzt, dass dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium die Befugnis zum Erlass einer Rechtsverordnung eingeräumt wird. Diese Ermächtigungsgrundlage ermöglicht es, Näheres zum Inhalt der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung zu regeln. Zur Sicherstellung der inhaltlichen sowie qualitativen Anforderung an die Krankenhausalarm- und einsatzplanung muss das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium entsprechende Vorgaben machen.

Datum des Originals: 07.07.2026/Ausgegeben: 13.07.2026

Daneben wird dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium als Ergänzung in § 10 Absatz 4 dieses Gesetzes die Befugnis eingeräumt, auch die verpflichtende Aufnahme von Patientinnen und Patienten nach Zuweisung durch eine zentrale Koordinierungsstelle im Wege der Rechtsverordnung zu regeln. Dies umfasst ebenso die Errichtung sowie die Benennung einer solchen Koordinierungsstelle. Nur so kann bei einer epidemischen Lage oder einem vergleichbaren Ereignis, infolge dessen aufgrund einer Vielzahl von verletzten oder erkrankten Personen die stationäre Versorgung der Bevölkerung regional oder landesweit akut gefährdet ist, die stationäre Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden.

Da der Krankenhausplan als lernendes System zu verstehen ist, werden bereits klarstellende gesetzgeberische Bedarfe umgesetzt. Diese umfassen sowohl verbindlichere Vorgaben für die Krankenhäuser im Hinblick auf die ärztliche Weiterbildung als auch Verfahrensfragen der Krankenhausplanung sowie die Sicherstellung der Versorgung durch bedarfsnotwendige Krankenhäuser. Ebenfalls erfolgt eine Klarstellung im Hinblick auf die Ersteinschätzung von Notfallpatientinnen und -patienten.

C Alternativen

Keine.

D Kosten

Keine.

E Zuständigkeit

Zuständig innerhalb der Landesregierung ist das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

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

Bereits heute sind – bei grundsätzlicher, unverändert bleibender Verantwortung des Landes für die Krankenhausversorgung der Bevölkerung nach § 1 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausgestaltungsgesetzes – die Gemeinden und Gemeindeverbände nach Satz 2 u. a. zum Betrieb von Krankenhäusern verpflichtet, wenn sich kein anderer Träger findet. Diese Regelung schärft der hinzukommende § 1a dahingehend aus, dass nur bei Vorliegen klarer Voraussetzungen eine kommunale Verpflichtung im konkreten Einzelfall begründet werden kann.

Es ist vorgesehen, dass zukünftig Kreise und kreisfreie Städte zur Erbringung notwendiger Krankenhausleistungen verpflichtet sind, wenn sich kein anderer Träger für den Betrieb eines bedarfsnotwendigen Krankenhauses findet und dieses (andernfalls) schließt. Die bisherige gesetzliche Regelung sieht vor, dass in diesem Fall Gemeinden und Gemeindeverbände zum Betrieb von Krankenhäusern verpflichtet waren, kreisangehörige Gemeinden jedoch nur, wenn sie die erforderliche Finanzkraft besaßen. Die zukünftig verbleibende Zuständigkeit von Kreisen und kreisfreien Städten soll kraft ihrer Verwaltungs- und Finanzstruktur den dauerhaften Betrieb eines Krankenhauses zuverlässig gewährleisten. Zugleich schafft die Regelung Klarheit für alle beteiligten Akteure hinsichtlich der verpflichteten Körperschaft, da nur ein Verpflichteter örtlich verantwortlich ist. Zeitliche Verzögerungen bei der Erfüllung der Sicherstellungsverpflichtung aufgrund etwaiger Zuständigkeitskonflikte entfallen, so dass eine möglichst unterbrechungsfreie Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen Krankenhausleistungen gewährleistet wird.

Aus dem Vorgenannten ergibt sich auch, dass die alleinige Wahrnehmung dieser Aufgabe durch die Kreise und kreisfreien Städte aus Gründen des Gemeinwohls gerechtfertigt ist. Festzuhalten bleibt, dass der Anwendungsfall der Norm allein die Situation erfasst, in der ohne die Inpflichtnahme eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt keine angemessene Gesundheitsversorgung im jeweiligen Planungsgebiet vorgehalten würde. Unbenommen bleibt jedoch allen kreisangehörigen Gemeinden ihr Recht, aufgrund ihrer Allzuständigkeit für örtliche Belange freiwillig Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben oder auch – im Falle der Schließung eines bedarfsnotwendigen Krankenhauses durch den bisherigen Träger – ein bestehendes Krankenhaus weiterzubetreiben. Anerkannt ist, dass die Aufgabe der allgemeinen Krankenhausversorgung (auch) einen wesentlichen Teil der ortsnah sicherzustellenden Daseinsvorsorge der Bevölkerung darstellt. Dem wird mit wird mit dem eng begrenzten Anwendungsbereich der neuen Regelung Rechnung getragen.

Vor diesem Hintergrund ist eine Konnexitätsrelevanz des Gesetzentwurfs gemäß Artikel 78 Absatz 3 der Verfassung für das Land Nordrhein-Westfalen nicht gegeben, da die Gemeinden oder Gemeindeverbände nicht zur Übernahme und Durchführung neuer öffentlicher Aufgaben verpflichtet werden. Für die Kreise und kreisfreien Städte bestand diese Aufgabe bisher bereits durch Zuweisung im Krankenhausgestaltungsgesetz.

Der Wegfall der Zuständigkeit kreisangehöriger Gemeinden bringt für die Kreise und kreisfreien Städte auch keine nach dem Konnexitätsausführungsgesetz zu berücksichtigende Änderung ihrer Aufgaben:

Auf kreisfreie Städte wirkt sich die gesetzliche Änderung nicht aus. Auch für die Kreise bringt die § 1a im Ergebnis keine den Vollzug prägenden besonderen Anforderungen mit sich. Bislang stand der Sicherstellungsauftrag kreisangehöriger Gemeinden unter dem Vorbehalt einer entsprechenden Finanzkraft. Angesichts der bereits in den zurückliegenden Jahren angespannten Finanzlage der Gemeinden – ausweislich der Haushaltsumfrage der kommunalen Spitzenverbände 2025 verfügen derzeit nur 10 von 396 Städten und Gemeinden über einen strukturell ausgeglichenen Haushalt – war zu erwarten, dass die Sicherstellungsverpflichtung in allen Anwendungsfällen der Norm durch die Kreise zu erfüllen gewesen wäre.

G Finanzielle Auswirkungen auf die Unternehmen und die privaten Haushalte

Keine.

H Geschlechterdifferenzierte Betrachtung der Auswirkungen des Gesetzes

Die beabsichtigten Änderungen bzw. Ergänzungen haben keine Auswirkungen auf die Gleichstellung von Frauen und Männern. Die Wirkungen treten unabhängig vom Geschlecht der Betroffenen ein. Auswirkungen auf die unterschiedlichen Lebenssituationen von Frauen und Männern sind nicht zu erwarten.

I Auswirkungen auf die nachhaltige Entwicklung (im Sinne der Nachhaltigkeitsstrategie Nordrhein-Westfalen)

Keine.

J Auswirkungen auf Menschen mit Behinderung

Keine.

K Auswirkungen auf das E-Government und die Digitalisierung von Staat und Verwaltung

Keine.

L Befristung

Eine Befristung des in diesem Gesetzentwurf geänderten Gesetzes ist nach § 39 Absatz 1 der Neufassung der Gemeinsame Geschäftsordnung für die Ministerien des Landes Nordrhein-Westfalen (GGO) nicht erforderlich, da es sich nicht um den Entwurf eines neuen Gesetzes, sondern um die Änderung eines bereits bestehenden Stammgesetzes handelt.

G e g e n ü b e r s t e l l u n g

Gesetzentwurf der Landesregierung	Auszug aus den geltenden Gesetzesbestimmungen
Sechstes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen	
Artikel 1	
Das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen vom 11. Dezember 2007 (GV. NRW. S. 702, ber. 2008 S. 157), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 10. Juni 2025 (GV. NRW. S. 530) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	**Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)**
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	**Inhaltsübersicht**
a) Nach der Angabe zu § 1 wird folgende Angabe eingefügt:	§ 1 Grundsatz
„§ 1a Sicherstellungsverpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte“	
b) Die Angabe zu § 36 wird wie folgt gefasst:	
„§ 36 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Trägerschaft bundesunmittelbarer Körperschaften“.	§ 36 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken
2. § 1 wird wie folgt geändert:	**§ 1 Grundsatz**
	(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser sicherzustellen.
	(2) Die Krankenversorgung in Krankenhäusern nach Absatz 1 sicherzustellen, ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. Gemeinden

a) Absatz 3 Satz 2 wird aufgehoben.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „seiner Versorgungsmöglichkeiten“ wird durch die Angabe „seines Versorgungsauftrags“ ersetzt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Werden die jeweils nach der Weiterbildungsordnung erforderlichen Weiterbildungsinhalte krankenhausintern nicht umfassend vermittelt, soll das Krankenhaus eine vollständige Weiterbildungsmöglichkeit durch geeignete Kooperationen sicherstellen. Alle übrigen Plankrankenhäuser sind zur Beteiligung an solchen Kooperationen verpflichtet. Der Landesausschuss für Krankenhausplanung erarbeitet Empfehlungen zur Umsetzung.“

3. Nach § 1 wird folgender § 1a eingefügt:

„**§ 1a**
Sicherstellungsverpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte

(1) Schließt ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus und findet sich kein anderer geeigneter Träger, ist der Kreis oder die kreisfreie Stadt, in dem oder der das Krankenhaus belegen ist, verpflichtet, die Versorgung der Bevölkerung mit den dem

und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit.

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

(4) Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus verpflichtet, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten in den zugelassenen Weiterbildungsstätten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie für die Weiterbildung der in § 1 Absatz 1 Satz 1 und Satz 4 Psychotherapeutengesetz vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) genannten Berufe der Psychotherapie bereit zu stellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.

Krankenhausplan entsprechenden erforderlichen Krankenhausleistungen sicherzustellen.

(2) Die Feststellung der Bedarfsnotwendigkeit erfolgt im konkreten Einzelfall durch das für Gesundheit zuständige Ministerium. Bedarfsnotwendig ist ein Krankenhaus, das Krankenhausleistungen erbringt, die für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind, weil bei Wegfall kein anderes geeignetes Krankenhaus die Versorgung sicherstellen kann. Der Beurteilung sind insbesondere die im Krankenhausplan festgelegten Vorgaben zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern zugrunde zu legen.

(3) Das Vorliegen einer Verpflichtung nach Absatz 1 stellt das für Gesundheit zuständige Ministerium im Einvernehmen mit dem für Kommunales zuständigen Ministerium im konkreten Einzelfall gegenüber dem Kreis oder der kreisfreien Stadt fest.

(4) Die Absätze 1 bis 3 finden sinngemäß Anwendung auf Betriebsstellen eines Krankenhauses.“

4. § 2 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Dazu ist ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren einzusetzen, welches die zeitliche Dringlichkeit der medizinischen Versorgung erhebt. Dieses ergänzt die obligate ärztliche Aufnahmeuntersuchung.“

b) In dem neuen Satz 6 wird die Angabe „das zuständige“ durch die Angabe „die zuständige Behörde

§ 2
Krankenhausleistungen

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung nach den durch Bescheid gemäß § 16 getroffenen Feststellungen im Krankenhausplan alle, die seine Leistungen benötigen, nach Art und Schwere der Erkrankungen zu versorgen. Notfallpatientinnen und -patienten haben Vorrang. Dazu ist ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren einzusetzen. Die stationäre psychiatrische Versorgung schließt die Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17. Dezember 1999 (GV. NRW. S. 662) in der jeweils geltenden Fassung ein. Ausnahmen von der psychiatrischen Pflichtversorgung bestimmt das zuständige Ministerium auf Antrag des Kran-

im Einvernehmen mit dem für Gesundheit zuständigen“ ersetzt.

kenhausträgers. Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die festgestellten stationären Angebote der besonderen Therapierichtungen und die aktive Mitwirkung bei der Organspende.

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

§ 5
Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patientenseelsorge

(1) Der Krankenhausträger bestellt jeweils für jedes Krankenhaus eine unabhängige Patientenfürsprecherin oder einen unabhängigen Patientenfürsprecher sowie eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher soll mit allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe eng zusammenarbeiten. Beschäftigte des Krankenhausträgers oder Mitglieder seiner Organe können nicht bestellt werden.

(2) Bei dem Amt der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers handelt es sich um ein Ehrenamt. Der jeweilige Krankenhausträger soll der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher eine angemessene Fort- und Weiterbildung ermöglichen.

(3) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher vertritt die Interessen der Patientin oder des Patienten gegenüber dem Krankenhaus im Rahmen dieses Gesetzes. Sie oder er prüft Anregungen, Bitten und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und wird grundsätzlich nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin oder des Patienten tätig. Sie oder er kann sich mit schriftlichem Einverständnis der Patientin oder des

Patienten unmittelbar an die Krankenhausleitung, den Krankenhausträger und sonstige zuständige Institutionen oder Behörden wenden. Die datenschutzrechtlichen Vorschriften bleiben unberührt. Tatsachen, die unter eine gesetzliche oder vertragliche Schweigepflicht fallen, darf die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher nur offenbaren, soweit eine entsprechende Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt.

(4) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher wird vom Krankenhaus in ihrer oder seiner Arbeit unterstützt. Zur Ausübung sind ihr oder ihm insbesondere geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen. Das Krankenhaus teilt den Namen und die Anschrift der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers der Krankenhausaufsichtsbehörde mit. Es stellt sicher, dass die Patientinnen und Patienten frühzeitig über den Namen, die dienstliche Anschrift, die Sprechstundenzeit und den Aufgabenbereich der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher in geeigneter Weise informiert werden. Hierzu ist den Patientinnen und Patienten insbesondere entsprechendes Informationsmaterial bereitzustellen. Der unmittelbare Zugang zur Patientenfürsprecherin oder zum Patientenfürsprecher muss gesichert sein.

(5) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die Patientinnen und Patienten in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern zu vermitteln. § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist, bleibt unberührt.

5. In § 5 Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist“ durch die Angabe „das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 9 des Gesetzes vom 12. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 143 geändert worden ist“ ersetzt.

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

6. § 10 wird wie folgt geändert:

§ 10
Nachweis freier Behandlungskapazitäten, Großeinsatzlagen und Katastrophen

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, den einheitlichen Leitstellen für den Brandschutz, die Hilfestellung, den Katastrophenschutz und den Rettungsdienst nach § 8 des Rettungsgesetzes NRW vom 24. November 1992 (GV. NRW. S. 458) in der jeweils geltenden Fassung die nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen gegliederten freien Versorgungskapazitäten sowie die Auslastung der jeweils verfügbaren Versorgungskapazitäten zu melden. Das Recht der Patientinnen und Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt für den Krankenhausbereich durch Rechtsverordnung

1. Näheres zu Meldungen nach Satz 1, insbesondere Rahmenschwellenwerte, Meldeberechtigungen, Inhalt, Form und Verfahren, Adressat und Meldeturnus dieser Meldungen sowie
2. weitere reguläre Meldepflichten und -wege, insbesondere die Meldung über den Intensivbettenbestand, der geeigneten personellen Kapazitäten für Intensivstationen sowie den Infektionsstatus von Patientinnen und Patienten zu regeln.

Die Rechtsverordnung nach Satz 3 Nummer 2 regelt mindestens Inhalt, Form und Verfahren, Adressat und Meldeturnus. § 8 des Rettungsgesetzes NRW bleibt unberührt.

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ebenso ermächtigt, durch

(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, an der Bewältigung von Großeinsatzlagen und Katastrophen mitzuwirken. Es stellt Einsatz- und Alarmpläne auf, stimmt sie mit der zuständigen Behörde ab und erprobt sie in angemessenen Abständen. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Meldearten und -wege bei außergewöhnlichen Ereignissen im Krankenhausbereich zu regeln.

Rechtsverordnung Näheres zum Inhalt der Alarm- und Einsatzpläne zu regeln.“	(3) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, Näheres zur Arzneimittelbevorratung, der Finanzierung, Art und Größe der für die Arzneimittelbevorratung geeigneten Krankenhäuser, den Umgang mit Arzneimitteln sowie die Zugriffsrechte des Einsatzpersonals bei Großeinsatzlagen und Katastrophen im Einvernehmen mit den für Innere Angelegenheiten und für Wissenschaft und Forschung zuständigen Ministerien durch Rechtsverordnung zu regeln. Im Rahmen der Planung zur Bewältigung von Großschadensereignissen unterstützen nach Satz 1 ausgewählte Krankenhäuser die zuständigen Behörden bei der Bevorratung mit Schutzausrüstung, Sanitätsmaterial und Arzneimitteln, indem sie von diesen beschaffte Bestände in den Versorgungskreislauf des Krankenhauses aufnehmen.
b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	
„(4) Im Falle einer epidemischen Lage oder eines anderen Ereignisses, infolge dessen aufgrund einer Vielzahl von verletzten oder erkrankten Personen die stationäre Versorgung der Bevölkerung regional oder landesweit akut gefährdet ist und ohne die die nachfolgend genannten Maßnahmen nicht sichergestellt werden können, kann das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Landtags abweichende Regelungen zu diesem Gesetz treffen über:	(4) Im Falle einer epidemischen Lage oder eines anderen Ereignisses, infolge dessen aufgrund einer Vielzahl von verletzten oder erkrankten Personen die stationäre Versorgung der Bevölkerung regional oder landesweit akut gefährdet ist und ohne die nachfolgend genannten Maßnahmen nicht sichergestellt werden kann, kann das für Gesundheit zuständige Ministerium durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Landtags Regelungen treffen über:
1. die Schaffung temporärer zusätzlicher Behandlungskapazitäten,	1. die Schaffung temporärer zusätzlicher Behandlungskapazitäten,
2. die Verschiebung elektiver Eingriffe,	2. die Verschiebung elektiver Eingriffe,
3. die verpflichtende Aufnahme und Versorgung von Patientinnen und Patienten	

nach Zuweisung durch eine zentrale Koordinierungsstelle,	
4. strukturelle Vorgaben zur Organisation von medizinischen Behandlungen,	3. strukturelle Vorgaben zur Organisation von medizinischen Behandlungen,
5. die Aussetzung regionaler Planungskonzepte nach § 14,	4. die Aussetzung regionaler Planungskonzepte nach § 14,
6. die Änderung des Versorgungsauftrags eines Krankenhauses gemäß § 16 Absatz 1 Satz 3 ohne Bindung an die Vorgaben und Verfahren nach den §§ 12 bis 16,	5. die Änderung des Versorgungsauftrags eines Krankenhauses gemäß § 16 Absatz 1 Satz 3 ohne Bindung an die Vorgaben und Verfahren nach den §§ 12 ff. und
7. die Übermittlung weiterer über die regulären Meldepflichten des Absatzes 1 hinausgehende Informationen sowie Inhalt, Form und Verfahren, soweit diese Informationen lagebild- und entscheidungsrelevant sind, und	
8. den Ausgleich von Erlösausfällen, die aus den Anordnungen nach den Nummern 1 bis 6 entstehen, soweit sich ein Ausgleich nicht aus Bundesrecht oder auf andere Weise ergibt.	6. den Ausgleich von Erlösausfällen, die aus den Anordnungen nach Nummer 1 bis 5 entstehen, soweit sich ein Ausgleich nicht aus Bundesrecht oder auf andere Weise ergibt.
Die in Satz 1 Nummer 1 bis 8 genannten Befugnisse können einzeln oder kumulativ in einer Rechtsverordnung geregelt werden. Die Rechtsverordnung ist auf zwei Monate zu befristen. Sie kann bei Fortbestehen der Feststellungsvoraussetzungen mit Zustimmung des Landtags um jeweils zwei Monate verlängert werden. Die Landesregierung legt dem Landtag eine Woche vor Ablauf der Befristung einen Bericht über die getroffenen Maßnahmen verbunden mit einer Lagebeurteilung vor. Die Entscheidungsfreiheit ärztlicher Tätigkeit in medizinischen Fragen gemäß der ärztlichen Berufsordnung bleibt unberührt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten auch für die Privatkrankenanstalten nach § 30 Absatz 1 Satz 1	Die in Satz 1 Nummer 1 bis 6 genannten Befugnisse können einzeln oder kumulativ in einer Rechtsverordnung geregelt werden. Die Rechtsverordnung ist auf zwei Monate zu befristen. Sie kann bei Fortbestehen der Feststellungsvoraussetzungen mit Zustimmung des Landtags um jeweils zwei Monate verlängert werden. Die Landesregierung legt dem Landtag eine Woche vor Ablauf der Befristung einen Bericht über die getroffenen Maßnahmen verbunden mit einer Lagebeurteilung vor. Die in der Rechtsverordnung getroffenen Regelungen gehen bestehenden Festlegungen nach diesem Gesetz vor. Die Entscheidungsfreiheit ärztlicher Tätigkeit in medizinischen Fragen gemäß der ärztlichen Berufsordnung bleibt unberührt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten auch für die Privatkrankenanstalten nach § 30 Absatz 1 Satz 1 der Gewerbeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 202), die zuletzt durch Artikel 11

der Gewerbeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 202), die zuletzt durch Artikel 59 des Gesetzes vom 18. Juni 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 183) geändert worden ist, sowie für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium ist im Einvernehmen mit dem für das Innere zuständige Ministerium zur Errichtung und Benennung einer zentralen Koordinierungsstelle nach Satz 1 Nummer 3 sowie zur Aufgabenübertragung auf diese ermächtigt.“

des Gesetzes vom 28. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 172) geändert worden ist, sowie für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 217) geändert worden ist.

§ 11
Rechtsaufsicht

(1) Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sowie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, unterliegen der Rechtsaufsicht.

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für die in Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden gesundheitsrechtlichen Vorschriften. Zu den gesundheitsrechtlichen Vorschriften im Sinne von Satz 1 zählen insbesondere:

1. der Vorrang für Notfallpatientinnen und -patienten gemäß § 2 Absatz 1 Satz 2 und 3,
2. das Entlassmanagement gemäß § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 8 Absatz 1 dieses Gesetzes,
3. Aufklärungs- und Informationspflichten gemäß den §§ 630 c bis 630 g des Bürgerlichen Gesetzbuches,

4. Patientensicherheit gemäß § 2 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 3 Absatz 1 und 2,
5. die Einhaltung der Vorgaben gemäß § 5,
6. die Sicherstellung der Krankenhaushygiene gemäß § 6,
7. die Sicherstellung der Transparenzvorgaben gemäß § 7,
8. die Bestellung von Transplantationsbeauftragten gemäß § 9 und die Einhaltung der Vorgaben des Transplantationsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206) in der jeweils geltenden Fassung,
9. die Mitwirkung an der Bewältigung von Großeinsatzlagen gemäß § 10 Absatz 2,
10. die Organisation des Krankenhauses gemäß § 31 und
11. die Einhaltung der weiteren Vorgaben nach den Abschnitten II bis IV.

(3) Die zuständige Aufsichtsbehörde ist bei konkreten Anhaltspunkten für einen Verstoß gegen gesundheitsrechtliche Vorschriften im Sinne von Absatz 2 Satz 1 oder gegen eine auf Grund dieser Vorschriften erlassenen Anordnung befugt, die anlassbezogen erforderlichen Maßnahmen zur Untersuchung zu ergreifen. Maßnahmen in diesem Sinne sind zum Beispiel die Begehung vor Ort, Akteneinsicht und die Einholung von Gutachten. Bei einem Verstoß gegen eine gesundheitsrechtliche Vorschrift ist die zuständige Aufsichtsbehörde befugt, die erforderlichen Maßnahmen zur Abhilfe des Verstoßes zu treffen. Zu den erforderlichen Maßnahmen gehört insbesondere die Erteilung von Auflagen und Rügen. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den von der zuständigen Aufsichtsbehörde beauftragten Personen Grundstücke, Räume, Anlagen und Einrichtungen zugänglich zu machen, auf Verlangen Bücher und sonstige Unterlagen vorzulegen, die Einsicht in diese zu gewähren und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Bei Gefahr im Verzug sind der Zutritt jederzeit zu gestatten und die notwendigen Prüfungen zu dulden. Die Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes), das allgemeine Persönlichkeitsrecht einschließlich

des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung (Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes), die Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) und das Grundrecht auf Eigentum (Artikel 14 Absatz 1 des Grundgesetzes) werden insoweit eingeschränkt. Die Vorschriften über den Infektionsschutz, die Aufsicht über die Gemeinden, Gemeindeverbände, Universitätskliniken sowie Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

(4) Ist im Rahmen der Maßnahmen nach Absatz 3 eine Einsicht in die Patientendokumentation erforderlich, soll vorab die Einwilligung der Patientin oder des Patienten eingeholt werden. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist auch ohne Einwilligung der Patientin oder des Patienten zu einer vollständigen Einsichtnahme in die Patientendokumentation befugt, sofern dies zur Abwehr einer Gefahr für Leben, Gesundheit oder Freiheit einer Patientin, eines Patienten oder einer oder eines Dritten unbedingt erforderlich ist und schützenswerte Interessen der Betroffenen im konkreten Einzelfall nicht überwiegen. Personenbezogene Daten, einschließlich solcher besonderer Kategorien, sollen soweit wie möglich unkenntlich gemacht werden. Sofern das Einverständnis der Patientin oder des Patienten in die Patientenakte vorab nicht eingeholt werden kann, ist die Patientin oder der Patient unverzüglich nachträglich über die erfolgte Einsichtnahme zu informieren. Die Bestimmungen zum Schutze der patientenbezogenen Daten bleiben im Übrigen unberührt.

7. In § 11 Absatz 4 Satz 4 wird die Angabe „in die Patientenakte“ gestrichen.

(5) Es sind

untere Aufsichtsbehörde
die kreisfreie Stadt und der Kreis,
obere Aufsichtsbehörde
die Bezirksregierung,
oberste Aufsichtsbehörde
das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium.

Für die Durchführung der Aufgaben nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 11 ist die Bezirksregierung als obere Aufsichtsbehörde zuständig.

(6) Die Aufsichtsbehörden können mit der Durchführung der ihnen obliegenden Aufgaben auch fachlich und persönlich geeignete Dritte beauftragen. Die Verantwortung der Aufsichtsbehörden bleibt dadurch unberührt. Bei zeitlich unabweisbaren Angelegenheiten, die eine Gefahr für wichtige Rechtsgüter befürchten lassen, kann die übergeordnet zuständige Behörde eigenständig tätig werden.

§ 12
Krankenhausplan

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf, überprüft ihn regelmäßig und schreibt ihn fort. Der jeweils aktuelle Krankenhausplan wird auf der Homepage des Ministeriums veröffentlicht. Der Krankenhausplan wird auch in maschinenlesbarer Form veröffentlicht.

8. § 12 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehenen Entwicklungen der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, qualitativ hochwertige, nachhaltige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus.“

(2) Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus. Er berücksichtigt die Versorgungsangebote benachbarter Länder, die Vielfalt der Krankenhausträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und besteht aus

1. den Rahmenvorgaben und
2. den regionalen Planungskonzepten.

Die Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt durch Änderung der Rahmenvorgaben und der regionalen Planungskonzepte. Die Änderungen nach Satz 2 Nr. 2 sind durch Bescheid nach § 16 festzustellen.

(3) Die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt auf der Grundlage von Leistungsbereichen und Leistungsgrup-

pen. Jedem Leistungsbereich werden eine oder mehrere Leistungsgruppen zugeordnet. Die Leistungsbereiche orientieren sich an den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Leistungsgruppen bilden konkrete medizinische Leistungen ab. Die Leistungsgruppen der „Allgemeinen Inneren Medizin“, der „Allgemeinen Chirurgie“ und der anderen allgemeinen Leistungsgruppen richten sich nach den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern. Spezifische Leistungsgruppen richten sich nach den Operationen- und Prozedurenschlüsseln nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der Weltgesundheitsorganisation oder anderen geeigneten Merkmalen. Grundsätzlich wird eine Leistungsgruppe nur einem Leistungsbereich zugeordnet. Einzelne Leistungsgruppen können mehreren Leistungsbereichen zugeordnet werden. Einzelne Leistungen können mehreren Leistungsgruppen beziehungsweise Leistungsbereichen zugeordnet werden. Den Leistungsgruppen werden qualitative Anforderungen zugeordnet. Die Versorgungskapazitäten werden durch quantitative oder qualitative Parameter bestimmt. Dies können auch Planbettenzahlen oder Behandlungsplatzzahlen sein. Die weitere Systematik der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen wird in den Rahmenvorgaben nach den § 12 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und § 13 geregelt.

(4) Die Universitätskliniken sowie die in § 3 Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser sind in die Krankenhausplanung einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. Die Festlegungen nach § 14 werden, soweit sie durch Bescheid nach § 16 festgestellt sind, Bestandteil des Krankenhausplans. Die Aufgaben aus Forschung und Lehre sind zu berücksichtigen.

(5) Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen.

Zudem soll die - auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende - Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung und Sicherung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen. Dies gilt auch für die Kooperation der Krankenhäuser mit der niedergelassenen Ärzteschaft, mit niedergelassenen approbierten Leistungserbringern im Bereich der Psychotherapie, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen.

9. § 14 wird wie folgt geändert:

§ 14
Regionale Planungskonzepte

a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Gesamtplanbettenzahlen oder Gesamtbehandlungsplatzzahlen“ durch die Angabe „Fallzahlen oder Belegtage“ ersetzt.

(1) Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 13 legt das zuständige Ministerium insbesondere die nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen differenzierten Versorgungskapazitäten abschließend fest, wobei die Festlegungen für die Universitätskliniken im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium erfolgen. Die Bestimmung erfolgt durch quantitative oder qualitative Parameter, dies können auch Gesamtplanbettenzahlen oder Gesamtbehandlungsplatzzahlen sein. Es entscheidet außerdem auf der Grundlage der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Ausweisung besonderer Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten. Hierzu erarbeiten die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen gemeinsam und gleichberechtigt ein regionales Planungskonzept. § 211a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für die Verbände der Krankenkassen entsprechend. Die kommunale Gesundheitskonferenz nach § 22 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen vom 10. Juni 2025 (GV. NRW. S. 530) in der jeweils geltenden Fassung kann eine Stellungnahme dazu abgeben.

(2) Zu den Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept können die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkas-

sen und die zuständige Behörde auffordern. Die Verhandlungen nach Satz 1 sind innerhalb von einem Monat nach Aufforderung einzuleiten. Die Aufnahme der Verhandlungen ist der zuständigen Behörde in Textform unverzüglich anzuzeigen. Die Verhandlungen sind spätestens sechs Monate nach ihrer Aufnahme abzuschließen. Ist dies nicht der Fall, geht die Verfahrensleitung unverzüglich und unmittelbar auf die zuständige Behörde über.

(3) Die regionalen Planungskonzepte sind der zuständigen Behörde vorzulegen. Dem Antrag auf Fortschreibung ist eine Dokumentation des Verhandlungsablaufs und der das Ergebnis tragenden Gründe beizufügen. Sind mehrere Betriebsstellen vorhanden, muss den Antragsunterlagen zu entnehmen sein, wie sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses nach dem Ergebnis der Verhandlungen auf die einzelnen Betriebsstellen verteilen soll. Die zuständige Behörde gibt die regionalen Planungskonzepte der unteren und der obersten Gesundheitsbehörde sowie den Beteiligten nach § 15 Absatz 1 zur Kenntnis. Bezüglich der Beteiligten nach § 15 Absatz 1 dürfen in diesem Rahmen durch die zuständige Behörde nur die folgenden Informationen mitgeteilt werden: Versorgungsgebiet, Krankenhaus und Betriebsstelle, Ort, in Zahlen die Versorgungskapazität im Soll, in Zahlen die Forderung des Krankenhauses sowie in Zahlen das Votum der Verbände der Krankenkassen. Das zuständige Ministerium prüft das regionale Planungskonzept rechtlich und inhaltlich. Ist die Schließung von Krankenhäusern oder die Aufgabe von Versorgungsaufträgen einzelner Leistungsbereiche oder Leistungsgruppen vorgesehen, gibt das zuständige Ministerium auch der betroffenen Gemeinde Gelegenheit zur Stellungnahme.

b) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Werden im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger Leistungsgruppen aufgegeben, Fallzahlreduzierungen oder Belegtagreduzierungen vorgenommen, muss der Änderung des Feststellungs-

(4) Die Beteiligten nach § 15 und die betroffenen Krankenhäuser werden zu dem Konzept nach Absatz 1 von dem zuständigen Ministerium gehört. Werden im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger nicht bettenführende Angebote aufgegeben oder Gesamtbettenreduzierungen vorgenommen, muss der Änderung des Feststellungsbescheides grundsätzlich kein Anhörungsverfahren vo-

bescheides grundsätzlich kein Anhörungsverfahren vorausgehen.“

rausgehen. Soweit regionale Planungskonzepte nicht vorgelegt werden, entscheidet das zuständige Ministerium von Amts wegen nach Anhörung der Beteiligten nach § 15 Abs. 1 und 2, wenn der Krankenhausplan fortgeschrieben werden soll. Absatz 3 Satz 7 gilt entsprechend.

c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Die zuständige Behörde kann im Benehmen mit den Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen im Einzelfall von dem Verfahren nach den Absätzen 1 bis 5 abweichen, wenn ein verkürztes Planungsverfahren den Zielen der Krankenhausplanung sachdienlich ist. Festlegungen für die Universitätskliniken können entsprechend Absatz 1 Satz 1 auch im verkürzten Planungsverfahren nur im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium erfolgen.“

d) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

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

§ 16
Feststellungen im Krankenhausplan

10. § 16 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

(1) Der Bescheid über die Aufnahme enthält mindestens

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses und seiner Betriebsstellen,
2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan, das Institutionskennzeichen sowie die Standortnummer,
4. das Versorgungsgebiet,
5. die Versorgungsregion für die psychiatrische Pflichtversorgung,
6. den Versorgungsauftrag nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen,

a) Die Nummern 7 und 8 werden durch die folgende Nummer 7 ersetzt:

„7. die je Leistungsgruppe durch die durchschnittliche jährliche Fallzahl, Belegtageanzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter angegebene Versorgungskapazität im Soll, in den Rahmenvorgaben nach § 12 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und § 13 wird je Leistungsgruppe eine Schwankungsbreite vorgesehen, in deren Rahmen die Krankenhäuser von der festgestellten Versorgungskapazität abweichen dürfen und“

7. die je Leistungsgruppe durch die durchschnittliche jährliche Fallzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter angegebene Versorgungskapazität im Ist und Soll, in den Rahmenvorgaben nach § 12 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und § 13 wird je Leistungsgruppe eine Schwankungsbreite vorgesehen, in deren Rahmen die Krankenhäuser von der festgestellten Versorgungskapazität abweichen dürfen,
8. nachrichtlich die durch die Planbettenzahl, Behandlungsplatzzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter festgestellte Versorgungskapazität im Ist und Soll und

b) Die bisherige Nummer 9 wird Nummer 8.

9. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Die den jeweiligen Leistungsgruppen zugehörigen Leistungen dürfen nur erbracht werden, wenn diese im Feststellungsbescheid zugewiesen wurden. Ist im Bescheid eine allgemeine Leistungsgruppe zugewiesen worden, darf das gesamte Leistungsspektrum des betreffenden Gebietes der Weiterbildungsordnung erbracht werden, soweit diese Leistungen nicht einer anderen Leistungsgruppe zugewiesen sind. Die Pflicht zur Versorgung in Notfällen bleibt unberührt. Gleiches gilt für Leistungen, die während einer Behandlung notwendig werden. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses gemäß § 8 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, kann dabei hinsichtlich einzelner Leistungsbereiche oder einzelner Leistungsgruppen eingeschränkt werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung gemäß § 8 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geboten ist.

(2) Wenn Krankenhausträger ohne Zustimmung der zuständigen Behörde von den Feststellungen nach Absatz 1 abweichen oder planwidrige Leistungen anbieten, kann das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.

(3) Der Versorgungsauftrag gemäß Absatz 1 Nummer 6 ist innerhalb von zwölf Monaten nach Bekanntgabe des Bescheides nach Absatz 1 Satz 1 umzusetzen. Sind für die Umsetzung Baumaßnahmen erforderlich, wird die Zeit für die Umsetzung der Baumaßnahme von der zuständigen Behörde im Einzelfall festgelegt und der Umsetzungszeitraum beginnt abweichend von Satz 1 erst mit Abschluss der Baumaßnahmen. Wird der Versorgungsauftrag nach Ablauf des jeweiligen Zeitraumes nicht oder nicht vollständig umgesetzt, kann die zuständige Behörde den Bescheid nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise aufheben. In begründeten Fällen kann die zuständige Behörde auf Antrag des Krankenhausträgers die in Satz 1 genannte Umsetzungsfrist verlängern.

(4) Die hinreichend konkrete Absicht zum Wechsel in der Trägerschaft des Krankenhauses ist der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen. Soweit der vollzogene Trägerwechsel nach Auffassung der Behörde nicht zu einer Gefährdung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses führen wird, erteilt die zuständige Behörde dem neuen Krankenhausträger einen neuen Bescheid nach Absatz 1, andernfalls stellt die Behörde durch Bescheid fest, dass das Krankenhaus durch den vollzogenen Trägerwechsel aus dem Krankenhausplan ausgeschieden ist. In der Zeit zwischen dem Trägerwechsel und der Entscheidung der Behörde darf das Krankenhaus die Versorgung im Umfang der Feststellung nach Absatz 1 auch unter dem neuen Träger fortsetzen, wenn nicht die Behörde aufgrund einer drohenden Gefährdung der Versorgung etwas Gegenteiliges anordnet.

(5) Rechtsbehelfe gegen einen Feststellungsbescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

11. § 21 wird wie folgt geändert:

§ 21
Verwendung der Pauschalmittel

a) Absatz 1 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Förderungsfähig sind die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Nachhaltigkeit, Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind. Mehrkosten für die Vorhaltung von Wahlleistungen sind nicht förderungsfähig; Einbettzimmer und Zweibettzimmer sind dem Grunde nach förderungsfähig, sofern sie nicht als Wahlleistung vorgehalten werden.“

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

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

(3) Die Pauschalmittel dürfen nicht eingesetzt werden:

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

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

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

werden, sofern bereits vor dem 1. April 2015 eine diesbezügliche Verwendung erfolgte.

b) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

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

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

(7) Die Pauschalmittel sind bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf jeweils einem besonderen Bankkonto für Fördermittel nach § 18 Absatz 1 Nummer 1 und 2 zinsgünstig anzulegen. Die Bezeichnung des jeweiligen Bankkontos ist so zu wählen, dass die Zuordnung der Mittel zu den jeweiligen Pauschalen für Dritte erkennbar ist. Zinserträge, Erträge aus Veräußerung und Versicherungsleistungen sind dem jeweiligen Bankkonto zuzuführen. Eine Vermischung der Pauschalmittel auf den jeweiligen Bankkonten mit dem übrigen Vermögen des Krankenhauses ist unzulässig. Im Falle einer Insolvenz des Krankenhausträgers unterliegen die Pauschalmittel auf den jeweiligen Bankkonten grundsätzlich der Aussonderung.

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

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

bezeichnet sein. Die Testate sind der zuständigen Behörde jeweils bis zum Ende des auf

den Prüfungszeitraum folgenden Kalenderjahres vorzulegen. Die zuständige Behörde ist berechtigt, die den Testaten zugrunde liegenden Angaben bei Nichterteilung oder eingeschränkter Erteilung des Testats zu überprüfen. Der Krankenhausträger hat Einsicht in die dazu erforderlichen Unterlagen zu gewähren.

(9) Die Pauschalmittel dürfen nur für die ihnen jeweils zugewiesene Zweckbestimmung nach § 18 Abs. 1 verwendet werden. Davon abweichend dürfen die Krankenhäuser die für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter gewährte Pauschale bis zu 50 vom Hundert der Jahrespauschale für Zwecke nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 einsetzen.

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

§ 29
Wirtschaftliche Betriebsführung

12. § 29 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

§ 30
Abschlussprüfung

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

13. § 30 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Prüfung des Jahresabschlusses erstreckt sich insbesondere auf die zweckentsprechende, nachhaltige, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 18 Absatz 1.“

(2) Die Prüfung des Jahresabschlusses erstreckt sich insbesondere auf die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 18 Abs. 1. Sind nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung Einwendungen zu erheben, ist die Bestätigung einzuschränken oder zu versagen. Soweit die Bestätigung versagt oder eingeschränkt erteilt wird, ist der Abschlussbericht der zuständigen Behörde vorzulegen.

14. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„**§ 36**
Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Trägerschaft bundesunmittelbarer Körperschaften“.

§ 36
Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken

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

(2) Auf nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser finden nur § 2 Abs. 1 Satz 2, § 6 einschließlich der auf § 6 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung, § 8 Abs. 1 hinsichtlich der Mitwirkung im Rettungsdienst, § 10 Abs. 1, § 11, § 31a sowie § 34c Anwendung.

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

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

b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Auf Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, deren Träger bundesunmittelbare Körperschaften gemäß Artikel 87 Absatz 2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland sind, findet § 11 keine Anwendung.“

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

Artikel 2

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündigung in Kraft.

Begründung

A Allgemeiner Teil

Das Krankenhausgestaltungsgesetz wird mit Blick auf eine resiliente sowie zukunftsfähige Krankenhauslandschaft geändert. Zum einen erfolgt eine Änderung in Folge der am 1. April 2025 in Kraft getretenen Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen.

Zum anderen besteht derzeit die Problematik, dass das für Gesundheit zuständige Ministerium zwar nach dem Vorbild des IfSchG NRW zur Steuerung der stationären Versorgungsangebote in Krisenzeiten ermächtigt ist, aber nicht zur Steuerung der durch die dort genannten Ereignisse aufkommenden Patientenströme. Vielmehr erschöpft sich die Regelungsbefugnis in der alleinigen Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen. In der Coronapandemie wurden dazu eigens die Koordinierung sowie Verlegung von Coronapatientinnen und -patienten auf den SPoC.NRW per Erlass übertragen. Als zentraler Ansprechpartner sowie als zentrale Koordinierungsstelle hat sich dieses Konzept als äußerst praxistauglich erwiesen.

Mit steigender Vulnerabilität der Krankenhäuser können diese zunehmend Ereignissen ausgesetzt sein, die von einer auf die andere Sekunde die Funktionalität des Krankenhausbetriebs erheblich stören oder schlimmstenfalls vollständig zum Erliegen bringen können. Zudem können Ereignisse mit einer Vielzahl von Verletzen oder Erkrankten dazu führen, dass die Anzahl dieser Patientinnen und Patienten die Behandlungskapazitäten übersteigt. Die Bewältigung solcher Gefahren- und Schadenslagen ist nur mit einer guten Vorbereitung, u.a. einem guten Krankenhausalarm- und -einsatzplan möglich.

B Besonderer Teil

Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1:
Buchstabe a:
Die Überschrift des neuen § 1a „Sicherstellungsverpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte“ wird in die Inhaltsübersicht aufgenommen.

Buchstabe b:
Es wird die Überschrift des § 36 in der Inhaltsübersicht geändert.

Zu Nummer 2:
Buchstabe a:
Die bisherige Regelung zum Sicherstellungsauftrag von Gemeinden und Gemeindeverbänden wird an dieser Stelle gestrichen und inhaltlich in den neuen § 1a KHGG überführt.

Buchstabe b:
Doppelbuchstabe aa:
Es erfolgt eine terminologische Anpassung an die Vorgaben der neuen Krankenhausplanung.

Doppelbuchstabe bb:
Die neue Krankenhausplanung und die damit einhergehende Konzentration von Leistungsgruppen hat zur Folge, dass eine vollumfängliche Weiterbildung von Fachärztinnen und Fach-

ärzten entsprechend den Vorgaben der Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe an deutlich weniger Standorten als bisher erfolgen kann. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung müssen damit in Zukunft verstärkt organisatorische Hürden überwinden, um die nach der Weiterbildungsordnung erforderlichen Kompetenzen vollständig zu erwerben. Um sicherzustellen, dass alle Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten eine vollumfängliche und zügige Weiterbildung absolvieren können, wird die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Weiterbildung ausgeweitet. Krankenhäuser ohne vollumfängliche Weiterbildungsmöglichkeit sollen im Bedarfsfall Kooperationen schließen, um ein umfassendes Weiterbildungsangebot entlang des ihnen zugewiesenen Versorgungsauftrags anbieten zu können. Im Gegenzug dazu werden die Krankenhäuser, die aufgrund ihrer Leistungsgruppenzuweisung und Fallzahlhöhe eine umfassende Weiterbildung ermöglichen können, zur Kooperation mit diesen Häusern verpflichtet. Dies ist erforderlich, da bestimmte Kompetenzen ausschließlich in diesen Krankenhäusern erlernt werden können. Einige Praxisbeispiele zeigen, dass solche Kooperationen bereits heute erfolgreich umgesetzt werden konnten. Insbesondere in Regionen mit einer geringeren Krankenhausdichte besteht jedoch der Bedarf, die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern verlässlich auszubauen und zu verstetigen. Die Verpflichtung zur Kooperation stärkt die Attraktivität der Weiterbildung und erhöht die Planungssicherheit für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Eine funktionierende Weiterbildung sichert langfristig die medizinische Versorgung, auch in kleineren Krankenhäusern und ländlichen Regionen.

Die gesetzliche Verpflichtung dient dem öffentlichen Interesse an einer flächendeckenden und nachhaltigen Gewinnung von Fachärztinnen und Fachärzten für eine bedarfsdeckende ambulante und stationäre Versorgung. Den Krankenhäusern verbleibt hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung ihrer Kooperationen ein angemessener Gestaltungsspielraum. Der Landesausschuss für Krankenhausplanung soll im Hinblick auf die konkrete Umsetzung von Kooperationen Empfehlungen erarbeiten und somit zu einer Etablierung transparenter, rechtssicherer und verlässlicher Rahmenbedingungen für alle Beteiligten beitragen.

Zu Nummer 3:
Mit dem neuen § 1 a wird die Regelung des bisherigen § 1 Absatz 3 Satz in einen eigenen Paragrafen überführt und konkretisiert. Gemäß Absatz 1 sind nunmehr nur noch Kreise und kreisfreie Städte verpflichtet, im Falle der Schließung eines bedarfsnotwendigen Krankenhauses die Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu versorgen. Die Norm soll – dem „ultima ratio“-Gedanken folgend – dann zur Anwendung kommen, wenn keine andere Möglichkeit mehr gegeben ist, die Bevölkerung in dem betroffenen Planungsgebiet den Vorgaben des Krankenhausplans entsprechend zu versorgen. Die Konkretisierung der Verpflichtung auf Kreise und kreisfreie Städte wird entgegen dem bisherigen Adressatenkreis sicherstellen, dass nur noch Gebietskörperschaften mit entsprechender Verwaltungs- und Finanzkraft zur Sicherstellung der bedarfsnotwenigen Versorgung herangezogen werden können. Kreisangehörige Städte und Gemeinden sind daher nunmehr von der Sicherstellungsverpflichtung ausgenommen, hätten aufgrund des Vorbehalts der Finanzkraft in der jüngeren Vergangenheit jedoch bereits weit überwiegend nicht zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung herangezogen werden können. Etwaige, im Vorfeld der Anwendung des § 1a durch kreisangehörige Gemeinden übernommene, Verpflichtungen bleiben unberührt. Kreisangehörige Gemeinden sind dadurch auch nicht gehindert, etwaige Trägerschaften von oder Beteiligungen an Krankenhäusern fortzuführen oder neu einzugehen.

Die Regelung eröffnet – wie in der Vergangenheit – ungeachtet vorausgehender Maßnahmen zur Aufrechterhaltung laufender Betriebe die Möglichkeit, der Sicherstellungsverpflichtung beispielsweise durch die Fortführung des vom bisherigen Träger geschlossenen Krankenhauses oder durch die Errichtung eines neuen Krankenhauses, nun aber zusätzlich auch durch andere geeignete Maßnahmen nachkommen zu können. Ausdrücklich festgehalten wird unter Konkretisierung der bisherigen Vorschrift des § 1 Absatz 3 KHGG a. F., dass sich im Falle der Schließung eines bedarfsnotwendigen Krankenhauses der Sicherstellungsauftrag nur auf die laut Krankenhausplan zur Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhausleistungen (Leistungsbereiche und Leistungsgruppen) erstreckt. Der Krankenhausplan benennt diesbezüglich die wohnortnahe Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit (mindestens) einem grundlegenden internistischen und chirurgischen Versorgungsauftrag (Grundversorgung) als zentrales Element. Ebenso kommt der Erreichbarkeit von Geburtskliniken und Kinderkliniken ein besonderer Stellenwert zu. Für alle weiteren Leistungsgruppen wird das Ziel einer angemessen erreichbaren Krankenhausversorgung durch die Festlegung der Planungsebene verwirklicht. Jede Leistungsgruppe wird entweder der Planungsebene Kreis, Versorgungsgebiet, Regierungsbezirk, Landesteil oder Land zugeordnet. Planungsziel ist die Vorhaltung mindestens eines Versorgungsangebotes auf der jeweils zugeordneten Planungsebene.

Absatz 2 definiert den Begriff der Bedarfsnotwendigkeit und legt fest, dass die Feststellung der Bedarfsnotwendigkeit durch das für Gesundheit und damit für Krankenhausplanung zuständige Ministerium erfolgt. Die Bedarfsnotwendigkeit eines Krankenhauses wird dort im konkreten Einzelfall, das heißt aus Anlass der Schließung eines vorhandenen Krankenhauses, anhand der Vorgaben des Krankenhausplans unter Berücksichtigung der tatsächlichen lokalen (Versorgungs-)Gegebenheiten und (Versorgungs-)Besonderheiten ermittelt. Zugrunde gelegt werden diesbezüglich insbesondere die krankenhausplanerischen Vorhaltevorgaben. Von Bedeutung sind die Erreichbarkeitsgrenzen für die internistische und chirurgische Grundversorgung (für 90% der Bevölkerung eines Landesteils innerhalb von 20 PKW-Fahrzeit-Minuten) sowie für die Geburtshilfe und die allgemeine Kinder- und Jugendmedizin (Erreichbarkeit innerhalb von 40 PKW-Fahrzeit-Minuten). Ergänzt werden diese Vorgaben durch den Verweis im Krankenhausplan auf weitere Maßstäbe, die in § 3 der Sicherstellungszuschläge-Regelungen des Gemeinsamen Bundesauschusses niedergelegt sind.

Zur Verpflichtung eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt, im konkreten Anwendungsfall der Norm nunmehr den Sicherstellungsauftrag auszufüllen, ist gemäß Absatz 3 aufgrund der Betroffenheit einer kommunalen Angelegenheit die Herstellung des Einvernehmens mit dem für Kommunales zuständigen Ministeriums erforderlich.

In Absatz 4 wird klargestellt, der Anwendungsbereich der Norm auf die konkrete Versorgungseinheit vor Ort bezogen ist und es unerheblich ist, ob es sich bei dem bisherigen Versorger um ein Krankenhaus oder die Betriebsstelle eines solchen handelt.

Zu Nummer 4:
Buchstabe a:
Mit dieser Regelung erfolgt eine Klarstellung im Hinblick auf die Abgrenzung der Ersteinschätzung im Sinne einer Triagierung und somit Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung von der nachfolgenden Einschätzung der Erforderlichkeit einer stationären Behandlung, der eine (Leit-)Diagnosestellung zugrunde liegt. Diese Diagnosestellung ist ärztlich zu verantworten.

Buchstabe b:
Zuweisungen der Pflichtversorgungsgebiete erfolgen im Rahmen der Krankenhausplanung mittels Feststellungsbescheid nach § 16 durch die zuständigen Behörden. Dort erfolgt auch die Ausführung etwaiger Ausnahmeregelungen. Die zuständige Behörde ist daher de facto bereits die bescheidende Behörde. Die Änderung setzt dieses Vorgehen um. Die zuständige Behörde hat vor Erteilung einer Ausnahme das Einvernehmen mit dem für Gesundheit zuständigen Ministerium herzustellen.

Zu Nummer 5:
Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 6:
Buchstabe a:
Mit dieser Änderung wird dem für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium erstmalig die Möglichkeit eingeräumt im Wege der Rechtsverordnung inhaltliche und folglich einheitliche Regelungen zur Krankenhausalarm- und -einsatzplanung zu treffen. Im Falle eines überregionalen Schadensereignisses muss sichergestellt sein, dass die Krankenhausalarm- und -einsatzpläne der betroffenen Krankenhäuser einheitliche Vorgaben machen, um eine möglichst schnelle sowie effiziente Alarmierung und Bewältigung der Schadenslage zu ermöglichen.

Buchstabe b:
Mit der Möglichkeit der verpflichtenden Aufnahme sowie Versorgung von Patientinnen und Patienten nach Zuweisung durch eine zentrale Koordinierungsstelle wird mit Blick auf die zurückliegende COVID 19-Pandemie sowie zur Resilienzsteigerung der Krankenhäuser bei einer außergewöhnlichen Schadenslage dem Umstand Rechnung getragen, dass eine regionale Überlastung der Krankenhäuser vermieden werden muss. Dies gewährleistet auch bei außergewöhnlichen Ereignissen eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau. Zudem haben die Krankenhäuser aufgrund eines nach den jeweiligen Umständen noch zu regelnden Verteilungsschlüssels mehr Planungssicherheit, wie viele Patientinnen und Patienten versorgt werden müssen. Da die Rechtsverordnung nach § 10 Absatz 4 bereits in seiner ursprünglichen Fassung auch einen finanziellen Ausgleich vorgesehen hat, ist auch die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser sichergestellt. Mit Blick auf die zurückliegende COVID 19-Pandemie sowie unter Berücksichtigung der geänderten sicherheitspolitischen Lage wird § 10 Absatz 4 dahingehend erweitert, dass auch Regelungen zur Übermittlung weiterer Informationen, wie z.B. eine vorhandene Notstromversorgung, die Zugehörigkeit zum Traumanetzwerk bzw. die Zertifizierung als Traumanetzwerk durch die Krankenhäuser zu übermitteln sind. Die entsprechenden Vorkehrungen im Informationssystem Gefahrenabwehr NRW (IG NRW) werden seitens des zuständigen Ministeriums zeitnahe mit dem für IG NRW verantwortlichen Ressort zeitnahe umgesetzt werden.

Zudem erfolgt eine Ergänzung, die aufgrund der neuen Nummer 3 eingefügt wird. Mit dieser Ermächtigungsgrundlage ist es dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium im Einvernehmen mit dem für das Innere zuständige Ministerium möglich, eine zentrale Koordinierungsstelle zur Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu errichten oder zu benennen und dieser die entsprechenden Aufgaben zu übertragen. Im Rahmen der COVID 19- Pandemie sowie in der Zeit seit Beginn des russischen Angriffskriegs wurde die Aufgabe der Koordinierung der Verlegung der Patientinnen und Patienten über den sogenannten Kleeblattmechanismus der Stadt Köln als Single Point of Contact übertragen.

Zu Nummer 7:
Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 8:
Mit der neuen Krankenhausplanung wurde nicht nur die stationäre Versorgungsstruktur des Landes Nordrhein-Westfalen qualitativ hochwertig, bedarfsgerecht und flächendeckend gestärkt, sondern zugleich auch eine langfristige, zukunftsfähige sowie ressourcenschonende Krankenhauslandschaft gestaltet, die Doppelstrukturen abbaut und stationäre Versorgung konzentriert. Damit wird auch dem Aspekt der Nachhaltigkeit Rechnung getragen.

Zu Nummer 9:
Buchstabe a:
Es erfolgt eine Anpassung an die Grundsätze der neuen Krankenhausplanung durch die Einführung der Begriffe „Fallzahlen“ und „Belegtage“.

Buchstabe b:
Es erfolgt eine terminologische Anpassung aufgrund der geänderten Planungssystematik.

Buchstabe c:
Die Einführung eines verkürzten Planungsverfahrens soll zügige Planungsentscheidungen in einfach gelagerten Fällen ermöglichen und bürokratischen Aufwand minimieren. Die zuständige Behörde prüft nach eigenem Ermessen, ob die Verkürzung des Planungsverfahrens im jeweiligen Einzelfall sachgerecht ist und zur Anwendung kommen soll. Vor der Entscheidung über die Durchführung eines verkürzten Planungsverfahrens beteiligt die Planungsbehörde die vom jeweiligen Planungsverfahren betroffenen Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen. Betrifft das Planungsverfahren Universitätskliniken, erfolgt die Verkürzung weiterhin im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium, um die Belange von Forschung und Lehre ausreichend sicherzustellen.

Buchstabe d: Folgeänderung.

Zu Nummer 10:
Buchstabe a: Redaktionelle Änderung aufgrund der geänderten Planungssystematik.

Buchstabe b: Die verpflichtende nachrichtliche Ausweisung ist nach der geänderten Planungssystematik nicht mehr relevant und kann daher entfallen.

Buchstabe c: Folgeänderung.

Zu Nummer 11:
Buchstabe a:
Mit dem Aspekt der Nachhaltigkeit wird der mit der Krankenhausplanung angestoßene Prozess zur langfristigen und zukunftsfähigen Gestaltung der Krankenhauslandschaft auch hinsichtlich der Investitionskostenförderung sowie die mit dem durch das das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) bewirkten bundesseitigen Rechtsänderungen Rechnung getragen. Der Aspekt der Nachhaltigkeit ist gleichrangig mit den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit bei der Verwendung der Fördermittel zu beachten. Die nachhaltige Nutzung der Fördermittel erstreckt sich dabei auf einen schonenden Umgang mit den vorhandenen Ressourcen über die Auswahl entsprechender Materialien sowie Anlagegüter hinsichtlich der Klimabilanz und der Wirkung auf das Raumklima sowie der Steigerung der Energieeffizienz und weitere technische Anpassungen. Eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung der Patientinnen und Patienten ist ebenfalls zu berücksichtigen. Die Formulierung entspricht den Vorgaben von § 9 Abs. 5 KHG und ist entsprechend der gleichen Maßstäbe auszulegen.

Buchstabe b: Die Aufnahme der Regelung in § 21 Absatz 1 Satz 2 erfolgt lediglich zur Klarstellung. Mehrkosten für die Vorhaltung von Wahlleistungen sind bereits deshalb nicht förderungsfähig, da diese das Maß der ausreichenden und medizinisch zweckmäßigen Versorgung übersteigen. Nicht förderungsfähig ist die Errichtung von Ein- und Zweibettzimmern, sofern sie der Vorhaltung von Wahlleistungen dient. Dagegen können Ein- und Zweibettzimmer grundsätzlich gefördert werden, sofern Hintergrund der Errichtung etwa die medizinische Notwendigkeit oder der allgemein gestiegene Versorgungsstandard ist.

Buchstabe c:
Für einen verantwortungsvollen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen wird auch bei der Finanzierung von Entgelten für die Nutzung von Anlagegütern der Aspekt der Nachhaltigkeit ergänzt.

Zu Nummer 12:
Neben einer wirtschaftlichen eigenständigen Betriebsführung ist auch die Nachhaltigkeit in der Betriebsführung ein zentraler Aspekt, um ein Krankenhaus langfristig sowie zukunftsfähig aufzustellen und die Krisenresilienz auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Klimaerwärmung zu gewährleisten.

Zu Nummer 13:
Folgeänderung aus der Ziffer 12.

Zu Nummer 14:
Klarstellung, dass keine Rechtsaufsicht über Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 107 SGB V ausgeübt wird, deren Träger bundesunmittelbare Körperschaften gemäß Artikel 87 Absatz 2 des Grundgesetzes sind.

Zu Artikel 2
Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.