

ARCHIV  
des Landtages Nordrhein-Westfalen

LEIHEXEMPLAR

CDU-Fraktion

Stand: 1. Oktober 1987

Änderungsanträge zum Landeskrankenhausgesetz



Stand: 1. Oktober 1987

CDU-Fraktion

Änderungsanträge zum Landeskrankenhausgesetz

10/1203

S.2

## 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.

## zu § 1

Abs. 1 erhält folgende Fassung:

(1) Ziel des Gesetzes ist es, entsprechend den §§ 1 und 4 KHG die Krankenhausversorgung der Bevölkerung mit einem bedarfsgerechten System einander ergänzender, miteinander kooperierender, leistungs- und entwicklungsfähiger Krankenhäuser sicherzustellen und die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere den niedergelassenen Ärzten, zu fördern, sowie zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

(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.

Abs. 2 erhält folgende Fassung:

(2) Die Krankenhausversorgung in Krankenhäusern sicherzustellen, ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. Gemeinden und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit.

(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.

In Abs. 3 werden die Sätze 1 und 2 durch den folgenden Satz 1 ersetzt:  
Krankenhäuser sind in der Regel freie gemeinnützige, kommunale, private Träger und das Land.



E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

§ 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.

zu § 4

In Abs. 1 werden die Worte "soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist" gestrichen.

In Abs. 2 werden die Worte "in Abstimmung mit der Schulbehörde" gestrichen.

zu § 5

Die Vorschrift erhält folgende Fassung:

§ 5 Patientenrechte

Dem Patienten soll vom Krankenhausträger die Möglichkeit gegeben werden, Beschwerden bei einer unabhängigen Stelle einzureichen.

Das Krankenhaus soll allgemein verpflichtet werden, im Rahmen seiner Möglichkeiten eine Begleitperson aufzunehmen. Die Kostenübernahme richtet sich nach der Bundespflegesatzverordnung.

Da die Schulbehörde unmittelbar zuständig ist, ist der gestrichene Text überflüssig.

zu § 6

§ 6 Sozialer Dienst

(1) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen.

Die Überschrift erhält folgende Fassung:

"§ 6 Patientenseelsorge und sozialer Dienst"

Abs. 1 wird wie folgt ergänzt: "Die Patienten haben das Recht auf seelsorgerische Betreuung im Krankenhaus. Sozialer Dienst und Krankenhausseelsorge werden auf Wunsch des Patienten tätig."

(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.

Abs. 2 erhält folgende Fassung:

(2) Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, ihn in sozialen Fragen zu beraten, bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und Hilfen, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, zu vermitteln.

§ 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.

§ 7 erhält folgende Fassung:

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, auf ärztlich medizinischem Gebiet interne qualitätssichernde Maßnahmen als Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen durchzuführen.

(2) Sofern es sich um externe qualitätssichernde Maßnahmen auf ärztlich-medizinischem Gebiet handelt, soll das Krankenhaus von der Ärztekammer, den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Landesaus-schuß des Verbandes der privaten Krankenversicherungen unterstützt werden. Zwischen den Beteiligten sind Vereinbarungen zu treffen, die auch die Finanzierung der entstehenden Kosten einschließen.

§ 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.

zu § 10

Abs. 1 erhält folgende Fassung:

(1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, dem Rettungsdienst, den Katastrophenschutzbehörden und den Krankenkassen verpflichtet. Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern sind zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zulässig.

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e      B e g r ü n d u n g

(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 persönlichen und sachlichen Mitwirkung im Rettungsdienst und zur Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, dem öffentlichen Gesund-

In Abs. 2 wird der Eingangshalbsatz wie folgt gefaßt:  
"Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander soll sich insbesondere erstrecken auf"

Abs. 3 entfällt

Abs. 4 entfällt

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 Krankbettennachweis 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 – KHG – in der Fassung der Finanzierungsgesetzes – 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.

zu §12

Die Überschrift lautet: "Rechtsaufsicht"

Klarstellung

In Abs. 1 wird das Wort "Aufsicht" durch das Wort "Rechtsaufsicht" ersetzt.

E n t w u r f

(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. Insofern 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.

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

In Abs. 3 wird folgender Satz 2 eingefügt: Klarstellung

"Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten."

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, Versorgungsobjekten 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.

zu § 13

Abs. 1 erhält folgende Fassung:

(1) Der zuständige Minister stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn alle 2 Jahre fort. Der zuständige Landtagsausschuß ist bei der Aufstellung und Fortschreibung anzuhören.

Abs. 2 erhält folgende Fassung:

(2) Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen

1. Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Abteilungen mit der Bettenzahl, Versorgungsgebieten und kreisfreien Städten und Kreisen,

2. Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG,

3. medizinisch-technische Großgeräte gemäß § 10 KHG

aus. Einzelfestlegungen können inhaltlich und zeitlich beschränkt werden, soweit dies zur Anpassung der gegenwärtigen Leistungsangebote an die Bedarfsentwicklung geboten ist. Die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nr. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind einzubeziehen, soweit die der allgemeinen Versorgung dienen; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen.

Straffung der Vorschrift

Straffung und Verdeutlichung

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

(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 Krankenhaussträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG.

Abs. 3 wird wie folgt geändert:

(3) In den Versorgungsgebieten ist eine abgestufte Krankenhausversorgung zu gewährleisten, soweit dies zur bedarfsgerechten Krankenhausversorgung notwendig ist. Die Erhaltung eines ortsnahen Angebotes der Grundversorgung ist zu gewährleisten. Die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete sind zu berücksichtigen; dies gilt auch hinsichtlich der Vielfalt der Krankenhaussträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG. Bei der Krankenhausplanung ist der Bereich der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Dienste, insbesondere auf dem Gebiet der Heimpflege und der Bereich der Rehabilitation in die Planungsüberlegungen einzubeziehen.

(4) Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung können Krankenhäuser 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.

Die Abs. 4 und 5 werden zu folgendem Abs. 4 zusammengefaßt:

(4) Krankenhäusern können im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger besondere Aufgaben zugeordnet werden. Bei Aufgaben der Ausbildung muß die Finanzierung gewährleistet sein.

§ 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.

zu §14

Abs. 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

Dem Landesausschuß gehören an (unmittelbar Beteiligte):

1. fünf von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
2. sechs von den Landesverbänden der Krankenkassen
3. drei von den kommunalen Spitzenverbänden benannte Mitglieder,
4. ein von der katholischen und ein von den evangelischen Landeskirchen
5. ein vom Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung,
6. soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind, je ein von den beiden Landschaftsverbänden benanntes Mitglied.

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

(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.

Abs. 4 Satz 1 erhält folgende Fassung:

Beteiligte an der Krankenhausversorgung sind neben den unmittelbar Beteiligten

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 Kassenärztlichen Vereinigungen
8. die Dienstnehmervertretung der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes aus Nordrhein-Westfalen
9. der Rheinisch-Westfälische Verband der im evangelisch kirchlichen Dienst stehenden Mitarbeiter (RWV)

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e      B e g r ü n d u n g

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 Krankenhäusern 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      zu §15

(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 Förderungs-fähigen 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.

In Abs. 1 wird folgende Nr. 10 eingefügt:

10. Inhaltliche und zeitliche Beschränkungen (§13 Abs. 2, Satz 2) und die dafür maßgebenden Gründe.

In Abs. 2 Satz 1 wird die Nr. 9 durch 10 ersetzt.

In Abs. 3 werden in Satz 1 die Worte "oder in einzelnen Abteilungen" gestrichen.

Abschnitt III

Krankenhausförderung

§ 16 Förderungsgrundsätze, Art der Förderung zu §16

(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 Krankenhausbau stellt der für das Gesundheitswesen zuständige Minister 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.

Abs. 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:  
"Krankenhäuser werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts auf Antrag öffentlich gefördert."

Abs. 2 und Abs. 3 werden gestrichen

Bei der Investitionsförderung handelt es sich nicht um Zuschüsse.

zu §17

Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 werden wie folgt gefasst:

Zur Förderung des Krankenhausbau stellt der zuständige Minister auf der Grundlage des Krankenhausplanes ein zweijähriges Investitionsprogramm gemäß §§ 6 und 8 KHG auf. Darin wird die vorgesehene Verwendung der Fördermittel für Maßnahmen nach §18 Abs. 1 Nr. 1 dargestellt.

Ein zweijähriges Investitionsprogramm erleichtert die Planung und Vorbereitung von Baumaßnahmen bei den Krankenhausträgern und gewährleistet einen zügigen Abfluß der Haushaltsmittel.

§ 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 Aufgabenstellung 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.

zu § 18

In Abs. 1 wird folgende Ziffer 4 eingefügt:

4. Notwendige Investitionen zur Bekämpfung von Krankenhausinfektionen nach § 8,

In § 18 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte "im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel" gestrichen.

Auf die Förderung von Investitionskosten besteht ein Rechtsanspruch. Die Einschränkung ist deshalb rechtswidrig.

## E n t w u r f

### § 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.

## Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

zu §19

Abs. 1 erhält folgende Fassung:

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

Abs. 2 wird gestrichen

Abs. 3 wird Abs. 2

Ziffer 1 wird wie folgt geändert:

1. bis zum Baubeginn ausgezahlt, aber noch nicht anteilig zweckentsprechend verwendet worden sind oder nachweislich für andere Vorhaben benötigt werden.

Die Verpflichtung, vorhandene Mittel zu verwenden, kann nur insoweit erfolgen, als sie anteilig der geförderten Maßnahmen zuzurechnen sind.

## B e g r ü n d u n g

Klarstellung von Förderungsgrundsätzen.

zu §20

In der Überschrift wird das Wort "Zuschußformen" gestrichen.

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

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

Satz 7 wird gestrichen.

(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 unter-



E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

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	2750 DM
zweiten Anforderungsstufe	3200 DM
dritten Anforderungsstufe	4100 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 1375 DM. Werden Planbetten anderer Fachbereiche vorgehalten, betragen die Fördermittel für diese Planbetten 2750 DM.

In §21 Abs. 4 Satz 1 werden die Worte

"in den von Ärzten des Krankenhauses hauptamtlich geleiteten Abteilungen sowie" gestrichen.

Gleichstellung der Belegabteilung

Abs. 4 Satz 2 wird wie folgt geändert:  
"Für die Betten in anderen Abteilungen beträgt der Bettenpunktwert eins."

Abs. 5 Satz 2 wird Abs. 7. Die Worte "Satz 1" werden durch die Worte "den Absätzen 5 und 6", das Wort "anderer" durch das Wort "besonderer" ersetzt. Ferner wird folgendes Satz 3 angefügt:  
"Dies gilt für die Ausbildungsstätten nach §2 Nr. 1 a KHG entsprechend."

Eine Ausnahmemöglichkeit ist auch für psychiatrische Sonderkrankenhäuser erforderlich.

(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,

Folgender Abs. 8 wird eingefügt:

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

Abs. 8 wird Abs. 9 und erhält folgende Fassung:

(9) Der zuständige Minister hat durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2, die Förderbeträge nach Absatz 5 und 6 in Abständen von 2 Jahren der Preisentwicklung und die Bettenpunkte nach Abs. 4 der durchschnittlichen Entwicklung der Wiederbeschaffungskosten anzupassen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind.

In § 22 Satz 1 wird "§ 21 Abs. 5 Satz 2" durch "§ 21 Abs. 7" ersetzt.

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.

In § 24 werden in der Überschrift die Worte "sowie Grundstückskosten" gestrichen.

§ 24 erhält folgende Fassung:

Anlauf- und Umstellungskosten (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG) sind nur förderungsfähig, wenn sie mit einer nach § 18 geförderten Investition in Zusammenhang stehen und die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes deswegen gefährdet wäre, weil dem Krankenhaussträger die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten ist. Der Förderungsantrag ist spätestens mit dem Antrag nach § 18 anzukündigen.

(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. Länderdarlehen für förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt.

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

§ 26 Ausgleich für Eigenmittel

- (1) Werden in einem Krankenhaus bei Beginn der erstmaligen Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder diesem Gesetz förderungsfähige Investitionen genutzt, die nachweislich mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft wurden und deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so wird dem Krankenhausträger nach Feststellung des Ausscheidens des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung gewährt, sofern der Krankenhausbetrieb eingestellt ist und das Krankenhaus nicht weiterhin für Krankenzwecke genutzt wird. Eigenmittel im Sinne des Satzes 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers.
- (2) Der Berechnung des Ausgleichsbetrages sind die Buchwerte bei Beginn der Förderung und die hierauf beruhenden Abschreibungen zugrunde zulegen.
- (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

zu §27                      Abs. 1 entfällt

- (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 ausgeschlossen sind oder ausgeschlossen, 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 forderungsfähige 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 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 verweigert werden.

Abs. 2 wird Abs. 1

In Satz 1 sind die Worte "ausgeschlossen sind oder" zu streichen.

Folgende Ziffer 3 ist einzufügen:

3. Investitionen zur Umstellung auf andere vor allem soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.

Abs. 3 wird Abs. 1 letzter Satz

Folgender Abs. 2 wird eingefügt:

(2) Bei Verminderung der Gesamtbettenzahl können dem Krankenhaus bis zur Dauer von 2 Jahren Fördermittel nach § 21 in der bisherigen Höhe weitergewährt werden.

Abs. 4 entfällt

Der neue Abs. 2 soll Umstellungsschwierigkeiten beim Bettenabbau ausgleichen.

§ 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 Aufgabengestaltung 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, zurückzahlen. 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

E n t w u r f

Ä n d e r u n g s a n t r ä g e

B e g r ü n d u n g

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 fünfzehnhundert 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.

In § 33 Abs. 2 wird Nr. 2 gestrichen, die Nummern 3 und 4 werden Nummern 2 und 3.

Die Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Krankenhausträgers steht in keinem Zusammenhang mit der Verwendung der öffentlichen Mittel.

(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 Leitender 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.

In Abs. 3 Satz 2 entfallen die Worte "im übrigen nur auf deren Verlangen"

Eine Vorlage des Abschlussberichtes soll nur erfolgen, wenn die Bestätigung des Abschlussprüfers nicht un- eingeschränkt erfolgt ist.

Folgender Abs. 2 wird eingefügt:

(2) Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Abs. 1 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind.

Abs. 2 wird Abs. 3

§35 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

§35 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

(2) Belegärzte sollen grundsätzlich nur tätig werden, soweit die Abteilung nach dem Krankenhausplan als Belegabteilung zugelassen ist. Darüber hinaus dürfen Ärzte in einer Fachrichtung, die nach dem Feststellungsbescheid im Krankenhaus nicht vorgesehen ist, nur zu ergänzenden Untersuchungen und Behandlungen tätig werden, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist.

Für das Tätigwerden von Belegärzten ist eine flexiblere Regelung erforderlich.

§ 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 erlas-

§36 erhält folgende Überschrift:  
Struktur der kommunalen und kirchlichen Krankenhäuser

Folgende Abs. 2 und 3 werden eingefügt:

(2) Verordnungen aufgrund von § 8 Abs. 2 sowie § 9 und § 33 Abs. 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen - ohne Rücksicht auf ihre Rechtsform - betrieben werden. Die Religionsgemeinschaften treffen für die Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen.

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

§ 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.