

212

**Drittes Gesetz
zur Änderung des Krankenhausgestaltungs-
gesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen**

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

**Drittes Gesetz
zur Änderung des Krankenhausgestaltungs-
gesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen**

Vom 9. März 2021

Artikel 1

Das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen vom 11. Dezember 2007 (GV. NRW. S. 702, ber. 2008 S. 157), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. März 2018 (GV. NRW. S. 172) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe zu § 10 wird wie folgt gefasst:

„§ 10 Nachweis freier Behandlungskapazitäten, Großeinsatzlagen und Katastrophen“.
 - b) Die Angabe zu § 34 wird wie folgt gefasst:

„§ 34 Auskunftspflicht“.
 - c) Nach der Angabe „§ 34b Haftpflichtversicherung“ wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 34c Sicherung von Patientenunterlagen“.
2. In § 1 Absatz 4 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „und Satz 4“ eingefügt, die Angabe „16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311)“ durch die Angabe „15. November 2019 (BGBl. I S. 1604)“ ersetzt, die Wörter „, das zuletzt durch Artikel 34a des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist,“ und das Wort „heilkundlichen“ gestrichen.
3. § 5 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 311 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist, bleibt unberührt.“
4. In § 7 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Nordrhein Westfalen“ durch die Wörter „Nordrhein-Westfalen“ ersetzt.
5. In § 9 werden nach dem Wort „Bestellung“ die Wörter „einer oder“ eingefügt und die Angabe „(AG-TPG)“ durch die Wörter „vom 9. November 1999 (GV. NRW. S. 599), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 2. Februar 2016 (GV. NRW. S. 78) geändert worden ist,“ ersetzt.
6. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 10

**Nachweis freier Behandlungskapazitäten,
Großeinsatzlagen und Katastrophen“.**

- b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, den Leitstellen der Rettungsdienste nach § 8 Absatz 3 Rettungsgesetz NRW vom 24. November 1992 (GV. NRW. S. 458) in der jeweils geltenden Fassung die nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen gegliederten freien Behandlungskapazitäten zu melden. Das Recht der Patientinnen und Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.“
- c) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Großschadensereignissen“ durch die Wörter „Großeinsatzlagen und Katastrophen“ ersetzt.

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Das“ die Wörter „für das Gesundheitswesen“ eingefügt und das Wort „Großschadensereignissen“ durch die Wörter „Großeinsatzlagen und Katastrophen“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „mit“ das Wort „Schutzausrüstung,“ eingefügt.

7. In § 11 Absatz 1 wird die Angabe „Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)“ durch die Wörter „des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung“ und die Wörter „in der jeweils geltenden Fassung“ durch die Wörter „, das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist,“ ersetzt.
8. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 1 und 2 wird jeweils die Angabe „KHG“ durch die Wörter „des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

bb) Die Sätze 5 und 6 werden aufgehoben.

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

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

d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und in Satz 1 wird die Angabe „Nrn. 1 und 4 KHG“ durch die Wörter „Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und in Satz 3 werden nach dem Wort „Ärztenschaft,“ die Wörter „mit niedergelassenen approbierten Leistungserbringern im Bereich der Psychotherapie,“ eingefügt.

9. § 13 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 wird die Angabe „4“ durch die Angabe „5“ ersetzt.
 - b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
 „Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, bei medizinischen Leistungen von hoher Komplexität Mindestfallzahlen in den Rahmenvorgaben nach § 12 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und § 13 auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin festzulegen.“
10. § 14 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
 „(1) Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 13 legt das zuständige Ministerium insbesondere die nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen differenzierten Versorgungskapazitäten abschließend fest, wobei die Festlegungen für die Universitätskliniken im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium erfolgen. Die Bestimmung erfolgt durch quantitative oder qualitative Parameter, dies können auch Gesamtplanbettenzahlen oder Gesamtbehandlungsplatzzahlen sein. Es entscheidet außerdem auf der Grundlage der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Ausweisung besonderer Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten. Hierzu erarbeiten die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen gemeinsam und gleichberechtigt ein regionales Planungskonzept. § 211a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für die Verbände der Krankenkassen entsprechend. Die kommunale Gesundheitskonferenz nach § 24 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 25. November 1997 (GV. NRW. S. 430) in der jeweils geltenden Fassung kann eine Stellungnahme dazu abgeben.“
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Zu“ das Wort „den“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Behörde“ die Wörter „in Textform“ eingefügt.
 - c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
 „(3) Die regionalen Planungskonzepte sind der zuständigen Behörde und den Beteiligten nach § 15 Absatz 1 vorzulegen. Dem Antrag auf Fortschreibung ist eine Dokumentation des Verhandlungsablaufs und der das Ergebnis tragenden Gründe beizufügen. Sind mehrere Betriebsstellen vorhanden, muss den Antragsunterlagen zu entnehmen sein, wie sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses nach dem Ergebnis der Verhandlungen auf die einzelnen Betriebsstellen verteilen soll. Die zuständige Behörde gibt die regionalen Planungskonzepte der unteren und der obersten Gesundheitsbehörde sowie den Beteiligten nach § 15 Absatz 1 zur Kenntnis. Bezüglich der Beteiligten nach § 15 Absatz 1 dürfen in diesem Rahmen durch die untere Gesundheitsbehörde nur die folgenden Informationen mitgeteilt werden: Versorgungsgebiet, Krankenhaus und Betriebsstelle, Ort, in Zahlen die Versorgungskapazität im Soll, in Zahlen die Forderung des Krankenhauses sowie in Zahlen das Votum der Verbände der Krankenkassen. Das zuständige Ministerium prüft das regionale Planungskonzept rechtlich und inhaltlich. Ist die Schließung von Krankenhäusern oder die Aufgabe von Versorgungsaufträgen einzelner Leistungsbereiche oder Leistungsgruppen vorgesehen, gibt das zuständige Ministerium auch der betroffenen Gemeinde Gelegenheit zur Stellungnahme.“
11. § 15 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 8 wird nach der Angabe „(Psychotherapeutenkammer NRW)“ ein Komma eingefügt.
 - b) Nach Nummer 8 wird folgende Nummer 9 eingefügt:
 „9. ein von dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium,“.
 - c) Nach dem Wort „Mitglied“ nach der neuen Nummer 9 wird das Wort „sowie“ eingefügt.
 - d) Die bisherige Nummer 9 wird Nummer 10.
12. § 16 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
 „(1) Der Bescheid über die Aufnahme enthält mindestens
 1. den Namen und den Standort des Krankenhauses und seiner Betriebsstellen,
 2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
 3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan, das Institutionskennzeichen sowie die Standortnummer,
 4. das Versorgungsgebiet,
 5. die Versorgungsregion für die psychiatrische Pflichtversorgung,
 6. den Versorgungsauftrag nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen,
 7. die je Leistungsgruppe durch die durchschnittliche jährliche Fallzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter angegebene Versorgungskapazität im Ist und Soll, in den Rahmenvorgaben nach § 12 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und § 13 wird je Leistungsgruppe eine Schwankungsbreite vorgesehen, in deren Rahmen die Krankenhäuser von der festgestellten Versorgungskapazität abweichen dürfen,
 8. nachrichtlich die durch die Planbettenzahl, Behandlungsplatzzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter festgestellte Versorgungskapazität im Ist und Soll und
 9. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.
 Die den jeweiligen Leistungsgruppen zugehörigen Leistungen dürfen nur erbracht werden, wenn diese im Feststellungsbescheid zugewiesen wurden. Ist im Bescheid eine allgemeine Leistungsgruppe zugewiesen worden, darf das gesamte Leistungsspektrum des betreffenden Gebietes der Weiterbildungsordnung erbracht werden, soweit diese Leistungen nicht einer anderen Leistungsgruppe zugewiesen sind. Die Pflicht zur Versorgung in Notfällen bleibt unberührt. Gleiches gilt für Leistungen, die während einer Behandlung notwendig werden. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses gemäß § 8 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, kann dabei hinsichtlich einzelner Leistungsbereiche oder einzelner Leistungsgruppen eingeschränkt werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung gemäß § 8 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geboten ist.“
- b) In Absatz 2 werden die Wörter „Versorgungsangebote an sich binden“ durch die Wörter „Leistungen anbieten“ ersetzt.
 - c) Absatz 3 Satz 1 bis 3 wird wie folgt gefasst:
 „Der Versorgungsauftrag gemäß Absatz 1 Nummer 6 ist innerhalb von zwölf Monaten nach Bekanntgabe des Bescheides nach Absatz 1 Satz 1 umzusetzen. Sind für die Umsetzung Baumaßnahmen erforderlich, wird die Zeit für die Umsetzung der Baumaßnahme von der zuständigen Behörde im Einzelfall festgelegt und der Umset-

zungszeitraum beginnt abweichend von Satz 1 erst mit Abschluss der Baumaßnahmen. Wird der Versorgungsauftrag nach Ablauf des jeweiligen Zeitraumes nicht oder nicht vollständig umgesetzt, kann die zuständige Behörde den Bescheid nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise aufheben.“

d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

13. § 17 Satz 6 wird aufgehoben.

14. In § 18 Absatz 2 Nummer 1 wird nach dem Wort „Zahlungsmodalitäten“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und nach der Angabe „Absatz 1“ werden die Wörter „sowie für einen Übergangszeitraum die Reihenfolge der Berechtigten“ gestrichen.

15. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Der Wortlaut wird Absatz 1.

b) Die folgenden Absätze 2 und 3 werden angefügt:

„(2) Darüber hinaus ist eine Abtretung nach Absatz 1 nicht mehr zulässig, wenn der Feststellungsbescheid nach § 16 Absatz 1 aufgehoben wurde oder die Voraussetzungen für eine Herausnahme aus dem Krankenhausplan nach § 16 Absatz 2 vorliegen. Stellt die zuständige Behörde einen Verstoß gegen diese Abtretungsverbote fest, darf sie ebenfalls die Abtretung ablehnen.

(3) Ansprüche und Anwartschaften auf Förderung erlöschen mit Bestandskraft eines Bescheides, der eine Feststellung nach § 16 aufhebt.“

16. In § 21a Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „des“ durch die Wörter „der Patientinnen und“ ersetzt.

17. § 24 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „einer Abteilung“ durch die Wörter „einem Leistungsbereich“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die pauschale Ausgleichsleistung beträgt 1 Prozent des nach den § 11 Absatz 1, § 14 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 17 Absatz 1, § 20 Absatz 1 Bundespflegegesetzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 3 der Verordnung vom 13. Juli 2020 (BGBl. I S. 1691) geändert worden ist, genehmigten Budgets des Krankenhauses. Maßgeblich ist hierfür das zwölf Monate umfassende, genehmigte Budget des der Schließung vorangegangenen Jahres. Bei Ausscheiden eines Leistungsbereichs ist der diesem Leistungsbereich entsprechende Anteil des Budgets zugrunde zu legen.“

18. § 28 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird aufgehoben.

b) Die Absätze 2 bis 4 werden die Absätze 1 bis 3.

c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Im Übrigen gelten für die Rücknahme und den Widerruf von Bewilligungsbescheiden und die Rückforderung von Fördermitteln die Bestim-

mungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen vom 12. November 1999 (GV. NRW. S. 602) in der jeweils geltenden Fassung.“

19. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

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

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

c) Der bisherige Absatz 3 wird aufgehoben.

20. § 34 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 34

Auskunftspflicht“.

b) In Satz 1 werden nach dem Wort „dem“ die Wörter „für Gesundheit“ eingefügt.

21. Nach § 34b wird folgender § 34c eingefügt:

„§ 34c

Sicherung von Patientenunterlagen

Der Krankenhausträger hat Maßnahmen zu treffen, dass im Falle der Schließung eines Krankenhauses aufgrund einer drohenden Zahlungsunfähigkeit die dort geführten Patientenunterlagen entsprechend ihrer individuellen Aufbewahrungsdauer unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben, insbesondere zur Gewährleistung von Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit aufbewahrt werden können, und dass Ansprüche der Patientinnen und Patienten auf jederzeitige Durchsetzung ihrer Rechte nach der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314 vom 22.11.2016, S. 72, ABl. L 127 vom 23.5.2018, S. 2) sowie ihrer Rechte nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch nicht beeinträchtigt werden. Maßnahmen im Sinne des Satzes 1 sind insbesondere Sicherungsmaßnahmen, die einen Zugang zu, einen Zugriff auf und die Kenntnisnahme von Patientenunterlagen durch unbefugte Personen verhindern sowie die in regelmäßigen Abständen durchgeführte Prüfung, ob Patientenunterlagen vernichtet werden können. Der Krankenhausträger weist die getroffenen Sicherungsmaßnahmen entsprechend der individuellen Aufbewahrungsdauer ab dem [18. März 2021] und sodann alle zwei Jahre gegenüber der zuständigen oberen Aufsichtsbehörde gemäß § 11 Absatz 4 nach. Es ist sicherzustellen, dass die Maßnahmen auch im Falle der Schließung eines Krankenhauses während der individuellen Aufbewahrungsdauer aufrechterhalten werden können.“

22. § 36 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „KHG“ durch die Wörter „des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „§ 31a“ die Angabe „sowie § 34c“ eingefügt.

c) In Absatz 4 wird die Angabe „KHG“ durch die Wörter „des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

23. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1 und 2 vorangestellt:

„(1) Für alle regionalen Planungsverfahren, die zum [18. März 2021] ihren Abschluss bereits gefunden haben oder ihren Abschluss vor Aufstellung eines Krankenhausplans finden, der eine

Plansystematik nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen umgesetzt, gelten die § 10 Absatz 1, § 12 Absatz 3, § 14 Absatz 1 und 3, § 16 Absatz 1 und 2 und § 24 in ihrer bis zum [18. März 2021] geltenden Fassung. Gleiches gilt für alle regionalen Planungsverfahren, die zum Zeitpunkt der Aufstellung eines Krankenhausplanes, der eine Plansystematik nach Leistungsgruppen und Leistungsbereichen umgesetzt, noch nicht abgeschlossen sind.

(2) Der vor in Kraft treten dieses Gesetzes aufgestellte Krankenhausplan gilt weiter bis zur Aufstellung eines neuen Krankenhausplans.“

- b) Der bisherige Absatz 1 wird Absatz 3.
 c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 4 und die Angabe „- KHG NRW -“ gestrichen.
 d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 5 und die Angabe „KHG NRW“ durch die Wörter „des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen“ ersetzt.
24. § 38 wird wie folgt geändert:
 a) Der Wortlaut wird Absatz 1.
 b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:
 „(2) Die Landesregierung überprüft unter Mitwirkung des Ausschusses nach § 15 die Wirksamkeit dieses Gesetzes und unterrichtet den Landtag über das Ergebnis bis zum 31. Dezember 2022.“

Artikel 2

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Düsseldorf, den 9. März 2021

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen

Der Ministerpräsident
 Armin L a s c h e t

Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
 Karl-Josef L a u m a n n

– GV. NRW. 2021 S. 272

2251

Satzung zur Erhebung von Kosten im Bereich der Aufsicht über bundesweit ausgerichtete Medien (Kostensatzung)

vom 19. Februar 2021

Aufgrund von § 104 Abs. 11 Medienstaatsvertrag (MStV) vom 14. bis 28. April 2020 (GV. NRW. S. 524) erlässt die Landesanstalt für Medien Nordrhein-Westfalen (LfM) übereinstimmend mit den übrigen Landesmedienanstalten folgende Satzung:

§ 1

Amtshandlung, Kostengläubiger, Kostenschuldner, sachliche Kostenfreiheit

(1) Im Bereich der Aufsicht nach § 105 MStV über bundesweit ausgerichtete Medien im Sinne des VII. Abschnittes des Medienstaatsvertrages erhebt die zuständige Landesmedienanstalt für Tätigkeiten in Ausübung hoheitlicher Gewalt, die auf Entscheidungen ihrer Organe nach § 104 Abs. 11 MStV beruhen (Amtshandlung), Kosten (Gebühren und Auslagen) nach den Vorschriften dieser Satzung.

- (2) Zur Zahlung der Kosten ist verpflichtet,
1. wer zu der Amtshandlung Anlass gegeben hat oder zu wessen Gunsten sie vorgenommen wird;
 2. wer die Kosten durch ein vor der zuständigen Landesmedienanstalt abgegebene oder mitgeteilte Erklärung übernommen hat;
 3. wer für die Kostenschuld eines anderen kraft Gesetzes haftet.
- (3) Mehrere Kostenschuldner haften als Gesamtschuldner.
- (4) Die Kosten für Amtshandlungen fließen der zuständigen Landesmedienanstalt zu.
- (5) Kosten werden nicht erhoben für
1. Amtshandlungen, die überwiegend im öffentlichen Interesse von Amts wegen vorgenommen werden;
 2. die Anforderungen von Kosten und Kostenvorschüssen;
 3. die Anforderung von Zinsen oder Säumniszuschlägen.
- (6) Soweit in Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist, wird das Rechtsbehelfsverfahren von der Kostenfreiheit nicht erfasst.
- (7) Auch bei Kostenfreiheit nach Absatz 5 können Auslagen im Sinn des § 6 Abs. 1, die durch unbegründete Einwendungen Beteiligter oder durch das Verschulden Beteiligter oder Dritter entstanden sind, diesen auferlegt werden.

§ 2

Gebührenverzeichnis und Gebührenbemessung

- (1) Für Amtshandlungen werden Gebühren nach dem Gebührenverzeichnis erhoben, das als Anlage Bestandteil dieser Satzung ist.
- (2) Die Höhe der Gebühr bemisst sich nach dem Gebührenverzeichnis. Enthält das Gebührenverzeichnis keine Festgebühr, sondern eine Rahmengebühr, so ist die Höhe der Gebühr nach dem Verwaltungsaufwand und der Bedeutung der Angelegenheit, insbesondere dem wirtschaftlichen oder sonstigen Interesse des Kostenschuldners, zu bemessen. Für Amtshandlungen, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sind, wird eine Gebühr erhoben, die nach im Gebührenverzeichnis bewerteten vergleichbaren Amtshandlungen zu bemessen ist.
- (3) Die Gebühr wird auf Grundlage einer Entscheidung des für die Sachentscheidung funktionell zuständigen Organs zur Höhe der Kosten durch die zuständige Landesmedienanstalt von Amts wegen festgesetzt.

§ 3

Mehrere Amtshandlungen

- (1) Die Gebühr wird für jede Amtshandlung erhoben, auch wenn diese mit anderen zusammen vorgenommen wird; sie wird ohne Rücksicht auf die Zahl der beteiligten Personen nur einmal erhoben.
- (2) Mehrere Amtshandlungen innerhalb eines Verfahrens können durch eine Gebühr abgegolten werden, wenn keine dieser Amtshandlungen im Gebührenverzeichnis oder in einer anderen Vorschrift bewertet ist.

§ 4

Kosten bei Ablehnung, Zurücknahme oder Erledigung eines Antrags

- (1) Bei Ablehnung eines Antrags kann die für die beantragte Amtshandlung festzusetzende Gebühr bis auf ein Zehntel ermäßigt werden. Erfordert die Ablehnung der Amtshandlung einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand, kann die Gebühr bis zum doppelten Betrag der für die beantragte Amtshandlung festzusetzenden Gebühr erhöht werden. Wird ein Antrag wegen Unzuständigkeit abgelehnt, kann die Gebühr ermäßigt oder erlassen werden.
- (2) Wird ein Antrag zurückgenommen oder erledigt er sich auf andere Weise, bevor die Amtshandlung beendet ist, sind eine Gebühr von einem Zehntel bis zu drei Vier-