

29.09.2020

Gesetzentwurf

der Fraktion der CDU und
der Fraktion der FDP

Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

A. Problem

Die stationäre Versorgung durch die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen ist ein wesentlicher Bestandteil der Daseinsvorsorge und hat eine hohe Bedeutung für die Bürgerinnen und Bürger. In Nordrhein-Westfalen zeigt sich in der Krankenhauslandschaft insgesamt betrachtet eine nahezu flächendeckende Versorgung mit der Tendenz einer medizinischen Überversorgung in den Ballungszentren und teilweise einer Unterversorgung in den ländlichen Gebieten. Die derzeitige Planungsmethodik mit der Bettenanzahl als zentraler Planungsgrundlage verhindert aber eine gezielte Steuerung der Krankenhauskapazitäten, wie ein vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Auftrag gegebenes Gutachten von August 2019 ermittelt hat (Gutachten der Partnerschaft Deutschland GmbH in Kooperation mit der Lohfert und Lohfert AG und der TU Berlin (veröffentlicht unter <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen/3041>). Dieses legt dar, dass – bezogen auf die Bevölkerungszahl – stationär mehr Fälle mit mehr Belegtagen und einer längeren Verweildauer als im Bundesdurchschnitt versorgt würden. In keinem anderen Bundesland würden bei vergleichbarer Altersstruktur mehr Fälle im Krankenhaus versorgt.

Zudem soll einem weiteren wichtigen Problem begegnet werden. Im Falle der Insolvenz von Krankenhäusern kam es in der Vergangenheit in seltenen Fällen dazu, dass Patientenakten durch den Krankenhausträger oder dessen Rechtsnachfolger nicht ausreichend gesichert wurden und sich Unbefugte Zutritt zu diesen verschaffen konnten. Dies ist mit der diesbezüglichen Sensibilität, den Rechten der Patienten und Patientinnen und den damit einhergehenden datenschutzrechtlichen Anforderungen nicht zu vereinbaren.

B. Lösung

Die Krankenhausplanung soll künftig nicht mehr allein anhand der Bettenzahl vorgenommen werden, da sie keine Aussage über das wirkliche Versorgungsgeschehen zulässt. Stattdessen soll die im Gutachten vorgeschlagene Planung medizinischer Leistungsbereiche und Leistungsgruppen eingeführt werden. Die Leistungsbereiche werden sich dabei im Wesentlichen an den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung orientieren. Konkrete medizinische Leistungen werden durch Leistungsgruppen abgebildet. Durch diesen klareren Leistungsbezug und die bessere Leistungssteuerung kann eine Über- oder Unterversorgung reduziert werden. Zur Sicherung der Versorgungsqualität sollen die Leistungsgruppen an Qualitätskriterien, die beispielsweise der Gemeinsame Bundesausschuss oder medizinische

Fachgesellschaften festgelegt haben, gekoppelt werden. Diese neue Krankenhausplanung soll Veränderungen in der Krankenhauslandschaft bewirken, die zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen.

Um im Falle der Insolvenz von Krankenhäusern dafür zu sorgen, dass Patientenakten ausreichend gesichert sind, werden im KHGG NRW entsprechende Verpflichtungen der Krankenhausträger aufgenommen.

C. Alternative

Keine.

D. Kosten

Es ergeben sich keine unmittelbaren Auswirkungen auf den Haushalt des Landes.

E. Zuständigkeit

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

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

Auswirkungen auf die Selbstverwaltung der Gemeinden bestehen nicht.

G. Finanzielle Auswirkungen auf die Unternehmen und die privaten Haushalte

Durch die Umstellung der Planungssystematik wird die Strukturqualität – und die damit verbundene Spezialisierung – durch Abbau von unwirtschaftlichen Doppelstrukturen zu einem zielgenauen Einsatz sowohl finanzieller als auch personeller Ressourcen führen.

Die Krankenhausträger tragen die Kostenlast für die Maßnahmen, die diese aufgrund der neu eingeführten Verpflichtung zum Schutz ihrer Patientenunterlagen unternehmen müssen. Da das Gesetz es den Krankenhausträgern jedoch freistellt, wie sie die vorgegebenen Ziele erreichen, hängt die Höhe dieser Kosten von den krankenhausesindividuell gewählten Maßnahmen ab.

H. Geschlechterdifferenzierte Betrachtung der Auswirkung des Gesetzes

Im Entwurf wird nicht nach Geschlechtern unterschieden.

I. Befristung

Aufgrund der Regelung des § 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist das Land zur Wahrnehmung der in diesem Gesetz geregelten Aufgaben verpflichtet. Daher wird von einer Verfallklausel abgesehen. Durch die vorgesehene Berichtspflicht bis zum 31. Dezember 2022 wird eine Überprüfung und eine sich daraus ergebende Anpassung der Aufgaben sichergestellt.

G e g e n ü b e r s t e l l u n g

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP

Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

Auszug aus den geltenden Gesetzesbe- stimmungen

Krankenhausgestaltungsgesetz des Lan- des Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)

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“.

§ 1 Grundsatz

§ 2 Krankenhausleistungen

§ 3 Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten

§ 4 Kind im Krankenhaus

§ 5 Patientenbeschwerdestellen, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patientenseelsorge

§ 6 Krankenhaushygiene

§ 7 Transparenz und Qualitätssicherung

§ 8 Patientenorientierte Zusammenarbeit

§ 9 Organspende

§ 10 Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse

§ 11 Rechtsaufsicht

§ 12 Krankenhausplan

§ 13 Rahmenvorgaben

§ 14 Regionale Planungskonzepte

- § 15 Beteiligte an der Krankenhausversorgung
- § 16 Feststellungen im Krankenhausplan
- § 17 Förderungsgrundsätze
- § 18 Pauschalförderung
- § 19 Investitionsprogramm und Bewilligung der Pauschalmittel
- § 20 Abtretung von Förderansprüchen und -anwartschaften
- § 21 Verwendung der Pauschalmittel
- § 21a Einzelförderung von Investitionen
- § 22 Ausgliederung, Vermietung
- § 23 Besondere Beträge
- § 24 Ausgleichsleistungen
- § 25 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen
- § 26 Ausgleich für Eigenmittel
- § 27 Anlauf- und Umstellungskosten
- § 28 Widerruf und Rücknahme der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln
- § 29 Wirtschaftliche Betriebsführung
- § 30 Abschlussprüfung
- § 31 Betriebsleitung, Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst
- § 31a Unerlaubte Zuweisungen gegen Entgelt
- § 32 Struktur der kommunalen Krankenhäuser
- § 33 Kirchliche Krankenhäuser

b) Die Angabe zu § 34 wird wie folgt gefasst:

„§ 34 Auskunftspflicht“.

§ 34 Statistik

§34a Ordnungswidrigkeiten

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

§ 34b Haftpflichtversicherung

„§ 34c Sicherung von Patientenunterlagen“.

§ 35 Zuständigkeit

§ 36 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken

§ 37 Übergangsvorschrift

§ 38 Inkrafttreten

§ 1 Grundsatz

(...)

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.

(4) Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus verpflichtet, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten in den zugelassenen Weiterbildungsstätten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie für die Weiterbildung der in § 1 Absatz 1 Satz 1 Psychotherapeutengesetz vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 34a des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist, genannten Berufe der heilkundlichen Psychotherapie bereit zu stellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.

**§ 5
Patientenbeschwerdestellen,
Sozialer Dienst,
Patientenberatung, Patientenseelsorge**

(...)

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.“

(2) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die Patientinnen und Patienten in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern zu vermitteln. § 39 Absatz 1 Sätze 4 bis 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - bleiben unberührt.

(...)

**§ 7
Transparenz und Qualitätssicherung**

4. In § 7 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Nordrhein Westfalen“ durch die Wörter „Nordrhein-Westfalen“ ersetzt.

(1) Der Landesausschuss nach § 15 (Landesausschuss) schlägt bei Bedarf unter Beachtung der bundesrechtlichen Bestimmungen auch über diese hinaus Qualitätsmerkmale und -indikatoren vor, über die ein Krankenhaus die Öffentlichkeit so zu unterrichten hat, dass Patientinnen und Patienten eine Abschätzung des krankenhausspezifischen Qualitätsniveaus möglich wird. Der Landesausschuss unterbreitet Vorschläge über Verfahren und Form derartiger Veröffentlichungen. Diese Vorschläge können durch dreiseitige Vereinbarungen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein Westfalen, der Krankenkassen und der Ärztekammern umgesetzt werden.

(...)

**§ 9
Organspende**

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

Zur Bestellung eines Transplantationsbeauftragten nach § 4 des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG) sind die Krankenhäuser nach Maßgabe des § 33 verpflichtet.

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“.**

**§ 10
Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse**

- 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.“

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, dem Zentralen Krankenbettennachweis bei den kreisfreien Städten und Kreisen nach § 8 Abs. 3 Rettungsgesetz NRW 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. 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.

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

- 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.

(3) 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 Einzelnen mit den für Innere Angelegenheiten und für Wissenschaft und Forschung zuständigen Ministerien durch Rechtsverordnung zu regeln. Im Rahmen der Planung zur

- 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.

Bewältigung von Großschadensereignissen unterstützen nach Satz 1 ausgewählte Krankenhäuser die zuständigen Behörden bei der Bevorratung mit Sanitätsmaterial und Arzneimitteln, indem sie von diesen beschaffte Bestände in den Versorgungskreislauf des Krankenhauses aufnehmen.

§ 11 Rechtsaufsicht

(1) Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sowie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten gem. § 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) in der jeweils geltenden Fassung unterliegen der Rechtsaufsicht.

(...)

§ 12 Krankenhausplan

(1) Das zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn fort. Der Krankenhausplan wird regelmäßig im Internet veröffentlicht. Dasselbe gilt für Änderungsmitteilungen.

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

1. den Rahmenvorgaben und
2. den regionalen Planungskonzepten.

Die Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt durch Änderung der Rahmenvorgaben und der regionalen Planungskonzepte. Die Änderungen nach Satz 2 Nr. 2 sind durch Bescheid nach § 16 festzustellen. Im Krankenhausplan im Ist anerkannte Betten zur stationären Versorgung sind Planbetten. Anerkannte Plätze zur teilstationären Versorgung sind Behandlungsplätze.

- 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 Leistungsbereiche orientieren sich an den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Leistungsgruppen bilden konkrete medizinische Leistungen ab. Die Leistungsgruppen der „Allgemeinen Inneren Medizin“, der „Allgemeinen Chirurgie“ und der anderen allgemeinen Leistungsgruppen richten sich nach den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern. Spezifische Leistungsgruppen richten sich nach den Operationen- und Prozedurenschlüsseln nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der Weltgesundheitsorganisation oder anderen geeigneten Merkmalen. Grundsätzlich wird eine Leistungsgruppe nur einem Leistungsbereich zugeordnet. Einzelne Leistungsgruppen können mehreren Leistungsbereichen zugeordnet werden. Einzelne Leistungen können mehreren Leistungsgruppen beziehungsweise Leistungsbereichen

zugeordnet werden. Den Leistungsgruppen werden qualitative Anforderungen zugeordnet. Die Versorgungskapazitäten werden durch quantitative oder qualitative Parameter bestimmt. Dies können auch Planbettenzahlen oder Behandlungsplatzzahlen sein. Die weitere Systematik der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen wird in den Rahmenvorgaben nach den § 12 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und § 13 geregelt.“

- 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 „Ärzeschaft,“ die Wörter „mit niedergelassenen approbierten Leistungserbringern im Bereich der Psychotherapie,“ eingefügt.

(3) Die Universitätskliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind in die Krankenhausplanung einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. Die Festlegungen nach § 14 werden, soweit sie durch Bescheid nach § 16 festgestellt sind, Bestandteil des Krankenhausplans. Die Aufgaben aus Forschung und Lehre sind zu berücksichtigen.

(4) Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen. Zudem soll die - auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende - Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung und Sicherung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen. Dies gilt auch für die Kooperation der Krankenhäuser mit der niedergelassenen Ärzteschaft, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen.

§ 13 Rahmenvorgaben

9. § 13 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 wird die Angabe „4“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

(1) Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. Sie berücksichtigen insbesondere die Vorgaben nach § 12 Absatz 4 und sind Grundlage für

- 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.“

die Festlegungen nach § 16. Zur Erbringung besonderer Leistungen wird das zuständige Ministerium ermächtigt, Mindestfallzahlen im Krankenhausplan auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin festzulegen. Eine Festlegung soll Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorsehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestfallzahl zu vermeiden.

(...)

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

(1) Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 13 legt das zuständige Ministerium insbesondere Gebiete, Gesamtplanbettenzahlen oder vergleichbare quantitativ oder qualitativ bestimmte Behandlungskapazitäten abschließend fest. Hierzu erarbeiten die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen gemeinsam und gleichberechtigt ein regionales Planungskonzept. § 211a Sozialgesetzbuch SGB Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) in der Fassung des Änderungsgesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) gilt für die Verbände der Krankenkassen entsprechend. Die kommunale Gesundheitskonferenz nach § 24 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25. November 1997 (GV. NRW. S. 430) in der jeweils geltenden Fassung kann eine Stellungnahme dazu abgeben.

§ 14

Regionale Planungskonzepte

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

(2) Zu Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept können die Krankenhauträger, die Verbände der Krankenkassen und die zuständige Behörde auffordern. Die Verhandlungen nach Satz 1 sind innerhalb von einem Monat nach Aufforderung einzuleiten. Die Aufnahme der Verhandlungen ist der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen. Die Verhandlungen sind spätestens sechs Monate nach ihrer Aufnahme abzuschließen. Ist dies nicht der Fall, geht die Verfahrensleitung unverzüglich und unmittelbar auf die zuständige Behörde über.

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

von Krankenhäusern oder die Aufgabe von Versorgungsaufträgen einzelner Leistungsbereiche oder Leistungsgruppen vorgesehen, gibt das zuständige Ministerium auch der betroffenen Gemeinde Gelegenheit zur Stellungnahme.“

(...)

§ 15
Beteiligte an der Krankenhausversorgung

11. § 15 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

(1) Den Landesausschuss bilden die unmittelbar Beteiligten:

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 von der Ärztekammer Nordrhein und ein von der Ärztekammer Westfalen-Lippe,

6. ein vom Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung,

7. soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind, je ein von den beiden Landschaftsverbänden,

8. soweit Einrichtungen betroffen sind, in denen Patientinnen und Patienten behandelt werden, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, ein von der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Nordrhein-Westfalen (Psychotherapeutenkammer NRW)

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.

benanntes Mitglied,

9. die oder der Beauftragte der Landesregierung Nordrhein-Westfalen für Patientinnen und Patienten.

(...)

§ 16

Feststellungen im Krankenhausplan

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

(1) Die Feststellungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan werden durch Bescheid der zuständigen Behörde getroffen. 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,

4. das Versorgungsgebiet,

5. die Versorgungsregion für die psychiatrische Pflichtversorgung,

6. die Gesamtzahl der im Ist und Soll anerkannten Planbetten,

7. die Art der Abteilungen mit ihrer Planbettenzahl und ihren Behandlungsplätzen sowie

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.“

8. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG.

Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses (§ 8 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes) kann dabei hinsichtlich einzelner Schwerpunkte der Gebiete oder einzelner Leistungsbereiche eingeschränkt werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung (§ 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 Umsetzungszeitraum beginnt abweichend von Satz 1 erst mit Abschluss der Baumaßnahmen. Wird der Versorgungsauftrag nach Ablauf des jeweiligen Zeitraumes nicht oder nicht vollständig umgesetzt, kann die zuständige Behörde den Bescheid nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise aufheben.“

- 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

(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.

(3) Die Gesamtzahl der im Soll anerkannten Planbetten gemäß Absatz 1 Nummer 6 ist innerhalb von 12 Monaten nach Bekanntgabe des Bescheides nach Absatz 1 Satz 1 umzusetzen. Sind für die Umsetzung der im Soll anerkannten Planbetten gemäß Absatz 1 Nummer 6 Baumaßnahmen erforderlich, beginnt dieser Zeitraum erst mit Abschluss der Baumaßnahmen. Ist die Umsetzung nach Ablauf dieses Zeitraumes nicht oder nicht vollständig erfolgt, kann die zuständige Behörde den Bescheid nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise aufheben. In begründeten Fällen kann die zuständige Behörde auf Antrag des Krankenhausträgers die in Satz 1 genannte Umsetzungsfrist verlängern.

(4) Ein Wechsel in der Trägerschaft des Krankenhauses ist der zuständigen Behörde anzuzeigen.

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.“

(...)

§ 17 Förderungsgrundsätze

Investitionskosten von Krankenhäusern werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts auf Antrag im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel durch Zuschüsse und Zuweisungen gefördert. Fördermittel dürfen nur für die in § 9 Abs. 1 und 2 KHG genannten Zwecke nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides verwendet werden. Die Gemeinden werden an den im Haushaltsplan des zuständigen Ministeriums veranschlagten Haushaltsbeträgen der förderfähigen Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 1 KHG in Höhe von 40 vom Hundert beteiligt. Für die Heranziehung ist die Einwohnerzahl maßgebend. Eine Verrechnung mit Leistungen nach dem Gemeindefinanzierungsgesetz ist möglich. Die auf Grund des Gesetzes über die Feststellung eines Nachtrags zum Haushaltsplan des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2017 (Nachtragshaushaltsgesetz 2017) begründete Forderung des Landes in Höhe von einhundert Millionen Euro entsteht erst im Jahr 2018.

13. § 17 Satz 6 wird aufgehoben.

§ 18 Pauschalförderung

(...)

(2) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Finanzministerium und dem Innenministerium sowie nach Anhörung der unmittelbar Beteiligten (§ 15 Abs. 1) und im Benehmen mit dem zuständigen Landtagsausschuss durch Rechtsverordnung

14. In § 18 Absatz 2 Nummer 1 wird nach dem Wort „Zahlungsmodalitäten“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt

1. die Bemessungsgrundlagen, die Zahlungsmodalitäten, die Höhe der

und nach der Angabe „Absatz 1“ werden die Wörter „sowie für einen Übergangszeitraum die Reihenfolge der Berechtigten“ gestrichen.

Pauschalbeträge nach Absatz 1 sowie für einen Übergangszeitraum die Reihenfolge der Berechtigten zu bestimmen sowie

2. die Abgrenzung der kurzfristigen Anlagegüter nach Absatz 1 Nr. 2 festzulegen.

§ 20

Abtretung von Förderansprüchen und -anwartschaften

15. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Der Wortlaut wird Absatz 1.

Krankenhäuser dürfen ihren Anspruch auf Mittel der Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 und entsprechende Anwartschaften an andere förderungsberechtigte Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zur Finanzierung von Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG mit Zustimmung der zuständigen Behörde abtreten. Die beabsichtigte Abtretung ist der zuständigen Behörde durch das abtretende Krankenhaus anzuzeigen. Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn die zuständige Behörde nicht innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Abtretungsanzeige schriftlich widerspricht. Eine Ablehnung darf nur erfolgen, wenn als Folge der Abtretung die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern insbesondere dadurch gefährdet wäre, dass keine ausreichende Vorsorge für absehbar notwendige Investitionen getroffen ist oder Vorgaben des Krankenhausplans nicht eingehalten würden.

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.“

§ 21a **Einzelförderung von Investitionen**

(1) Über die Pauschalförderung hinaus können Investitionsmaßnahmen nach § 18 Absatz 1 Nummer 1 einzeln gefördert werden, wenn und soweit das Investitionsprogramm entsprechende Förderschwerpunkte ausweist und das Vorhaben die dort aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. Eine Förderung der Maßnahme kann nur erfolgen, wenn die Gesamtfinanzierung der Maßnahme gesichert ist. Förderungsfähig sind nur die entstehenden und nachzuweisenden Kosten der bewilligten Investition, die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigt und für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten im Krankenhaus notwendig sind.

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

§ 24 **Ausgleichsleistungen**

17. § 24 wird wie folgt geändert:

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

(1) Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung des zuständigen Ministeriums ganz oder mindestens mit einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausscheiden, sind auf Antrag pauschale Ausgleichsleistungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.

- 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 Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 3 der Verordnung vom 13. Juli 2020

(2) Die pauschale Ausgleichsleistung beträgt 1% des nach den §§ 11 Abs. 1, 14 Abs. 1 KHEntG und §§ 17 Abs. 1, 20 Abs. 1 BPfIV genehmigten Budgets des Krankenhauses. Maßgeblich ist hierfür das 12 Monate umfassende, genehmigte Budget des der Schließung vorangegangenen Jahres. Bei Ausscheiden einer Abteilung ist der dieser

(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 Leistungsbeereichs ist der diesem Leistungsbeereich entsprechende Anteil des Budgets zugrunde zu legen.“

Abteilung 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.

§ 28

Widerruf und Rücknahme der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln

(1) Für die Rücknahme und den Widerruf von Bewilligungsbescheiden und die Rückforderung von Fördermitteln gelten die Bestimmungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen vom 12. November 1999 (GV. NRW. S. 602), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 1. Oktober 2013 (GV. NRW. S. 566) geändert worden ist, soweit nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

(2) Der Bewilligungsbescheid kann mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgenommen oder widerrufen werden, wenn das Krankenhaus ohne Zustimmung der zuständigen Behörde von den Feststellungen nach § 16 abweicht oder seine Aufgaben nach den Feststellungen im Bescheid nach § 16 ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Von einer Rücknahme oder einem Widerruf kann insbesondere bei einem Trägerwechsel abgesehen werden, wenn nachgewiesen wird, dass

1. alle noch nicht verwendeten Fördermittel und geförderten Gegenstände des Anlagevermögens, soweit diese noch nicht abgeschrieben sind, vom bisherigen auf den neuen Krankenhausträger übertragen worden sind und

2. der neue Krankenhausträger durch schriftliche Erklärung gegenüber der zuständigen Behörde alle Verpflichtungen und Nebenbestimmungen aus den bisherigen Bewilligungsbescheiden anerkennt.

(3) Werden nach diesem Gesetz geförderte Investitionsmaßnahmen zu Zwecken außerhalb der stationären Krankenhausversorgung umgewidmet oder stellt das Krankenhaus seinen Betrieb ein, sollen die Bewilligungen der Fördermittel im Umfang der Umwidmung oder Betriebseinstellung zurückgenommen oder widerrufen werden. § 22 bleibt hiervon unberührt. Von einer Rücknahme oder einem Widerruf soll abgesehen werden, wenn die Betriebseinstellung im krankenhauserischen Interesse liegt; von einer Rücknahme oder einem Widerruf kann abgesehen werden, wenn die geförderte Investitionsmaßnahme aufgrund von Umstrukturierungsprozessen oder einem Bedarfsrückgang nicht mehr zur Erfüllung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses benötigt wird.

(4) Gehen die mit Fördermitteln errichteten oder beschafften Anlagegüter kraft Gesetzes in das Eigentum eines Dritten über, ist auch dieser oder sein Rechtsnachfolger zur Erstattung der Fördermittel verpflichtet, wenn eine Rückforderung gemäß Absatz 1 bis 3 geltend gemacht wird.

- c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

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

§ 31

Betriebsleitung, Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

(1) In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. Träger von mehreren Krankenhäusern können eine gemeinsame Betriebsleitung bilden. An der Betriebsleitung sind eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegekraft und die Leiterin oder der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes gleichrangig zu beteiligen. Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Satz 3 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind.

- 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.

(2) Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung mindestens eine Abteilungsärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen, die oder der nicht weisungsgebunden ist und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt wird. Sie oder er sind für die Untersuchung und Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Abteilung verantwortlich. Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen leiten. Für Abteilungen, die Patientinnen und Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, können neben der Abteilungsärztin oder dem Abteilungsarzt Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten bestellt werden, die bei der Untersuchung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und selbstständig tätig sind.

- c) Der bisherige Absatz 3 wird aufgehoben.

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

20. § 34 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„§ 34
Auskunftspflicht“.**

**§ 34
Statistik**

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

Die 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. Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die unter die Auskunftspflicht fallenden Daten und das Verfahren im Einzelnen festzustellen.

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 [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] 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) 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.

§ 36
Ausbildungsstätten, nicht öffentlich
geförderte Krankenhäuser,
Universitätskliniken

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

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

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

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

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

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 [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] ihren Abschluss bereits gefunden haben oder ihren Abschluss vor Aufstellung eines Krankenhausplans finden, der eine

§ 37
Übergangsvorschrift

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 [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] 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.

1) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 2 sind für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern die Regelungen der Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2355) sinngemäß anzuwenden.

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 4 und die Angabe „- KHG NRW -“ gestrichen.

(2) Soweit Investitionskosten von Krankenhäusern auf Grundlage der §§ 19 ff. des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen - KHG NRW - vom 16. Dezember 1998 (GV. NRW. S. 696), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2006 (GV. NRW. S. 631), gefördert worden sind, finden diese Vorschriften weiterhin Anwendung.

d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 5 und die Angabe „KHG NRW“ durch die Wörter „des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen“ ersetzt.

(3) Abweichend von Absatz 2 gilt dieses Gesetz für eingesparte Fördermittel aus Festbetragsförderungen gemäß § 24 Absatz 2 KHG NRW, soweit sie dem Konto der Baupauschale als gesonderte Position zugeführt werden.

24. § 38 wird wie folgt geändert:

a) Der Wortlaut wird Absatz 1.

§ 38 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen - KHG NRW - vom 16. Dezember 1998 (GV. NRW. S. 696), zuletzt geändert durch Artikel 2 des

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.“

Gesetzes vom 21. Dezember 2006 (GV. NRW. S. 631), außer Kraft.

Artikel 2

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

In den 16 Versorgungsgebieten in Nordrhein-Westfalen zeigt sich in der Krankenhauslandschaft insgesamt betrachtet eine nahezu flächendeckende Versorgung. Zu diesem Ergebnis kommt das vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Auftrag gegebene Gutachten zur Krankenhauslandschaft von August 2019 (veröffentlicht unter <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen/3041>). Das gelte insbesondere mit Blick auf die Somatik. Die IST-Analyse kommt u.a. zum Ergebnis, dass es in den Ballungszentren des Landes in der Tendenz eine medizinische Überversorgung und in den ländlichen Teilen des Landes teilweise eine Unterversorgung gebe. Bezogen auf die Bevölkerungszahl würden stationär mehr Fälle mit mehr Belegtagen und einer längeren Verweildauer als im Bundesdurchschnitt versorgt. Auch gebe es kein anderes Bundesland, in dem bei vergleichbarer Altersstruktur mehr Fälle im Krankenhaus versorgt würden.

Die Gutachter ermittelten folgende Zahlen:

- Durchschnittlich versorgt jeder der nordrhein-westfälischen Krankenhausstandorte mit somatischen Soll-Betten jedes Jahr circa 12.300 Patienten und verfügt im Mittel über 281 Betten.
- Die Fallzahlen sind von 2013 bis 2017 um 5,4 Prozent gestiegen.
- Gleichzeitig ist die durchschnittliche Verweildauer der somatischen Fälle von 2013 bis 2017 um 5,6 Prozent zurückgegangen.
- Alleine die Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie versorgen gemeinsam circa 64 Prozent aller stationären Fälle in Nordrhein-Westfalen.

In der Somatik sehe die Versorgungssituation so aus, dass der Bedarf an stationären Leistungen in nahezu allen medizinischen und geografischen Ebenen gedeckt sei. Es gebe zum Teil deutliche Anzeichen von Überversorgung – quer durch die meisten so genannten Leistungsgruppen und vor allem in den Ballungszentren. Insbesondere im Rhein-Ruhr-Gebiet gebe es eine hohe Anzahl an Leistungserbringern mit geringen Leistungsaufkommen in enger geografischer Beziehung bei gleichzeitig hoher Krankenhaushäufigkeit. Nur in einigen wenigen Leistungsgruppen und Versorgungsgebieten gebe es Anzeichen für eine Unterversorgung, zum Beispiel in der Neuro-Frührehabilitation und in der Palliativmedizin. Das Gutachten prognostiziert für die Jahre 2022-2032, dass aufgrund der aktuell beobachtbaren Überversorgung und der prognostizierten sinkenden Belegung in fast allen Leistungsbereichen in der Somatik deutliche Überkapazitäten auftreten werden. Es werde insgesamt von einem Rückgang von knapp 6 Prozent der Fälle ausgegangen. Ausnahmen bilden vor allem die Palliativmedizin (+16 Prozent) und die Geriatrie (+21 Prozent).

Das Gutachten sieht die derzeitige Krankenhausplanung kritisch, da die derzeitige Planungsmethodik mit der Bettenanzahl als zentraler Planungsgrundlage, einer wenig detaillierten Rahmenplanung, 16 Fachgebieten und 16 Versorgungsgebieten eine gezielte Steuerung von Krankenhauskapazitäten verhindere. Aufgrund dieser Fachgebietsplanung könne eine effektive Leistungssteuerung nicht stattfinden. Die Fachgebiete seien zu unspezifisch, bis auf wenige Ausnahmen sehr allgemein gehalten und für die medizinische Leistungsdefinition ungeeignet. Damit lasse die Versorgung sich kaum transparent abbilden und steuern. Die Folge davon sei ein hohes Maß an Intransparenz, mit welchen Ressourcen welche Patienten behandelt würden. Die Bettenanzahl als bislang zentrale Planungsgröße bilde die zunehmende Flexibilität der Patientenversorgung nicht mehr ab. Auch gebe es nur unzureichende Kontrollmöglichkeiten über die tatsächlich mit den geplanten Kapazitäten erbrachten Leistungen. Darüber

hinaus werde auch die Qualität der Leistungserbringung in der derzeitigen Planungssystematik nur in sehr geringem Maße berücksichtigt.

Daraus müssen für die Zukunft folgende Schlüsse gezogen werden:

Die Krankenhausplanung soll künftig nicht mehr allein anhand der Bettenzahl vorgenommen werden, da sie keine Aussage über das wirkliche Versorgungsgeschehen zulässt. Vielmehr soll die im Gutachten vorgeschlagene Planung medizinischer Leistungsbereiche und Leistungsgruppen eingeführt werden. Die Leistungsbereiche bilden den übergeordneten medizinischen Rahmen und orientieren sich im Wesentlichen an den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Leistungsgruppen bilden konkrete medizinische Leistungen (oder Leistungscluster) ab. Mit der Entwicklung einer Leistungsgruppensystematik, mit der der aktuelle sowie zukünftige Bedarf bedarfsorientiert geplant werden kann, soll erreicht werden, dass die Krankenhäuser einer Region medizinische Leistungen anbieten, die für die Versorgung der Bevölkerung auch notwendig sind. Durch den klareren Leistungsbezug und die bessere Leistungssteuerung kann eine Über- oder Unterversorgung reduziert werden. Zudem soll eine höhere Fachlichkeit der Krankenhäuser und damit eine höhere Versorgungsqualität für die Bevölkerung gewährleistet werden, indem Leistungsbereiche und Leistungsgruppen mit Qualitätsindikatoren verknüpft und, wo fachlich erforderlich, auch Vorgaben zu Mindestmengen gemacht werden. Die doppelte Vorhaltung an technischer Ausstattung und Personal von teilweise eng benachbarten Krankenhäusern kostet wertvolle Investitionsmittel und bindet medizinisches Fachpersonal, das, konzentriert an weniger Häusern, die medizinische Versorgung verbessern kann. Die Leistungsgruppen sollen an Qualitätskriterien, die beispielsweise der Gemeinsame Bundesausschuss oder medizinische Fachgesellschaften festgelegt haben, gekoppelt werden, um die Versorgungsqualität zu sichern.

Hierzu müssen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen definiert werden, die medizinischen Leistungen der Krankenhäuser gruppieren, um auf Basis dieser Leistungsgruppen Krankenhausplanung vornehmen zu können.

Zur Einführung dieser neuen Plansystematik und um den Schutz von Patientenakten im Fall der Insolvenz eines Krankenhauses sicherzustellen, soll das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen wie folgt geändert werden:

B. Besonderer Teil

Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1

zu den Buchstaben a) bis c)

Das Inhaltsverzeichnis wird hier an drei Stellen angepasst, da sich die amtliche Überschrift der §§ 10 und 34 ändert und ein neuer § 34c in das Gesetz aufgenommen wird. Vergleiche zu diesen Änderungen inhaltlich die Nummern 6, 20 und 21.

Zu Nummer 2

Die hier vorgenommenen Änderungen tragen dem Umstand Rechnung, dass das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) mit Wirkung zum 1. September 2020 neu gefasst wurde ([https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*\[@attr_id=%27bgbl119s1604.pdf%27\]#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_i](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[@attr_id=%27bgbl119s1604.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_i)

d%3D%27bgb119s1604.pdf%27%5D__1589354757516). Indem die Verweisung auf das Psychotherapeutengesetz auf den Satz 4 des § 1 Absatz 1 ausgeweitet wird, wird vermieden, dass an dieser Stelle ab dem 1. September 2020 nur noch die nach dem neuen Gesetz approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfasst werden. Die Streichung des Begriffs „heilkundlichen“ wird vorgenommen, da dieser Begriff im neuen PsychThG 2020 gestrichen wurde.

Zu Nummer 3

Redaktionelle Änderung

Zu Nummer 4

Redaktionelle Änderung

Zu Nummer 5

Hier werden redaktionelle Änderungen vorgenommen sowie der Wortlaut mit der Formulierung „einer oder eines Transplantationsbeauftragten“ geschlechtergerecht angepasst.

Zu Nummer 6

zu Buchstabe a)

Die amtliche Überschrift wird an die folgenden inhaltlichen Änderungen der Vorschrift angepasst.

zu Buchstabe b)

Nach § 8 Absatz 3 Rettungsgesetz NRW müssen den Rettungsleitstellen für Großschadensereignisse freie Behandlungskapazitäten gemeldet werden. Die Meldung freier, nach Abteilungen gegliederter Betten ist nicht mehr erforderlich. Daher folgt die Neuregelung der neuen Systematik der Einteilung in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen: Es ist nicht mehr erforderlich, die freien Betten zu melden, sondern es werden künftig die nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen freien Versorgungskapazitäten gemeldet.

zu Buchstabe c)

Schon nach bisherigem Recht sind Krankenhäuser verpflichtet, an der Bewältigung von Großschadensereignissen mitzuwirken. An dieser Stelle wird der Begriff „Großschadensereignis“ durch die Begriffe „Großeinsatzlage und Katastrophe“ ersetzt. Ziel dieser Änderung ist es nicht, den Regelungsinhalt zu verändern. Vielmehr wird zur Förderung der Einheitlichkeit der Rechtsordnung ein Gleichlauf mit den Begrifflichkeiten des Gesetzes über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz (BHKG) hergestellt.

zu Buchstabe d)

Die Vorschrift ermöglicht, dass Krankenhäuser die für Schadens- und Großschadensereignisse zuständigen Behörden unterstützen, indem sie Sanitätsmaterial und Arzneimittel lagern. Durch die Aufnahme des Begriffs „Schutzausrüstung“ in den Katalog „Sanitätsmaterial und Arzneimittel“ wird hervorgehoben, dass die mögliche Bevorratung nach Absatz 3 auch Schutzausrüstung wie Schutzmasken und Latexhandschuhe zu umfassen hat. Hier soll den

Erfahrungen mit der Covid-19-Pandemie Rechnung getragen werden. Auch in Absatz 3 erfolgt darüber hinaus die Anpassung der Begrifflichkeiten an das BHKG (vgl. bereits Absatz 2).

Zu Nummer 7

Absatz 1: Redaktionelle Änderungen

Zu Nummer 8

zu Buchstabe a)

Künftig soll der vom zuständigen Ministerium erarbeitete Krankenhausplan regelmäßig überprüft und fortgeschrieben werden. Als angemessen erscheint ein Zeitraum von drei bis fünf Jahren. Wird der Plan nicht geändert, gilt er weiter fort; andernfalls wird er - wie im bisherigen Recht auch - mit geringfügigen Änderungen fortgeschrieben. Die Verpflichtung zur regelmäßigen Überprüfung hindert jedoch nicht, im Bedarfsfall den Krankenhausplan auch außerhalb der regelmäßigen Termine zu überprüfen und zu ändern. Da es sich bei dem Krankenhausplan um ein Verwaltungsinternum handelt, das nicht in Bestandskraft erwächst, ist eine Änderung jederzeit möglich - auch von § 6 KHG wird dies nicht ausgeschlossen. Jede Änderung des Krankenhausplans wird auf der Homepage des für Gesundheit zuständigen Ministeriums veröffentlicht, wobei nun auch die Verpflichtung, den Krankenhausplan in maschinenlesbarer Form zu veröffentlichen, an dieser Stelle in das Gesetz aufgenommen wird.

zu Buchstabe b)

Hier wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen. Zudem kann wegen der im folgenden Absatz neu eingeführten Systematik der Einteilung in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen auf die Definition von Planbetten und Behandlungsplätzen verzichtet werden.

zu Buchstabe c)

In dieser Vorschrift wird die Einführung der neuen Planungssystematik auf der Grundlage von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen geregelt.

Die Krankenhausplanung erfolgt über Leistungsbereiche und Leistungsgruppen. Der Planung unterliegen festgelegte Leistungsangebote.

Die Leistungsbereiche bilden den übergeordneten medizinischen Rahmen. Sie dienen der Strukturierung der Leistungsgruppen, über die einem Krankenhaus der Versorgungsauftrag zugeteilt wird. Jedem Leistungsbereich werden dazu eine oder mehrere Leistungsgruppen zugeordnet. In der Regel wird eine Leistungsgruppe nur einem Leistungsbereich zugeordnet. Einzelne Leistungsgruppen werden mehreren Leistungsbereichen zugeordnet. Einzelne Leistungen können mehreren Leistungsgruppen bzw. Leistungsbereichen zugeordnet werden. Der Zuschnitt der Leistungsbereiche orientiert sich an den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Leistungsgruppen bilden konkrete medizinische Leistungen (oder Leistungscluster) ab. Diese Leistungsgruppen bilden das zentrale Steuerungselement der Krankenhausplanung. Die Zuweisung des Versorgungsauftrages erfolgt über Leistungsgruppen. Die den jeweiligen Leistungsgruppen zugehörigen Leistungen dürfen nur von den Krankenhäusern erbracht werden, denen diese Leistungsgruppen im Feststellungsbescheid als Versorgungsauftrag zugewiesen werden.

Die Zuordnung von Leistungen zu diesen Leistungsgruppen erfolgt über die OPS-Codes, teilweise auch anhand von ICD oder anderen geeigneten Merkmalen. Die Definition dieser Leistungsgruppen und deren Inhalte finden sich in einem Anhang zum Krankenhausplan mit einer Übersicht aller möglichen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen, auf die im Feststellungsbescheid verwiesen wird.

In den Leistungsbereichen, deren Inhalte nicht vollständig über spezifische Leistungsgruppen abgebildet sind, werden außerdem allgemeine Leistungsgruppen definiert, die grundsätzlich auf Grundlage der jeweiligen Weiterbildungsordnung beschrieben werden. Ist einem Krankenhaus im Feststellungsbescheid eine allgemeine Leistungsgruppe zugewiesen, darf es das gesamte Leistungsspektrum des betreffenden Gebietes der Weiterbildungsordnung erbringen, soweit die betreffenden Leistungen nicht einer diesem Gebiet zugeordneten spezifischen Leistungsgruppe zugewiesen sind. Leistungen aus den spezifischen Leistungsgruppen darf das Krankenhaus nur erbringen, soweit diese Leistungsgruppen auch im Feststellungsbescheid ausgewiesen sind.

Bei den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ handelt es sich jeweils um eine Leistungsgruppe, die sich an dem Gebiet Innere Medizin bzw. Chirurgie der Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe orientiert. Diese Leistungsgruppen sind den Leistungsbereichen „Allgemeine Innere Medizin“ bzw. „Allgemeine Chirurgie“ zugeordnet.

Die übrigen, spezifischen Leistungsgruppen sind Leistungsbereichen zugeordnet, deren Zugschnitt sich an den Facharztkompetenzen Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Rheumatologie, Pneumologie aus dem Gebiet Innere Medizin sowie den Facharztkompetenzen Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie, Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie aus dem Gebiet Chirurgie der Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe orientiert.

Für den Versorgungsauftrag gilt Folgendes: Ist einem Krankenhaus im Feststellungsbescheid die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugewiesen, darf es das gesamte Leistungsspektrum des Gebietes Innere Medizin der Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe erbringen, soweit die betreffenden Leistungen nicht einer anderen, spezifischen Leistungsgruppe aus dem Gebiet Innere Medizin zugewiesen sind. Leistungen aus den spezifischen Leistungsgruppen darf das Krankenhaus nur erbringen, soweit diese Leistungsgruppen auch im Feststellungsbescheid ausgewiesen sind. Soweit mindestens eine spezifische Leistungsgruppe ausgewiesen ist, wird diese im Feststellungsbescheid dem dazugehörigen Leistungsbereich zugeordnet und dieser Leistungsbereich ebenfalls im Feststellungsbescheid ausgewiesen. Dies gilt entsprechend für ein Krankenhaus, dem im Feststellungsbescheid der Leistungsbereich Allgemeine Chirurgie zugewiesen ist.

Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses umfasst damit abschließend die Leistungsangebote aus den Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus im Feststellungsbescheid nach § 16 zugewiesen werden. Eine Leistungserbringung im Notfall bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für Leistungen, die unvorhersehbar während einer Behandlung notwendig werden.

Trotz der nun differenzierteren Art und Weise den Versorgungsauftrag zuzuteilen besteht immer noch Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern, der neben den zu erfüllenden Qualitätsindikatoren zu einer hohen Versorgungsqualität beiträgt. Denn überall dort, wo das Leistungsangebot in einer bestimmten Leistungsgruppe den Bedarf in der Bevölkerung übersteigt, ist eine behördliche Auswahlentscheidung zwischen den Krankenhäusern zu treffen. In deren Rahmen entscheidet die Planungsbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen

und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird.

Details zu Inhalten und zur weiteren Systematik der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen werden in den Krankenhausplan aufgenommen, auf den der Gesetzestext an dieser Stelle Bezug nimmt. Die Begrifflichkeit Rahmenvorgaben wird an dieser Stelle gewählt, da der Krankenhausplan gemäß § 12 KHGG NRW aus den Rahmenvorgaben und den regionalen Planungskonzepten besteht und an dieser Stelle konkret die Rahmenvorgaben bezeichnet werden sollen.

Des Weiteren sollen im neuen Krankenhausplan für die einzelnen Leistungsgruppen Parameter wie geographische Bezugseinheit für die Planung, parallel vorzuhaltende weitere Leistungsgruppen, vorzuhaltende apparative Ausstattung, fachärztliche Besetzung, sonstige Struktur- und Prozessvorgaben, ggf. Mindestfallzahlen, prognostizierter Bedarf für Nordrhein-Westfalen im Planungshorizont, Bettennutzungsgrad je Leistungsgruppe, Verweildauer je Leistungsgruppe ggf. auf Basis empirischer Statistiken, Zielwert der durchschnittlichen Versorgungskapazität je Leistungsgruppe und Krankenhausstandort im Planungshorizont (Orientierungswert) festgelegt werden.

zu Buchstabe d)

Redaktionelle Änderungen

zu Buchstabe e)

Hier sind nach geltender Rechtslage Planungsziele aufgeführt, denen Gewicht im Rahmen des planerischen Abwägungsprozesses und einer durch die Planungsbehörden zu treffenden Auswahlentscheidung zukommt. Zu einer bevorzugten Berücksichtigung eines Krankenhauses führt nach Satz 3 die Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen. In diesen Katalog werden nun auch die niedergelassenen Leistungserbringer im Bereich der Psychotherapie aufgenommen.

Zu Nummer 9

zu Buchstabe a)

Redaktionelle Änderung

zu Buchstabe b)

Auch die bisherige Regelung enthielt schon die Möglichkeit, Mindestfallzahlen vorzugeben. Da es sich dabei aber um einen sehr intensiven Eingriff in die Grundrechte eines Krankenhausträgers handelt und dieser nur in Grenzen die Erreichung der Mindestfallzahlen selbst steuern kann, sind die Anforderungen an eine verfassungsrechtliche Rechtfertigung hoch. Gegenüber der bisherigen Gesetzesfassung werden die Voraussetzungen für eine Mindestmengenvorgabe daher noch einmal dadurch geschärft, dass explizit nur für Leistungen von hoher Komplexität mit einem evidenzbasierten Zusammenhang zwischen der Fallzahl und der Qualität Mindestmengen gefordert werden dürfen.

Die Möglichkeit in Satz 3, bei nachgewiesener hoher Qualität Ausnahmen zuzulassen, trägt zur verfassungsrechtlichen Rechtfertigung bei.

Wie bisher auch, können nur solche Mindestmengen vorgegeben werden, die nicht schon durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V bestimmt wurden.

Im Übrigen wird auch hier ohne Änderung des Regelungsinhalts statt dem Begriff „Krankenhausplan“ der Begriff „Rahmenvorgaben“ gewählt, da der Krankenhausplan gemäß § 12 KHGG NRW aus den Rahmenvorgaben und den regionalen Planungskonzepten besteht und an dieser Stelle konkret die Rahmenvorgaben bezeichnet werden sollen.

Zu Nummer 10

zu Buchstabe a)

Die Regelung übernimmt die neue Systematik aus Leistungsbereichen und Leistungsgruppen und macht noch einmal sprachlich deutlich, dass die Angabe von Gesamtplanbettenzahlen bzw. Gesamtbehandlungsplatzzahlen nur eine Möglichkeit ist, die Versorgungskapazität anzugeben. Sofern andere qualitative oder quantitative Parameter zur Verfügung stehen, können auch diese genommen werden. Indem neben dem Wort „Gesamtplanbettenzahlen“ auch das Wort „Gesamtbehandlungsplatzzahlen“ aufgenommen wird, wird hervorgehoben, dass auch der teilstationäre Bereich entsprechend abgebildet werden kann.

Der Kreis der unmittelbar Beteiligten (Landesausschuss für Krankenhausplanung) wird wegen der Beteiligung der Universitätskliniken um ein vom Wissenschaftsministerium benanntes Mitglied erweitert.

Zur weiteren Sicherstellung der Belange von Forschung und Lehre wird vorgesehen, dass die Festlegungen für die Universitätskliniken im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium erfolgen.

Die Aufnahme des neuen Satzes 3 hat deklaratorischen Charakter und soll das Ziel der obersten Gesundheitsbehörde des Landes Nordrhein-Westfalen hervorheben, zeitnah auf der Grundlage der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V über die Ausweisung besonderer Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten zu entscheiden. Nach Übernahme dieser Regelungen in den Krankenhausplan des Landes und Durchführung regionaler Planungsverfahren trifft die oberste Gesundheitsbehörde die entsprechenden Entscheidungen, die schließlich Ausdruck in den durch die Bezirksregierung erlassenen Feststellungsbescheiden finden.

zu Buchstabe b)

Gegenüber der bisherigen Rechtslage wird hier neu geregelt, dass die Aufnahme von Verhandlungen der zuständigen Behörde unverzüglich in Textform (vgl. § 126b BGB, also z. B. in Form einer E-Mail) anzuzeigen ist. Zudem wird eine sprachliche Unsauberkeit bereinigt.

zu Buchstabe c)

Hier finden sich Regelungen zum Verfahren der Prüfung regionaler Planungskonzepte durch die zuständige Behörde, in diesem Fall die Bezirksregierung, sowie das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Hier wird neu geregelt, dass die Antragsunterlagen, die an die Bezirksregierung gegeben werden, erkennen lassen müssen, wie sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses auf die einzelnen Betriebsstellen verteilen soll. Dies sorgt dafür, dass die Behörden das regionale Planungskonzept besser auf seine

Bedarfsgerechtigkeit überprüfen können. Außerdem soll das regionale Planungskonzept bereits zu Beginn der behördlichen Prüfung neben der, aktuell bereits vorgesehenen, unteren Gesundheitsbehörde, auch der obersten Gesundheitsbehörde sowie den Beteiligten nach § 15 Absatz 1 zur Kenntnis gegeben werden. Von einer frühzeitigen Unterrichtung des Ministeriums sowie der Beteiligten nach § 15 Absatz 1 wird ein reibungsloserer Ablauf des gesamten Verfahrens erwartet. Die Neuregelung schreibt an dieser Stelle genau vor, welche Informationen die Bezirksregierung an die Beteiligten nach § 15 Absatz 1 geben darf. Insoweit soll ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem Informationsbedürfnis der Beteiligten nach § 15 Absatz 1 zu diesem Verfahrenszeitpunkt und dem Datenschutz gewährleistet werden. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales wird den Verhandlungsparteien des regionalen Planungsverfahrens ein Formblatt zur Verfügung stellen, das dem Antrag an die Bezirksregierung als Deckblatt zur Ergebnismitteilung beigelegt werden kann. Dieses Formblatt wird die Bezirksregierung nutzen können, um ihrer Pflicht zur Unterrichtung der Beteiligten nach § 15 Absatz 1 nachzukommen. So soll die Umsetzung der Vorschrift erleichtert und ihre einheitliche Anwendung in allen Regierungsbezirken gefördert werden.

Zu Nummer 11

zu den Buchstaben a) bis c)

Der Kreis der unmittelbar Beteiligten (Landesausschuss für Krankenhausplanung) wird wegen der Beteiligung der Universitätskliniken um ein vom Wissenschaftsministerium benanntes Mitglied erweitert.

Zu Nummer 12

zu Buchstabe a)

Die Vorschrift beinhaltet bereits vor der Novellierung einen Katalog mit den Inhalten des Feststellungsbescheids, wie er einem Krankenhaus als Ergebnis eines regionalen Planungsverfahrens erteilt wird.

Unter Nummer 3 ist zukünftig die Aufnahme auch des Institutionskennzeichens des Krankenhauses und der Standortnummer des Standortverzeichnisses des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in den Feststellungsbescheid vorgesehen. Dies gewährleistet einen effektiven Datenabgleich sowie die sichere Zuordnung einzelner Betriebsstellen. Die neunstellige Standortnummer ist dabei für jede Betriebsstelle des Krankenhauses eindeutig anzugeben.

Unter Nummer 7 ist je Leistungsgruppe die Versorgungskapazität im Ist und Soll durch die durchschnittliche jährliche Fallzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter anzugeben. Gleichzeitig wird vorgesehen, im Krankenhausplan je Leistungsgruppe eine Schwankungsbreite zu bestimmen, in deren Rahmen die Krankenhäuser von der an dieser Stelle festgelegten Versorgungskapazität abweichen dürfen. Die Festlegung dieser Schwankungsbreite im Krankenhausplan ist sachgerecht, da diese je Leistungsgruppe individuell festgelegt werden muss. In Bereichen, in denen Behandlungen in der Regel planbar sind (Bsp. Knieoperation), besteht kein Bedürfnis eine große Schwankungsbreite festzulegen. In Bereichen, die dagegen saisonalen Schwankungen oder anderen äußeren Einflüssen unterliegen, ist das Bedürfnis nach Flexibilität der Krankenhäuser dagegen größer (Bsp. stationär zu behandelnde Grippeerkrankungen).

Nachrichtlich ist unter Nummer 8 weiterhin die durch die Planbettenzahl, Behandlungsplatzzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter festgestellte

Versorgungskapazität im Ist und Soll anzugeben. Indem neben dem Wort „Planbettenzahlen“ auch das Wort „Behandlungsplatzzahl“ aufgenommen wird, wird hervorgehoben, dass auch der teilstationäre Bereich entsprechend abgebildet werden kann.

Aus den im Feststellungsbescheid festgelegten Kapazitätsgrenzen ergibt sich kein Automatismus für die Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern.

Nicht Teil des Katalogs ist die Angabe einer Kontaktperson für jeden Krankenhausträger mit samt aktueller Kontaktdaten. Eine Aufnahme in den Feststellungsbescheid ist nicht zweckmäßig, da diese Angaben einem ständigen Wechsel unterliegen. Hier würde stets eine Änderung des Bescheides notwendig werden. Um die reibungslose und schnelle Kommunikation des Krankenhausträgers mit Bezirksregierung und dem für Gesundheit zuständigen Ministerium sicherzustellen, sollte jedoch jeder Krankenhausträger gegenüber diesen Behörden eine Kontaktperson mit Kontaktdaten, insbesondere E-Mail-Adresse, benennen und jede Änderung der Kontaktdaten unverzüglich anzeigen.

Die Vorschrift nennt darüber hinaus die planungsrechtlichen Konsequenzen aus der Einführung der neuen Systematik: Leistungen dürfen nur in den entsprechenden Leistungsgruppen erbracht werden; diese Leistungsgruppen werden im Feststellungsbescheid zugewiesen. Bei einer allgemeinen Leistungsgruppe darf grundsätzlich das gesamte Leistungsspektrum des betreffenden Gebietes der ärztlichen Weiterbildungsordnung erbracht werden. Das gilt nicht, wenn diese Leistungen einer spezifischen Leistungsgruppe zugewiesen sind. Das Recht der Patientinnen und Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

Ebenso unberührt bleibt die Pflicht eines Krankenhauses zur Versorgung in Notfällen. An dieser Stelle wird Bezug genommen auf die Legaldefinition von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten nach § 2 Absatz 2 Satz 3 Rettungsgesetz NRW. Doch auch jenseits des Notfalls kann es für ein Krankenhaus geboten sein, Leistungen zu erbringen, die ihm nicht als Versorgungsauftrag durch seinen Feststellungsbescheid zugeteilt sind. Hier ist insbesondere die Konstellation der notwendigen Eingriffserweiterung zu nennen. Wird beispielsweise eine Operation zur Tumorentfernung am unteren Darm durchgeführt und stellt sich erst während der Operation heraus, dass wegen der Ausbreitung des Tumors die Operation nur sinnvoll beendet werden kann, wenn auch das Rektum operiert wird, muss auch eine solche Leistung ausnahmsweise vom Versorgungsauftrag des jeweiligen Hauses umfasst und somit abrechenbar sein. Vor diesem Hintergrund wurde das Gesetz an dieser Stelle noch um den Satz zu Leistungen, die während einer Behandlung notwendig werden, ergänzt.

zu Buchstabe b)

Durch die geringfügige Anpassung des Wortlauts der Norm, soll deutlicher herausgestellt werden, dass es sich um eine Sanktionsmöglichkeit für den Fall handelt, dass ein Krankenhaus Versorgungsleistungen anbietet, ohne einen Versorgungsauftrag für dieselben erhalten zu haben.

zu Buchstabe c)

Neben den redaktionell erforderlichen Folgeänderungen enthält die Vorschrift jetzt auch eine Frist für die Umsetzung des Versorgungsangebotes im Falle erforderlicher Baumaßnahmen. Das bisherige Recht enthielt keine Frist für die Umsetzung von Baumaßnahmen, sondern bestimmte nur, dass das Versorgungsangebot innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der Baumaßnahmen umzusetzen war. Nunmehr erhält die zuständige Behörde die Befugnis, die Frist für den Abschluss der Baumaßnahmen im Einzelfall festzulegen. Dies ist keine

unangemessene Belastung des Krankenhausträgers. Wenn dieser mit einem bestimmten Versorgungsangebot die Planaufnahme beantragt und zur Umsetzung seines Angebotes noch umbauen muss, kann von ihm erwartet werden, dass er einen realistischen Zeitraum für die Umsetzung der Baumaßnahme plant; daran kann sich die Behörde, wenn ihr dieser Zeitraum angemessen erscheint, auch orientieren. Dem Charakter einer Umsetzungspflicht wird nun im Gesetz deutlicher Ausdruck verliehen, in dem die Formulierung „Versorgungsangebot zur Verfügung stellen“ durch die Formulierung „Versorgungsauftrag umsetzen“ ersetzt wird. Die Umsetzungspflicht schließt auch Fälle ein, in denen der Bescheid nach Absatz 1 geändert wurde, weil die Schließung des Krankenhauses oder die Aufgabe einzelner Leistungsbereiche und Leistungsgruppen vorgesehen ist.

zu Buchstabe d)

Wie schon bisher ist ein Wechsel in der Trägerschaft des Krankenhauses der zuständigen Behörde – der Bezirksregierung – anzuzeigen. Die Regelung beinhaltet jedoch insofern eine Änderung, als nicht erst der vollzogene Trägerwechsel mitzuteilen ist, sondern schon die hinreichend konkrete Absicht zum Wechsel. Nicht ausreichend sind allgemeine Überlegungen oder erste Verkaufsgespräche. Erforderlich ist vielmehr, dass die Vertretungsorgane des Krankenhausträgers bereits konkrete Schritte zu einem Trägerwechsel unternommen haben, also sich z.B. schon für einen Käufer oder einen Rechtsformwechsel entschieden und den Entwurf entsprechender notarieller Verträge in Auftrag gegeben haben. Die – dann unverzüglich vorzunehmende – Anzeige soll der Planungsbehörde frühzeitig die Möglichkeit geben, die Wirkung des beabsichtigten Trägerwechsels im Hinblick auf die Versorgung im Versorgungsgebiet zu prüfen. Ein Wechsel des Trägers kann zu einer Änderung der Vermögensverhältnisse und damit auch der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Krankenhauses führen.

Stellt die Behörde fest, dass das nicht der Fall ist und das Krankenhaus daher unverändert seinem Versorgungsauftrag nachkommen kann, erteilt es dem neuen Krankenhausträger einen entsprechenden Feststellungsbescheid. Da der Feststellungsbescheid an den Krankenhausträger gerichtet ist und das Krankenhaus immer unter der Verantwortung des Trägers in den Krankenhausplan aufgenommen wird, stellt die Regelung auch klar, dass bei einem Trägerwechsel das Krankenhaus automatisch aus dem Plan ausscheidet, sofern nicht die Behörde einen anderweitigen Bescheid erteilt.

Zwischen der Anzeige des beabsichtigten Trägerwechsels und dem Abschluss der Prüfung durch die Behörde wird eine gewisse Zeit vergehen. Solange der Trägerwechsel noch nicht vollzogen ist, verbleibt das Krankenhaus unter seinem alten Träger im Krankenhausplan. Ist der Trägerwechsel vollzogen, scheidet das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan aus. Da es nicht sinnvoll ist, es aus dem Krankenhausplan herauszunehmen, wenn es anschließend durch Bescheid der Planungsbehörde wieder in den Plan aufgenommen wird, regelt die Vorschrift, dass das Krankenhaus seinem bisherigen Versorgungsauftrag bis zur Entscheidung der Behörde weiter nachkommen kann. Wenn die Behörde aber der Auffassung ist, dass es unter dem neuen Träger zu einer Gefährdung der Versorgung kommt, kann es anordnen, dass der während des Prüfverfahrens vorläufige „Status als Plankrankenhaus“ verloren geht.

Zu Nummer 13

Der letzte Satz dieser Vorschrift sah vor, dass die auf Grund des Gesetzes über die Feststellung eines Nachtrags zum Haushaltsplan des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2017 (Nachtragshaushaltsgesetz 2017) begründete Forderung des Landes in Höhe von einhundert Millionen Euro erst im Jahr 2018 entsteht. Dieser nicht mehr notwendige Hinweis wird aus dem Gesetz gestrichen.

Zu Nummer 14

Unter der Nr. 1 wird der Satzteil zum Übergangszeitraum gestrichen, da die Umstellung auf Pauschalförderung nach der Verordnung über die Pauschale Krankenhausförderung (Pausch-KHFVO) erfolgt ist.

Zu Nummer 15**zu den Buchstaben a) und b)**

Bisher ist gesetzlich nicht geregelt, ob ein Krankenhausträger seinen Anspruch auf die Pauschale nach § 18 Absatz 1 noch abtreten kann, wenn der Feststellungsbescheid nach § 16 aufgehoben wurde. Eine Regelung wird mit der Vorschrift jetzt dergestalt vorgenommen, dass eine Abtretung nicht mehr zulässig ist, wenn entweder der Bescheid nach § 16 Absatz 1 aufgehoben wurde oder die Voraussetzungen nach § 16 Absatz 2 vorliegen, der Krankenhausträger also von den Feststellungen des Bescheides abgewichen ist oder entgegen den Feststellungen Versorgungsangebote an sich gebunden hat. Die Konstellation der Aufhebung des Feststellungsbescheides nach § 16 erfasst nicht nur solche Situationen, in denen der Krankenhausbetrieb insgesamt eingestellt wird, erfasst sind beispielsweise auch Situationen, in denen ein Krankenhaus in Zukunft nicht mehr Plankrankenhaus, sondern Privatklinik sein möchte.

Bisher fehlt auch eine gesetzliche Regelung zu der Frage, wie mit Ansprüchen und Anwartschaften umzugehen ist, wenn der Bescheid nach § 16 Absatz 1 aufgehoben wurde. Da der Bescheid nach § 16 Absatz 1 kein Leistungsbescheid, sondern ein Feststellungsbescheid ist, führt seine Aufhebung nicht automatisch zum Erlöschen von Ansprüchen. Dieses Erlöschen ordnet die Regelung jetzt an, sofern über die Aufhebung der Feststellung bestandskräftig entschieden wurde.

Zu Nummer 16

Hier wird eine geschlechtergerechte Formulierung bezüglich des Begriffs „Patienten“ eingeführt.

Zu Nummer 17**zu den Buchstaben a) und b)**

Die neue Systematik aus Leistungsbereichen und Leistungsgruppen wird umgesetzt, indem die Worte „Abteilung“ durch „Leistungsbereich“ ersetzt werden. Zudem werden redaktionelle Änderungen vorgenommen.

Zu Nummer 18**zu den Buchstaben a) bis c)**

Die bisher allgemeine Regelung in Absatz 1 mit dem Verweis auf das Verwaltungsverfahrensgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (VwVfG NRW) wird in Absatz 4 verschoben, da die spezielleren Regelungen der bisherigen Absätze 2 und 3 vorgehen. Es wird klargestellt, dass der Verweis dynamisch ist und sich auf das jeweils geltende VwVfG bezieht.

Zu Nummer 19

Der aktuelle Absatz 3 wird zu Absatz 2 der Vorschrift. Die Vorschrift wird so leichter verständlich, da zuerst grundsätzlich festgelegt wird, dass innerhalb des Krankenhauses nach den Vorgaben der Feststellungen des Krankenhausplanes Abteilungen zu bilden sind und erst im dritten Absatz Regelungen zum zu bestellenden Abteilungsarzt bzw. zur zu bestellenden Abteilungsärztin und deren Verantwortungsbereich folgen.

Zu Nummer 20**zu Buchstabe a)**

Die Überschrift des Paragraphen wird von „Statistik“ in „Auskunftspflicht“ geändert, da dies dem tatsächlichen Regelungsinhalt der Vorschrift näherkommt.

zu Buchstabe b)

Der Wortlaut stellt nun außerdem klar, dass das zuständige Ministerium, dem die Auskünfte erteilt werden, das für das Gesundheitswesen und nicht das für Statistik zuständige Ministerium ist.

Zu Nummer 21

Im Falle der Insolvenz von Krankenhäusern kam es in der Vergangenheit gelegentlich dazu, dass Patientenakten nicht ausreichend gesichert wurden und sich Unbefugte Zutritt zu diesen verschaffen konnten. Dies ist mit der diesbezüglichen Sensibilität, den Rechten der Patienten und Patientinnen und den damit einhergehenden datenschutzrechtlichen Anforderungen nicht zu vereinbaren. Um diesem Problem entgegenzuwirken, wird an dieser Stelle eine gesetzliche Regelung, die eine entsprechende Verpflichtung der Krankenhausträger enthält, aufgenommen.

Die neue Vorschrift regelt eine Verpflichtung der Krankenhausträger auch über den Zeitpunkt der Insolvenz hinaus. Der zuständigen Landesbehörde wird die Möglichkeit eingeräumt, zu prüfen, ob entsprechende Maßnahmen auch tatsächlich erfolgt sind. Falls dem nicht so ist, können kurzfristig Maßnahmen getroffen werden. Es bleibt also genügend Raum für Einzelfalllösungen, wenn der Träger nicht seiner Pflicht nachgekommen ist.

Zu Nummer 22**zu den Buchstaben a bis c)**

Um für einen umfassenden Schutz von Patientenunterlagen im Fall der Krankenhausschließung wegen Insolvenz Sorge zu tragen, wird im § 36 Absatz 2 KHGG NRW die Geltung des neuen § 34c KHGG NRW auch für nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser mit aufgenommen. Zudem werden hier zwei redaktionelle Änderungen vorgenommen.

Zu Nummer 23**zu Buchstabe a)**

Vor dem Hintergrund der Einführung einer neuen Plansystematik werden an dieser Stelle Übergangsregelungen in das Gesetz aufgenommen. Die Übergangsregelungen im neuen Absatz 1 stellen sicher, dass bis zur Aufstellung des Krankenhausplans, der die neue

Plansystematik nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen umsetzt, weiterhin regionale Planungskonzepte nach alter Rechtslage durchgeführt werden können und somit kein Stillstand in der Krankenhausplanung zu befürchten ist. Außerdem wird gewährleistet, dass eine Anpassung noch nach altem Recht zustande gekommener Feststellungsbescheide erst mit Erstellung eines neuen Krankenhausplanes gesetzlich angeordnet wird. Die Nennung des § 12 Absatz 3 im Rahmen des hier aufgeführten Regelungskatalogs ist so zu verstehen, dass der neue § 12 Absatz 3 auf die hier näher bezeichneten Planungsverfahren noch keine Anwendung findet.

Schließlich wird auch die Weitergeltung des Krankenhausplanes 2015 trotz geänderter Rechtsgrundlage bis zur Aufstellung eines neuen Krankenhausplanes festgelegt.

zu den Buchstaben b) bis c)

Redaktionelle Änderungen

Zu Nummer 24

Die Umstellung der Planungssystematik muss ausgewertet werden.

Zu Artikel 2

Die Vorschrift sieht vor, dass dieses Gesetz am Tag nach der Verkündung in Kraft tritt.

Bodo Löttgen
Matthias Kerkhoff
Thorsten Schick
Peter Preuß

und Fraktion

Christof Rasche
Henning Höne
Susanne Schneider

und Fraktion