

18.05.1998

Gesetzentwurf

der Landesregierung

Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW -

A. Problem

In den Einrichtungen des Gesundheitswesens können vorhandene Ressourcen besser genutzt werden. Fehlende oder unzureichende Zusammenarbeit erhöhen die Reibungsverluste und verhindern Kosteneinsparungen. Daher benötigen die Krankenhausträger mit ihren Verbänden und die Verbände der Krankenkassen einen größeren Handlungsspielraum im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung. Zur Vorhaltung überzähliger Krankenhausbetten dürfen keine Anreize bestehen. Es muß berücksichtigt werden, daß Krankenhäuser bei einem Bettenabbau für den verbleibenden Teil Vorhaltekosten aufzubringen haben.

B. Lösung

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG - in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Gesetz vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) räumt den Ländern einen gesetzgeberischen Gestaltungsspielraum bei der Planung und Förderung von Krankenhäusern ein. Das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. 2266), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1986), hat neue Wege insbesondere im Hinblick auf eine stärkere Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung gewiesen.

Das Krankenhausgesetz NW soll die vorhandenen Spielräume weiter als bisher ausschöpfen und den Krankenhäusern damit die Möglichkeit zu einer unternehmensorientierten Handlungsweise bieten. Das Krankenhausplanungsverfahren bezieht die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen und die Kreise und kreisfreien Städte stärker und früher in die Krankenhausplanung ein und gibt ihnen die Möglichkeit, durch eigene Konzepte zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung beizutragen. Dem Gedanken der Dezentralisierung wird Rechnung getragen, ohne daß das Land Planungskompetenz und -verantwortung abgibt. Erarbeitete Konzepte zur Fortschreibung des Krankenhausplans unterliegen dem Genehmigungsvorbehalt des Landes.

Datum des Originals: 27.04.1998/Ausgegeben: 18.05.1998

Die Veröffentlichungen des Landtags sind fortlaufend oder auch einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (02 11) 8 84-24 39, zu beziehen.

Die Bemessung der pauschalen Fördermittel wird leistungsbezogen neu geregelt. Vorhaltekosten werden berücksichtigt.

C. Alternativen

Keine.

D. Kosten

Das Gesetz bringt im Vergleich zur bisherigen Regelung keine neuen Kosten mit sich.

E. Zuständigkeit

Zuständig ist das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales; beteiligt sind das Finanzministerium und das Ministerium für Wissenschaft und Forschung.

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

Durch Einbeziehung der Kreise und kreisfreien Städte in die Krankenhausplanung wird die kommunale Selbstverwaltung gestärkt.

G. Finanzielle Auswirkungen auf die Unternehmen und die privaten Haushalte

Durch die Einführung einer 4. Anforderungsstufe bei der Pauschalbemessung wird der Bedarf an kurzfristigen Anlagegütern in den Krankenhäusern der Maximalversorgung angemessen berücksichtigt.

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

Inhaltsübersicht

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

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

Abschnitt II

Planung

- § 13 Krankenhausplan
- § 14 Rahmenvorgaben
- § 15 Schwerpunktfestlegungen
- § 16 Sonstige Festlegungen
- § 17 Beteiligte an der Krankenhausversorgung
- § 18 Feststellungen im Krankenhausplan

Abschnitt III

Krankenhausförderung

- § 19 Förderungsgrundsätze
- § 20 Investitionsprogramm
- § 21 Einzelförderung
- § 22 Umfang der Einzelförderung
- § 23 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten
- § 24 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen
- § 25 Pauschale Förderung
- § 26 Besondere Beträge
- § 27 Förderung der Nutzung von Anlagegütern
- § 28 Förderung von Kapitaldienstbelastungen
- § 29 Ausgleich für Eigenmittel
- § 30 Ausgleichsleistungen bei Einstellung oder Einengung des Krankenhausbetriebes
- § 31 Rückforderung von Fördermitteln
- § 32 Investitionsverträge

Abschnitt IV

Krankenhausstruktur

- § 33 Wirtschaftliche Betriebsführung
- § 34 Abschlußprüfung
- § 35 Leitung und Organisation
- § 36 Ärztlicher Dienst
- § 37 Struktur der kommunalen Krankenhäuser
- § 38 Kirchliche Krankenhäuser
- § 39 Statistik

Abschnitt V

Übergangs- und Schlußbestimmungen

- § 40 Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften
- § 41 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Hochschulkliniken

§ 42 Übergangsvorschrift

§ 43 Inkrafttreten

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Grundsatz

(1) ¹Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen. ²Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten soll gefördert, Zusammenschlüsse sollen erleichtert werden.

(2) ¹Die Krankenversorgung in Krankenhäusern nach Absatz 1 sicherzustellen, ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. ²Gemeinden und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit. ³Das Land arbeitet mit den Krankenhausträgern, ihren Verbänden, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung (Verbände der Krankenkassen) zusammen.

(3) ¹Krankenhausträger sind in der Regel freie gemeinnützige, kommunale, private Träger und das Land. ²Falls 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 grundsätzlich verpflichtet, an der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.

§ 2

Krankenhausleistungen

(1) ¹Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung nach den durch Bescheid gemäß § 18 getroffenen Feststellungen im Krankenhausplan alle, die seine Leistungen benötigen, nach Art und Schwere der Erkrankungen zu versorgen. ²Notfallpatientinnen und -patienten sind vorrangig zu versorgen. ³Die stationäre psychiatrische Versorgung schließt die Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 2. Dezember 1969 (GV. NW. S. 872) in der jeweils geltenden Fassung ein. ⁴Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die festgestellten stationären Angebote der besonderen Therapierichtungen.

(2) Privatstationen werden weder eingerichtet noch betrieben.

(3) ¹Das Krankenhaus kann gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen) erbringen, soweit dadurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. ²Besondere Verpflegung, besondere Unterbringung und der Abschluß eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrages dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden.

(4) Das Krankenhaus wirkt, soweit möglich, auf ein Angebot nach § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz -SchKG- vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398), geändert durch Gesetz vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050), hin.

§ 3

Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten

(1) ¹Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sind ebenso wie die Behandlung patientenfreundlich zu gestalten. ²Dabei ist insbesondere ihren Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nach Schonung und Ruhe Rechnung zu tragen.

³ Ausbildungs- und Weiterbildungsaufgaben des Krankenhauses, die eine Beteiligung von Patientinnen und Patienten erfordern, sind mit der gebotenen Rücksicht auf diese durchzuführen.

⁴ Dies gilt auch für die übrigen Betriebsabläufe.

(2) Für alle Patientinnen und Patienten sind vom Krankenhaus angemessene Besuchszeiten einzuräumen, die nicht von der Inanspruchnahme von Wahlleistungen abhängig gemacht werden dürfen.

(3) ¹Die Würde sterbender Patientinnen und Patienten ist besonders zu beachten. ²Sie ist über den Tod hinaus zu wahren. ³Hinterbliebene sollen angemessen Abschied nehmen können.

§ 4**Kind im Krankenhaus**

(1) Die besonderen Belange kranker Kinder sind zu berücksichtigen. ² Ihrem Bedürfnis nach besonderer Zuwendung ist in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten soweit wie möglich Rechnung zu tragen.

(2) Das Krankenhaus hat im Rahmen seiner Möglichkeiten bei Kindern eine Begleitperson aufzunehmen.

(3) Das Krankenhaus unterstützt in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger die schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

§ 5**Patientenbeschwerdestellen**

Der Krankenhausträger trifft Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch eine unabhängige Stelle, die mit allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe eng zusammenarbeiten soll.

§ 6**Patientenberatung, Patientenseelsorge, Überleitungen aus dem Krankenhaus, Sozialer Dienst**

(1) ¹Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. ²Er hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, sie in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern V und XI (SGB V und SGB

XI), die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, insbesondere Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen der Übergangs- und Anschlußpflege zu vermitteln.³ Der soziale Dienst berücksichtigt dabei auch die für die örtliche Ebene geltenden Absprachen mit Krankenkassen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Einrichtungen der ambulanten Versorgung, den kommunalen Pflegekonferenzen nach § 5 des Landespflegegesetzes, (SGB XI) zugelassenen Pflegediensten und mit Pflegeeinrichtungen sowie mit den Gemeinden und Gemeindeverbänden und arbeitet mit diesen eng zusammen.

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

(3) Sozialer Dienst und Krankenhausseelsorge werden auf Wunsch der Patientin und des Patienten tätig.

§ 7

Qualitätssicherung

¹Die Krankenhäuser gewährleisten die interne Qualitätssicherung, insbesondere der Behandlung, der Behandlungsergebnisse und der Versorgungsabläufe.

²Darüber hinaus erfüllen sie die ihnen obliegenden Aufgaben der externen Qualitätssicherung nach Maßgabe der Festlegungen der auf Grund von Bundes- und Landesrecht an der Qualitätssicherung Beteiligten.

§ 8

Krankenhaushygiene

(1) Das Krankenhaus hat die erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen.

(2) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung

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

im einzelnen zu regeln.

§ 9

Arzneimittelkommission

(1) ¹Jedes Krankenhaus hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. ²Krankenhäuser 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) in der jeweils geltenden Fassung 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 Ärztinnen und Ärzte in Fragen der Arzneimittelversorgung und bei Verdacht auf durch Arzneimittel verursachte Erkrankungen zu informieren, zu beraten, sowie

3. durch Beratung an der Arzneimittelbevorratung für Großschadensereignisse mitzuwirken.

(3) Die Arzneimittelliste nach Absatz 2 Nr. 1 ist von den im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzten zu berücksichtigen.

(4) ¹Die Arzneimittelkommission ist über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Arzneimittelliste enthalten sind, zu informieren. ²Sie ist vor der Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln zu unterrichten. ³Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die nach Art und Umfang über das bekannte Maß hinausgehen, sind der Arzneimittelkommission unverzüglich mitzuteilen.

§ 10

Zusammenarbeit der Krankenhäuser

(1) ¹Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Bescheid nach § 18 zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst, den für die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständigen Behörden, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Selbsthilfeorganisationen und den Krankenkassen verpflichtet. ²Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen. ³Die in § 1 Abs. 2 Sätze 2 und 3 Genannten unterrichten sich gegenseitig.

(2) Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens mit dem Ziel der Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung soll sich entsprechend der gemeinsamen Aufgabenstellung 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 Ärztinnen und Ärzten z.B. in onkologischen Schwerpunkten,
3. die Verteilung der Krankenhausaufnahmen,
4. die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,
5. die Mitwirkung bei der Geburtsvorbereitung,
6. die festzulegenden Notfallaufnahmebereiche nach § 12 Abs. 1 des Gesetzes über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (RettG) vom 24. November 1992 (GV. NW. S. 458) in der jeweils geltenden Fassung,
7. Rationalisierungsmaßnahmen,
8. die Nutzung von Medizinprodukten nach § 26 Abs. 2 Satz 2,
9. die Nutzung medizinischer oder wirtschaftlicher Einrichtungen,
10. die Nutzung von Datenverarbeitungsverfahren,
11. die Errichtung und den Betrieb von Ausbildungsstätten für nichtärztliche Heilberufe,
12. trägerübergreifende Maßnahmen im Bereich der Psychiatrie im Sinne einer engen Verzahnung mit ambulanten Diensten, Angeboten

- des beschützten Wohnens und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation,
13. die Bereitstellung von Personal als Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst,
 14. Maßnahmen zur Pflegeüberleitung sowie
 15. den Übergang in eine an den Krankenhausaufenthalt anschließende Versorgung durch Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen.
- (3) ¹Der Zusammenschluß zu Versorgungseinheiten auf dem Gebiet des Gesundheits- und Sozialwesens ist zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit grundsätzlich zulässig. ²Die Abläufe des Krankenhausbetriebes dürfen nicht beeinträchtigt werden. ³Die Finanzierungsverpflichtungen ergeben sich grundsätzlich aus dem Anteil der Nutzung der Versorgungseinheiten.

§ 11

Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse

(1) ¹Das Krankenhaus ist verpflichtet, dem Zentralen Krankbettennachweis bei den kreisfreien Städten und Kreisen (§ 8 Abs. 3 RettG) die erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere die Aufnahmebereitschaft und die Zahl der freien Betten, gegliedert nach Abteilungen, zu melden. ²Das Recht der Patientinnen und Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, an der Bewältigung von Großschadensereignissen mitzuwirken. ²Es stellt Einsatz- und Alarmpläne auf und stimmt

sie mit der zuständigen Behörde ab.

(3) Im Rahmen der Planung zur Bewältigung von Großschadensereignissen unterstützen nach Absatz 4 ausgewählte Krankenhäuser die zuständigen Behörden bei der Bevorratung mit Sanitätsmaterial und Arzneimitteln, indem sie von diesen beschaffte Bestände in den Versorgungskreislauf des Krankenhauses aufnehmen.

(4) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, Näheres zur Arzneimittelbevorratung, der Finanzierung, Art und Größe der für die Arzneimittelbevorratung geeigneten Krankenhäuser, den Umgang mit Arzneimitteln sowie die Zugriffsrechte des Einsatzpersonals bei Großschadensereignissen im Einvernehmen mit dem Innenministerium und dem Ministerium für Wissenschaft und Forschung durch Rechtsverordnung zu regeln.

§ 12

Rechtsaufsicht

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

(2) ¹ Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere dieses Gesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG -, der Bundespflegesatzverordnung, der Krankenhausbauverordnung und des Transplantationsgesetzes. ²Die Vorschriften über die allgemeine Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die medizinischen Einrichtungen der Hochschulen des Landes sowie über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

(3) ¹Die Krankenhäuser, ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen und die Einrichtungen nach § 10 Abs. 3 sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. ²Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. ³Insoweit wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

(4) Es sind

untere Aufsichtsbehörde
die kreisfreie Stadt und der Kreis,

obere Aufsichtsbehörde
die Bezirksregierung,

oberste Aufsichtsbehörde
das zuständige Ministerium.

Abschnitt II

Planung

§ 13

Krankenhausplan

(1) Das zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn fort.

(2) ¹Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG aus. ²Er besteht aus

1. den Rahmenvorgaben
2. den Schwerpunktfestlegungen
und
3. den sonstigen Festlegungen.

³ Die Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt durch Änderung der Rahmenvorgaben, der Schwerpunkt- und sonstigen Festlegungen. ⁴Die Änderungen nach Satz 2 Nr. 2 und 3 sind durch Bescheid nach § 18 festzustellen. ⁵Im Krankenhausplan im Ist anerkannte Betten zur stationären Versorgung sind Planbetten. ⁶ Anerkannte Plätze zur teilstationären Versorgung sind Behandlungsplätze.

(3) Der Krankenhausplan wird alle zwei Jahre im Ministerialblatt veröffentlicht.

(4)¹ In den Versorgungsgebieten ist die notwendige abgestufte Versorgung mit ortsnahen, leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhäusern zu gewährleisten. ²Die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete auch außerhalb des Landes Nordrhein-Westfalen sind zu berücksichtigen; dies gilt auch hinsichtlich der Vielfalt der Krankenhausträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG.

(5) ¹Die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind in die Krankenhausplanung einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. ²Die Festlegungen nach § 15 und § 16 werden, soweit sie durch Bescheid nach § 18 festgestellt sind, Bestandteil des Krankenhausplans. ³Die Aufgaben aus Forschung und Lehre sind zu berücksichtigen.

§ 14

Rahmenvorgaben

(1) ¹Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze, besondere Aufgaben und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. ²Sie

sind Grundlage für die Festlegungen nach § 15 und § 16.

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

(3) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, der zuständigen Behörde und den Verhandlungspartnern nach § 16 die durchschnittliche Auslastung ihrer Abteilungen anzuzeigen, wenn sie die in den Rahmenvorgaben festgelegte Regelauslastung in zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren um 10 Prozentpunkte unterschreiten.

§ 15

Schwerpunktfestlegungen

(1) ¹Besondere und überregionale Aufgaben sind den Schwerpunktfestlegungen des Landes vorbehalten. ²Sie werden in den Rahmenvorgaben benannt.

(2) Die Fortschreibung des Krankenhausplans durch Schwerpunktfestlegungen kann sowohl auf Antrag eines Krankenhausträgers als auch auf Anregung der Verbände der Krankenkassen sowie von Amts wegen erfolgen.

(3) Wird der Krankenhausplan nach Absatz 2 fortgeschrieben, ist wie folgt zu verfahren:

1. Die Beteiligten nach § 17 Abs. 2 und das betroffene Krankenhaus werden von der zuständigen Behörde gehört.
2. Der Landesausschuß nach § 17 Abs. 1 erörtert den Antrag.
3. Die Änderung des Krankenhausplans erfolgt durch Bescheid der zuständigen Behörde nach § 18.

(4) ¹ Soweit Krankenhäusern besondere Aufgaben zugeordnet werden, handelt es sich um allgemeine Krankenhausleistungen dieses Krankenhäuser. ² Bei Aufgaben der Ausbildung muß die Finanzierung gewährleistet sein.

§ 16

Sonstige Festlegungen

(1) ¹ Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 14 legt die zuständige Behörde insbesondere Leistungsstrukturen, Planbettanzahlen und Behandlungsplätze abschließend fest. ² Hierzu legen die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen ein von ihnen gemeinsam und gleichberechtigt mit den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten erarbeitetes Konzept zur Fortschreibung des Krankenhausplans vor. ³ § 213 Abs. 2 SGB V gilt für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.

(2) ¹ Zu Verhandlungen über ein Konzept können die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen und die zuständige Behörde auffordern. ² Die Verhandlungen nach Satz 1 sind innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung einzuleiten. ³ Die Aufnahme der Verhandlungen ist der zuständigen Behörde und den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten anzuzeigen.

(3) ¹ Die Beteiligten nach § 17 Abs. 2 werden zu dem Konzept nach Absatz 1 angehört, die Kreise und kreisfreien Städte jedoch nur, wenn sie nicht nach Absatz 1 Satz 2 mitwirken. ² Die Anhörung nach Satz 1 führt der von den betroffenen Krankenhäusern bestimmte Verband durch.

³ Soweit kein Verband bestimmt wird, führt die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen die Anhörung durch.

(4)¹ Konzepte nach Absatz 1 werden nur dann für die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 2 verbindlich, wenn die zuständige Behörde sie nach inhaltlicher und rechtlicher Prüfung abschließend genehmigt.² Dem Antrag auf Genehmigung ist eine Dokumentation des Verhandlungsablaufs und der das Ergebnis tragenden Gründe beizufügen.

(5)¹ Die Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn

1. die Rahmenvorgaben und
2. der allgemeine Stand von Wissenschaft und Technik in der Medizin

beachtet worden sind.² Die zuständige Behörde kann die Genehmigung mit Nebenbestimmungen verbinden und das Konzept in veränderter Form genehmigen.

³ In diesen Fällen kann jeder Verhandlungspartner die Genehmigung bei der zuständigen Behörde anfechten.⁴ Eine gerichtliche Anfechtung findet nicht statt.⁵ Das Genehmigungsverfahren ist grundsätzlich innerhalb von drei Monaten abzuschließen.

(6) Soweit Konzepte nicht vorgelegt werden, entscheidet die Behörde von Amts wegen nach Anhörung der Beteiligten nach § 17 Abs. 1 und 2, wenn der Krankenhausplan fortgeschrieben werden soll.

(7)¹ Die genehmigten Konzepte oder Entscheidungen nach Absatz 6 werden durch Bescheid nach § 18 an den Krankenhausträger Bestandteil des Krankenhausplans.² Gegen diesen Bescheid ist für den betroffenen Krankenhausträger der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten gegeben.

§ 17**Beteiligte an der Krankenhausversorgung**

(1) Dem Landesausschuß gehören als unmittelbar Beteiligte an:

1. fünf von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen,
2. acht von den Verbänden der Krankenkassen,
3. drei von den kommunalen Spitzenverbänden

benannte Mitglieder,

4. ein von der Katholischen Kirche und ein von den Evangelischen Landeskirchen,
5. ein vom Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung,
6. soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind, je ein von den beiden Landschaftsverbänden

benanntes Mitglied.

(2) Weitere Beteiligte (mittelbar Beteiligte) sind:

1. die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen,
2. die 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 Nordrhein-Westfalen der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes,
9. der Rheinisch-Westfälische Verband der im evangelisch-kirchlichen Dienst stehenden Mitarbeiter (RWV).

(3)¹ Der Landesausschuß erarbeitet insbesondere die Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben und zu Schwerpunktfestlegungen notwendig sind. ²Er schlägt vor, welche Daten der zuständigen Behörde bis zum 1. September eines jeden Jahres von den Krankenhausträgern vorzulegen sind und empfiehlt, welche der auf örtlicher Ebene vorhandenen Bedarfsabschätzungen und Planungsüberlegungen zu berücksichtigen sind. ³ Er beschreibt ferner die Daten, die den Verhandlungspartnern zur Erarbeitung der Konzepte nach § 16 vorliegen müssen. ⁴Bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben, der Schwerpunktfestlegungen und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms sind mit den Beteiligten nach Absatz 1 einvernehmliche Regelungen anzustreben. ⁵Das zuständige Ministerium entscheidet abschließend.

(4) ¹ Den Vorsitz im Landesausschuß und die Geschäfte des Landesausschusses führt das zuständige Ministerium. ²Der Landesausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung. ³Er bildet Unterausschüsse. ⁴ Mitglieder der Unterausschüsse können auch mittelbar Beteiligte nach Absatz 2 sein.

§ 18

Feststellungen im Krankenhausplan

(1) ¹Die Feststellungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan wer-

den durch Bescheid der zuständigen Behörde getroffen. ² Der Bescheid über die Aufnahme enthält

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses und seiner Betriebsstellen,
2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan,
4. das Versorgungsgebiet,
5. die Versorgungsregion für die psychiatrische Pflichtversorgung,
6. die Gesamtzahl der im Ist und Soll anerkannten Betten und Plätze; die Zahl der nicht förderfähigen Betten und Plätze kann nachrichtlich aufgenommen werden,
7. die Zahl und die Art der Abteilungen mit ihrer Bettenzahl und ihren Plätzen,
8. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG,
9. die besonderen und überregionalen Aufgaben sowie
10. die inhaltlichen und zeitlichen Beschränkungen nach § 16 Abs. 5 Satz 2 und die dafür maßgebenden Gründe.

(2) Feststellungen nach § 16, die über die Angaben nach Absatz 1 hinausgehen, werden in der Regel nicht Bestandteil des Krankenhausplans.

(3) Wenn Krankenhausträger ohne Zustimmung der zuständigen Behörde von den Feststellungen nach Absatz 1 abweichen oder planwidrige Versorgungsangebote an sich binden, kann das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.

Abschnitt III

Krankenhausförderung

§ 19

Förderungsgrundsätze

(1) ¹Investitionskosten von Krankenhäusern werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts auf Antrag gefördert. ²Dies gilt auch für notwendigerweise mit einem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätten (§ 2 Nr. 1 a KHG).

(2) ¹Krankenhäuser werden nicht gefördert, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden oder bei Abschluß verkehrsüblicher Versicherungen hätten gewährt werden können. ²Das gleiche gilt, wenn eine Investitionsmaßnahme durch unterlassene Wartung und Instandhaltung notwendig geworden ist.

(3) Fördermittel dürfen nur nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides und im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses nach den Feststellungen im Krankenhausplan verwendet werden.

(4) Bei Krankenhäusern, die ohne Zustimmung der zuständigen Behörde von den Feststellungen des Krankenhausplans abweichen oder durch Verträge planwidrige Angebote an sich binden, können Förderungen ganz oder teilweise versagt werden.

§ 20

Investitionsprogramm

¹Zur Förderung des Krankenhausbaus stellt das zuständige Ministerium auf der Grundlage des Krankenhausplans ein Investitionsprogramm gemäß § 6 und § 8 KHG auf. ²Darin wird die

vorgesehene Verwendung der in dem betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Fördermittel für Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 Nr. 1 dargestellt. ³Die Feststellung der Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm ist mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel zu verbinden. ⁴Ein Rechtsanspruch auf Förderung entsteht erst mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel.

§ 21

Einzelförderung

(1) Investitionskosten werden für

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Betrieb der Krankenhäuser im Rahmen ihrer Aufgabenstellung nach den Feststellungen im Krankenhausplan notwendigen Anlagegütern,
2. 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) ¹Voraussetzung 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. ²Darüber hinaus setzt die Bewilligung voraus, daß die gesamte Finanzierung gesichert und mit der Maßnahme vor der Bewilligung oder einer schriftlichen Einwilligung des zuständigen Ministeriums 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.

(5) ¹Die Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses ist mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig. ²Die anteiligen Fördermittel sind, soweit Investitionen nicht abgeschrieben oder Fördermittel nach § 25 nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, grundsätzlich zurückzuerstatten. ³Abweichende Vereinbarungen können nach § 25 Abs. 12 getroffen werden.

(6) ¹Die Vermietung geförderter Räume ist mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig, soweit der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt wird.

² Mieteinnahmen sind nach Abzug der anteiligen Betriebskosten grundsätzlich den pauschalen Fördermitteln zuzuführen.

§ 22

Umfang der Einzelförderung

(1) ¹Gefördert werden die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind. ²Die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen.

(2) ¹Die förderungsfähigen Kosten vermindern sich, soweit darin die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter enthalten ist, um die pauschalen Förder-

mittel, die dem Krankenhaus

1. bis zur Erteilung des Bewilligungsbescheides ausgezahlt, aber noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,
2. nach der Erteilung des Bewilligungsbescheides bis zur Inbetriebnahme der geförderten Baumaßnahme ausgezahlt werden, soweit sie nicht für unabweisbare Maßnahmen verwendet werden müssen.

²Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens sind zu übernehmen, soweit dies wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

§ 23

Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

¹Anlauf- und Umstellungskosten (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG) sind nur förderungsfähig, wenn sie mit einer nach § 21 geförderten Investition in Zusammenhang stehen und die Aufnahme der Fortführung des Krankenhausbetriebes deswegen gefährdet wäre, weil dem Krankenhausträger die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten ist. ²Der Förderungsantrag ist spätestens mit dem Antrag nach § 21 anzukündigen.

§ 24

Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen

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

(2) ¹Der Festbetrag ist so zu bemessen, daß die entstehenden förderungsfähigen Kosten unter Anwendung der Grundsätze des § 22 gedeckt werden. ²Eingesparte Fördermittel sind für andere Investitionen nach § 21 Abs. 1 oder § 25 Abs. 1 zu verwenden; § 32 gilt entsprechend. ³Mehrkosten müssen vom Krankenhaus getragen werden. ⁴Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher unabweisbarer behördlicher Anordnungen erforderlich werden und der Krankenhausträger die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. ⁵Der Verwendungsnachweis beschränkt sich auf den Nachweis, daß die Mittel für die geförderte Maßnahme, bei Unterschreiten des Festbetrages für weitere förderungsfähige Maßnahmen verwendet und diese funktionsfähig fertiggestellt worden sind.

(3) ¹In den übrigen Fällen richtet sich die Förderung nach den für die bewilligte Investition entstehenden nachgewiesenen förderungsfähigen Kosten. ²Die Bewilligung legt die voraussichtliche Förderung auf der Grundlage der geprüften Kosten fest. ³Bei 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. ⁴Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit unabweisbare Mehrkosten nachgewiesen werden und das Krankenhaus die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. ⁵Mehrkosten, die durch eine Abweichung von der genehmigten Bauplanung bedingt sind, können von der Förderung ausgeschlossen werden, wenn die zuständige Behörde in die Änderung nicht eingewilligt hat. ⁶Soweit Abweichungen unabweisbar sind, hat die zuständige

Behörde sie zu genehmigen. ⁷Die Höhe der Förderung wird nach Vorlage und Prüfung der Schlußabrechnung und des Verwendungsnachweises endgültig festgesetzt. ⁸Übersteigen die aufgrund der Bewilligung ausgezahlten Fördermittel den endgültigen förderungsfähigen Betrag, ist der zu viel gezahlte Betrag zu erstatten.

(4)¹ Die Fördermittel sind über ein besonderes Bauabrechnungskonto abzuwickeln. ²Zinserträge und sonstige Nutzungen werden auf die bewilligten Mittel angerechnet.

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

§ 25

Pauschale Förderung

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

1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),
2. sonstige nach § 21 förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern der ersten Anforderungsstufe
55100 DM
zweiten Anforderungsstufe
82700 DM
dritten Anforderungsstufe
110240 DM
und der vierten Anforderungsstufe

145000 DM

ohne Mehrwertsteuer nicht
übersteigen.

²Zur Wiederbeschaffung gehören auch die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern, soweit diese Kosten nicht im Pflegesatz zu berücksichtigen sind. ³ Satz 1 Nummer 2 findet auch dann Anwendung, wenn die Wertgrenze nachträglich überschritten wird.

(2) ¹Zur Ermittlung der Anforderungsstufe des Krankenhauses werden die Planbetten und Behandlungsplätze des Krankenhauses mit dem Punktwert je Planbett und Behandlungsplatz (Punktwert) vervielfacht. ²Bruchteile der sich insgesamt ergebenden Punktwerte werden bis 0,4 abgerundet und ab 0,5 aufgerundet.

(3) Es gehören Krankenhäuser mit einer Punktzahl
bis zu 349 Punkten zur ersten Anforderungsstufe,
bis zu 599 Punkten zur zweiten Anforderungsstufe,
bis zu 799 Punkten zur dritten Anforderungsstufe und
ab 800 Punkten zur vierten Anforderungsstufe.

(4) ¹Der Punktwert beträgt in den von Ärztinnen und Ärzten des Krankenhauses hauptamtlich geleiteten Abteilungen sowie für Intensivpflegebetten und Planbetten in gesondert ausgewiesenen Einheiten für Infektionskranke für

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

²Im übrigen beträgt der Punktwert eins.

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

ersten Anforderungsstufe

3340.-- DM

zweiten Anforderungsstufe

3892.-- DM

dritten Anforderungsstufe

4980.-- DM

vierten Anforderungsstufe

5700.-- DM.

(6) ¹Psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern erhalten 80 % der pauschalen Fördermittel der ersten Anforderungsstufe. ²Werden Angebote anderer Fachbereiche in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern vorgehalten, werden die Fördermittel für diese Planbetten und Behandlungsplätze nach der ersten Anforderungsstufe berechnet. ³Teilstationäre Einrichtungen erhalten 50 % der ersten Anforderungsstufe. ⁴Krankenhäuser mit kardiovaskular- und epilepsiechirurgischen Abteilungen gehören zur vierten Anforderungsstufe. ⁵Die Absätze 7 bis 13 gelten in den Fällen der Sätze 1 bis 4 entsprechend.

(7) ¹Bemessungsgrundlage für die pauschale Förderung jedes Krankenhauses bei Änderung der Planbetten- und Behandlungsplatzzahlen sind

1. eine Leistungspauschale für die Vorhaltung kurzfristiger Anlagegüter nach Absatz 8 und
2. ein planbetten- und behandlungsplatzabhängiger Zuschlag nach Absatz 9.

²Bei Neuaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan erfolgt die Berechnung der pauschalen Fördermittel nach den Absätzen 2 bis 6.

(8) ¹Die Leistungspauschale beträgt 75 % der zum 31.12.1996 gewährten pauschalen Fördermittel bezogen auf die Planbetten- und Behandlungsplatzzahlen des jeweiligen Krankenhauses. ²Maßgebend ist der bestandskräftige Feststellungsbescheid zum Stichtag. ³Bei wesentlichen festgestellten strukturellen Änderungen werden die pauschalen Fördermitteln nach den Absätzen 2 bis 6 neu berechnet. ⁴Eine wesentliche Änderung liegt insbesondere dann vor, wenn die Betten- und Behandlungsplatzzahl um mehr als 25 vom Hundert gesenkt oder erhöht wird.

(9) Zu dem Betrag nach Absatz 8 erhält das Krankenhaus einen anteiligen Förderbetrag (Zuschlag) von 25 % der neu festgestellten Pauschalen für die nach dem Feststellungsbescheid nach § 18 künftig vorzuhaltenden Planbetten und Behandlungsplätze.

(10) ¹Soweit sich zwei oder mehrere Krankenhäuser zu einem Krankenhaus zusammenschließen (Fusion), erhält das neue Krankenhaus bei entsprechender Planbetten- und Behandlungsplatzzahl grundsätzlich pauschale Fördermittel der höheren Anforderungsstufe. ²Dies gilt jedoch nicht, wenn ein mit der Strukturänderung verbundener höherer Wiederbeschaffungsbedarf kurzfristiger Anlagegüter nicht nachgewiesen werden kann. ³Die Einrichtung eines neuen Schwerpunktes gilt allein nicht als Nachweis nach Satz 2.

(11) ¹Die Fördermittel sind bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf einem besonderen Bankkonto zinsgünstig anzulegen. ²Zinserträge, Erträge aus der Veräußerung geförderter kurzfristiger Anlagegüter und Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den Fördermitteln zuzuführen.

(12) ¹ Bei Ausgliederungen nach § 21 Abs. 5 Satz 1 können mit der zuständigen Behörde Vereinbarungen darüber getroffen werden, daß Nutzungsentgelte ganz oder teilweise den pauschalen Fördermitteln zugeführt werden. ² Soweit investitionsintensive Abteilungen ausgegliedert werden, sind die pauschalen Fördermittel entsprechend zu kürzen.

(13) Die Kosten für die Erst- und Wiederbeschaffung von Anlagegütern gemeinsamer Einrichtungen im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 10 tragen die Nutzer im Verhältnis ihrer Nutzungsanteile.

(14) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innenministerium und dem Finanzministerium durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 5 in Abständen von 2 Jahren der Preisentwicklung und die Punktwerte nach Absatz 4 der durchschnittlichen Entwicklung der Wiederbeschaffungskosten anzupassen und zu bestimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind.

§ 26

Besondere Beträge

(1) ¹ Abweichend von § 25 Abs. 5 und 6 kann im Ausnahmefall ein besonderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig ist. ² Satz 1 gilt für Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG entsprechend.

(2) Für die Beschaffung von Medizinprodukten gilt Absatz 1 nur, wenn nachgewiesen wird, daß die Kosten

nicht durch

1. Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeträgen
 - a) aus den Gebühren der das Medizinprodukt nach Satz 2 nutzenden liquidationsberechtigten Ärztinnen und Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen,
 - b) aus den Sachkosten für die Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten aus anderen Krankenhäusern, die zur Beschaffung von Medizinprodukten nach Satz 2 angesammelt werden können,
2. Fördermittel nach § 25, die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,

gedeckt werden können. ² Das zuständige Ministerium bestimmt die Medizinprodukte, deren Beschaffung nach Satz 1 förderungsfähig sind.

§ 27

Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) ¹Anstelle der Förderung nach § 21 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern bewilligt werden, wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist und die für die Bewilligung zuständige Behörde vor Abschluß der Nutzungsvereinbarung ihre Erlaubnis erteilt hat. ²Das Vorhaben kann genehmigt werden, soweit die Verweigerung der Genehmigung eine erhebliche Härte darstellen würde.

(2) Die pauschal gewährten Fördermittel nach § 25 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.

§ 28

Förderung von Kapitaldienstbelastungen

(1) ¹Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern, die nach § 25 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 Belastungen Fördermittel bewilligt. ²Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Gemeinden, soweit sie nicht in Zuschüsse umgewandelt wurden. ³Landesdarlehen für förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt.

(2) ¹ 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.

² 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.

§ 29**Ausgleich für Eigenmittel**

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

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

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

§ 30**Ausgleichsleistungen bei Einstellung oder Einengung des Krankenhausbetriebes**

(1) ¹Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung der zuständigen Behörde ganz oder teilweise mit mindestens einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausscheiden, sind Ausgleichszahlungen

zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um bei der Einstellung des Krankenhausbetriebes oder bei der Umstellung auf andere Aufgaben unzumutbare Härten zu vermeiden. ²Dies 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.

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

(2) Der Krankenhausträger ist verpflichtet, über die budgetrechtliche Umsetzung der Schließung des Krankenhauses oder einzelner Abteilungen mit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung zu verhandeln und dabei die zuständige Behörde zu beteiligen.

§ 31

Rückforderung von Fördermitteln

(1)¹ Die Rückforderung von Fördermitteln erfolgt nach den allgemeinen Bestimmungen. ²Eine Zweckverfehlung im Sinne dieser Vorschriften liegt auch vor, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach den Feststellungen im Bescheid nach § 18 ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. ³Der Bewilligungsbescheid soll nicht widerrufen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(2) ¹Der Bewilligungsbescheid kann mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn das Krankenhaus ohne Zustimmung der Bewilligungsbehörde von den Feststellungen nach § 18 abweicht.

² Nach § 21 bereits gewährte Fördermittel können unter Berücksichtigung des Einzelfalls zurückgefordert werden, soweit Investitionen nicht abgeschrieben oder Fördermittel nach § 25 nicht zweckentsprechend verwendet worden sind.

§ 32

Investitionsverträge

Investitionsverträge nach § 18 b KHG dürfen 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 § 21 zur Folge haben.

Abschnitt IV

Krankenhausstruktur

§ 33

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 insbe-

sondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden.

§ 34

Abschlußprüfung

(1) ¹ Der Jahresabschluß ist unter Einbeziehung der Buchführung durch eine Wirtschaftsprüferin, einen Wirtschaftsprüfer oder eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Abschlußprüfung) zu prüfen. ² 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 § 25 und
4. die zweckentsprechende Verwendung der über die Investitionsverträge nach § 32 erwirtschafteten Investitionsmittel.

(3) ¹ Sind nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung keine Einwendungen zu erheben, so ist dies durch die Abschlußprüfung zu bestätigen; andernfalls ist die Bestätigung einzuschränken oder zu versagen. ² Soweit die Bestätigung versagt oder eingeschränkt erteilt wird, ist der Abschlußbericht der zuständigen Behörde vorzulegen.

§ 35**Leitung und Organisation**

(1)¹ In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. ²Träger von mehreren Krankenhäusern können eine gemeinsame Betriebsleitung bilden. ³An der Betriebsleitung sind eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegekraft und die Leiterin oder der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes zu beteiligen. ⁴Der Krankenhausträger regelt die Aufgaben der Betriebsleitung und die Zuständigkeiten ihrer Mitglieder.

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

(3) Das Krankenhaus ist nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten nach den Vorgaben der Feststellungen des Krankenhausplans in Abteilungen gegliedert.

(4) Der Krankenhausträger trägt die Verantwortung für die ärztliche, pflegerische, technische und verwaltungsmäßige Organisation des Krankenhauses.

§ 36**Ärztlicher Dienst**

(1) ¹Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung mindestens eine Abteilungsärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen, die nicht weisungsgebunden sind. ²Sie sind für die Untersuchung und Behandlung der Patientinnen und Patienten in ihrer Abteilung verantwortlich ist. ³Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen leiten.

(2) ¹Belegärztinnen und Belegärzte dürfen nur tätig werden, soweit die Abteilung im Bescheid nach § 18 Abs. 1 als Belegabteilung zugelassen ist. ²Darüber hinaus dürfen Ärztinnen und Ärzte, die weder Belegärztinnen und Belegärzte noch hauptamtlich im Krankenhaus tätig sind, nur zur ergänzenden Untersuchung und Behandlung tätig werden, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist.

§ 37

Struktur der kommunalen Krankenhäuser

¹Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften des Kommunalverfassungsrechtes durch die §§ 33 bis 36 unberührt. ²Verordnungen nach § 107 Abs. 2 Satz 3 der Gemeindeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Juli 1994 (GV. NW. S. 666) in der jeweils geltenden Fassung werden, soweit sie die Struktur der kommunalen Krankenhäuser regeln, im Einvernehmen mit dem zuständigen Ministerium erlassen.

§ 38

Kirchliche Krankenhäuser

(1) ¹Die Rechtsverordnung aufgrund von § 8 Abs. 2 sowie die Regelungen des § 2 Abs. 4, § 9 und des § 35 Abs. 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden. ²Satz 1 gilt unabhängig von der Rechtsform der Einrichtung. ³Die Religionsgemeinschaften treffen für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen.

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

§ 39

Statistik

¹Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem zuständigen Ministerium sowie den von ihm bestimmten Stellen Auskünfte zu erteilen, die für die Aufstellung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser einschließlich ihrer Ausbildungsstätten benötigt werden. ²Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die unter die Auskunftspflicht fallenden Daten und das Verfahren im einzelnen festzustellen.

Abschnitt V

Übergangs- und Schlußbestimmungen

§ 40

Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

¹Zuständiges Ministerium ist das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium. ²Es erläßt die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften.

§ 41

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 § 40 mit Ausnahme des § 26 Abs. 2 und des

§ 30 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. 1 hinsichtlich der Mitwirkung im Rettungsdienst, § 11 Abs. 1 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 § 33 Abs. 1, des § 34 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 und der §§ 35 bis 37 sowie Abschnitt V mit Ausnahme des § 42 Abs. 1, 2 und 4 anzuwenden.

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

§ 42

Übergangsvorschrift

(1) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gemäß § 25 Abs. 14 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) § 22 Abs. 2 ist auch auf solche Investitionen anzuwenden, die aufgrund der Jahreskrankenhausbauprogramme 1985 bis 1987 gefördert und deren förderungsfähige Kosten noch nicht

festgesetzt worden sind.

(3)¹ Nach Erarbeitung der Rahmenvorgaben § 14 gelten die Feststellungsbescheide nach § 16 des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen - KHG NW - vom 3. November 1987 (GV. NW. S. 392), zuletzt geändert durch Verordnung vom 31. Juli 1996 (GV.NW. S. 349), bis zur Änderung nach § 15 oder § 16 weiter. ²§ 110 SGB V bleibt unberührt.

(4) ¹Soweit das Krankenhaus pauschale Fördermittel nach bisherigem Recht in Anspruch genommen hat, errechnen sich die pauschalen Fördermittel bei einem weiteren Planbetten- und Behandlungsplatzabbau nach Inkrafttreten dieses Gesetzes wie folgt: Nach Ablauf von höchstens zwei Jahren wird die Leistungspauschale nach § 25 Abs. 8 auf der Grundlage der vor Inkrafttreten des Gesetzes festgelegten verminderten Planbettenzahl und Behandlungsplatzzahl errechnet. ²Der Zuschlag nach § 25 Abs. 9 bestimmt sich nach der Zahl der zukünftig vorzuhaltenden Planbetten und Behandlungsplätze.

(5) Die Landesregierung legt dem Landtag fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes einen Bericht über das Verfahren nach § 16 vor, der es dem Landtag insbesondere ermöglicht, Umsetzung und Auswirkungen des Verfahrens zu überprüfen.

§ 43

Inkrafttreten

¹Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. ²Gleichzeitig tritt das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen - KHG NW - vom 3. November 1987 (GV. NW. S. 392), zuletzt geändert durch Verordnung vom 31. Juli 1996 (GV.NW. S. 349) außer Kraft.

³§ 25 Absätze 1 bis 3, 5, 7, Absatz 8
Sätze 1 und 2 sowie Absatz 9 treten
mit Wirkung vom 1. Januar 1998 in
Kraft.



Begründung

A Allgemeiner Teil

Ein neues Krankenhausgesetz ist im wesentlichen aus folgenden Gründen erforderlich:

1. Anpassung an die Anforderungen der Gesundheitsstrukturreform von 1992

Beginnend mit dem Gesundheitsreformgesetz 1989, fortgesetzt durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992, die Bundespflegesatzverordnung 1995, das Beitragsentlastungsgesetz 1996 sowie das Pflegeversicherungsgesetz 1994 sind für das Krankenhauswesen neue Rahmenbedingungen geschaffen worden. Wettbewerbselemente sind insbesondere durch ein neues Preissystem, die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips und die Zuordnung von ambulanten Aufgaben an Krankenhäuser eingeführt worden.

Die Krankenhäuser müssen sich auf die veränderten Umstände einstellen. Dies kann insbesondere sowohl durch ein größeres Mitgestaltungsrecht bei der Krankenhausplanung als auch durch eine die neuen Kriterien berücksichtigende stärker leistungsbezogene pauschale Investitionsförderung geschehen.

2. Neuordnung der Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung wird dem Bedürfnis an ein stärkeres Mitspracherecht der Krankenhäuser und der Landesverbände der Krankenkassen angepaßt. Gleichzeitig wird die Möglichkeit eröffnet, örtliche Absprachen zwischen Krankenhausträgern und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in die Krankenhausversorgung einzubringen. Gestaltungsfreiheit erhalten die Beteiligten durch die Möglichkeit, gemeinsam und gleichberechtigt mit den Kreisen und kreisfreien Städten Konzepte zu erarbeiten, die in ihren wesentlichen Aussagen Bestandteil des Krankenhausplans werden können.

Das Land behält die Letztverantwortung und Entscheidungskompetenz gemäß den bundesrechtlichen Vorgaben.

3. Bemessung der pauschalen Förderung bei Änderung der Struktur und Vorhaltung

Die Beschaffung kurzfristiger Anlagegüter erfolgt durch eine pauschale Förderung, die sich stärker an den Leistungen des Krankenhauses orientiert. Es wird berücksichtigt, daß ein Krankenhaus, das besonders leistungsfähig ist, einen hohen Wiederbeschaffungsbedarf an kurzfristigen Anlagegütern hat. Je mehr Menschen und je spezieller Menschen in einem Krankenhaus behandelt werden, um so schneller sind z.B. medizinische Geräte veraltet und müssen ersetzt werden.

Berücksichtigt wird auch, daß die Finanzierung eines Krankenhauses mit pauschalen Fördermitteln die für die Vorhaltung eines Leistungsangebots mindestens notwendigen Grundkosten beinhaltet. Damit wird der Abbau nicht mehr benötigter Kapazitäten gefördert.

4. Einführung einer vierten Anforderungsstufe für besonders leistungsfähige Krankenhäuser

Besonders große und leistungsfähige Krankenhäuser haben in der Vergangenheit zu wenig pauschale Fördermittel erhalten. Sie mußten mit besonderen Beträgen gestützt werden. Diesem Mangel wird durch die Einführung einer vierten Anforderungsstufe abgeholfen.

5. Verzahnung von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens

Um im Interesse der Bevölkerung die gesundheitlichen Angebote zu erweitern, Übergänge zu angrenzenden Versorgungsbereichen zu erleichtern und damit letztlich vorhandene Ressourcen besser zu nutzen, wird dem Gedanken der Verzahnung von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens besonderes Augenmerk geschenkt.

6. Festschreibung der psychiatrischen Pflichtversorgung

In ca. 90 % der psychiatrischen Einrichtungen des Landes ist die Pflichtversorgung zwischenzeitlich eingeführt. Sie ist künftig von allen Einrichtungen durchzuführen.

7. Stärkere Betonung der Qualitätssicherung

Durch die immer größer und stärker gegliederten Angebote in der medizinischen Versorgung, durch die Verzahnung gesundheitlicher und sozialer Einrichtungen darf die Qualität der Maßnahmen nicht leiden. Sie ist im Gegenteil besonders zu überwachen und den Bedürfnissen der Bevölkerung anzupassen.

B Besonderer Teil

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

Zu § 1 Grundsatz

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht weitgehend der bisher geltenden Regelung. Das Leitbild eines sparsam und eigenverantwortlich handelnden Krankenhauses soll erhalten bleiben. Unternehmerische Elemente sollen dem Krankenhaus eine zeitgemäße Bewirtschaftung ermöglichen, soweit damit der Versorgungsauftrag nicht gefährdet wird. Die wohnortnahe Versorgung ist nach den Bedürfnissen der Bevölkerung auszurichten und von der Planungsbehörde zusammen mit den Beteiligten an der Krankenhausplanung zeitgemäß anzupassen.

Die Krankenhäuser sind mit ihrem Versorgungsauftrag in die Gesamtstruktur des Gesundheits- und Sozialwesens besser einzubinden. Die Zusammenarbeit insbesondere mit Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten soll intensiviert werden. Zusammenschlüsse zu Gesundheitszentren und vergleichbaren Angeboten sollen erleichtert werden, um die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der einzelnen Einrichtung und des ganzen Systems zu verbessern. Der Verzahnung zwischen ambulanten und stationären Angeboten dienen dabei unter anderem die vor- und nachstationäre Behandlung, das ambulante Operieren, Praxis-kliniken im Sinne des § 115 Abs. 2 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Gesetz vom 6. April 1998 (BGBl. I S. 688), belegärztliche Abteilungen, Institutsambulanzen, Polikliniken, persönliche Ermächtigungen von Krankenhausärztinnen und -ärzten, die gemeinsame Nutzung von Geräten und Räumlichkeiten, Angebote gesundheitsfördernder Leistungen durch Krankenhäuser, Verträge über Vorsorgemaßnahmen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst, Vereinbarungen zu übergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen, zur Notfallmedizinischen Betreuung sowie zur Weiterversorgung in Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheimen bzw. der ambulanten Pflege sowie Modellvorhaben in diesen Bereichen.

Die berufsrechtliche Verpflichtung zur Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit den Krankenhausträgern werden damit ebenso gestützt wie die Kooperationsbestimmungen des SGB V .

Auch die Gestellung von medizinischem Personal für die notärztliche Versorgung im Rettungsdienst ist eine Form der Zusammenarbeit, die Unterstützung finden soll.

Zu Absatz 2

Wegen ihrer Bedeutung für das Allgemeinwohl bleibt die Sicherstellung der Krankenhausversorgung sowie die Errichtung leistungsfähiger, wirtschaftlich und, soweit der Sicherstellungsauftrag nicht gefährdet wird, unternehmerisch handelnder Krankenhäuser nach wie vor eine öffentliche Aufgabe. Das Land hat die Planungshoheit und trifft die planerischen Entscheidungen. Es trägt die Letztverantwortung für das gesamte Planungsgeschehen in einem detailliert ausgestalteten Krankenhausplan.

Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes übernehmen die Krankenhäuser zusammen mit dem Land die Sicherstellung der Versorgung. Der hohen Verantwortung der Gemeinden und Gemeindeverbände trägt das Gesetz Rechnung, indem es ihre Mitwirkung ausdrücklich festlegt. Die Krankenkassenverbände, zu denen auch die Verbände der Ersatzkassen, der Landwirtschaftskassen, die Bundesknappschaft sowie alle privaten Krankenkassenverbände zählen, sind an der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung als Kostenträger entscheidend beteiligt. Nach dem SGB V handelt jeder Krankenkassenverband für sich. **Die Aufnahme in den Krankenhausplan gilt nach § 109 Nr. 1 SGB V als Abschluß eines Versorgungsvertrages zwischen dem Krankenhausträger und den Verbänden der Krankenkassen. Er ist für alle Krankenkassenverbände verbindlich.** Die Zusammenarbeit der Kosten- und Leistungsträger mit dem Land bei der Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen ist die Grundlage für eine bedarfsgerechte Versorgung. Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit stellt die Letztverantwortung und Entscheidungskompetenz des Landes in der Krankenhausplanung weder infrage, noch wird sie eingeschränkt.

Zu Absatz 4

Unter dem Aspekt der Verzahnung der Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens soll sich der Krankenhausträger an der Aus- und Weiterbildung beteiligen. Er muß ein Interesse daran haben, daß geeignetes Personal auch in Zukunft verfügbar ist und soll nicht nur für den eigenen Bedarf aus- und weiterbilden. Auf die Möglichkeiten des jeweiligen Trägers ist abzustellen. Die Mitwirkung an der Aus- und Weiterbildung kann zum Beispiel auch darin bestehen, daß Krankenhausträger Ausbildungsstätten gemeinsam mit anderen betreiben, anteilig finanzieren und unterstützen, indem sie Lehrpersonal zur Verfügung stellen.

Zur Finanzierung von Ausbildungsaufgaben wird auf § 15 Abs. 4 hingewiesen. Weiterbildungsverpflichtungen sind grundsätzlich in den Budgets der Krankenhäuser berücksichtigt. In die Organisationshoheit des einzelnen Krankenhausträgers wird mit der Bestimmung nicht eingegriffen.

Zu § 2 Krankenhausleistungen

Zu Absatz 1

Die Aufgabenstellung für das Krankenhaus ergibt sich aus dem Krankenhausplan. Die Aufnahme in den Krankenhausplan erfolgt durch Bescheid. Diesem liegt entweder ein zwischen dem Krankenhausträger, den Kostenträgern, den Kreisen und kreisfreien Städten einvernehmlich erarbeitetes und genehmigtes Konzept nach § 16 oder die Zuweisung einer besonderen oder überregionalen Aufgabe durch die Planungsbehörde nach § 15 zugrunde.

Soweit der Krankenhausplan keine Feststellungen trifft („definierte Lücken“), bleibt Raum für Versorgungsverträge nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V. Dies gilt insbesondere für Vereinbarungen, die Krankenhausträger und Verbände der Krankenkassen über spezielle Angebote, insbesondere Leistungen schließen, die nicht der Planung unterliegen. Soweit der Krankenhausplan den Versorgungsauftrag detailliert beschreibt, kann § 109 Abs. 1 Satz 5 keine Anwendung finden. Entsprechendes gilt für § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

Die psychiatrische Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfe und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) ist grundsätzlich Bestandteil der allgemeinen psychiatrischen Versorgung. Dies gilt auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Pflichtversorgung kann in der Regel jede psychiatrische vollstationäre Einrichtung leisten. Dazu müssen die besonderen Sicherheitsvorkehrungen, die in psychiatrischen Einrichtungen üblicherweise vorhanden sind, z.B. Sicherheitsverglasungen, abschließbare Fenster und Türen oder im Einzelfall die Vorhaltung eines Überwachungsraums, im Regelfall nicht ausgebaut werden. Die psychiatrische Pflichtversorgung wird bereits heute von fast allen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern unterschiedlicher Bausubstanz und Ausstattungsstandards wahrgenommen. Die als Voraussetzung notwendige Personalausstattung ist mit der Umsetzung der Verordnung über Maßstäbe für den Personalbedarf der stationären Psychiatrie (PsychPV) vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S.2930) gewährleistet.

Die Festlegung der Versorgungsregion für die psychiatrische Pflichtversorgung erfolgt durch Bescheid nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5.

Bereits heute gehören die stationären Angebote besonderer Therapierichtungen zum Angebot der Krankenhausversorgung, soweit dem Krankenhaus im Einzelfall ein entsprechender Versorgungsauftrag erteilt worden ist. Die Vorschrift dient der Klarstellung.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift wurde redaktionell geändert. Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten sind den privat versicherten gleich gestellt und entsprechend zu behandeln. Berechtigtes unternehmerisches Handeln eines Krankenhausträgers darf nicht zu Lasten der Versorgung und der Versicherten gehen.

Zu Absatz 4

Mit dieser Bestimmung bindet das Land die Krankenhäuser im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten in seine Verpflichtungen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz ein. § 38 berücksichtigt die Belange der Religionsgemeinschaften.

Zu § 3 Pflege und Betreuung der Patienten

Zu Absätzen 1 und 2

Der Grundsatz der menschenwürdigen Behandlung spielt besonders im Krankenhaus eine große Rolle. Er verwirklicht sich beim Umgang mit Kranken ebenso wie bei der Gestaltung der Betriebsabläufe. Daher ist besonderer Wert auf patientenfreundliche Strukturen zu legen. Bei Neueinrichtungen von Pflege- und Behandlungseinheiten sind strenge Maßstäbe anzulegen. Dem Bedürfnis nach Schonung und Entspannung kommt der Krankenhausträger durch Aufenthaltsräume, rauchfreie Zonen, angemessene Besuchszeiten und ähnliche Maßnahmen nach. Weltanschaulichen, kulturellen und religiösen Belangen soll Rechnung getragen werden.

Zu Absatz 3

Sterben und Tod gehören zum Alltag. Ein Großteil der Sterbenden beendet sein Leben im Krankenhaus. Die Würde des Menschen muß angemessen über den Tod hinaus respektiert werden. Zum Abschiednehmen soll den Hinterbliebenen z.B. die Möglichkeit des Alleinseins in einem Zimmer gegeben werden. Das Krankenhauspersonal ist verpflichtet, insoweit besonders rücksichtsvoll zu handeln und einfühlsam auf die Hinterbliebenen einzugehen. Diese Aufgabe gehört zum Gesamtversorgungsauftrag des Krankenhauses. Die Einhaltung sog. „Patiententestamente“, in denen Patientinnen und Patienten ihren Willen zur Behandlung bei unheilbarer Krankheit formuliert haben, ist Aufgabe der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte. Soweit organisatorische Fragestellungen betroffen sind, trägt der Krankenhausträger die Verantwortung. Er hat insbesondere sicherzustellen, daß ihm vorliegende Patiententestamente den behandelnden Ärztinnen und Ärzten so zugänglich gemacht werden, daß sie in die ärztlichen Entscheidungsprozesse einbezogen werden können. Dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten ist zu genügen.

Zu § 4 Kind im Krankenhaus

Zu Absatz 1

Die Vorschrift wurde ergänzt. Kranke Kinder benötigen besondere Zuwendung. Die Sorgeberechtigten sollen stärker beteiligt werden, da sie die Bedürfnisse des kranken Kindes am besten einschätzen und so das ärztliche und pflegerische Personal zum Nutzen des Kindes unterstützen können. Die medizinisch und pflegerisch notwendigen Maßnahmen bleiben davon unberührt.

Zu Absatz 3

Die schulische Förderung des kranken Kindes wird bereits heute in vielen Krankenhäusern in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger durchgeführt. Dies soll die Regel sein.

Zu § 5 Patientenbeschwerdestellen

Das Bewußtsein und Eintreten der Menschen für eigene Angelegenheiten ist stärker geworden. Insbesondere Verbraucherschutzorganisationen helfen Betroffenen vermehrt und haben entsprechende Erfahrung. Daher soll die Zusammenarbeit mit ihnen intensiviert und ein Beitrag zur Stärkung der Selbstverantwortung des einzelnen geleistet werden. Die Patientenbeschwerdestellen sind mit ehrenamtlich tätigen Personen besetzt. Sie unterliegen nicht der Weisung des Krankenhausträgers. Die Zusammenarbeit mit allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes ist erwünscht. Sie dient dem Schutz des Verbrauchers. Auch Selbsthilfegruppen können hilfreiche Partner sein. Die Beiziehung der Angehörigen kann auch auf Wunsch des Patienten erfolgen. Die therapeutisch notwendige Anwesenheit von Angehörigen ist von dieser Bestimmung nicht erfaßt.

In welcher Form sich Patientenberatungs- oder Beschwerdestellen künftig einrichten, schreibt das Gesetz nicht vor. Daher können sich Krankenhäuser auch unabhängigen, an anderer Stelle angesiedelten Beratungsgremien anschließen.

Eine Ausweitung des Pflichtenkatalogs des Krankenhausträgers ist mit der Vorschrift nicht verbunden. Seine Gestaltungsfreiheit und Organisationshoheit wird nicht berührt. Es wird vielmehr den weisungsunabhängig tätigen Beraterinnen und Beratern ein Weg zu verbesserter Kommunikation und damit Hilfe im Einzelfall gewiesen.

Zu § 6 Patientenberatung, Patientenseelsorge, Überleitungen aus dem Krankenhaus, Sozialer Dienst

Zu Absatz 1

Die Vorschrift ist gegenüber § 6 KHG NW a.F. erweitert und neu gegliedert worden. Neue **Aufgaben für** den Krankenhausträger sind damit **nach diesem Gesetz** nicht verbunden. **Sie bestehen bereits durch die Bestimmungen der §§ 3 und 5 Landespflegegesetz.** Über die Angebote der Beratung und Vermittlung, die die Krankenhäuser bereits heute vorhalten, sollen die Patientinnen und Patienten in angemessener Form informiert werden.

Die Aufgaben des sozialen Dienstes werden in **Satz 2** konkretisiert. Die Aufzählung ist beispielhaft. Auch insoweit ist eine Übernahme neuer Aufgaben damit nicht verbunden.

Die soziale Betreuung einschließlich der Sicherstellung einer kontinuierlichen Pflege unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus soll gestützt auf den Behandlungsplan durchgeführt werden, um die nahtlose Weiterbehandlung, Pflege und Nachsorge sowie die Integration nach Abschluß der Behandlung vorzubereiten. Die Berücksichtigung der örtlichen Absprachen, die im Rahmen der Verzahnung des Gesundheits- und Sozialwesens zunehmend Gewicht erhalten, kann die Tätigkeit der sozialen Dienste unterstützen. Es sollen besonders die in der nächsten Umgebung des Patienten vorgehaltenen Angebote genutzt werden. Dazu gibt es Vereinbarungen unter den beteiligten Organisationen und Einrichtungen. ***Darüber hinaus sind die vertraglichen Vereinbarungen nach § 3 Landespflegegesetz einzuhalten und der trägerunabhängige Beratungsauftrag nach § 4 Landespflegegesetz zu beachten.***

Zu den Absätzen 2 und 3

Die Patientinnen und Patienten haben das Recht, frei zu entscheiden, ob sie den sozialen Dienst, die Krankenhausseelsorge oder beides in Anspruch nehmen wollen. Kulturelle, weltanschauliche und religiöse Auffassungen der Kranken sollen respektiert und auf ihre Wünsche nach seelsorgerischer Betreuung eingegangen werden.

Zu § 7 Qualitätssicherung

In immer kürzer werdenden Zeitabständen verändern sich medizinische Erkenntnisse. Im Interesse der Patientinnen und Patienten ist daher eine ausreichende Sicherung und Überprüfung der Qualität der einzelnen medizinischen Leistung erforderlich. Die Bestellung von Qualitätssicherungsbeauftragten und Qualitätskommissionen kann insbesondere für größere Krankenhäuser unverzichtbar sein. Eine Dokumentation der Behandlungsabläufe, ihrer Ergebnisse, der Hygiene-, Pflege- und sonstige Versorgungsmaßnahmen ist durchzuführen. Sie ist von der Gesundheitsbehörde bei ihren Begehungen zu prüfen.

Der internen Qualitätssicherung dienen z.B. disziplinübergreifende Fallbesprechungen oder Visiten, Zuverlässigkeitsüberprüfungen von Laborergebnissen und die Einführung eines Qualitätsmanagements sowie die Erstellung von Infektionsstatistiken nach den einschlägigen Vorschriften.

Ob transfusionsmedizinische Beauftragte im Einzelfall zu bestellen sind, muß unter Qualitätsgesichtspunkten gesondert geprüft werden.

Die Entwicklungen in Wissenschaft und Technik sind zu beobachten und gegebenenfalls entsprechende Anpassungen zu gewährleisten. Nicht jede neue Methode oder jedes neue Gerät muß als Stand der Technik übernommen werden. Die Beratung durch die Fachgesellschaften ist zweckmäßig und hilfreich. Der allgemeine Stand von Wissenschaft und Technik ist praktikabler Maßstab.

Durch die externe Qualitätssicherung soll die in jedem Krankenhaus notwendige und selbstverständliche interne Qualitätssicherung ergänzt werden.

Der externen Qualitätssicherung dienen heute z.B. bereits Laborringversuche, krankenhausesübergreifende Vergleichsstudien bestimmter Fallgruppen, Perinatalerhebungen und die Auswertung der Ergebnisse bestimmter Operationsmethoden. Vorschläge der Fachgesellschaften zur Überprüfung von Personalstandards im medizinischen und pflegerischen Bereich können einbezogen werden.

An der Qualitätssicherung sind verschiedenste Organisationen nach Bundes- und Landesrecht beteiligt. Insbesondere die Ärztekammern, die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe und die medizinischen Fachgesellschaften tragen insoweit hohe Verantwortung. Mit ihnen arbeiten die Krankenhäuser eng zusammen. Durch die Beteiligung der Krankenkassen werden auch wirtschaftliche Aspekte der Qualitätssicherung berücksichtigt. Soweit Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug betroffen sind, müssen die Krankenkassen nicht beteiligt werden, da sie in diesem Zusammenhang keine Kostenträger sind: vgl. dazu § 41 Abs. 3.

Über die Kosten der externen Qualitätssicherung treffen die Beteiligten Vereinbarungen.

Die Finanzierungsregelung für Qualitätssicherungsmaßnahmen des Krankenhauses ergibt sich unter anderem als Zuschlag zu den Fallpauschalen nach § 14 Abs. 6 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom 26. September 1994 (BGBl. S. 2750), zuletzt geändert durch Verordnung vom 9. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2874).

Zu § 8 Krankenhaushygiene

Die Vorschrift entspricht mit einer redaktionellen Änderung § 8 KHG NW a.F.. Die Krankenhaushygieneverordnung vom 23. November 1989 (GV. NW. S. 652) gilt fort. Danach hat jedes Krankenhaus eine Hygienekommission zu bilden.

Zu § 9 Arzneimittelkommission

Zu Absatz 1

Die Vielfalt der Arzneimittel ist groß. Daher ist es für die einzelne Ärztin und den einzelnen Arzt schwierig zu entscheiden, welches Medikament im konkreten Fall am geeignetsten ist. Um einen verbesserten Einsatz sowohl unter ärztlich fachlichen als auch wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu erreichen, hat sich in der Vergangenheit die Bestellung von Arzneimittelkommissionen bewährt.

Die Zusammensetzung der Arzneimittelkommission regelt der Krankenhausträger in eigener Zuständigkeit. Den Vorsitz sollte die Leiterin oder der Leiter der Krankenhausapotheke oder eine pharmakologisch erfahrene Ärztin oder ein entsprechend qualifizierter Arzt, nicht jedoch eine Apothekerin oder ein Apotheker aus einer öffentlichen Apotheke innehaben.

Zu Absatz 2

Die Hauptaufgabe der Arzneimittelkommission besteht in einer ständigen Nutzen-Risiko-Abwägung der zur Anwendung kommenden Arzneimittel sowie deren möglichst ökonomischer Einsatz. Die Beratung der Ärztinnen und Ärzte, die Abgabe von Empfehlungen zur Dosierung und Dauer der Anwendung bestimmter Arzneimittel bei definierten Krankheitsbildern sind Aufgaben der Arzneimittelkommission. Die Beteiligung der Arzneimittelkommission an klinischen Prüfungen wird vorausgesetzt. Das Nähere dazu regeln die Bestimmungen des Arzneimittelrechts.

Die Arzneimittelkommission hat beratende und Informationspflichten. Durch die gesetzliche Regelung soll insbesondere erreicht werden, daß durch Arzneimittel bedingte Erkrankungen besser beobachtet und im Patienteninteresse zur Ausschaltung von Risiken bewertet werden. Die Verpflichtung, bei Arzneimittelrisiken die zuständigen Behörden zu benachrichtigen, obliegt dem Krankenhausträger und nach Berufsrecht den einzelnen Ärztinnen und Ärzten.

Soweit Arzneimittel für Großschadensereignisse aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 11 Abs. 4 vorgehalten und in den Krankenhausablauf eingebunden werden, erstreckt sich die Beratung durch die Arzneimittelkommission auch auf den Umgang mit diesen Produkten. Entstehende Kosten für derartige Sonderaufgaben hat der Krankenhausträger nicht zu übernehmen. Die Kostenübernahme dafür ist mit der für die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständigen Behörde vor Übernahme der Aufgaben zu klären. Absatz 2 Nr. 3 verpflichtet Krankenhausträger nicht zur Bevorratung für Großschadensereignisse. Ebenso bleibt die Zusammenarbeit mit den Städten und Kreisen bei Großschadensereignissen den Regelungen der Rechtsverordnung nach § 11 Abs. 4 vorbehalten.

Zu Absatz 3

Um eine möglichst konsequente Umsetzung der Empfehlungen der Arzneimittelkommission zu erreichen, ist es notwendig, die im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte zu verpflichten, die vorgegebene Arzneimittelliste zu berücksichtigen. Sie wird ständig aktualisiert. Allerdings ist mit dieser Vorgabe nicht die Verabreichung anderer Arzneimittel im Einzelfall ausgeschlossen. Die Vorschrift schränkt die ärztliche Therapiefreiheit nicht ein. Sie verlangt aber eine Abwägung zwischen medizinisch und pharmakologisch Einschätzungen einerseits mit wirtschaftlichen Kriterien andererseits.

Zu § 10 Zusammenarbeit der Krankenhäuser

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht in wesentlichen § 10 KHG NW a.F. und bestimmt die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Die Krankenhäuser haben sich in Zukunft im Rahmen des neuen Planungsverfahrens mehr als bisher sowohl mit den benachbarten Krankenhäusern als auch den Krankenkassen über das vorzuhaltende Angebot abzustimmen und möglichst eng mit den Beteiligten zusammen zu arbeiten. Dadurch können Ressourcen besser genutzt und zum Teil Angebote kostengünstiger vorgehalten werden. Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander beschränkt sich dabei nicht nur auf die medizinische und pflegerische Behandlung.

Die Verteilung der Krankenhausaufnahmen kann dazu führen, daß sich die Krankenhäuser in der Aufnahme von Not- oder Unfallpatientinnen und -patienten abwechseln.

Die Zusammenarbeit soll auch zur Rationalisierung der Verwaltungs-, Versorgungs- und sonstigen Einrichtungen führen. Die Möglichkeit ergibt sich z.B. bei zentralen Laboreinrichtungen, Prosekturen, Apotheken, Wäschereien, Küchen und Nebeneinrichtungen sowie zentralem Einkauf. Soweit bei der Wahrnehmung besonderer Aufgaben im Bereich der Dokumentation und der Nachsorge Mehrkosten entstehen, ist zu vereinbaren, wie die Mittel aufgebracht werden sollen.

Eine Form der Zusammenarbeit ergibt sich auch aus den Bestimmungen des Transplantationsgesetzes vom 5. November 1997 (BGBl. I S. 2631).

Mit den Einrichtungen nach § 3 KHG ist ebenfalls eine Zusammenarbeit denkbar. Dazu zählen unter anderen die Sanitätsdienste der Bundeswehr.

Der Gedanke der Kooperation hat zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dies spiegelt sich in engen Absprachen über die Zusammenarbeit mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens wieder. Insbesondere psychiatrische Versorgungsstrukturen, rehabilitative Maßnahmen sowie die ambulante und stationäre Pflege einschließlich entsprechender Hospizeinrichtungen ergänzen das Versorgungsangebot für die Bevölkerung. Die Krankenhäuser und die übrigen Beteiligten am Gesundheits- und Sozialwesen sollen das Konkurrenzdenken in den Hintergrund stellen und gemeinsames Handeln zum Nutzen der Allgemeinheit fördern.

Um ein ausgewogenes und abgestimmtes Verhalten zu erreichen und damit Ressourcen besser nützen zu können, unterrichten sich die Gemeinden, Gemeindeverbände, die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen gegenseitig über getroffene Abreden zur Zusammenarbeit.

Zu Absatz 2

Der Begriff „Einrichtungen“ erfaßt alle Möglichkeiten gesundheitlicher und sozialer Angebote. Einrichtungen des Gesundheitswesens, zu denen die Angebote des Rettungswesens und die niedergelassene Ärzteschaft ebenso gehören wie Rehabilitationsangebote können z.B. mit stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen Kooperationsvereinbarungen eingehen. Die Möglichkeiten ergeben sich aus den Aufgabenstellungen und ihren Schnittstellen. Die Gesetzesbeispiele können daher nicht erschöpfend sein. Dem Gestaltungsspielraum der Kooperationspartner sollen möglichst wenig Grenzen gesetzt werden. Zwar kann jeder Krankenhausträger im Rahmen seiner

Organisationshoheit den Grad der Verzahnung selbst bestimmen, das Gesetz bezweckt allerdings eine qualitativ bessere und wirtschaftlichere Nutzung gemeinsamer Einrichtungen.

Koordinations- und Vermittlungsaufgaben im Sinne der Vorschrift betreffen neben onkologischen Schwerpunkten z.B. auch Rheumazentren. Die gemeinsame Nutzung besonderer trägerübergreifender Angebote im Bereich der Psychiatrie kann ebenfalls von hohem Nutzen für die Beteiligten sein. Flexiblere Übergänge in Behandlungs-, Betreuungs-, Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereiche können ermöglicht werden.

Der Begriff der „Schwangerenbetreuung“ wurde durch das Wort „Geburtsvorbereitung“ ersetzt. Damit wird der Situation Rechnung getragen, daß die kranke Schwangere vom Krankenhaus stationär versorgt werden muß, während die gesunde Patientin im Rahmen der Geburtsvorbereitung auch ambulant betreut werden kann.

Im Bereich des Rettungsdienstes sind heute schon viele Ärztinnen und Ärzte als Notärztinnen und Notärzte oder als Leitende Notärztinnen und -ärzte tätig. Die Zusammenarbeit soll auch hier fortgeführt und bei Bedarf ausgeweitet werden.

Unter das Medizinproduktegesetz vom 2. August 1994 (BGBl. I S. 1963) fallen die sog. medizinisch-technischen Großgeräte, deren Planung zwischenzeitlich aufgegeben worden ist, die im Ausnahmefall aber nach § 26 förderungsfähig sind. Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten soll nach Nr. 8 des Gesetzes auch auf diesem Gebiet weiterhin zur sinnvollen und sparsamen Ressourcennutzung genutzt werden.

In Nr. 14 sind die Maßnahmen auf der Basis des SGB V, in Nr. 15 auf der Grundlage des SGB XI erfaßt.

Zu Absatz 3

Im Rahmen der Zusammenarbeit können Krankenhäuser mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens auch rechtlich selbständige Neugründungen vornehmen. *Mehrere Krankenhäuser können gemeinschaftliche Einrichtungen z.B. für den Bereich Küche, Labor, Radiologie und ähnliche Funktionen betreiben. In Betracht kommt die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) ebenso wie andere geeignete Rechtspersonen des öffentlichen oder Privatrechts.* Derartige Zusammenschlüsse sind in der Regel keine Krankenhäuser. Sie werden nicht in den Krankenhausplan aufgenommen. Der Einzelfall bleibt zu prüfen. Ein Zusammenschluß von Versorgungseinheiten zu einem Krankenhaus ist ein genehmigungspflichtiger Trägerwechsel oder bedeutet die Neuaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan. Das Angebot ambulanter Leistungen durch den Krankenhausträger ist nur im Rahmen der Vorgaben des SGB V für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zulässig.

Soweit krankenhausunspezifische Aufgaben wahrgenommen werden sollen, dürfen Mittel der Krankenhausförderung nicht eingesetzt werden. Im Krankenhausbereich erwirtschaftete Überschüsse sind nur für Krankenzwecke verwendbar.

Die Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses darf keine Veranlassung zu Doppelfinanzierungen geben. So ist es z.B. nicht zulässig, mit Mitteln der Krankenhausförderung finanzierte Küchen auszugliedern und für eine gemeinsame neue Küche unter neuer Trägerschaft Mietkosten beim Land einzufordern. Eine Ausgliederung dieser Art würde zur Rückforderung von Fördermitteln durch das Land führen müssen.

Praxiskliniken sind grundsätzlich keine Zusammenschlüsse im Sinne der Vorschrift. Sie bedeuten eine Kombination aus ambulantem und stationärem Versorgungsangebot. Das stationäre Angebot bedarf des Abschlusses eines Versorgungsvertrages nach § 108 Nr. 3 SGB V.

Die Finanzierungsverpflichtungen für neue Versorgungseinheiten können sich durch die unterschiedlichen Kostenträger schwierig gestalten. Grundsätzlich hat daher jeder seiner Beteiligung entsprechend Kosten zu übernehmen.

Zu § 11 Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht grundsätzlich § 11 KHG NW a.F.. Sie reicht aus, um die Notfallversorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Die Aufnahmebereitschaft eines Krankenhauses ist nicht gleichbedeutend mit der Zahl der freien Betten, sondern hängt insbesondere am Wochenende von der personellen Besetzung des Krankenhauses ab. Das sog. „Abmelden“ der Krankenhäuser, d.h. die Mitteilung an die Rettungsleitstelle, daß eine Notfallaufnahme nicht mehr möglich ist, ist so zu regeln, daß in jedem Fall Krankenhäuser zu bestimmen sind, die auch bei Vollbelegung Notfallaufnahmen in jedem Fall zu gewährleisten haben.

Das Recht der Patientinnen und Patienten, ein Krankenhaus frei zu wählen, bleibt von der Bestimmung unberührt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift enthält eine redaktionelle Änderung. Die Abstimmung der Einsatz- und Alarmpläne auf die Einsatzpläne der zuständigen Behörde für Großschadensereignisse gilt für die Fälle der Großschadenslagen, die landesweit übergeordneten Gesichtspunkten genügen müssen. Insoweit kommt ein Abstimmungsverhalten, bei dem sich Alarm- und Einsatzpläne nach dem einzelnen Krankenhaus zu richten haben, nicht in Betracht. Die aufzustellenden Einsatz- und Alarmpläne müssen auch für krankenhausinterne Schadensereignisse Vorsorge treffen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt, in welcher Form sich Krankenhäuser an der Bevorratung mit Sanitätsmaterial und Arzneimitteln beteiligen. Die Arzneimittelbevorratung in Sanitätslagern des Zivilschutzes ist im wesentlichen aufgegeben worden. Die Landesbehörden haben aber die Verpflichtung, bei Großschadensereignissen Vorsorge zu treffen. Um Arzneimittel in den Wirtschaftskreislauf aus pharmazeutischen, vorhaltetechnischen und wirtschaftlichen Gründen einzubinden, ist es erforderlich, sie einem hohen Durchsatz zu unterwerfen, d.h. sie relativ kurz zu lagern. Dies kann am besten dadurch gewährleistet werden, daß geeignete Krankenhäuser das Vorratsmaterial in den üblichen Klinikablauf einspeisen und so mit den für Großschadensereignisse zuständigen Behörden zusammenarbeiten. Die Krankenhäuser selbst sind nicht zur Beschaffung des entsprechenden Arzneimittelvorrats verpflichtet. Sie können auch nicht verpflichtet werden, sächliche oder personelle Ressourcen des Krankenhauses zur Verfügung zu stellen. Bestünde insoweit ein Bedarf, müßten die zuständigen Behörden das Erforderliche veranlassen. Die krankenhauseigene Beschaffung von Arzneimitteln, insbesondere die Vorgaben der Arzneimittelliste ist davon unabhängig. Die Beteiligung der Krankenhäuser regelt die Rechtsverordnung nach § 11 Abs. 4.

Zu Absatz 4

Einzelheiten zur Arznei- und Sanitätsmittelbevorratung sind mit dem für die Versorgung in Großschadensfällen zuständigen Ministerium abzustimmen und als Rahmenvorgaben verbindlich zu regeln. Aus diesem Grunde sieht das Gesetz die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung vor. Dabei sind insbesondere die Arten und Mengen der Arzneimittel, die vorzuhalten sind, die Größe und Lage der zu verpflichtenden Krankenhäuser und die zeitlichen Vorgaben für den Umschlag von Arzneimitteln zur Einhaltung der Haltbarkeitsdaten zu regeln. Im Großschadensfall sind bestimmte Abläufe einzuhalten. Die für Großschadensereignisse zuständigen Behörden müssen Ansprechpartner haben, die bei laufendem Klinikbetrieb auf Arzneimittel zugreifen können.

Universitätskliniken, deren Träger das Land ist, bieten sich aufgrund ihrer Leistungsfähigkeit als Krankenhäuser der Maximalversorgung besonders als Umschlagsbereich im vorgesehenen Sinn an. Daher sind die Abstimmungen auch mit dem Ministerium für Wissenschaft und Forschung notwendig.

Zu § 12 Rechtsaufsicht

Zu Absatz 1

Bei Zusammenschlüssen von Krankenhäusern mit Pflegeeinrichtungen oder sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind verschiedene Aufsichtsbereiche und Zuständigkeiten betroffen. Zum Teil sind bundesrechtliche Bestimmungen berührt. Eine enge Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden unter Beibehaltung der einschlägigen Zuständigkeitsregelungen ist unabdingbar.

Zu Absatz 2

Mit dem Transplantationsgesetz vom 5. November 1997 (BGBl. I S. 2631) wurden die allgemeinen Grundsätze, an denen sich die Rechtsaufsicht in der Vergangenheit im Rahmen der Transplantation zu orientieren hatte, in eine gesetzliche Form gegossen. Die Bestimmungen gehen über die bisherige Übung in der Verwaltung hinaus.

Zu Absatz 3

Die Regelung berücksichtigt eventuelle Zusammenschlüsse von Krankenhäusern mit anderen Einrichtungen zu eigenen Rechtspersonen. Unterschiedliche Aufsichtsbehörden sind zuständig. Eine Aufsicht kann nur wirksam ausgeübt werden, wenn der Aufsichtsbehörde die zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlichen Angaben gemacht werden und ihr die Möglichkeit eröffnet wird, sich in der Einrichtung unmittelbar zu informieren. Gegebenenfalls ist bei Vertragsabschluß zwischen den Krankenhausträgern und den sonstigen Trägern ein entsprechendes Begehungs- und Auskunftsrecht für die im Rahmen der Krankenhausaufsicht zuständigen Behörden zu vereinbaren. Die Aufsichtsbehörden können in die Dokumentationen zur Qualitätssicherung nach § 7 und Krankenhaushygiene nach § 8 regelmäßig Einsicht nehmen.

Abschnitt II

Planung

Das Planungsverfahren wird neu gestaltet. Die Beteiligten vor Ort, insbesondere die Krankenhausträger mit ihren Verbänden sowie die Krankenkassenverbände, erhalten im Rahmen des Planungsverfahrens zusätzliche Mitwirkungsrechte und einen größeren Gestaltungsspielraum. Auch den Kreisen und kreisfreien Städten kommt eine stärkere Bedeutung zu. Das Land behält aber weiterhin seine Letztverantwortung und trifft die Planungsentscheidungen. Planungskompetenzen werden somit nicht auf Dritte übertragen. Durch die stärkere Beteiligung der Kosten- und Leistungsträger wird das Planungsverfahren effizienter gestaltet, da planungsrelevante Sachverhalte im unmittelbaren Umfeld der Krankenhausträger stärker einbezogen werden können. Sog. Runde Tische auf örtlicher Ebene sind aber keine Planungsgremien. Ihre Überlegungen, Absprachen und Anregungen können dann Eingang in Planungsüberlegungen finden, wenn sie von der Planungsbehörde einbezogen werden oder der Landesausschuß bestimmt hat, welche ihrer Ergebnisse bei der Planung zu berücksichtigen sind.

Der Landesausschuß für Krankenhausplanung wird aufgewertet. Abschließende planerische Entscheidungen trifft jedoch auch hier die Planungsbehörde.

Zu § 13 Krankenhausplan

Zu Absatz 1

Entsprechend den bundesgesetzlichen Vorgaben stellt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium den Krankenhausplan auf.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift beschreibt den Inhalt des Krankenhausplans, indem sie auf den Grundsatz des § 1 Abs. 1 Bezug nimmt.

Der Krankenhausplan besteht aus drei unselbständigen Teilen, den Rahmenvorgaben, den Schwerpunkt- und den sonstigen Festlegungen. Schwerpunkt- und sonstige Festlegungen müssen durch Bescheid nach § 18 festgestellt werden. Damit werden sie Bestandteil des Krankenhausplans.

Der Krankenhausplan kann neu aufgestellt oder fortgeschrieben werden. Eine Fortschreibung liegt grundsätzlich immer dann vor, wenn ein Teil des Krankenhausplans geändert wird. Werden allerdings wesentliche Teile der Rahmenvorgaben neu formuliert oder alle Teile des Krankenhausplans geändert, so liegt eine Neuaufstellung des Krankenhausplans vor.

Somit kann der Krankenhausplan wie folgt fortgeschrieben werden:

- Die Rahmenvorgaben werden ohne wesentliche Änderungen angepaßt.
- Schwerpunktfestlegungen werden auf Antrag oder von Amts wegen geändert.
- Konzepte nach § 16 werden neu erarbeitet oder geändert, geprüft, genehmigt und durch Bescheid (§ 18) in den Krankenhausplan aufgenommen.

In den **Sätzen 5 und 6** werden Planbetten und Behandlungsplätze durch Gesetz definiert. Sie sind der Maßstab für die Bemessung der pauschalen Fördermittel.

Zu Absatz 3

Da Krankenhausplanung kein statischer, sondern ein fließender Prozeß ist, finden Fortschreibungen mit großer Regelmäßigkeit statt. Der aktuelle Stand des Krankenhausplans soll alle zwei Jahre bekannt gegeben werden. Dies gilt unabhängig davon, ob er fortgeschrieben oder neu aufgestellt worden ist.

Die Veröffentlichung in Abständen von zwei Jahren setzt voraus, daß eine regelmäßige Überprüfung der Rahmenvorgaben, der Schwerpunkt- und sonstigen Festlegungen erfolgt. Mit diesem Verfahren wird eine höhere Kontinuität und ein flexibleres Reagieren auf die tatsächliche Bedarfsentwicklung in der Krankenhausversorgung erreicht. Die notwendigen Anpassungen werden durch die kürzeren Abstände voraussichtlich weniger einschneidend sein als bisher. Mit der Veröffentlichung ist nicht zwingend eine Verkürzung des Planungshorizonts auf zwei Jahre verbunden.

Zu Absatz 4

Neu in die Bestimmung wurde die Verpflichtung aufgenommen, planerische Angebote mit an Nordrhein-Westfalen angrenzenden Bundesländern abzustimmen. In den letzten Jahren war zwar eine deutlich bessere Abstimmung mit den benachbarten Bundesländern zu beobachten. Die Zusammenarbeit muß aber weiter verstärkt werden. Dazu bedarf es einer Verpflichtung.

Die Vielfalt der Träger zu beachten, ist kein Kriterium, das die Landesbehörde zwingen kann, nicht bedarfsgerechte Krankenhäuser in den Krankenhausplan aufzunehmen oder darin zu belassen. Unter mehreren zur Versorgung der Bevölkerung gleichermaßen geeigneten Krankenhäusern kann es allerdings ausschlaggebend sein.

Zu Absatz 5

Die Hochschulkliniken sowie die anderen in § 3 Nrn.1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind in erheblichem Umfang an der Krankenhausversorgung beteiligt. Daher sind sie in die Bedarfsplanung einzubeziehen. Grundlage der Pflegesatzverhandlungen nach den Bestimmungen des Pflegesatzrechts sind für die Verbände der Krankenkassen die Bescheide, mit denen die Versorgungseinheiten im Krankenhausplan des Landes ausgewiesen sind. Die Hochschulkliniken sind mit ihren Festlegungen nach § 15 und § 16 Bestandteil des Versorgungsangebotes. Daher erhalten auch sie Bescheide, in denen ihre Leistungsstrukturen festgestellt sind. Der Abschluß eines Versorgungsvertrages mit den Verbänden der Krankenkassen ist bereits durch ihre Aufnahme in das Hochschulverzeichnis nach dem Hochschulbauförderungsrecht erfolgt: § 108 Nr. 1 in Verbindung mit § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Damit ist jedoch die einzelne Angebotsstruktur noch nicht bestimmt. Sie wird durch den Bescheid nach § 18 konkretisiert. Ein Anspruch auf Förderung nach KHG/KHG NW ist mit der Erteilung des Bescheides nicht verbunden.

Die Belange von Wissenschaft und Forschung können im Einzelfall besondere Vorhalten in Gebieten und Teilgebieten erfordern.

Zu § 14 Rahmenvorgaben

Zu Absatz 1

Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und -kriterien sowie qualitative und quantitative Inhalte für Festlegungen nach § 15 und § 16.

Unter Planungsgrundsätzen sind u.a. der Umgang mit Bevölkerungsprognosen und die Festlegung von Planungsgebieten zu verstehen. Investitionen des Landes nach § 21 und damit geschaffene bauliche Gegebenheiten müssen bei der Erarbeitung der Planungsgrundsätze berücksichtigt werden.

Zu den qualitativen Eckdaten zählen Gebiete und Teilgebiete oder besondere Aufgaben, Planungs determinanten wie Krankenhaushäufigkeit, Verweildauern und Bettennutzung sowie gegebenenfalls Bettenmeßziffern oder Leistungszahlen und eine Einteilung in Versorgungsstufen (örtlich, regional und überregional). Auch die Art der Abteilungen, die vorzuhalten sind, Haupt- oder Belegabteilungen, sind qualitative Eckdaten, die die Rahmenvorgaben ausweisen müssen.

Bei der Diskussion der quantitativen Eckdaten werden insbesondere die Bedeutung der Bettennutzung, die Verweildauer als Interpretation von bisherigen Werten für künftige Aussagen (Trendextrapolation) oder Durchschnittsbetrachtung, Krankenhaushäufigkeit als Trendextrapolation, die Einwohnerzahl als Prognose des statistischen Landesamtes und die Leistungszahlen festzulegen sein. Die Regelauslastung nach Absatz 3 ist zu bestimmen.

Auch Verfahrensschritte können in den Rahmenvorgaben festgelegt werden, wenn es z.B. um den zeitlichen Ablauf der Konzeptentwicklung nach § 16 in einzelnen Regionen oder die Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsangeboten außerhalb der Krankenhausversorgung geht.

Wesentliches Merkmal des Krankenhausplans ist die Ist-Analyse. Dabei handelt es sich um die Analyse der bestehenden stationären und teilstationären Versorgungseinrichtungen und ihrer Strukturen in den Planungsregionen sowie der Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen in der Vergangenheit. Die Ist-Analyse findet ihren Niederschlag in den Rahmenvorgaben.

Als Zukunftsprognose werden Entwicklungstendenzen abstrakt formuliert, z.B. die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts auf die Bedarfsdeterminanten Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer.

Die Rahmenvorgaben werden auch die besonderen Aufgaben enthalten, die die Landesbehörde als Schwerpunkt festlegungen plant. Daneben sind die Bereiche zu definieren, zu denen die Krankenhausträger und Verbände der Krankenkassen eigene Konzepte entwickeln können.

Die Verteilung voll- und teilstationärer Versorgung in ausgewählten Disziplinen wird festgelegt. Dazu zählt z.B. die psychiatrische Versorgung, die nach allerdings nicht unumstrittener Auffassung Teil eines ganzheitlichen gesundheitlichen und sozialen Versorgungssystems mit fließenden Übergängen in Behandlungs-, Betreuungs-, Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereiche sein soll.

Tages- und Nachtkliniken sind von der ambulanten Versorgung abzugrenzen. Dies gilt vor allem hinsichtlich onkologischer und diabetologischer Angebote.

Für das Kriterium der Wohnortnähe können die Rahmenvorgaben ebenso Vorgaben machen wie für die Abstimmung benachbarter Versorgungsangebote.

Grundsätzlich geht das Land weiterhin von den Versorgungsgebieten als Planungsregionen aus. Es können aber auch andere Planungsebenen diskutiert und festgelegt werden.

Zu Absatz 2

Der Krankenhausplan kann neu aufgestellt oder fortgeschrieben werden. Eine Neuaufstellung ist immer dann erforderlich, wenn bedeutende Änderungen der Rahmenvorgaben vorgenommen werden. Dazu zählen insbesondere die Abwandlung der Planungsgrundsätze, die Änderung der qualitativen Eckdaten oder der Beteiligungsrechte. Bei der Neuaufstellung und Fortschreibung der Rahmenvorgaben ist der zuständige Landtagsausschuß durch Anhörung zu beteiligen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift ermöglicht sowohl dem Land als auch den Verhandlungspartnern nach § 16, eine Übersicht über die Auslastung der einzelnen Krankenhausabteilungen zu erhalten. Die Kenntnis der Datenlage ist für die Krankenhausplanung, insbesondere die Formulierung der Rahmenvorgaben und damit die strukturellen Überlegungen im Landesausschuß zur Fortentwicklung der Eckdaten unerlässlich. Darüber hinaus versetzt sie die Behörde in die Lage, Planfortschreibungen nach § 15 und § 16 von Amts wegen anzugehen.

Die Vorschrift berücksichtigt, daß in den Rahmenvorgaben auch unterschiedliche Regelauslastungen festgelegt werden können. Die Meldung zu geringer Kapazitäten müssen gesetzlich nicht bestimmt werden. Überbelegungen haben die Krankenhausträger in der Vergangenheit ohne Aufforderung gemeldet.

Zu § 15 Schwerpunktfestlegungen

Zu Absatz 1

Die Schwerpunktfestlegungen enthalten besondere oder überregional bedeutsame Strukturen. Dazu zählen z.B. die Herzchirurgie und die Transplantationsmedizin. In diesen Bereichen ist es notwendig, auf ein bestimmtes klinisches Umfeld, Begleitdisziplinen und ähnliches, zu achten, um eine möglichst gute Versorgungsqualität zu gewährleisten. Zur Schwerpunktfestlegung können z.B. auch Bereiche wie die qualifizierte Suchtbehandlung, zählen, wenn dies in den Rahmenvorgaben festgelegt worden ist. Das Gesetz formuliert Schwerpunktaufgaben nicht, um Landesausschuß und Planungsbehörde eine flexible Gestaltung der Rahmenvorgaben zu ermöglichen.

Schwerpunktfestlegungen nach diesem Gesetz dürfen nicht mit dem Begriff „Schwerpunkte“ im Sinne von „Teilgebieten“ der früheren Weiterbildungsordnungen der Ärzte verwechselt werden. Übereinstimmungen sind zufällig. Die Planung orientiert sich zwar an den Weiterbildungsordnungen. Eine Übernahme der dortigen Vorgaben erfolgt jedoch nicht.

In der Vergangenheit war es bereits möglich, innerhalb der im Krankenhausplan ausgewiesenen Strukturen, die mit den Gebieten der Weiterbildungsordnung identisch waren, gesonderte „Schwerpunkte“ zu betreiben. Dabei handelte es sich um Festlegungen, für die zwar keine eigenen Abteilungen ausgewiesen wurden, die aber den Patienten eine

spezielle Behandlungsmöglichkeit signalisierten.

Die Rahmenvorgaben sind auch für die Schwerpunktfestlegungen Grundlage und damit verbindlich. Der Abbau oder die Neueinrichtung von Schwerpunkten ist nach Maßgabe der Rahmenvorgaben zu prüfen und zu entscheiden. Es bleibt dem Land in Abstimmung mit dem Landesausschuß nach § 17 Abs. 1 unbenommen, Schwerpunktaufgaben zu einem späteren Zeitpunkt nach § 16 zu behandeln, wenn z.B. eine überregionale Bedeutung einzelner Schwerpunkte nicht mehr besteht.

Zu Absatz 2

Nach der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 16. 6. 1994 - 3 C 12.93 - steht den Verbänden der Krankenkassen nach geltendem Bundesrecht kein subjektives Recht in der Krankenhausplanung zu. Daher beschränkt sich ihre Mitwirkung im Rahmen der Schwerpunktfestlegungen auf die Anregung an das Land, von Amts wegen Sachverhalte aufzugreifen und zu regeln. Den Krankenhausträgern steht dagegen ein Antragsrecht zu.

Zu Absatz 3

Bei der Fortschreibung des Krankenhausplans durch Schwerpunktfestlegungen wird das Anhörungsverfahren bei den mittelbar Beteiligten durch eine Erörterung im Landesausschuß ergänzt. Das Verfahren wird damit der besonderen Bedeutung der Entscheidung gerecht.

Zu Absatz 4

Bei den besonderen Aufgaben handelt es sich um solche, die sinnvollerweise nicht von jedem Krankenhaus einzeln wahrgenommen werden sollten. Entweder können solche Aufgaben je nach Eignung als gemeinsame Aufgabe erfüllt werden, oder sie werden einem Krankenhaus allein zugewiesen. Dann sind es allgemeine Krankenhausleistungen der verpflichteten Einrichtung.

Bei den besondere Aufgaben handelt es sich z.B. um Perinatal- und Tumorzentren oder onkologische Schwerpunktkrankenhäuser. Auch die Fragen der Ausbildung können einzelnen Krankenhäusern besonders zugewiesen werden (akademische Lehrkrankenhäuser). Krankenhäuser sind nur bei angemessener Finanzierung und unter Bereitstellung personeller und sachlicher Ressourcen verpflichtet, entsprechende Aufgaben zu übernehmen. Um Krankenhäuser nicht unzumutbar zu belasten bzw. zu gewährleisten, daß solche Aufgaben übernommen werden, ist eine Planungsentscheidung der zuständigen Behörde erforderlich. Mit der Vorschrift sind keine zum derzeit geltenden Recht abweichenden Regelungen eingeführt worden. Die Bestimmung dient der Klarstellung.

Die Kosten der Weiterbildung sind in den Budgets in der Regel bereits berücksichtigt.

Zu § 16 Sonstige Festlegungen

Zu Absatz 1

Grundlage für die sonstigen Festlegungen sind die Rahmenvorgaben nach § 14. Die zuständige Planungsbehörde trifft die Entscheidung darüber, welche Feststellungen in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen haben das Recht, im Vorfeld die Rahmenvorgaben nach § 14 mit einem eigenen Umsetzungskonzept auszufüllen. Die betroffenen Kreise und kreisfreien Städte sind bei der Erarbeitung des Konzeptes gleichberechtigte Verhandlungspartner, soweit sie dies wollen. Betroffen sind nur solche Kreise und kreisfreien Städte, in denen das Krankenhaus und seine Betriebsstellen gelegen sind. Damit ergibt sich für die Kreise eine Sonderstellung im Vergleich zu den übrigen mittelbar Beteiligten nach § 17 Abs. 2. Dies ist wegen ihrer besonderen regionalen und kommunalpolitischen Verantwortung sowie aufgrund der Garantie des Art. 28 GG gerechtfertigt. Es ist davon auszugehen, daß sie dieser Verantwortung auch gerecht werden, wenn sie selbst Krankenhausträger sind.

Das gemeinsam erarbeitete Konzept, über das sich die Beteiligten geeinigt haben und an das die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen gebunden sind, unterliegt der vollständigen inhaltlichen und rechtlichen Nachprüfung durch die zuständige Behörde. Es darf daher von der Planungsbehörde abgelehnt, angenommen oder mit Änderungen genehmigt werden. Ziel des Konzeptes ist in erster Linie, gemeinsam Leistungsstrukturen und Bettenzahlen zu erarbeiten. Auch die Schließung oder der Aufbau von Abteilungen oder Modellvorhaben können Gegenstand eines Konzeptes sein.

Da die Verbände der Krankenkassen im Planungsrecht nur gemeinsam und einheitlich vorgehen können, dient die Verweisung auf § 213 SGB V der Konfliktlösung bei Nichteinigung.

Zu Absatz 2

Die Erarbeitung von Konzepten hat grundsätzlich allen Fortschreibungen und der Neuaufstellung des Krankenhausplans nach den Kriterien des § 16 voranzugehen. Um einen Planungsstillstand auszuschließen, ist ein Initiativrecht für die Krankenhäuser, die Verbände der Krankenkassen und das Land vorgesehen. Ein Beschleunigungselement enthält das Gesetz durch die Einführung einer Dreimonatsfrist, in der die Verhandlungen aufgenommen werden müssen. Zur Sicherstellung der Eingriffsmöglichkeiten der Planungsbehörde muß die Aufnahme der Verhandlungen angezeigt werden, wenn die Erarbeitung von Konzepten nicht von Amts wegen eingeleitet wird. Die Krankenhausträger können ihre Verbände an den Verhandlungen beteiligen.

Zu Absatz 3

Die Krankenhausträger erhalten das Recht, einen Verband zu bestimmen, der die Anhörung unter den mittelbar Beteiligten durchführt. Soweit bei mehreren Krankenhäusern, die verschiedenen Verbänden angehören, eine Einigung auf einen Verband nicht

zustande kommt, ist die Krankenhausgesellschaft berechtigt, die Anhörung durchzuführen.

Die Kreise und kreisfreien Städte gehören grundsätzlich zu den mittelbar Beteiligten an der Krankenhausversorgung: § 17 Abs. 2. Sie tragen eine besondere Verantwortung in der Region und haben das Beteiligungsrecht nach Absatz 1. Soweit sie ausnahmsweise auf die Mitwirkung an der Konzepterarbeitung verzichten, ist ihre Anhörung zwingend erforderlich, damit die Planungsbehörde die Belange der betroffenen Region bei ihrer Entscheidung angemessen berücksichtigen kann.

Zu Absatz 4

Die Bestimmung macht deutlich, daß das Land seiner umfassenden Planungsaufgabe gerecht wird. Eine Rechtsprüfung vorgelegter Konzepte reicht nicht aus. Die Planungsbehörde muß sich inhaltlich mit dem Konzept auseinandersetzen, es bewerten, an Hand der Rahmenvorgaben und dem allgemeinen Stand von Wissenschaft und Technik in der Medizin sowie des dokumentierten Verhandlungsablaufs prüfen. Insbesondere die Dokumentationsverpflichtung soll den Einfluß nicht sachgerechter Kriterien verhindern. Die Bewertung der Kreise und kreisfreien Städte muß in der Dokumentation enthalten sein, damit nachvollziehbar ist, aus welchen Gründen ein Konzept von ihnen mitgetragen oder abgelehnt wird.

Mit der Genehmigung wird das Konzept für Krankenhausträger, Verbände der Krankenkassen und das Land verbindlich. Das bedeutet, daß das Land nur solche Inhalte von Konzepten genehmigen kann, die aufgrund seiner Planungsentscheidung Bestandteil des Krankenhausplans oder aus diesem herausgenommen werden sollen.

Zu Absatz 5

Entscheidender und verbindlicher Maßstab für die Genehmigung sind die Rahmenvorgaben und der Stand von Wissenschaft und Technik in der Medizin. Die Fortschreibung der Rahmenvorgaben verlangen ebenso wie die Veränderung der Standards in der Medizin eine Anpassung. Dabei ist auf den allgemeinen Stand abzustellen. Nicht jeder medizinische Fortschritt begründet somit eine Fortschreibung des Krankenhausplans.

Mit Nebenbestimmungen wird dem Anliegen Rechnung getragen, Übergangsstrukturen zu schaffen, um Problemregionen besser versorgen zu können. Übergangsstrukturen können immer dann entstehen, wenn durch Baumaßnahmen bedarfsgerechte Einrichtungen kurzfristig nicht betrieben werden können, durch die Stilllegung aber die Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre. Gleichzeitig wird der Zwang ausgeübt, Provisorien nicht zu Dauerlösungen werden zu lassen. Eine Befristung muß angemessen sein. Denn Investitionen kann ein unternehmerisch tätiges Krankenhaus nur im Rahmen einer angemessenen Zukunftsperspektive tätigen. Insgesamt wird mit der Regelung mehr Flexibilität erreicht. Bei der Zustimmung zu befristeten Verträgen ist ein strenger Maßstab anzulegen.

Da mit der Genehmigung das Konzept für die Beteiligten verbindlich wird, eine Abwandlung der Vorlage durch die Planungsbehörde aber durchaus denkbar ist, müssen die Beteiligten ein Recht zur Gegenvorstellung haben. Um Planungsprozesse jedoch nicht unnötig zu verzögern und die Entscheidungskompetenz des Landes nicht unzulässigerweise zu beschneiden, findet eine Überprüfung der Genehmigungsentscheidung nur bei der zuständigen Behörde statt. Der Rechtsweg zu den Gerichten wird insoweit nicht eröffnet. Damit wird den Beteiligten ein im Vergleich zum Planungsverfahren nach den geltenden Bestimmungen zusätzliche Möglichkeit eingeräumt, in einer Vorstufe zur abschließenden Planungsentscheidung ihre Rechte geltend zu machen. Die Anfechtungsmöglichkeiten gegen den Bescheid nach § 18, mit dem die Aufnahme in den Krankenhausplan erfolgt, bleiben unberührt. Insoweit wird auf die Begründung zu Absatz 7 verwiesen.

Dem Gedanken der Verfahrensbeschleunigung wird damit Rechnung getragen, daß das Genehmigungsverfahren durch die Behörde grundsätzlich innerhalb von drei Monaten abzuschließen ist.

Jeder Vertragspartner hat nicht nur das Recht, zu Vertragsverhandlungen aufzufordern, sondern auch das Genehmigungsverfahren bei der zuständigen Behörde einzuleiten. Entsprechendes gilt für die Anfechtung. Damit ist für alle Vertragspartner „Waffengleichheit“ eingeräumt. Es wird eine zügige Umsetzung des Verfahrens gewährleistet. Ein gemeinsames Antragsrecht der Parteien könnte zu einer Blockade des Verfahrens führen und ist insoweit einer Verfahrensbeschleunigung hinderlich. Die Genehmigung des Konzeptes erfolgt ohne Anhörung des Landesausschusses. Die Anhörung ist nicht erforderlich, da der Landesausschuß bereits bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben umfassend beteiligt wird. Die Genehmigungsbehörde prüft auch, ob neben der Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 5 Nrn. 1 und 2 formale Voraussetzungen erfüllt worden sind und z. B. die Beteiligten nach § 17 Abs. 2 gehört worden sind. Die Unterlagen aus dem Anhörungsverfahren kann die Planungsbehörde jederzeit einsehen.

Der Genehmigungsbescheid übernimmt nur die Teile des Konzeptes, die für den Krankenhausplan von Bedeutung sind. Zusätzliche Absprachen der Vertragspartner wie z.B. Nebenabreden über Beobachtungskriterien und Anzeigepflichten bei bestimmten Entwicklungstendenzen in einzelnen Abteilungen gehen nicht in den Krankenhausplan ein.

Eine Ablehnung der Genehmigung kommt insbesondere dann in Betracht, wenn das vorgelegte Konzept von den Rahmenvorgaben abweicht.

Zu Absatz 6

Sollten trotz Aufforderung keine Konzepte vorgelegt werden, entscheidet die zuständige Behörde nach Anhörung der mittelbar und unmittelbar Beteiligten nach § 17. Dieses Verfahren entspricht der bisherigen Rechtslage.

Zu Absatz 7

Die Aufnahme eines genehmigten Konzeptes in den Krankenhausplan erfolgt durch Bescheid nach § 18. Die Erteilung des Bescheides bedeutet die Fortschreibung des Krankenhausplans. Dagegen ist für den Krankenhausträger der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten gegeben. Die gesetzliche Regelung in Satz 3 dient der Klarstellung. Ein entsprechendes Recht steht den Verbänden der Krankenkassen nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts vom 16.6.1994 - 3 C 12.93 - im Planungsverfahren allerdings nicht zu. Der Bescheid begründet für das Krankenhaus den grundsätzlichen Anspruch auf Förderung nach den Bestimmungen des KHG sowie des KHG NW.

Zu § 17 Beteiligte an der Krankenhausversorgung

Zu Absatz 1

Der Kreis der Mitgliedergruppen des Landesausschusses für Krankenhausplanung ist nicht erweitert worden. Allerdings ist die Zahl der Vertreter der Verbände der Krankenkassen von sechs auf acht Mitglieder erhöht worden, um eine paritätische Besetzung der Vertreter der Krankenkassenverbände zu ermöglichen.

Zu Absatz 2

Im Landesausschuß haben nur die unmittelbar Beteiligten einen Sitz. Sie tragen im Gegensatz zu den mittelbar Beteiligten nach Absatz 2 Strukturverantwortung.

Die mittelbar Beteiligten sind unter anderen die Arbeitnehmersvertretungen. Deren Interesse liegt vornehmlich in der Umsetzung planerischer Vorgaben vor Ort. Daher sollen sie bei der Planvertragsgestaltung und bei der Schwerpunktplanung beteiligt werden. Der Kreis der mittelbar Beteiligten ist nicht verändert worden.

Zu Absatz 3

Die Aufgaben des Landesausschusses sind in einer Vorschrift zusammengefaßt worden. Der Landesausschuß ist das entscheidende Mitwirkungsorgan in der Krankenhausplanung und -finanzierung. Er erarbeitet Handlungs- und Umsetzungsempfehlungen.

Bei Änderungen des Krankenhausplans, der Neuaufstellung oder Fortschreibung durch Änderung der Rahmenvorgaben und der Schwerpunktfestlegungen, ist der Landesausschuß nach § 17 Abs. 1 zu beteiligen. Die Mitglieder des Landesausschusses haben nicht nur beratende Funktion. Die Gesetzesformulierung „Einvernehmen anstreben“ verlangt das ernsthafte Bemühen, zu einer Einigung zu kommen. Daher sind grundsätzlich auch Abstimmungsprozesse möglich. Die abschließende Entscheidung trifft jedoch das Land.

Der Landesausschuß muß festlegen, welche planerischen Daten zur Vorbereitung von Neuaufstellung oder Fortschreibung der Krankenhausplans regelmäßig zu melden sind. Dies können z.B. die tatsächlichen Auslastungen und die Verweildauern in den Krankenhäusern sein. Die Daten werden bei der Neuaufstellung festgelegt und bei Änderung der Bedarfslage angepaßt. Sie sind daher für die Krankenhausträger vorhersehbar. Näheres kann durch Rechtsverordnung nach § 39 bestimmt werden.

Wie die Krankenkassenverbände können auch die Krankenhausträger durch Arbeitsgemeinschaften sicherstellen, daß Informationen unter den einzelnen Krankenhausträgern ausgetauscht werden. Der Aufbau von Datenbanken und sonstigen Informationssträngen bleibt den Beteiligten unbenommen. Durch ihre Verbände einschließlich Krankenhausgesellschaft sind die Materialien mit Einverständnis der jeweiligen Träger abrufbar. Die Zusammenarbeit der Betroffenen sollte intensiviert werden.

Der 1. September als Meldedatum ist kurzfristig gesetzt, wenn insbesondere zum Jahresende eine Neuaufstellung der Rahmenvorgaben erfolgen soll. Im Interesse der Beschleunigung des Verfahrens muß diese Fristsetzung hingenommen werden.

Der Landesausschuß muß sich auch um einvernehmliche Regelungen bei der Aufstellung des Investitionsprogramms bemühen.

Zu Absatz 4

Die Geschäftsordnung hat insbesondere die Voraussetzungen für die Einberufung des Landesausschusses, die Zahl und Bestellung der Vertreter der ständigen Mitglieder, den grundsätzlichen Ablauf der Sitzung, die Ladungsfristen, Protokollfragen und ein eventuelles Abstimmungsverhalten zu regeln. Abstimmungen lassen gegenüber der zur Entscheidung befugten Landesbehörde erkennen, welche Mehrheiten bestehen. Das Land entscheidet aber im Rahmen seiner Planungskompetenz selbst abschließend. Es trifft somit keine Ersatzentscheidungen.

Unterausschüsse zu bilden, ist insbesondere dann sinnvoll und erforderlich, wenn Einzelfragen von besonderer Bedeutung vorzuklären sind. Die Beteiligten nach Absatz 2 nehmen in unmittelbarer Nähe des einzelnen Krankenhauses in unterschiedlichster Weise an der Versorgung teil. Daher bietet es sich an, aus ihrer Mitte Mitglieder in Unterausschüsse einzubinden. Dies gilt vor allem für die Beteiligten, die strukturelle Prozesse besonders begleiten wie die Ärztekammern.

Zu § 18 Festlegungen im Krankenhausplan

Zu Absatz 1

§ 8 Abs. 1 KHG schreibt als Voraussetzung für die Förderung neben der Aufnahme in den Krankenhausplan ausdrücklich deren Feststellung durch einen Bescheid vor. Es ist daher geboten, die an den Bescheid zu stellenden Mindestanforderungen festzulegen.

In Ergänzung des geltenden Rechts sind besondere Aufgaben des Krankenhauses anzugeben. Dazu zählt auch die Angabe der Versorgungsregionen für die psychiatrische Pflichtversorgung nach § 2 Abs. 1 Satz 3, die im Einzelfall die Grenzen der Versorgungsgebiete überschreiten können.

Das Krankenhaus erhält einen einheitlichen Bescheid über alle Festlegungen, die Bestandteil des Krankenhausplans sind. Näheres zur Ausgestaltung des Bescheides regeln Verwaltungsvorschriften.

Versorgungsstufen müssen nicht festgelegt werden, weil sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses aus dem Feststellungsbescheid ergibt.

Zu Absatz 2

Konzepte nach § 16 können Aussagen enthalten, die für die Verhandlungspartner von Bedeutung sind, aber nicht in den Krankenhausplan gehören. Sie sind kenntlich zu machen, soweit das Konzept von der zuständigen Behörde übernommen und dem Krankenhausplan als Anlage beigelegt wird.

Zu Absatz 3

Weicht der Krankenhausträger von den Festlegungen des Krankenhausplans z.B. von der Gesamtzahl der im Ist und Soll anerkannten Betten und Behandlungsplätze oder von der Zahl und Art der Abteilungen und ihrer Betten sowie bei der Änderung von Ausbildungsstätten und besonderen Schwerpunktaufgaben ohne Genehmigung der zuständigen Behörde ab, kann das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden. Die Abweichung vom Krankenhausplan hat in der Regel insbesondere für die Betriebskosten erhebliche Konsequenzen. Etwaige Absprachen mit den Verbänden der Krankenkassen ersetzen die Abstimmung mit der zuständigen Behörde nicht.

Besondere Angebote wie z.B. die Herzchirurgie sollen aus Qualitätsgründen nur an Krankenhäusern angesiedelt werden, die entsprechend geeignete ergänzende Angebote und Ausstattungen vorhalten. Die notwendigen Kriterien erarbeitet der Landesauschuß. Soweit Krankenhausträger versuchen, aus Gewinnstreben und unter Außerachtlassen der Qualitätsvorgaben Angebote außerhalb des Krankenhausplans an ihr Haus zu binden und damit die Krankenhausplanung des Landes zu unterlaufen, besteht die Gefahr, daß eine ordnungsgemäße Krankenhausversorgung nicht mehr gewährleistet ist.

Die Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan ist als die einschneidendste Maßnahme unter strenger Anwendung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit zu prüfen.

Abschnitt III

Krankenhausförderung

Die Bemessung der pauschalen Fördermittel bei Betten- und Behandlungsplatzaufstockungen und -verminderungen wird auf eine neue Grundlage gestellt.

Bereits 1972 bei der Formulierung des KHG wurden unterschiedliche Größen wie

- Patient (Fallzahl)
- Pfllegetag (Budget) und die
- Kombination dieser Parameter

als Grundlagen für die Bemessung pauschaler Fördermittel diskutiert. Bisher war es nicht gelungen, eine allen Anforderungen entsprechende Lösung für die Förderung kurzfristiger Anlagegüter zu finden. Abzuwägen waren bei den vorgetragenen Modellen insbesondere die Frage der Finanzierbarkeit durch das Land, der Praktikabilität der Berechnung der jährlich auszahlenden Pauschalen (Verwaltungsaufwand) und der Leistungsgerechtigkeit bei unterschiedlichen Disziplinen.

Die Überbetonung der Komponente „Bett“ hat in der Vergangenheit dazu geführt, daß die Krankenhäuser an ihren Betten- und Behandlungsplatzzahlen festhalten wollten, auch wenn dies nicht zwingend erforderlich gewesen wäre. Die durch Betten- und Behandlungsplatzabbau bedingte Kürzung der pauschalen Fördermittel hätte in vielen Fällen zu Engpässen bei der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter im Krankenhaus geführt. Diesem Umstand wird mit der neuen Bemessungsform Rechnung getragen. Sie ist sowohl beim Bettenabbau als auch bei Abteilungsschließungen anwendbar. Die Beibehaltung der Punktwerte stellt sicher, daß der Abbau von Abteilungen mit hohen Wiederbeschaffungswerten entsprechend berücksichtigt wird.

Zu § 19 Förderungsgrundsätze

Zu Absätzen 1 bis 3

Die Vorschrift entspricht § 17 Abs. 1 bis 3 KHG NW a.F..

Absatz 2 Satz 2 berücksichtigt, daß die Kosten für die Instandhaltung von Anlagegütern nach der Abgrenzungsverordnung vom 12.12.1985 pflegesatzfähig sind. Insoweit ist der Träger verpflichtet zu prüfen, ob durch Wartung und Instandhaltung eine Investitionsmaßnahme im Sinne einer Neuerstellung verhindert werden kann. Durch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, Urteile vom 21.1.1993 - 3 C 66/ 90 - und 26.10.1995 - 3 C 11/ 94 - sind Erhaltungsinvestitionen im übrigen pflegesatzfähig.

Zu Absatz 4

Das Abweichen von den Feststellungen im Krankenhausplan ist ohne Zustimmung der Planungsbehörde unzulässig. Die Planung wird auch unterlaufen, wenn planwidrige Angebote, die von der Planungsbehörde als nicht notwendig angesehen werden, aus

Qualitätsgründen sogar abgelehnt werden und deshalb nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden, durch Vertrag an ein Krankenhaus gebunden werden. Dies läßt zum einen die Herausnahme aus dem Krankenhausplan zu. Zum anderen kann es auch förderrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Das jeweils adäquate und insoweit mildeste Mittel ist anzuwenden.

Fördermittel nach § 21 können versagt und zurückgefordert werden. Die Fördermittel nach § 25 können grundsätzlich nur versagt, nicht aber zurückgefordert werden, es sei denn sie wären nicht zweckentsprechend verwendet worden.

Zu § 20 Investitionsprogramm

Das Gesetz stellt nunmehr eindeutig klar, daß erst mit Erteilung des Bewilligungsbescheides ein Rechtsanspruch auf Förderung entsteht. Die bloße schriftliche, durch Telefax, Fernschreiben oder mündliche und fernmündliche Mitteilung über die Aufnahme in ein Investitionsprogramm bedeutet keine Zusicherung für eine nachfolgende Bewilligung. Bis zur Erteilung des Bewilligungsbescheides ist somit eine Auswechslung der Baumaßnahmen auch in dem im Ministerialblatt des Landes veröffentlichten Investitionsprogramm möglich.

Zu § 21 Einzelförderung

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Voraussetzung für die Förderung von Investitionsmaßnahmen nach Absatz 1. Diese Regelung ist für die unter Absatz 1 Nr. 2 genannten Investitionsmaßnahmen erforderlich, weil eine entsprechende bundesrechtliche Regelung fehlt.

Zu Absatz 5

Grundsätzlich dürfen Krankenhausabteilungen zur wirtschaftlicheren Führung verselbständigt werden, soweit der Charakter des Krankenhauses damit nicht aufgehoben wird. Bestimmte Vorhaltungen gehören aber als notwendige Bestandteile zu einem Krankenhaus. Wenn sie ausgegliedert würden, wäre das Krankenhaus in seinem Bestand gefährdet. Damit könnte die Versorgung der Bevölkerung in der Region in Frage gestellt werden. Die bereits investierten Fördermittel wären fehlgeleitet. Daher ist eine Ausgliederung in einem solchen Fall nicht zulässig.

Die ausgegliederte Einheit selbst ist in der Regel kein Krankenhaus mehr im Sinne des Gesetzes.

Um Mißbrauch entgegenzuwirken, ist die Ausgliederung an die Zustimmung der zuständigen Behörde gebunden. Eine Anzeige der Ausgliederung reicht nicht aus. Die Verwendung pauschaler Fördermittel ist nicht dem Belieben des Krankenhausträgers anheimgestellt. Im Rahmen der Krankenhausplanung hat der Krankenhausträger sein Eigentum der Sozialbindung der Krankenhausversorgung unterworfen. *Mit seinem*

Aufnahmeantrag in den Krankenhausplan erklärt er sich konkludent damit einverstanden, künftig nach den Vorgaben der Landesplanung zu verfahren und gebotene Einschränkungen hinzunehmen. Eine Ausgliederung kann insbesondere sinnvoll sein, wenn der Nachweis geführt werden kann, daß sie zu niedrigeren Betriebskosten bei gleicher Qualität führt.

Als selbständige Einrichtungen können z.B. betrieben werden: Röntgenabteilungen, Labors oder Krankenhausküchen. Der Einzelfall ist maßgebend. Bei einer bestimmten Größe eines Krankenhauses kann es erforderlich sein, eine Röntgenabteilung als Hauptabteilung weiterzuführen und sie nicht auszugliedern (vgl. § 25 Abs. 12).

Zu Absatz 6

Eine Vielzahl von Krankenhäusern kann insbesondere in den operativen Fächern Operationen nur zu bestimmten Tageszeiten durchführen. In der übrigen Zeit könnten die Operationssäle, soweit sie den üblichen Betriebsablauf des Krankenhauses nicht stören, vermietet werden.

Da die Operationssäle in der Regel mit Mitteln der Krankenhausfinanzierung gefördert worden sind, ist es grundsätzlich gerechtfertigt, Einnahmen aus ihrer Vermietung dem Krankenhaus zu belassen und den pauschalen Fördermitteln unter Abzug der Betriebskosten zuzuführen. Allerdings können mit Erlaubnis der zuständigen Behörde auch abweichende Vereinbarungen getroffen werden. Der Zustimmungsvorbehalt des Landes ist aus bedarfsplanerischer Sicht notwendig, da in der Regel die Vermietung den Zweck hat, geförderte Räume anderen als Krankenhauszwecken zur Verfügung zu stellen. Insoweit werden z.B. der Krankenhausversorgung räumliche Kapazitäten entzogen. Ob dies unter planerischen und Qualitätsaspekten zugelassen werden kann, ist zu prüfen.

Zu § 22 Umfang der Einzelförderung

Die Vorschrift entspricht § 20 a.F., in der bereits die Darstellung der Folgekosten verpflichtend war. Sie sind bei der Antragstellung detailliert anzugeben und bei der Entscheidung über die Förderung zu berücksichtigen.

Zu § 23 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

Die Vorschrift entspricht § 21 KHG NW a.F.. Bereits im Gesetzgebungsverfahren zum KHG NW vom 3. November 1987 ist sie inhaltlich gestrafft worden. Wegen des Sachzusammenhangs ist die Finanzierung von Grundstückskosten nach § 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG im Rahmen der §§ 21 ff. zu prüfen.

Zu § 24 Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen

Die Vorschrift entspricht § 22 KHG NW a.F. und wurde redaktionell angepaßt.

Zu § 25 Pauschale Förderung

Zu Absatz 1

Die Regelung entspricht im wesentlichen § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 a.F. „Der kleine Baubedarf“ hat allerdings nur noch eingeschränkte Bedeutung. Der überwiegende Teil kleinerer Bauvorhaben ist nach der eindeutigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts aus den Jahren 1993 und 1995 (vgl. dazu Begründung zu § 19) dem Erhaltungsaufwand zuzurechnen. Dieser ist nicht aus den pauschalen Fördermitteln, sondern über das Budget zu finanzieren. Kleiner Baubedarf darf nicht dazu führen, daß die Mittel für den eigentlichen Zweck, die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter, nicht ausreichen.

Das Gesetz berücksichtigt die Anpassung nach Absatz 14 und die Einführung der vierten Anforderungsstufe.

Zu Absatz 3

Bei der Zuordnung der Krankenhäuser zu drei Anforderungsstufen im Jahre 1988 sind die großen leistungsfähigen Krankenhäuser nicht hinreichend berücksichtigt worden. Die Bemessung der pauschalen Fördermittel war bisher zu gering. Die Einführung einer 4. Anforderungsstufe ist daher notwendig.

Zu Absatz 4

Die Punktwerte für Betten und Behandlungsplätze haben sich grundsätzlich bewährt. Der Punktwert ist für den Bereich der Hals-Nasen-Ohren- Heilkunde nach den Angaben der Krankenhäuser angepaßt worden.

Zu Absatz 5

Bei den Fördermitteln je Anforderungsstufe ist ab 1.1.1998 eine Preisanpassung von 5 % berücksichtigt worden.

Zu Absatz 6

Im Bereich der Psychiatrie ist die Bemessung der pauschalen Fördermittel eigenen Kriterien zu unterwerfen. In dieser Disziplin bedarf es weniger kurzfristiger Anlagegüter als in anderen Bereichen. Daher wird eine Pauschale in Höhe von 80 % der ersten Anforderungsstufe festgesetzt.

Soweit in psychiatrischen Fachkrankenhäusern nichtpsychiatrische Abteilungen, wie z.B. die Neurologie oder Innere Medizin betrieben werden, sind die pauschalen Fördermittel nach der ersten Anforderungsstufe zu berechnen.

Für teilstationäre Angebote, Tages- und Nachtkliniken, wird ebenfalls ein geringerer Anteil kurzfristiger Anlagegüter benötigt. Sie kommen mit pauschalen Fördermitteln von 50 % der ersten Anforderungsstufe aus. Teilstationäre Bereiche werden bei der Bemessung der pauschalen Fördermittel als eigene Abteilungen bewertet. Die Grundlage für die Bewertung dieser Angebote folgt daraus, daß in der Vergangenheit Krankenhäuser bis zu 8 Jahren pauschale Fördermittel angespart haben. Dies entspricht der Hälfte der Nutzungsdauer der zu beschaffenden kurzfristigen Anlagegüter.

Wegen ihres hohen Wiederbeschaffungsbedarfs werden Krankenhäuser mit kardiovaskular- und epilepsiechirurgischen Abteilungen der vierten Anforderungsstufe zugeordnet.

Zu Absätzen 7 bis 9

Wird ein Krankenhaus neu in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen oder ändert sich die Struktur nach Absatz 8, sind die pauschalen Fördermittel auf der Grundlage der Betten- und Behandlungsplatzzahl in Verbindung mit dem Punktwert nach den Absätzen 2 bis 6 zu ermitteln.

Die Bemessungsgrundlage für die pauschale Förderung bei Änderung der Bettenzahl und Behandlungsplatzzahl setzt sich aus zwei Komponenten zusammen.

Die erste ist ein Vorhaltebetrag (Leistungspauschale) für kurzfristige Anlagegüter, die notwendig sind, um medizinische Leistungen angemessen erbringen zu können. Je leistungsfähiger ein Krankenhaus ist, um so höher ist der Wiederbeschaffungsbedarf kurzfristiger Anlagegüter. Um so größer muß die Leistungspauschale ausfallen. Daher sollen dem Krankenhaus bei einem Bettenabbau grundsätzlich 75 % der pauschalen Fördermittel, die zum Stichtag 31.12.1996 gezahlt worden sind, erhalten bleiben.

Die zweite Komponente ist ein Zuschlag, der den sich ändernden Bedingungen angepaßt wird. Er errechnet sich auf der Basis der künftig vorzuhaltenden Planbetten bzw. Behandlungsplätze unter Berücksichtigung der Absätze 2 bis 5 als fester Betrag pro Anforderungsstufe und Bett. Er ist in Absatz 9 formuliert. Die Vorschrift ermöglicht damit ein verwaltungstechnisch einfaches Berechnungsverfahren. Der Zuschlag beträgt für die

1. Anforderungsstufe	835.-- DM
2. Anforderungsstufe	973.-- DM
3. Anforderungsstufe	1245.-- DM
4. Anforderungsstufe	1425.-- DM.

Erfährt ein Krankenhaus wesentliche Strukturänderungen, so ist die Leistungspauschale nach Absatz 8 entsprechend anzupassen. Das bedeutet, daß Neuberechnungen nach den Absätzen 2 bis 6 vorzunehmen sind.

Berechnungsgrundlage ist der zum Stichtag rechtskräftige Feststellungsbescheid nach derzeit geltendem Recht bzw. der Bescheid nach § 18. Soweit der Bescheid angefochten ist, müssen die Fördermittel nach Rechtskraft zum Stichtag entsprechend angepaßt werden.

Zu Absatz 10

Fusionen von Krankenhäusern sollen vorrangig eine bessere Versorgung der Bevölkerung und eine wirtschaftlichere Betriebsführung ermöglichen. Durch Fusionen bedingte höhere pauschale Fördermittel sind grundsätzlich zu gewähren. Wenn eine Leistungssteigerung zugunsten der Patientenversorgung jedoch nicht nachgewiesen und erreicht werden kann, ist eine höhere Pauschale nicht gerechtfertigt. Nachweise über Mengenausweitungen und höhere Wiederbeschaffungskosten für kurzfristige Anlagegüter sind vom Krankenhaus zu erbringen. Eine Addition von Betten, die rechnerisch zu einer höheren Anforderungsstufe führen würde, reicht nicht aus. Ebenso wenig genügt allein die Ausweisung neuer Gebiete bzw. Teilgebiete.

Die bestehende Rechtslage hat sich mit dieser Vorschrift nicht geändert. Es findet lediglich eine Klarstellung statt.

Zu Absatz 12

Werden Leistungen des Krankenhauses ausgegliedert, so entfallen für diesen Bereich die Wiederbeschaffungen der kurzfristigen Anlagegüter. Da der Anteil der Investitionen für Röntgen, Radiologie und Nuklearmedizin bei über 20 Prozent der jeweiligen Pauschalen liegt, müssen diese entsprechend gekürzt werden.

Bei den Nutzungsentgelten sind die anteiligen Betriebskosten zu berücksichtigen.

Zu Absatz 13

Die Finanzierung von gemeinsamen Vorhaben birgt die Gefahr in sich, daß mit Mitteln der Krankenhausförderung krankenhaushausfremde Investitionen finanziert werden. Da Krankenhäuser gemeinsame Einrichtungen aber nur zur Verwirklichung von Krankenhausaufgaben betreiben dürfen, dazu zählt auch die Vernetzung mit angrenzenden Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens, ist lediglich eine anteilige Finanzierung z.B. kurzfristiger Anlagegüter bei onkologischen Schwerpunkten erlaubt.

Zu Absatz 14

Mit der vorgesehenen Anpassung der pauschalen Fördermittel werden die Leistungspauschale und der Zuschlag ebenfalls erhöht. Die Veränderung der Grundlagen nach den Absätzen 1 und 5 sind Voraussetzung sowohl für die jährlichen Pauschalen nach dem jeweiligen Betten- und Leistungsstand als auch die Berechnung der Vorhaltepauschalen.

Zu § 26 Besondere Beträge**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift umfaßt die Fälle, in denen ein besonderer Betrag gewährt werden kann. Ausbildungsstätten gehören nach § 2 Nr.1 a KHG notwendigerweise zum Krankenhaus. Die Vorschrift des Absatzes 1 Satz 2 entspricht § 23 Abs. 7 Satz 2 a.F.

Zu Absatz 2

Wenn Medizinprodukte, die bisher der Großgeräteplanung unterlagen und auf der Grundlage des § 24 a.F. zusätzlich gefördert worden sind, nicht aus den pauschalen Fördermitteln beschafft werden können, ist der Nachweis nach Absatz 2 zu führen, um einen besonderen Betrag zu erhalten. Dabei sind die wirtschaftliche Betriebsführung und noch nicht zweckentsprechend verwendete Fördermittel angemessen zu berücksichtigen.

Zu § 27 Förderung der Nutzung von Anlagegütern

Die Änderungen sind redaktioneller Art.

Zu § 28 Förderung der Kapaldienstbelastungen

Die Vorschrift entspricht § 26 KHG NW a.F. und ist redaktionell angepaßt worden.

Zu § 29 Ausgleich für Eigenmittel

Die Vorschriften entspricht der Regelung des § 26 KHG NW a.F. Sie ist wegen § 9 Abs. 2 Satz 4 KHG erforderlich.

Zu § 30 Ausgleichleistungen bei Einstellung oder Einengung des Krankenhausbetriebes**Zu Absatz 1**

Der Krankenhausträger hat verschiedene Möglichkeiten im Rahmen seiner Organisationshoheit das Patientenarchiv nach Schließung des Hauses unterbringen. So kann er z.B. Vereinbarungen mit anderen Krankenhäusern, die die Versorgung fortführen, treffen.

Zu Absatz 2

Bei der Schließung von Abteilungen oder bei der Betriebseinstellung eines Krankenhauses sind mögliche Ausgleichsleistungen unter gesamtwirtschaftlichen Gesichtspunkten zu begrenzen. Daher sind die Krankenkassen als Pflegesatzparteien in die Verhandlungen über Ausgleichszahlungen und den Schließungszeitpunkt sowie weitere Abwicklungsfragen einzubeziehen. Wegen der Auswirkungen auf Ausgleichsleistungen ist das Land bereits im Vorfeld zu beteiligen.

Zu § 31 Rückforderung von Fördermitteln

Die Vorschrift entspricht im Grundsatz § 29 KHG NW a.F. und ist redaktionell an § 18 angepaßt worden. Durch die Neuformulierung des Verwaltungsverfahrensgesetzes sind Hinweise auf die Anwendung des Haushaltsrechts des Landes entbehrlich geworden. Soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden, sind die Bestimmungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes generell anwendbar.

Wenn der Krankenhausträger von den gemeinsamen und einheitlichen Festlegungen nach § 16 ohne Abstimmung mit dem Verhandlungspartner und der zuständigen Behörde abgeht, bedeutet dies auch eine Abweichung vom Krankenhausplan. Diese Vorschrift erfaßt Vertragsänderungen nach § 109 SGB V nicht.

Zu § 32 Investitionsverträge

Investitionsverträge nach § 18 b KHG bedürfen nicht mehr der Zustimmung der zuständigen Behörde. Daher besteht zunehmend die Gefahr, daß Investitionen über das Budget des Krankenhauses getätigt werden, die weitere Maßnahmen im Sinne des § 21 nach sich ziehen. Um diese Möglichkeit weitgehend auszuschließen, ist die Regelung des § 32 unverzichtbar. Auf die Einhaltung der Bestimmungen ist im Rahmen der Budgetgenehmigung zu achten.

Abschnitt IV

Krankenhausstruktur

Zu § 33 Wirtschaftliche Betriebsführung

Zu § 34 Abschlußprüfung

Die Vorschriften entsprechen §§ 31 und 32 KHG NW a.F. und sind, soweit nötig, redaktionell geändert worden.

Zu § 35 Leitung und Organisation

Zu Absatz 1

Immer mehr Krankenhäuser schließen sich zu einem Krankenhaus zusammen (Fusionen). Immer öfter werden Betriebsgesellschaften gebildet, um Krankenhäuser zu führen. Das Gesetz bietet die Möglichkeit, unter Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit eine gemeinsame Betriebsleitung zuzulassen. Dabei muß die ordnungsgemäße Betriebsführung gewährleistet sein.

Zu Absatz 4

Mit der Vorschrift wird deutlich, daß auch das Organisationsverhalten des Krankenhausträgers im Rahmen der Rechtsaufsicht nach § 12 zu überprüfen ist.

Zu § 36 Ärztlicher Dienst

Zu § 37 Struktur der kommunalen Krankenhäuser

Zu § 38 Kirchliche Krankenhäuser

Zu § 39 Statistik

Die Vorschriften wurden redaktionell überarbeitet und angepaßt.

Abschnitt V

Übergangs- und Schlußbestimmungen

Zu § 40 Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

Die Bestimmung ist aktualisiert und redaktionell angepaßt worden. Sie entspricht § 38 bis 39 KHG NW a.F..

Zu § 41 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Hochschulkliniken

Zu Absatz 1

Bedarfsgerechte Ausbildungsstätten sind Gegenstand der Krankenhausplanung und dementsprechend im Krankenhausplan auszuweisen. Dies gilt auch, wenn der Träger oder Mitträger nicht öffentlich gefördert werden oder Teil einer Hochschulklinik ist.

Zu Absatz 4

Die Vorschriften zur Finanzierung finden auf Hochschulkliniken keine Anwendung. § 42 Abs. 3 regelt den Übergang im Rahmen der Planung auch für Hochschulkliniken.

Zu § 42 Übergangsvorschrift

Zu Absatz 1

Um zu vermeiden, daß bis zum Erlaß einer Abgrenzungsverordnung des Landes eine Regelungslücke entsteht, soll die Abgrenzungsverordnung des Bundes aus dem Jahre 1977 weiter angewendet werden.

Zu Absatz 3

Verhandlung und Genehmigung von Konzepten nach § 16 oder die Änderung der Schwerpunktplanung benötigen Zeit. Die im Krankenhausplan des Landes ausgewiesenen Einrichtungen werden ihren Versorgungsauftrag bis zur Neuordnung weiterhin wahrnehmen. Sie haben einen gültigen Feststellungsbescheid, der durch Neuaufstellung des Krankenhausplans oder Einzelfortschreibungen in Frage gestellt werden kann. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt er jedoch unverändert fort.

Zu Absatz 4

Nach § 28 Abs. 2 KHG NW a.F. war bei einem Bettenabbau die Weiterzahlung der Pauschalen für zwei Jahre in voller Höhe möglich. Dieses Recht kann, bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen, jeder Krankenhausträger bis zum Inkrafttreten der neuen Regelung für sich in Anspruch nehmen. Das bedeutet, daß eine Übergangsregelung notwendig ist, um Doppelfinanzierungen oder einseitige Begünstigungen oder Benachteiligungen einzelner Krankenhausträger zu vermeiden.

Mit der Bestimmung wird erreicht, daß ein nahtloser Übergang vom alten zum neuen System stattfinden kann. Es tritt allerdings eine zeitliche Verschiebung ein, die dem Krankenhausträger nicht zum Nachteil gereicht.

Zu Absatz 5

Das neue Planungsverfahren verlangt eine stärkere Mitwirkung und auch mehr Initiative der Verhandlungspartner nach § 16. Ob sich dies bewährt, soll über einen Zeitraum von fünf Jahren intensiv beobachtet und dem Landtag berichtet werden.

Zu § 43 Inkrafttreten

Die Regelungen zur Anpassung der pauschalen Fördermittel, die Einführung der 4. Anforderungsstufe und des Vorhaltemodells erfolgen rückwirkend zum 1. Januar 1998.