

2128

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

Vom 16. Dezember 1998

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

Inhaltsübersicht

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Grundsatz
- § 2 Krankenhausleistungen
- § 3 Pflege und Betreuung der Patientinnen und 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 Regionale Planungskonzepte
- § 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 Ausgleichleistungen 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 gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser sicherzustellen. ²Die Krankenhäuser sollen vorhandene Spielräume ausschöpfen, leistungsfähig, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaften. ³Die 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 haben Vorrang. ³Die stationäre psychiatrische Versorgung schließt die Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 2. Dezember 1969 (GV. NRW. 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 nach Schonung und Ruhe Rechnung zu tragen. ³Ausbildungs- und Weiterbildungsaufgaben des Krankenhauses, die eine Beteiligung von Patientinnen und Patienten erfordern, sind mit der gebotenen Rücksicht auf diese durchzuführen. ⁴Dies 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. ²Ihrem 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. ²Der soziale Dienst 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. ³Der soziale Dienst berücksichtigt die Ergebnisse der Gesundheitskonferenzen nach § 24 und § 26 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25. November 1997 (GV. NRW. S. 430) sowie der kommunalen Pflegekonferenzen nach § 5 des Landespflegegesetzes - PfG NRW - vom 19. März 1996 (GV. NRW. S. 137). ⁴Er arbeitet mit zugelassenen Pflegediensten, mit Pflegeeinrichtungen sowie den Gemeinden und Gemeindeverbänden eng zusammen.

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

(3) Sozialer Dienst und Krankenhauseselsorge 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. ²Dar-

über 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 dient insbesondere dem Ziel der Verzahnung von stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung.

(3) ¹Der Zusammenschluß zu Versorgungseinheiten auf dem Gebiet des Gesundheits- und Sozialwesens ist zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit grundsätzlich zulässig. ²Die Abläufe des Krankenhausbe-

etriebes 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 nach § 8 Abs. 3 des Gesetzes über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (RettG) vom 24. November 1992 (GV. NRW. S. 458) in der jeweils geltenden Fassung 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) ¹Das 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 den für Innere Angelegenheiten und für Wissenschaft und Forschung zuständigen Ministerien durch Rechtsverordnung zu regeln.

§ 12

Rechtsaufsicht

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

(2) ¹Die 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 regionalen Planungskonzepten.

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

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

(4) ¹In 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 und überregionale 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) ¹Soweit Krankenhäusern besondere Aufgaben zugeordnet werden, handelt es sich um allgemeine Kranken-

hausleistungen dieser Krankenhäuser.² Bei Aufgaben der Ausbildung muß die Finanzierung gewährleistet sein.

§ 16

Regionale Planungskonzepte

(1)¹ Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 14 legt das zuständige Ministerium insbesondere Leistungsstrukturen, Planbettenzahlen und Behandlungsplätze abschließend fest.² Hierzu legen die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen ein von ihnen gemeinsam und gleichberechtigt erarbeitetes regionales Planungskonzept zur Fortschreibung des Krankenhausplans vor.³ § 213 Abs. 2 SGB V gilt für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.⁴ Die kommunale Gesundheitskonferenz nach § 24 ÖGDG kann eine Stellungnahme dazu abgeben.

(2)¹ Zu Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept 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 anzuzeigen.⁴ Die Verhandlungen sind spätestens nach sechs Monaten abzuschließen.

(3)¹ Die regionalen Planungskonzepte sind der zuständigen Behörde vorzulegen, die sie der unteren Gesundheitsbehörde zur Kenntnis gibt.² Dem Antrag auf Fortschreibung ist eine Dokumentation des Verhandlungsablaufs und der das Ergebnis tragenden Gründe beizufügen.³ Das zuständige Ministerium prüft das regionale Planungskonzept rechtlich und inhaltlich.⁴ Soweit es Änderungen beabsichtigt, gibt es den Verhandlungspartnern Gelegenheit zur Stellungnahme.⁵ Ist die Schließung von Krankenhäusern oder Abteilungen vorgesehen, gibt das zuständige Ministerium auch der betroffenen Gemeinde Gelegenheit zur Stellungnahme.

(4) Die Beteiligten nach § 17 und die betroffenen Krankenhäuser werden zu dem Konzept nach Absatz 1 von dem zuständigen Ministerium gehört.

(5)¹ Soweit regionale Planungskonzepte nicht vorgelegt werden, entscheidet das zuständige Ministerium von Amts wegen nach Anhörung der Beteiligten nach § 17 Abs. 1 und 2, wenn der Krankenhausplan fortgeschrieben werden soll.² Absatz 3 Satz 5 gilt entsprechend.

(6)¹ Die regionalen Planungskonzepte und Entscheidungen nach Absatz 5 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. sechs 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 Verband der kirchlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Rheinland-Westfalen-Lippe.

(3)¹ Der Landesausschuss erarbeitet insbesondere die Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben und zu Schwerpunktfestlegungen notwendig sind.² Er 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 regionalen Planungskonzepte nach § 16 vorliegen müssen.⁴ Bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben, der Schwerpunktfestlegungen und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms sind mit den Beteiligten nach Absatz 1 einvernehmliche Regelungen anzustreben.⁵ Die Beteiligten nach Absatz 2 sind zu den Maßnahmen nach §§ 15, 16 und der Aufstellung des Investitionsprogramms zu hören.⁶ Das zuständige Ministerium entscheidet abschließend.

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

§ 18

Feststellungen im Krankenhausplan

(1)¹ Die Feststellungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan werden 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 und die dafür maßgebenden Gründe.

(2) 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)¹ Investitionskosten von Krankenhäusern werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vor-

schriften 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 Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
3. die Ergänzung von Anlagegütern, die über die übliche Anpassung (§ 9 Abs. 4 KHG) wesentlich hinausgeht, im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gefördert (Einzelförderung).

(2) 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 Kosten für das einzelne Vorhaben die Wertgrenze nach § 25 Abs. 1 Nr. 2 übersteigen, 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) Der Landesrechnungshof ist berechtigt, die von den Krankenhausträgern zu erbringenden Nachweise, die für die Höhe der Fördermittel maßgebend sind, sowie die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel an Ort und Stelle zu prüfen, die Unterlagen einzusehen und Auskünfte einzuholen.

(6) ¹Die Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses ist mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig. ²Die anteiligen Fördermittel sind, soweit Investitionen nicht abgeschlossen oder Fördermittel nach § 25 nicht zweck-

entsprechend verwendet worden sind, grundsätzlich zurückzuerstatten. ³Abweichende Vereinbarungen können nach § 25 Abs. 12 getroffen werden.

(7) ¹Vermietungen von geförderten Räumen und deren Ausstattungen sind mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig, soweit der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt wird. ²Mieteinnahmen 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 Fördermittel, 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 Ausfüh-

zung 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) ¹Die 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) ¹Durch 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	55 100 DM
zweiten Anforderungsstufe	82 700 DM
dritten Anforderungsstufe	110 240 DM
und der	
vierten Anforderungsstufe	145 000 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. ³Satz 1 Nr. 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 unter 0,5 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	3 340 DM
zweiten Anforderungsstufe	3 892 DM
dritten Anforderungsstufe	4 980 DM
vierten Anforderungsstufe	5 700 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 oder bei Erhöhung der Planbetten- und Behandlungsplatzzahl 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 Fördermittel nach den Absätzen 2 bis 6 neu berechnet. ⁴Eine wesentliche Änderung liegt insbesondere dann vor, wenn die Planbetten- und Behandlungsplatzzahl um mehr als 25 vom Hundert gesenkt 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) ¹Bei Ausgliederungen nach § 21 Abs. 6 Satz 1 können mit der zuständigen Behörde Vereinbarungen darüber getroffen werden, dass Nutzungsentgelte ganz oder teilweise den pauschalen Fördermitteln zugeführt werden. ²Soweit investitionsintensive Abteilungen ausgliedert 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 für Innere Angelegenheiten zuständigen Ministerium und dem Finanzministerium durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 5, die Leistungspauschale und den Zuschlag nach den Absätzen 8 und 9 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) ¹Abweichend 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 und ausreichend ist. ²Satz 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

- aus den Gebühren der das Medizinprodukt nach Satz 2 nutzenden liquidationsberechtigten Ärztinnen und Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen,
- 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. ¹Das zuständige Ministerium bestimmt die Medizinprodukte, deren Beschaffung nach Satz 1 förderungsfähig sind. ³Mit den Beteiligten nach § 17 Abs. 1 ist Einvernehmen anzustreben.

§ 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) ¹Sind 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. ²Sind 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 Krankenzwecke 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) Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung des zuständigen Ministeriums ganz oder teilweise aus mindestens einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausscheiden, sind Ausgleichszahlungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.

(2) ¹Die Ausgleichszahlungen bemessen sich nach der Zahl der Planbetten und Behandlungsplätze, die auf Dauer aus der vollstationären und teilstationären Krankenversorgung ausscheiden. ²Sie betragen bei Verminderung um

bis zu 30 Planbetten	7 000 DM pro Planbett,
bis zu 60 Planbetten	8 500 DM pro Planbett,
bis zu 90 Planbetten	10 000 DM pro Planbett,
über 90 Planbetten	11 500 DM pro Planbett.

³Satz 2 gilt für Behandlungsplätze entsprechend.

(3) ¹Sind die berücksichtigungsfähigen Kosten nachweislich höher als die Pauschalen nach Absatz 2 Satz 2, so kann auf Antrag des Krankenhausträgers eine höhere Ausgleichszahlung bewilligt werden, um bei der Einstellung des Krankenhausbetriebes oder bei der Umstellung auf andere Aufgaben unzumutbare Härten zu vermeiden. ²Dies gilt insbesondere für

- unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,
- 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. ⁴Der Krankenhausträger hat alle für die Beurteilung nach Satz 1 notwendigen Angaben zu machen und zu belegen. ⁵Insbesondere hat er nachzuweisen, dass diese Ausgleichszahlungen erforderlich sind, um unzumutbare finanzielle Härten für ihn zu vermeiden.

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

§ 31

Rückforderung von Fördermitteln

(1) ¹Die 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. ¹Der 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. ²Nach § 21 bereits gewährte Fördermittel können unter Berücksichtigung des Einzelfalls zurückgefordert werden, soweit Investitionen nicht abgeschrieben sind. ³Fördermittel nach § 25 können zurückgefordert werden, soweit sie 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 insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden.

§ 34

Abschlußprüfung

(1) ¹Der Jahresabschluss ist unter Einbeziehung der Buchführung durch eine Wirtschaftsprüferin, einen Wirtschaftsprüfer oder eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Abschlussprüfung) zu prüfen. ²Hat das Krankenhaus einen Lagebericht aufzustellen, so ist auch dieser in die Prüfung einzubeziehen.

(2) ¹Die Prüfung des Jahresabschlusses wird nach den allgemeinen für die Jahresabschlußprüfung geltenden Grundsätzen durchgeführt. ²Die 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) ¹Sind 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. ²Soweit die Bestätigung versagt oder eingeschränkt erteilt wird, ist der Abschlussbericht der zuständigen Behörde vorzulegen.

§ 35

Leitung und Organisation

(1) ¹In 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 oder der nicht weisungsgebunden ist. ²Sie oder er sind für die Untersuchung und Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Abteilung verantwortlich. 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. NRW. 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, für § 2 Abs. 4 soweit möglich.

(2) Die Regelungen im Sinne von Absatz 1 Satz 3 müssen sicherstellen, dass der Standard der Krankenhaushygiene und die Transparenz und Koordinierung des Arzneimittelensatzes 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 wird ermächtigt, für die Belange des Krankenhauswesens durch Rechtsverordnung die zuständige Behörde zu bestimmen. ³Es erläßt Verwaltungsvorschriften zur Ausführung dieses Gesetzes.

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

§ 43 Inkrafttreten

¹Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. ²Gleichzeitig tritt das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen - KHG NRW - vom 3. November 1987 (GV. NRW. S. 392), zuletzt geändert durch Verordnung vom 31. Juli 1996 (GV. NW. S. 349) außer Kraft. ³§ 25

Absätze 1 bis 3, 5, 6 Satz 4, 7, 8 Sätze 1 und 2 sowie Absatz 9 treten mit Wirkung vom 1. Januar 1998 in Kraft.

Düsseldorf, den 16. Dezember 1998

Die Landesregierung
Nordrhein-Westfalen
Der Ministerpräsident
(L. S.) Wolfgang Clement

Der Finanzminister
Heinz Schleußer

Die Ministerin
für Schule und Weiterbildung,
Wissenschaft und Forschung
zugleich für
die Ministerin für
Arbeit, Soziales und
Stadtentwicklung, Kultur und Sport
Gabriele Behler

- GV. NRW. 1998 S. 696.

216

Drittes Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Tageseinrichtungen für Kinder - GTK - Vom 16. Dezember 1998

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

Artikel 1

Das Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder - GTK - vom 29. Oktober 1991 (GV. NRW. S. 380), zuletzt geändert durch Verordnung vom 28. Juni 1996 (GV. NRW. S. 240), wird wie folgt geändert:

1. An § 9 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Ab dem 1. August 2001 soll sich die Öffnungszeit der Tageseinrichtungen für Kinder als wöchentliches Budget bestimmen, dem einrichtungs- und gruppenspezifisch Fachkraft- und Ergänzungskraftstunden zugeordnet werden. Zur näheren Ausgestaltung, insbesondere zur Berücksichtigung der Elternwünsche bei der Ausgestaltung des bedarfsorientierten Angebots, hat die Oberste Landesjugendbehörde mit den Zentralstellen der Trägerzusammenschlüsse der Freien und Öffentlichen Jugendhilfe unter Mitwirkung der überörtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe Vereinbarungen anzustreben.“

2. § 15 erhält folgende Fassung:

„§ 15 Ärztliche Gesundheitsvorsorge

„(1) Bei der Aufnahme in die Tageseinrichtung ist der Nachweis über eine altersentsprechend durchgeführte Gesundheitsvorsorgeuntersuchung des Kindes durch Vorlage des Untersuchungsheftes für Kinder nach § 26 SGB V oder einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung zu erbringen.

(2) Der örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe berät und unterstützt die Eltern der in die Tageseinrichtungen aufgenommenen Kinder in Fragen der Gesundheitsvorsorge; er arbeitet mit den für die Durchführung ärztlicher und zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen und gruppenprophylaktischer Maßnahmen in der Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen zusammen. Der örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe hat für jährliche ärztliche und zahnärztliche Untersuchungen der in die Tageseinrichtung aufgenommenen Kinder Sorge zu tragen.

(3) Absatz 1 gilt nicht für Horte.“