

Gesetzentwurf der Landesregierung

Sechstes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

A. Problem

Mit dem in Kraft treten der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen zum 1. April 2025 ist das Land Nordrhein-Westfalen bundeweites Vorbild. Erstmals erfolgte die Planung anhand von Leistungsgruppen und unter der Vorgabe klarer Qualitätskriterien. Mit dieser Krankenhausplanung ist eine Abkehr von veralteten Planungsstrukturen erfolgt, die eine gesetzgeberische Neuausrichtung der Krankenhausplanung erforderlich machten.

Dabei sind der Krankenhausplan und auch die dazugehörigen weiteren Vorschriften als lernendes System zu verstehen. Mit Abschluss der ersten landesweiten Planungs runde Ende des vergangenen Jahres hat sich bereits klarstellender gesetzgeberischer Handlungsbedarf gezeigt.

Die Krankenhäuser gehören zur „Kritischen Infrastruktur“ und sind essentieller Bestandteil der Daseinsvorsorge. Mit steigender Komplexität der kritischen Infrastruktur „Krankenhaus“, aber auch mit der fortschreitenden Digitalisierung sowie medizinischen Standards, steigt die Vulnerabilität der Krankenhäuser. Diese gesteigerte Vulnerabilität erfordert ein umfangreiches Risiko- und Krisenmanagement. Die Pflicht der Krankenhäuser zur Krankenhausalarm- und Einsatzplanung ist dabei ein essentieller Bau Stein zur Steigerung der Resilienz der Krankenhäuser gegen verschiedene Gefahren außerhalb und innerhalb des Krankenhauses. Dabei gestaltet sich die Abstimmung der einzelnen Pläne innerhalb des Krankenhauses landesweit zunehmend schwierig.

B. Lösung

Mit dem Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen werden die erforderlichen Anpassungen und Konkretisierungen vorgenommen.

Hierzu wird das Krankenhausgestaltungsgesetz insoweit ergänzt, dass dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium die Befugnis zum Erlass einer Rechtsver ordnung eingeräumt wird. Diese Ermächtigungsgrundlage ermöglicht es, Näheres zum Inhalt der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung zu regeln. Zur Sicherstellung der inhaltlichen sowie qualitativen Anforderung an die Krankenhausalarm- und einsatzplanung muss das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium entsprechende Vorgaben machen.

Daneben wird dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium als Ergänzung in § 10 Absatz 4 dieses Gesetzes die Befugnis eingeräumt, auch die verpflichtende Aufnahme von Patientinnen und Patienten nach Zuweisung durch eine zentrale Koordinierungsstelle im Wege der Rechtsverordnung zu regeln. Dies umfasst ebenso die Errichtung sowie die Benennung einer solchen Koordinierungsstelle. Nur so kann bei einer epidemischen Lage oder einem vergleichbaren Ereignis, infolge dessen aufgrund einer Vielzahl von verletzten oder erkrankten Personen die stationäre Versorgung der

Bevölkerung regional oder landesweit akut gefährdet ist, die stationäre Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden.

Da der Krankenhausplan als lernendes System zu verstehen ist, werden bereits klarstellende gesetzgeberische Bedarfe umgesetzt. Diese umfassen sowohl verbindlichere Vorgaben für die Krankenhäuser im Hinblick auf die ärztliche Weiterbildung als auch Verfahrensfragen der Krankenhausplanung sowie die Sicherstellung der Versorgung durch bedarfsnotwendige Krankenhäuser. Ebenfalls erfolgt eine Klarstellung im Hinblick auf die Ersteinschätzung von Notfallpatientinnen und -patienten.

C. Alternativen

Keine.

D. Kosten

Keine.

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 Gemeinverbände

Bereits heute sind – bei grundsätzlicher, unverändert bleibender Verantwortung des Landes für die Krankenhausversorgung der Bevölkerung nach § 1 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausgestaltungsgesetzes – die Gemeinden und Gemeinverbände nach Satz 2 u. a. zum Betrieb von Krankenhäusern verpflichtet, wenn sich kein anderer Träger findet. Diese Regelung schärft der hinzukommende § 1a dahingehend aus, dass nur bei Vorliegen klarer Voraussetzungen eine kommunale Verpflichtung im konkreten Einzelfall begründet werden kann.

Es ist vorgesehen, dass zukünftig Kreise und kreisfreie Städte zur Erbringung notwendiger Krankenhausleistungen verpflichtet sind, wenn sich kein anderer Träger für den Betrieb eines bedarfsnotwendigen Krankenhauses findet und dieses (andernfalls) schließt. Die bisherige gesetzliche Regelung sieht vor, dass in diesem Fall Gemeinden und Gemeinverbände zum Betrieb von Krankenhäusern verpflichtet waren, kreisangehörige Gemeinden jedoch nur, wenn sie die erforderliche Finanzkraft besaßen. Die zukünftig verbleibende Zuständigkeit von Kreisen und kreisfreien Städten soll kraft ihrer Verwaltungs- und Finanzstruktur den dauerhaften Betrieb eines Krankenhauses zuverlässig gewährleisten. Zugleich schafft die Regelung Klarheit für alle beteiligten Akteure hinsichtlich der verpflichteten Körperschaft, da nur ein Verpflichteter örtlich verantwortlich ist. Zeitliche Verzögerungen bei der Erfüllung der Sicherstellungsverpflichtung aufgrund etwaiger Zuständigkeitskonflikte entfallen, so dass eine möglichst unterbrechungsfreie Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen Krankenhausleistungen gewährleistet wird.

Aus dem Vorgenannten ergibt sich auch, dass die alleinige Wahrnehmung dieser Aufgabe durch die Kreise und kreisfreien Städte aus Gründen des Gemeinwohls gerechtfertigt ist. Festzuhalten bleibt, dass der Anwendungsfall der Norm allein die Situation

erfasst, in der ohne die Inpflichtnahme eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt keine angemessene Gesundheitsversorgung im jeweiligen Planungsgebiet vorgehalten würde. Unbenommen bleibt jedoch allen kreisangehörigen Gemeinden ihr Recht, aufgrund ihrer Allzuständigkeit für örtliche Belange freiwillig Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben oder auch – im Falle der Schließung eines bedarfsnotwendigen Krankenhauses durch den bisherigen Träger – ein bestehendes Krankenhaus weiterzubetreiben. Anerkannt ist, dass die Aufgabe der allgemeinen Krankenhausversorgung (auch) einen wesentlichen Teil der ortsnah sicherzustellenden Daseinsvorsorge der Bevölkerung darstellt. Dem wird mit wird mit dem eng begrenzten Anwendungsbereich der neuen Regelung Rechnung getragen.

Vor diesem Hintergrund ist eine Konnexitätsrelevanz des Gesetzentwurfs gemäß Artikel 78 Absatz 3 der Verfassung für das Land Nordrhein-Westfalen nicht gegeben, da die Gemeinden oder Gemeindeverbände nicht zur Übernahme und Durchführung neuer öffentlicher Aufgaben verpflichtet werden. Für die Kreise und kreisfreien Städte bestand diese Aufgabe bisher bereits durch Zuweisung im Krankenhausgestaltungsgesetz.

Der Wegfall der Zuständigkeit kreisangehöriger Gemeinden bringt für die Kreise und kreisfreien Städte auch keine nach dem Konnexitätsausführungsgesetz zu berücksichtigende Änderung ihrer Aufgaben:

Auf kreisfreie Städte wirkt sich die gesetzliche Änderung nicht aus. Auch für die Kreise bringt die § 1a im Ergebnis keine den Vollzug prägenden besonderen Anforderungen mit sich. Bislang stand der Sicherstellungsauftrag kreisangehöriger Gemeinden unter dem Vorbehalt einer entsprechenden Finanzkraft. Angesichts der bereits in den zurückliegenden Jahren angespannten Finanzlage der Gemeinden – ausweislich der Haushaltsumfrage der kommunalen Spitzenverbände 2025 verfügen derzeit nur 10 von 396 Städten und Gemeinden über einen strukturell ausgeglichenen Haushalt – war zu erwarten, dass die Sicherstellungsverpflichtung in allen Anwendungsfällen der Norm durch die Kreise zu erfüllen gewesen wäre.

G. Finanzielle Auswirkungen auf die Unternehmen und die privaten Haushalte
Keine.

H. Geschlechterdifferenzierte Betrachtung der Auswirkungen des Gesetzes
Die beabsichtigten Änderungen bzw. Ergänzungen haben keine Auswirkungen auf die Gleichstellung von Frauen und Männern. Die Wirkungen treten unabhängig vom Geschlecht der Betroffenen ein. Auswirkungen auf die unterschiedlichen Lebenssituationen von Frauen und Männern sind nicht zu erwarten.

I. Auswirkungen auf die nachhaltige Entwicklung (im Sinne der Nachhaltigkeitsstrategie Nordrhein-Westfalen)
Keine.

J. Auswirkungen auf Menschen mit Behinderung
Keine.

K. Auswirkungen auf das E-Government und die Digitalisierung von Staat und Verwaltung

Keine.

L. Befristung

Eine Befristung des in diesem Gesetzentwurf geänderten Gesetzes ist nach § 39 Absatz 1 der Neufassung der Gemeinsame Geschäftsordnung für die Ministerien des Landes Nordrhein-Westfalen (GGO) nicht erforderlich, da es sich nicht um den Entwurf eines neuen Gesetzes, sondern um die Änderung eines bereits bestehenden Stammgesetzes handelt.

2128

Sechstes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

Vom X. Monat JJJJ

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

Artikel 1

Das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen vom 11. Dezember 2007 (GV. NRW. S. 702, ber. 2008 S. 157), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 10. Juni 2025 (GV. NRW. S. 530) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Nach der Angabe zu § 1 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 1a Sicherstellungsverpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte“

b) Die Angabe zu § 36 wie folgt gefasst:

„§ 36 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Trägerschaft bundesunmittelbarer Körperschaften“.

2. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 2 wird aufgehoben.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „seiner Versorgungsmöglichkeiten“ wird durch die Angabe „seines Versorgungsauftrags“ ersetzt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Werden die jeweils nach der Weiterbildungsordnung erforderlichen Weiterbildungsinhalte krankenhausintern nicht umfassend vermittelt, ist das Krankenhaus verpflichtet, die Weiterbildungsmöglichkeit durch geeignete Kooperationen sicherzustellen. Alle übrigen Plankrankenhäuser sind zur Beteiligung an solchen Kooperationen verpflichtet.“

3. Nach § 1 wird folgender § 1a eingefügt:

**„§ 1a
Sicherstellungsverpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte**

(1) Schließt ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus und findet sich kein anderer geeigneter Träger, ist der Kreis oder die kreisfreie Stadt, in dem oder der das Krankenhaus belegen ist, verpflichtet, die Versorgung der Bevölkerung mit den dem Krankenhausplan entsprechenden notwendigen Krankenhausleistungen sicherzustellen.

(2) Bedarfsnotwendig ist ein Krankenhaus, welches nach Feststellung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums im konkreten Einzelfall für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung erforderlich ist, weil bei Wegfall kein anderes geeignetes Krankenhaus die Versorgung sicherstellen kann.

(3) Das Vorliegen einer Verpflichtung nach Absatz 1 stellt das für Gesundheit zuständige Ministerium im Einvernehmen mit dem für Kommunales zuständigen Ministerium im konkreten Einzelfall gegenüber dem Kreis oder der kreisfreien Stadt fest.

(4) Die Absätze 1 bis 3 finden sinngemäß Anwendung auf Betriebsstellen eines Krankenhauses.“

4. § 2 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Dazu ist ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren einzusetzen, welches die zeitliche Dringlichkeit der medizinischen Versorgung erhebt. Dieses ergänzt die obligate ärztliche Aufnahmeuntersuchung.“

b) In dem neuen Satz 6 wird die Angabe „das zuständige“ durch die Angabe „die zuständige Behörde im Einvernehmen mit dem für Gesundheit zuständigen“ ersetzt.

5. In § 5 Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist“ durch die Angabe „das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 24. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 95) geändert worden ist“ ersetzt.

6. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ebenso ermächtigt, durch Rechtsverordnung Näheres zum Inhalt der Alarm- und Einsatzpläne zu regeln.“

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Im Falle einer epidemischen Lage oder eines anderen Ereignisses, infolge dessen aufgrund einer Vielzahl von verletzten oder erkrankten Personen die stationäre Versorgung der Bevölkerung regional oder landesweit akut gefährdet ist und ohne die die nachfolgend genannten Maßnahmen nicht sichergestellt werden können, kann das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Landtags abweichende Regelungen zu diesem Gesetz treffen über:

1. die Schaffung temporärer zusätzlicher Behandlungskapazitäten,
2. die Verschiebung elektiver Eingriffe,
3. die verpflichtende Aufnahme von Patientinnen und Patienten nach Zuweisung durch eine zentrale Koordinierungsstelle,
4. strukturelle Vorgaben zur Organisation von medizinischen Behandlungen,

5. die Aussetzung regionaler Planungskonzepte nach § 14,
 6. die Änderung des Versorgungsauftrags eines Krankenhauses gemäß § 16 Absatz 1 Satz 3 ohne Bindung an die Vorgaben und Verfahren nach den §§ 12 bis 16 und
 7. den Ausgleich von Erlösausfällen, die aus den Anordnungen nach den Nummern 1 bis 6 entstehen, soweit sich ein Ausgleich nicht aus Bundesrecht oder auf andere Weise ergibt.
- Die in Satz 1 Nummer 1 bis 7 genannten Befugnisse können einzeln oder kumulativ in einer Rechtsverordnung geregelt werden. Die Rechtsverordnung ist auf zwei Monate zu befristen. Sie kann bei Fortbestehen der Feststellungsvoraussetzungen mit Zustimmung des Landtags um jeweils zwei Monate verlängert werden. Die Landesregierung legt dem Landtag eine Woche vor Ablauf der Befristung einen Bericht über die getroffenen Maßnahmen verbunden mit einer Lagebeurteilung vor. Die Entscheidungsfreiheit ärztlicher Tätigkeit in medizinischen Fragen gemäß der ärztlichen Berufsordnung bleibt unberührt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten auch für die Privatkrankenanstalten nach § 30 Absatz 1 Satz 1 der Gewerbeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 202), die zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 27. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 438) geändert worden ist, sowie für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium ist im Einvernehmen mit dem für das Innere zuständige Ministerium zur Errichtung und Benennung einer zentralen Koordinierungsstelle nach Satz 1 Nummer 3 sowie zur Aufgabenübertragung auf diese ermächtigt.“

7. In § 11 Absatz 4 Satz 4 wird die Angabe „in die Patientenakte“ gestrichen.

8. § 12 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehenen Entwicklungen der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, qualitativ hochwertige, nachhaltige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetztes aus.“

9. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Gesamtplanbettenzahlen oder Gesamtbehandlungsplatzzahlen sein“ durch die Angabe „Fallzahlen oder Belegtage“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird durch die folgenden Absätze 2 und 3 ersetzt:

„(2) Zu den Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept können die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen und die zuständige Behörde auffordern. Die Aufforderung durch einen Krankenhausträger bedarf der vorherigen Zustimmung der zuständigen Behörde. Die zuständige Behörde erteilt die Zustimmung auf Antrag des Krankenhausträgers, wenn ausreichend neue krankenhausplanerische Tatsachen vorliegen, die eine Verhandlung über ein regionales Planungskonzept erfordern. Die Entscheidung der zuständigen Behörde ist innerhalb eines Monats vom Tag des Eingangs des Antrages an zu treffen. Wird innerhalb dieser Frist eine Entscheidung nicht getroffen, gilt die Zustimmung als erteilt.“

„(3) Die Verhandlungen nach Absatz 2 Satz 1 sind innerhalb von einem Monat nach Aufforderung einzuleiten. Die Aufnahme der Verhandlungen ist der zuständigen Behörde in Textform 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.“

c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5. Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Werden im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger Leistungsgruppen aufgegeben, Fallzahlreduzierungen oder Belegtagreduzierungen vorgenommen, muss der Änderung des Feststellungsbescheides grundsätzlich kein Anhörungsverfahren vorausgehen.“

e) Nach dem neuen Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„(5) Die zuständige Behörde kann im Einzelfall von dem Verfahren nach den Absätzen 1 bis 5 abweichen, wenn ein verkürztes Planungsverfahren den Zielen der Krankenhausplanung sachdienlich ist. Festlegungen für die Universitätskliniken können entsprechend Absatz 1 Satz 1 auch im verkürzten Planungsverfahren nur im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium erfolgen.“

f) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 7.

10. § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 und 8 wird wie folgt gefasst:

„7. die je Leistungsgruppe durch die durchschnittliche jährliche Fallzahl, Belegtageanzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter angegebene Versorgungskapazität im 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. die durch die Fallzahlen, Belegtage oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter festgestellte Versorgungskapazität im Soll und“.

11. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Förderungsfähig sind die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Nachhaltigkeit, Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind.“

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

„Die Pauschalmittel können auch zur Finanzierung von Entgelten für die Nutzung von Anlagegütern eingesetzt werden, soweit dies einer nachhaltigen und wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird.“

12. § 29 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die im Krankenhausplan ausgewiesenen Krankenhäuser müssen organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Betriebe sein; sie sind nach nachhaltigen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betreiben.“

13. § 30 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Prüfung des Jahresabschlusses erstreckt sich insbesondere auf die zweckentsprechende, nachhaltige, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 18 Abs. 1.“

14. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 36

**Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser,
Universitätskliniken, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
in Trägerschaft bundesunmittelbarer Körperschaften“.**

b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Auf Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, deren Träger bundesunmittelbare Körperschaften gemäß Artikel 87 Absatz 2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland sind, findet § 11 keine Anwendung.“

Artikel 2

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündigung in Kraft.

Düsseldorf, den X. Monat 2026

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen

Der Ministerpräsident

Hendrik Wüsst

Die Ministerin für Wirtschaft, Industrie, Klimaschutz und Energie

Mona Neubaur

Der Minister der Finanzen

Dr. Marcus Pötzlrein

Der Minister des Innern

Heribert Reul

Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Karl-Josef Laumann

Die Ministerin für Heimat, Kommunales, Bau und Digitalisierung

Ina Scharenbach

Die Ministerin für Kultur und Wissenschaft

Ina Brandes

Der Minister für Bundes- und Europaangelegenheiten, Internationales sowie Medien und Chef der Staatskanzlei

Nathanael L i m i n s k i

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Das Krankenhausgestaltungsgesetz wird mit Blick auf eine resiliente sowie zukunfts-fähige Krankenhauslandschaft geändert. Zum einen erfolgt eine Änderung in Folge der am 1. April 2025 in Kraft getretenen Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen.

Zum anderen besteht derzeit die Problematik, dass das für Gesundheit zuständige Ministerium zwar nach dem Vorbild des IfSchG NRW zur Steuerung der stationären Versorgungsangebote in Krisenzeiten ermächtigt ist, aber nicht zur Steuerung der durch die dort genannten Ereignisse aufkommenden Patientenströme. Vielmehr er-schöpft sich die Regelungsbefugnis in der alleinigen Schaffung entsprechender Rah-menbedingungen. In der Coronapandemie wurden dazu eigens die Koordinierung so-wie Verlegung von Coronapatientinnen und -patienten auf den SPoC.NRW per Erlass übertragen. Als zentraler Ansprechpartner sowie als zentrale Koordinierungsstelle hat sich dieses Konzept als äußerst praxistauglich erwiesen.

Mit steigender Vulnerabilität der Krankenhäuser können diese zunehmend Ereignis-sen ausgesetzt sein, die von einer auf die andere Sekunde die Funktionalität des Kran-kenhausbetriebs erheblich stören oder schlimmstenfalls vollständig zum Erliegen brin-gen können. Zudem können Ereignisse mit einer Vielzahl von Verletzen oder Erkrank-ten dazu führen, dass die Anzahl dieser Patientinnen und Patienten die Behandlungs-kapazitäten übersteigt. Die Bewältigung solcher Gefahren- und Schadenslagen ist nur mit einer guten Vorbereitung, u.a. einem guten Krankenhausalarm- und -einsatzplan mög-lich.

B. Besonderer Teil

Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1:

Buchstabe a:

Die Überschrift des neuen § 1a „Sicherstellungsverpflichtung der Kreise und kreis-freien Städte“ wird in die Inhaltsübersicht aufgenommen.

Buchstabe b:

Es wird die Überschrift des § 36 in der Inhaltsübersicht geändert.

Zu Nummer 2:**Buchstabe a:**

Die bisherige Regelung zum Sicherstellungsauftrag von Gemeinden und Gemeindeverbänden wird an dieser Stelle gestrichen und inhaltlich in den neuen § 1a KHGG überführt.

Buchstabe b:**Doppelbuchstabe aa:**

Es erfolgt eine terminologische Anpassung an die Vorgaben der neuen Krankenhausplanung.

Doppelbuchstabe bb:

Die neue Krankenhausplanung und die damit einhergehende Konzentration von Leistungsgruppen hat zur Folge, dass eine vollumfängliche Weiterbildung von Fachärztlinnen und Fachärzten entsprechend den Vorgaben der Weiterbildungsordnung an deutlich weniger Standorten als bisher erfolgen kann. Um sicherzustellen, dass alle Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten eine vollumfängliche und zügige Weiterbildung absolvieren können, wird die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Weiterbildung ausgeweitet. Diese müssen im Bedarfsfall Kooperationen schließen, um ein umfassendes Weiterbildungsangebot entlang des ihnen zugewiesenen Versorgungsauftrags anbieten zu können. Im Gegenzug werden auch die Krankenhäuser, die aufgrund ihrer Leistungsgruppenzuweisung eine umfassende Weiterbildung ermöglichen können, zur Kooperation mit diesen Häusern verpflichtet.

Zu Nummer 3:

Mit dem neuen § 1 a wird die Regelung des bisherigen § 1 Absatz 3 Satz in einen eigenen Paragrafen überführt und konkretisiert. Gemäß Absatz 1 sind nunmehr nur noch Kreise und kreisfreie Städte verpflichtet, im Falle der Schließung eines bedarfsnotwendigen Krankenhauses die Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu versorgen. Die Norm soll – dem „ultima ratio“-Gedanken folgend – dann zur Anwendung kommen, wenn keine andere Möglichkeit mehr gegeben ist, die Bevölkerung in dem betroffenen Planungsgebiet den Vorgaben des Krankenhausplans entsprechend zu versorgen. Die Konkretisierung der Verpflichtung auf Kreise und kreisfreie Städte wird entgegen dem bisherigen Adressatenkreis sicherstellen, dass nur noch Gebietskörperschaften mit entsprechender Verwaltungs- und Finanzkraft zur Sicherstellung der bedarfsnotwendigen Versorgung herangezogen werden können. Kreisangehörige Städte und Gemeinden sind daher nunmehr von der Sicherstellungsverpflichtung ausgenommen, hätten aufgrund des Vorbehalts der Finanzkraft in der jüngeren Vergangenheit jedoch bereits weit überwiegend nicht zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung herangezogen werden können. Die Regelung eröffnet – wie in der Vergangenheit – die Möglichkeit, der Sicherstellungsverpflichtung beispielsweise durch die Fortführung des vom bisherigen Träger geschlossenen Krankenhauses oder durch die Errichtung eines neuen Krankenhauses, nun aber zusätzlich auch durch andere geeignete Maßnahmen nachkommen zu können. Ausdrücklich festgehalten wird, dass sich im Falle der Schließung eines bedarfsnotwendigen Krankenhauses der Sicherstellungsauftrag nur auf die laut Krankenhausplan zur Versorgung der Bevölkerung

notwendigen Krankenhausleistungen (Leistungsbereiche und Leistungsgruppen) erstreckt.

Absatz 2 definiert den Begriff der Bedarfsnotwendigkeit und legt fest, dass die Feststellung der Bedarfsnotwendigkeit durch das für Gesundheit und damit für Krankenhausplanung zuständige Ministerium erfolgt. Die Bedarfsnotwendigkeit eines Krankenhauses wird dort im konkreten Einzelfall anhand der Vorgaben des Krankenhausplans unter Berücksichtigung der tatsächlichen lokalen (Versorgungs-)Gegebenheiten und Besonderheiten ermittelt.

Zur Verpflichtung eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt, im konkreten Anwendungsfall der Norm nunmehr den Sicherstellungsauftrag auszufüllen, ist gemäß Absatz 3 aufgrund der Betroffenheit einer kommunalen Angelegenheit die Herstellung des Einvernehmens mit dem für Kommunales zuständigen Ministeriums erforderlich.

In Absatz 4 wird klargestellt, der Anwendungsbereich der Norm auf die konkrete Versorgungseinheit vor Ort bezogen ist und es unerheblich ist, ob es sich bei dem bisherigen Versorger um ein Krankenhaus oder die Betriebsstelle eines solchen handelt.

Zu Nummer 4:

Zu Buchstabe a:

Mit dieser Regelung erfolgt eine Klarstellung im Hinblick auf die Abgrenzung der Erst einschätzung im Sinne einer Triagierung und somit Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung von der nachfolgenden Einschätzung der Erforderlichkeit einer stationären Behandlung, der eine (Leit-)Diagnosestellung zugrunde liegt. Diese Diagnosestellung ist ärztlich zu verantworten.

Zu Buchstabe b:

Zuweisungen der Pflichtversorgungsgebiete erfolgen im Rahmen der Krankenhausplanung mittels Feststellungsbescheid nach § 16 durch die zuständigen Behörden. Dort erfolgt auch die Ausführung etwaiger Ausnahmeregelungen. Die zuständige Behörde ist daher de facto bereits die bescheidende Behörde. Die Änderung setzt dieses Vorgehen um. Die zuständige Behörde hat vor Erteilung einer Ausnahme das Einvernehmen mit dem für Gesundheit zuständigen Ministerium herzustellen.

Zu Nummer 5:

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 6:

Zu Buchstabe a:

Mit dieser Änderung wird dem für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium erstmals die Möglichkeit eingeräumt im Wege der Rechtsverordnung inhaltliche und folglich einheitliche Regelungen zur Krankenhausalarm- und -einsatzplanung zu treffen. Im Falle eines überregionalen Schadensereignisses muss sichergestellt sein, dass die Krankenhausalarm- und -einsatzpläne der betroffenen Krankenhäuser einheitliche

Vorgaben machen, um eine möglichst schnelle sowie effiziente Alarmierung und Bewältigung der Schadenslage zu ermöglichen.

Zu Buchstabe b:

Mit der Möglichkeit der verpflichtenden Aufnahme von Patientinnen und Patienten nach Zuweisung durch eine zentrale Koordinierungsstelle wird mit Blick auf die zurückliegende COVID 19-Pandemie sowie zur Resilienzsteigerung der Krankenhäuser bei einer außergewöhnlichen Schadenslage dem Umstand Rechnung getragen, dass eine regionale Überlastung der Krankenhäuser vermieden werden muss. Dies gewährleistet auch bei außergewöhnlichen Ereignissen eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau. Zudem haben die Krankenhäuser aufgrund eines nach den jeweiligen Umständen noch zu regelnden Verteilungsschlüssels mehr Planungssicherheit, wie viele Patientinnen und Patienten versorgt werden müssen. Da die Rechtsverordnung nach § 10 Abs. 4 bereits in seiner ursprünglichen Fassung auch einen finanziellen Ausgleich vorgesehen hat, ist auch die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser sichergestellt.

Zudem erfolgt eine Ergänzung, die aufgrund der neuen Nummer 3 eingefügt wird. Mit dieser Ermächtigungsgrundlage ist es dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium im Einvernehmen mit dem für das Innere zuständige Ministerium möglich, eine zentrale Koordinierungsstelle zur Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu errichten oder zu benennen und dieser die entsprechenden Aufgaben zu übertragen. Im Rahmen der COVID 19- Pandemie sowie in der Zeit seit Beginn des russischen Angriffskriegs wurde die Aufgabe der Koordinierung der Verlegung der Patientinnen und Patienten über den sogenannten Kleeblattmechanismus der Stadt Köln als Single Point of Contact übertragen.

Zu Nummer 7:

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 8:

Mit der neuen Krankenhausplanung wurde nicht nur die stationäre Versorgungsstruktur des Landes Nordrhein-Westfalen qualitativ hochwertig, bedarfsgerecht und flächendeckend gestärkt, sondern zugleich auch eine langfristige, zukunftsfähige sowie ressourcenschonende Krankenhauslandschaft gestaltet, die Doppelstrukturen abbaut und stationäre Versorgung konzentriert. Damit wird auch dem Aspekt der Nachhaltigkeit Rechnung getragen.

Zu Nummer 9:

Buchstabe a:

Es erfolgt eine Anpassung an die Grundsätze der neuen Krankenhausplanung durch die Einführung der Begriffe „Fallzahlen“ und „Belegtage“.

Buchstabe b:

Mit der Änderung der Norm erfolgt eine Anpassung des Ablaufs regionaler Planungskonzepte, soweit die Initiative für die Einleitung eines Planungsverfahrens von einem

Krankenhasträger ausgeht. Die Erfahrungen in der Krankenhausplanung nach Abschluss der ersten Planungsrunde gemäß Krankenhausplan NRW 2022 haben gezeigt, dass die bisherige Regelung zu weit gefasst war und damit eine Vielzahl von Verfahren initiiert wurden, ohne dass die Aussicht bestand, eine Änderung des Versorgungsauftrags zu erreichen. Der administrative Arbeitsaufwand stellte sich dabei für alle Beteiligten als hoch dar, da sämtliche Formulare und Angaben von allen Beteiligten erneut zur Verfügung gestellt werden mussten und eine abschließende Bescheidung aller Beteiligten erforderlich war. Mit der Vorschaltung der Prüfung des Vorliegens neuer krankenhausplanerischer Tatsachen durch die zuständige Behörde wird der Prozess effizienter gestaltet. Insgesamt ist ein schlankes Verfahren vorgesehen, um den Planungsprozess nicht durch bürokratische Vorgaben zu belasten. Es ist zu erwarten, dass die durch die Verringerung der Anzahl von ergebnislosen Planungsverfahren eingesparten Ressourcen den Personaleinsatz für das neu eingeführte Antragsverfahren weit überwiegen.

Buchstabe c:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstaben b. Aufgrund der Neueinführung der vorgenannten Regelung in Absatz 2 wurde die Struktur der Norm angepasst und die weiteren Regelungen des bisherigen Absatzes 2 nun als neuer Absatz 3 aufgenommen.

Buchstabe d:

Folgeänderung.

Buchstabe e:

Es erfolgt eine terminologische Anpassung aufgrund der geänderten Planungssystematik.

Buchstabe f:

Die Einführung eines verkürzten Planungsverfahrens soll zügige Planungsentscheidungen in einfach gelagerten Fällen ermöglichen. Die zuständige Behörde entscheidet nach eigenem Ermessen, ob ein verkürztes Planungsverfahren im jeweiligen Einzelfall sachgerecht ist und zur Anwendung kommen soll. Festlegungen für die Universitätskliniken erfolgen dabei zur Sicherstellung der Belange von Forschung und Lehre weiterhin im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium.

Buchstabe g:

Folgeänderung.

Zu Nummer 10:

Redaktionelle Änderung aufgrund der geänderten Planungssystematik.

Zu Nummer 11:

Buchstabe a:

Mit dem Aspekt der Nachhaltigkeit wird der mit der Krankenhausplanung angestoßene Prozess zur langfristigen und zukunftsfähigen Gestaltung der Krankenhauslandschaft auch hinsichtlich der Investitionskostenförderung Rechnung getragen.

Buchstabe b:

Für einen verantwortungsvollen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen wird auch bei der Finanzierung von Entgelten für die Nutzung von Anlagegütern der Aspekt der Nachhaltigkeit ergänzt.

Zu Nummer 12:

Neben einer wirtschaftlichen eigenständigen Betriebsführung ist auch die Nachhaltigkeit in der Betriebsführung ein zentraler Aspekt, um ein Krankenhaus langfristig sowie zukunfts-fähig aufzustellen und die Krisenresilienz auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Klimaerwärmung zu gewährleisten.

Zu Nummer 13:

Folgeänderung aus der Ziffer 12.

Zu Nummer 14:

Klarstellung, dass keine Rechtsaufsicht über Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 107 SGB V ausgeübt wird, deren Träger bundesunmittelbare Körperschaften gemäß Artikel 87 Absatz 2 des Grundgesetzes sind.

Zu Artikel 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.