



Gesetz- und Verordnungsblatt

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

41. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 20. November 1987

Nummer 44

Glied.- Nr.	Datum	Inhalt	Seite
2128	3. 11. 1987	Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW -	392

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

Vom 3. November 1987

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

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Grundsatz

(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen. Es soll die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie mit den niedergelassenen Ärzten fördern.

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

(3) Krankenhausträger sind in der Regel freie gemeinnützige, kommunale, private Träger und das Land. Falls sich kein anderer geeigneter Träger findet, sind Gemeinden und Gemeindeverbände verpflichtet, Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, kreisangehörige Gemeinden jedoch nur, wenn sie die erforderliche Finanzkraft besitzen.

§ 2

Krankenhausleistungen

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid jeden, der seine Leistungen benötigt, nach Art und Schwere der Erkrankung zu versorgen. Notfallpatienten sind vorrangig zu versorgen.

(2) Privatstationen werden nicht mehr eingerichtet und betrieben.

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

§ 3

Pflege und Betreuung der Patienten

(1) Die Patienten haben Anspruch auf eine menschenwürdige Behandlung; dies gilt im besonderen Maße für Sterbende.

(2) Die Betriebsabläufe des Krankenhauses sollen patientenfreundlich gestaltet werden. Insbesondere ist den Bedürfnissen der Patienten nach Schonung und Ruhe Rechnung zu tragen. Ausbildungsaufgaben des Krankenhauses, die eine Beteiligung von Patienten erfordern, sind mit der gebotenen Rücksicht auf diese durchzuführen.

(3) Für alle Patienten sind vom Krankenhaus angemessene Besuchszeiten festzulegen, die nicht von der Inanspruchnahme von Wahlleistungen abhängig gemacht werden dürfen. Die Belange kranker Kinder sind besonders zu berücksichtigen.

§ 4

Kind im Krankenhaus

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

(2) Das Krankenhaus unterstützt 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.

§ 6

Sozialer Dienst und Patientenseelsorge

(1) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen. Die Patienten haben das Recht auf seelsorgerische Betreuung im Krankenhaus. Sozialer Dienst und Krankenhausseelsorge werden auf Wunsch des Patienten tätig.

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

§ 7

Qualitätssicherung

Die Krankenhäuser gewährleisten eine interne Qualitätssicherung. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, im Einvernehmen mit der Ärztekammer und den Krankenkassen externe qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen.

§ 8

Krankenhaushygiene

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, alle erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen.

(2) Der zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung

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

§ 9

Arzneimittelkommission

(1) Jedes Krankenhaus hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. Krankenhäuser eines Trägers oder Krankenhäuser, zwischen denen ein Versorgungsvertrag im Sinne des § 14 des Gesetzes über das Apothekenwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993) besteht, können auch eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden.

(2) Die Arzneimittelkommission hat die Aufgabe,

1. die im Krankenhaus üblicherweise zu verwendenden Arzneimittel unter besonderer Berücksichtigung ihrer Qualität und Preiswürdigkeit sowie der Aufgabenstellung des Krankenhauses aufzulisten (Arzneimittelliste),
2. die Ärzte in Fragen der Arzneimittelversorgung zu beraten und zu informieren.

(3) Die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste ist von den im Krankenhaus tätigen Ärzten zu berücksichtigen.

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

§ 10

Zusammenarbeit der Krankenhäuser

(1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid zur Zusammen-

menarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, dem Rettungsdienst, den Katastrophenschutzbehörden und den Krankenkassen verpflichtet. Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern sind zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zulässig.

(2) Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander soll sich insbesondere erstrecken auf

1. die Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten,
2. die Wahrnehmung besonderer Aufgaben der Dokumentation und der Nachsorge im Zusammenwirken mit den niedergelassenen Ärzten,
3. die Verteilung der Krankenhausaufnahmen,
4. die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,
5. die Mitwirkung bei der Schwangerenbetreuung,
6. die festzulegenden Notfallaufnahmebereiche nach § 10 Abs. 1 des Gesetzes über den Rettungsdienst vom 26. November 1974 (GV. NW. S. 1481), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. November 1982 (GV. NW. S. 699),
7. Rationalisierungsmaßnahmen,
8. die Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte,
9. die Nutzung medizinischer oder wirtschaftlicher Einrichtungen,
10. die Nutzung von Datenverarbeitungsverfahren,
11. die Errichtung und den Betrieb von Ausbildungsstätten für nichtärztliche Heilberufe.

§ 11

Zentraler Bettennachweis, Einsatz- und Alarmpläne

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, dem Zentralen Krankbettennachweis bei den kreisfreien Städten und Kreisen (§ 6 Abs. 3 des Gesetzes über den Rettungsdienst in der jeweils geltenden Fassung) alle erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere die Zahl der freien Betten, gegliedert nach Abteilungen, zu melden. Das Recht der Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, zur Mitwirkung im Katastrophenschutz Einsatz- und Alarmpläne aufzustellen und mit der zuständigen Katastrophenschutzbehörde abzustimmen.

§ 12

Rechtsaufsicht

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

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden Vorschriften, insbesondere dieses Gesetzes, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG - in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1985 (BGBl. 1986 I S. 33), der Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666) und der Krankenhausbauverordnung vom 21. Februar 1978 (GV. NW. S. 154). Die Vorschriften über die allgemeine Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die medizinischen Einrichtungen der Hochschulen des Landes sowie über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

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

(4) Es sind

untere Aufsichtsbehörde
die kreisfreie Stadt und der Kreis,
obere Aufsichtsbehörde
der Regierungspräsident,
oberste Aufsichtsbehörde
der zuständige Minister.

Abschnitt II

Planung

§ 13

Krankenhausplan

(1) Der zuständige Minister stellt nach Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn fort.

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

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

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

3. medizinisch-technische Großgeräte gemäß § 10 KHG

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

(3) In den Versorgungsgebieten ist eine abgestufte Krankenhausversorgung zu gewährleisten, soweit dies zur bedarfsgerechten Krankenhausversorgung notwendig ist. Die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete sind zu berücksichtigen; dies gilt auch hinsichtlich der Vielfalt der Krankenhausträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG.

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

§ 14

Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans

(1) Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans wirkt der Landesausschuß für Krankenhausplanung (Landesausschuß) mit. Einvernehmliche Regelungen sind anzustreben. Den Vorsitz im Landesausschuß und die Geschäfte des Landesausschusses führt der zuständige Minister. Der Landesausschuß ist einzuberufen, wenn dies von mindestens sieben Mitgliedern beantragt wird.

(2) Der Landesausschuß hat die Aufgabe, Empfehlungen zu erarbeiten

1. für die Planungsziele und -kriterien und für die qualitativen und quantitativen Inhalte des Krankenhausplans je Versorgungsgebiet,
2. für die Umsetzung der Planungsziele und -kriterien im Versorgungsgebiet unter Berücksichtigung der Vorschläge der Beteiligten nach § 15 Abs. 2 und
3. zur Fortschreibung des Krankenhausplans.

(3) Die Beteiligten an der Krankenhausversorgung und die betroffenen Krankenhäuser werden von der zuständigen Behörde zu den Vorgaben und Empfehlungen für die Krankenhausplanung gehört. Die Beteiligten sollen innerhalb einer angemessenen Frist für jeweils ein Versorgungsgebiet einen gemeinsamen Vorschlag zur Umsetzung der Planungsziele und -kriterien auf die einzelnen Krankenhäuser und Abteilungen unterbreiten.

(4) Wird der Krankenhausplan nur für einzelne Krankenhäuser fortgeschrieben, sind die Beteiligten und das Krankenhaus von dem zuständigen Minister zu hören.

§ 15

Beteiligte an der Krankenhausversorgung

(1) Dem Landesausschuß gehören an (unmittelbar Beteiligte):

1. fünf von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen,
2. sechs von den Landesverbänden der Krankenkassen,

3. drei von den kommunalen Spitzenverbänden benannte Mitglieder,
4. ein von der Katholischen 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) Beteiligte an der Krankenhausversorgung sind neben den unmittelbar Beteiligten

1. die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen,
2. die Ärztekammern,
3. die kreisfreien Städte und Kreise,
4. der Landesverband der DAG,
5. die Bezirksverwaltungen der Gewerkschaft ÖTV,
6. der Landesverband Marburger Bund,
7. die Kassenärztlichen Vereinigungen,
8. die Dienstnehmervertretung der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes aus Nordrhein-Westfalen,
9. der Rheinisch-westfälische Verband der im evangelisch-kirchlichen Dienst stehenden Mitarbeiter (RWV).

§ 16

Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Nach Aufstellung des Krankenhausplans wird die Aufnahme oder Nichtaufnahme durch einen schriftlichen Bescheid der zuständigen Behörde festgestellt; der Feststellungsbescheid über die Aufnahme muß enthalten

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses,
2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan,
4. das Versorgungsgebiet,
5. die Gesamtzahl der im Krankenhausplan im Ist und Soll anerkannten Betten, bei psychiatrischen Krankenhäusern und anderen Sonderkrankenhäusern die Zahl der anerkannten förderungsfähigen Betten,
6. die Zahl und Art der Abteilungen und ihre Bettenzahl,
7. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG,
8. die medizinisch-technischen Großgeräte nach § 24,
9. die Bezeichnung besonderer Schwerpunktaufgaben sowie
10. inhaltliche und zeitliche Beschränkungen (§ 13 Abs. 2 Satz 2) und die dafür maßgebenden Gründe.

Die in den Nummern 5 und 6 im Ist ausgewiesenen Betten sind Planbetten im Sinne des Gesetzes.

(2) Der zuständigen Behörde ist unverzüglich anzuzeigen:

1. eine Abweichung von Absatz 1 Nrn. 1, 2 und 5 bis 10,
2. eine 75 vom Hundert unterschreitende durchschnittliche Ausnutzung der Planbetten insgesamt oder in einzelnen Abteilungen in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

Die in Nummer 1 genannten Abweichungen werden bei der Förderung nur nach Änderung des Feststellungsbescheides berücksichtigt. Im Falle der Nummer 2 hat der Krankenhausträger einen Vorschlag zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl oder zur Umstrukturierung des Krankenhauses zu unterbreiten.

Abschnitt III

Krankenhausförderung

§ 17

Förderungsgrundsätze

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

schriften dieses Abschnitts auf Antrag gefördert. Dies gilt für notwendigerweise mit einem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätten (§ 2 Nr. 1 a KHG) entsprechend.

(2) Krankenhäuser werden nicht gefördert, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden oder bei Abschlußverkehrsüblicher Versicherungen hätten gewährt werden können. Das 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 dem Feststellungsbescheid verwendet werden.

(4) Bei Krankenhäusern, die ohne Zustimmung der Bewilligungsbehörde vom Feststellungsbescheid abweichen, kann die Förderung ganz oder teilweise versagt werden.

§ 18

Investitionsprogramm

(1) Zur Förderung des Krankenhausbau stellt der zuständige Minister auf der Grundlage des Krankenhausplans ein Investitionsprogramm gemäß §§ 6 und 8 KHG auf. Darin wird die vorgesehene Verwendung der in dem betreffenden Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Fördermittel für Maßnahmen nach § 19 Abs. 1 Nr. 1 dargestellt. Die Feststellung der Aufnahme des Vorhabens in das Investitionsprogramm ist mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel zu verbinden und begründet den Rechtsanspruch auf Förderung.

(2) Bei der Aufstellung des Investitionsprogramms nach Absatz 1 gelten § 14 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 1 entsprechend.

§ 19

Einzelförderung

(1) Investitionskosten werden für

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Betrieb des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid notwendigen Anlagegütern,
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
3. die Ergänzung von Anlagegütern, die über die übliche Anpassung (§ 9 Abs. 4 KHG) wesentlich hinausgeht,

im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gefördert (Einzelförderung).

(2) Voraussetzung für die Bewilligung von Fördermitteln für Maßnahmen nach Absatz 1 Nr. 1 ist die Aufnahme in ein Investitionsprogramm, für Maßnahmen nach Absatz 1 Nrn. 2 und 3 der Nachweis der Dringlichkeit und Notwendigkeit. Darüber hinaus setzt die Bewilligung voraus, daß die Kosten für das einzelne Vorhaben die Wertgrenze nach § 23 Abs. 1 Nr. 2 übersteigen, die gesamte Finanzierung gesichert und mit der Maßnahme vor der Bewilligung oder einer schriftlichen Einwilligung des zuständigen Ministers nicht begonnen worden ist.

(3) Die Kosten für den Erwerb oder die Ausstattung bereits betriebener Krankenhäuser sind nicht förderungsfähig.

(4) Wird ein Krankenhaus erstmals nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Krankenhausplan aufgenommen, so werden nur die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Investitionskosten gefördert.

§ 20

Umfang der Einzelförderung

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

(2) Die 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.

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

§ 21

Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

Anlauf- und Umstellungskosten (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG) sind nur förderungsfähig, wenn sie mit einer nach § 19 geförderten Investition in Zusammenhang stehen und die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes deswegen gefährdet wäre, weil dem Krankenhausträger die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten ist. Der Förderungsantrag ist spätestens mit dem Antrag nach § 19 anzukündigen.

§ 22

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) Der Festbetrag ist so zu bemessen, daß die entstehenden förderungsfähigen Kosten unter Anwendung der Grundsätze des § 20 gedeckt werden. Eingesparte Fördermittel sind für andere Investitionen nach § 19 Abs. 1 oder § 23 Abs. 1 zu verwenden; § 30 Abs. 1 gilt entsprechend. Mehrkosten müssen vom Krankenhaus getragen werden. Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten aufgrund nachträglicher unabweisbarer behördlicher Anordnungen erforderlich werden und der Krankenhausträger die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. Der Verwendungsnachweis beschränkt sich auf den Nachweis, daß die Mittel für die geförderte Maßnahme bei Unterschreiten des Festbetrages für weitere selbstverantwortlich durchgeführte förderungsfähige Maßnahmen verwendet und diese funktionsfähig fertiggestellt worden sind.

(3) In den übrigen Fällen richtet sich die Förderung nach den für die bewilligte Investition entstehenden nachgewiesenen förderungsfähigen Kosten. Die Bewilligung legt die voraussichtliche Förderung auf der Grundlage der geprüften Kosten fest. Bei unvorhergesehenen außergewöhnlichen Kostensteigerungen kann die Bewilligung nachträglich eingeschränkt und insbesondere bestimmt werden, daß die Kosten durch Verminderung des Umfangs der Investition und durch sparsamere Ausführung gesenkt werden. Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit unabweisbare Mehrkosten nachgewiesen werden und das Krankenhaus die zuständige Behörde vor ihrem Entstehen unverzüglich unterrichtet hat. Mehrkosten, 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. Soweit Abweichungen unabweisbar sind, hat die zuständige Behörde sie zu genehmigen. Die Höhe der Förderung wird nach Vorlage und Prüfung der Schlußabrechnung und des Verwendungsnachweises endgültig festgesetzt. Übersteigen die aufgrund der Bewilligung ausgezahlten Fördermittel den endgültigen förderungsfähigen Betrag, ist der zuviel gezahlte Betrag zu erstatten.

(4) Die Fördermittel sind über ein besonderes Bauabrechnungskonto abzuwickeln. Zinserträge 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.

§ 23

Pauschale Förderung

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

1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),
2. sonstige nach § 19 förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern der

ersten Anforderungsstufe	50 000 DM
zweiten Anforderungsstufe	75 000 DM und
dritten Anforderungsstufe	100 000 DM

ohne Mehrwertsteuer nicht übersteigen.

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

(2) Zur Ermittlung der Anforderungsstufe des Krankenhauses werden die Planbetten des Krankenhauses mit dem Bettenpunktwert vervielfacht. Bruchteile der sich insgesamt ergebenden Bettenpunktzahl werden bis 0,4 abgerundet und ab 0,5 aufgerundet.

(3) Es gehören Krankenhäuser mit einer Bettenpunktzahl

bis zu 349 Punkten zur ersten Anforderungsstufe,
von 350 bis 599 Punkten zur zweiten Anforderungsstufe
und ab 600 Punkten zur dritten Anforderungsstufe.

(4) Der Punktwert je Planbett (Bettenpunktwert) beträgt in den von Ärzten des Krankenhauses hauptamtlich geleiteten Abteilungen sowie für Intensivpflegebetten und Betten in gesondert ausgewiesenen Einheiten für Infektionskranke für

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

Im übrigen beträgt der Bettenpunktwert eins.

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

ersten Anforderungsstufe	2 750 DM
zweiten Anforderungsstufe	3 200 DM
dritten Anforderungsstufe	4 100 DM.

(6) Psychiatrische Sonderkrankenhäuser gelten als Krankenhäuser der ersten Anforderungsstufe. Für jedes über die Bettenpunktzahl 349 hinausgehende Planbett im Fachbereich Psychiatrie betragen die Fördermittel 1 375 DM. Werden Planbetten anderer Fachbereiche vorgehalten, betragen die Fördermittel für diese Planbetten 2 750 DM.

(7) Abweichend von den Absätzen 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 oder ausreichend ist. Die gilt für die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG entsprechend.

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

(9) Der zuständige Minister wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innenminister und dem Finanzminister durch Rechtsverordnung die Wertgrenzen nach Absatz 1 Nr. 2, die Förderbeträge nach Absatz 5 und 6 in Abständen von 2 Jahren der Preisentwicklung und die Bettenpunktwerte nach Absatz 4 der durchschnittlichen Entwicklung der Wiederbeschaffungskosten anzupassen und zu be-

stimmen, welche Anlagegüter als kurzfristige Anlagegüter anzusehen sind.

§ 24

Medizinisch-technische Großgeräte

Für die Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte kann ein besonderer Betrag nach § 23 Abs. 7 festgelegt werden, wenn die Voraussetzungen von § 8 und § 10 KHG vorliegen und nachgewiesen wird, daß die Kosten nicht durch

1. Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeträgen
 - a) aus den Gebühren der das Gerät nutzenden liquidationsberechtigten Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen,
 - b) aus den Sachkosten für die Untersuchung und Behandlung von Patienten aus anderen Krankenhäusern,
 die zur Beschaffung medizinisch-technischer Großgeräte angesammelt worden sind und oder hätten angesammelt werden können.
2. Fördermittel nach § 23, die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, gedeckt werden können.

§ 25

Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) Anstelle der Förderung nach § 19 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung solcher Anlagegüter bewilligt werden, wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist und die für die Bewilligung zuständige Behörde vor Abschluß der Nutzungsvereinbarung ihr Einverständnis erklärt hat. Das Einverständnis kann nachträglich erteilt werden, soweit die Verweigerung eine erhebliche Härte darstellen würde.

(2) Die pauschal gewährten Fördermittel nach § 23 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.

§ 26

Förderung von Kapitaldienstbelastungen

(1) Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern, die nach § 23 gefördert werden, vor Aufnahme in den Krankenhausplan Darlehen auf dem Kapitalmarkt aufgenommen worden, so werden vom Zeitpunkt der Aufnahme in den Krankenhausplan in Höhe der sich hieraus ergebenden Lasten Fördermittel bewilligt. Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Gemeinden, soweit sie nicht in Zuschüsse umgewandelt wurden. Landesdarlehen für förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt.

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

§ 27

Ausgleich für Eigenmittel

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

Sinne des Satzes 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers.

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

§ 28

Ausgleichsleistungen bei Einstellung des Krankenhausbetriebes

(1) Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung der zuständigen Behörde ganz oder teilweise mit mindestens einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausscheiden, sind Ausgleichszahlungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um bei der Einstellung des Krankenhausbetriebes oder bei der Umstellung auf andere Aufgaben unzumutbare Härten zu vermeiden. Dies gilt insbesondere für

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,
2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Einstellung entstehen.

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

(2) Bei Verminderung der Gesamtbettenzahl können dem Krankenhaus bis zur Dauer von 2 Jahren Fördermittel nach § 23 in der bisherigen Höhe weitergewährt werden.

§ 29

Rückforderung von Fördermitteln

(1) Die jeweiligen Vorschriften über den Widerruf von Zuwendungsbescheiden im Haushaltsgesetz des Landes sind entsprechend anzuwenden. Eine Zweckverfehlung im Sinne dieser Vorschriften liegt auch vor, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Der Bewilligungsbescheid soll nicht widerrufen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(2) Der Bewilligungsbescheid kann mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn das Krankenhaus ohne Zustimmung der Bewilligungsbehörde vom Feststellungsbescheid abweicht.

§ 30

Investitionsverträge

(1) Der Zuschlag auf den Pflegesatz bei Investitionsverträgen nach § 18 b KHG darf nur für die Förderung solcher Maßnahmen vereinbart werden, die mit den Zielen der Krankenhausplanung übereinstimmen, die künftige bauliche Entwicklung des Krankenhauses nicht beeinträchtigen und nicht zwangsläufig weitere Investitionen nach § 19 zur Folge haben.

(2) Dem Antrag auf Zustimmung nach § 18 b Abs. 2 Satz 2 KHG ist eine Erklärung der zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung beizufügen, daß gegen den Investitionsvertrag keine Bedenken bestehen.

Abschnitt IV

Krankenhausstruktur

§ 31

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.

§ 32

Abschlußprüfung

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

(2) Die Prüfung des Jahresabschlusses wird nach den allgemeinen für die Jahresabschlußprüfung geltenden Grundsätzen durchgeführt. Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf

1. die Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens,
2. die wirtschaftlichen Verhältnisse,
3. die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 23 und
4. die zweckentsprechende Verwendung der über die Investitionsverträge nach § 30 erwirtschafteten Investitionsmittel.

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

§ 33

Leitung und medizinische Organisation

(1) In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. An der Betriebsleitung sind ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegekraft und der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes zu beteiligen. Der Krankenhausträger regelt die Aufgaben der Betriebsleitung und die Zuständigkeiten ihrer Mitglieder.

(2) 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 des Feststellungsbescheides in Abteilungen gegliedert.

§ 34

Ärztlicher Dienst

(1) Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung im Sinne des Feststellungsbescheides mindestens einen nicht weisungsgebundenen Abteilungsarzt zu bestellen, der für die Untersuchung und Behandlung der Patienten seiner Abteilung verantwortlich ist. Auch Belegärzte können Abteilungsärzte sein.

(2) Belegärzte dürfen nur tätig werden, soweit die Abteilung nach dem Feststellungsbescheid als Belegabteilung zugelassen ist. Darüber hinaus dürfen Ärzte, die weder Belegärzte noch hauptamtlich im Krankenhaus tätige Ärzte des Krankenhauses sind, nur zur ergänzenden Untersuchung und Behandlung tätig werden, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist.

§ 35

Struktur der kommunalen Krankenhäuser

Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften der Kommunalverfassungsgesetze durch die §§ 31 bis 34 unberührt. Verordnungen nach § 88 Abs. 2 Satz 3 der Gemeindeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. August 1984 (GV. NW. S. 475), geändert durch Gesetz vom 6. Oktober 1987 (GV. NW. S. 342), werden, soweit sie die Struktur der kommunalen Krankenhäuser regeln, im Einvernehmen mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister erlassen.

§ 36

Kirchliche Krankenhäuser

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

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

§ 37

Statistik

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

Abschnitt V

Übergangs- und Schlußbestimmungen

§ 38

Zuständigkeit, Verwaltungsvorschriften

Zuständiger Minister ist der für das Gesundheitswesen zuständige Minister. Er erläßt die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften.

§ 39

Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Hochschulkliniken

(1) Auf die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG sind die Vorschriften der Abschnitte II und III und des § 38 mit Ausnahme der §§ 24 und 28 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. 2 und § 12 Anwendung.

(3) Auf Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug finden § 7 mit der Maßgabe, daß es einer Beteiligung der Krankenkassen nicht bedarf, § 8 einschließlich der auf § 8 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung und § 12 Anwendung.

(4) Auf Krankenhäuser nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG sind die Abschnitte I und II, Abschnitt IV mit Ausnahme des § 31 Abs. 1, des § 32 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 und der §§ 33 bis 35 sowie Abschnitt V mit Ausnahme des § 40 anzuwenden.

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

§ 40

Übergangsvorschrift

(1) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gemäß § 23 Abs. 9 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) § 20 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.

§ 41

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1988 in Kraft. Gleichzeitig treten das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW - vom 25. Februar 1975 (GV.

NW. S. 210), geändert durch Gesetz vom 26. Juni 1984 (GV. NW. S. 370), und die Verordnung zur Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG – sowie des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen – KHG NW – (DV-KHG) vom 8. Februar 1983 (GV. NW. S. 49), geändert durch Verordnung vom 6. Dezember 1985 (GV. NW. S. 737), außer Kraft.

Düsseldorf, den 3. November 1987

Die Landesregierung
des Landes Nordrhein-Westfalen

(L. S.) Der Ministerpräsident
Johannes Rau

Der Finanzminister
Posser

Der Innenminister
Schnoor

Der Minister für Wissenschaft
und Forschung
Anke Brunn

Der Minister für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
Hermann Heinemann

– GV. NW. 1987 S. 392.

Einzelpreis dieser Nummer 1,85 DM

Bestellungen, Anfragen usw. sind an den August Bagel Verlag zu richten. Anschrift und Telefonnummer wie folgt für

Abonnementsbestellungen: Grafenberger Allee 100, Tel. (02 11) 68 88/2 38 (8.00–12.30 Uhr), 4000 Düsseldorf 1

Bezugspreis halbjährlich 47,50 DM (Kalenderhalbjahr). Jahresbezug 95,— DM (Kalenderjahr), zahlbar im voraus. Abbestellungen für Kalenderhalbjahresbezug müssen bis zum 30. 4. bzw. 31. 10. für Kalenderjahresbezug bis zum 31. 10. eines jeden Jahres beim Verlag vorliegen.

Die genannten Preise enthalten 7% Mehrwertsteuer

Einzelbestellungen: Grafenberger Allee 100, Tel. (02 11) 68 88/2 41, 4000 Düsseldorf 1

Einzellieferungen gegen Voreinsendung des vorgenannten Betrages zuzugl. Versandkosten (je nach Gewicht des Blattes), mindestens jedoch DM 0,80 auf das Postscheckkonto Köln 85 16-507. (Der Verlag bittet, keine Postwertzeichen einzusenden.) Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Gesetz- und Verordnungsblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer beim Verlag vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen. Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen. Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgegeben von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Haroldstraße 5, 4000 Düsseldorf 1

Verlag und Vertrieb: August Bagel Verlag, Grafenberger Allee 100, 4000 Düsseldorf 1

Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach

ISSN 0177-5359