

A technical drawing of a mechanical part is shown in the background. A yellow highlight is on the left side. In the foreground, there are several coins (gold, silver, and copper) and drafting tools including a pencil and a compass.

# KRANKENHAUSGESTALTUNGS- GESETZ NRW

ANMERKUNGEN ZUM GESETZ

- IM JANUAR 2009 -

WP StB Joachim Müller  
RA'in Ursula Notz  
RA'in Susanne Renzewitz



**BDO Deutsche Warentreuhand AG**  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

## NATIONALES NETZWERK

Berlin	Erfurt	Koblenz
Bielefeld	Essen	Köln
Bonn	Flensburg	Leipzig
Bremen	Frankfurt	Lübeck
Bremerhaven	Freiburg	Magdeburg
Dortmund	Hamburg	München
Dresden	Hannover	Rostock
Düsseldorf	Kassel	Stuttgart/Leonberg
Elmshorn	Kiel	Wiesbaden

## BRANCHENCENTER GESUNDHEIT UND SOZIALES

BDO Deutsche Warentreuhand AG  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft  
Konrad-Adenauer-Ufer 79-81  
5068 Köln  
Telefon: 02 21 / 9 73 57-0  
Telefax: 02 21 / 7 39 03 95  
E-Mail: [koeln@bdo.de](mailto:koeln@bdo.de)



Seit 1970 Prüfung und Beratung von Einrichtungen im Gesundheitswesen. Jahresumsatz 2007 Gesundheit und Soziales deutschlandweit mehr als € 22 Mio. Jährlich rd. 250 Mandate. Datenbank mit rd. 150 laufenden Datensätzen von Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken.

Rund 170 Branchenexperten in Festanstellung.  
Wirtschaftsprüfer · Steuerberater · Rechtsanwälte · Management-berater · Ärzte · Examierte Krankenpfleger · Medizin-Controller

### Ansprechpartner

Ralf Klassmann, Leiter Branchencenter Gesundheit und Soziales  
Birgitta Lorke · Jürgen Metznmacher · Joachim Müller · Ursula Notz ·  
Wolfgang Schmidbauer

# KRANKENHAUS- GESTALTUNGSGESETZ NRW

## ANMERKUNGEN ZUM GESETZ

- IM JANUAR 2009 -

Herausgeber:  
BDO Deutsche Warentreuhand Aktiengesellschaft  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



## DIE AUTOREN

### **RA'in Ursula Notz**

RA'in Ursula Notz ist seit 1989 bei der BDO Deutsche Warentreuhand AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft am Standort Köln beschäftigt. Seit Beginn ihrer Tätigkeit beriet sie Sozialeinrichtungen, insbesondere Krankenhausträger, zu rechtlichen Fragestellungen. Daneben war sie, zunächst als Assessorin, in der mit der BDO Deutsche Warentreuhand AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft verbundenen Rechtsanwaltskanzlei Dr. Karl Ernst Knorr, später als Rechtsanwältin in der Kanzlei Dr. Lauter- Dr. Knorr sowie seit 2006 in der Dres. Lauter, Otte & Knorr Rechtsanwalts-gesellschaft mbH rechtsberatend tätig.

### **RA'in Susanne Renzewitz**

studierte Rechtswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum und ist seit 1995 als Rechtsanwältin zugelassen. Sie ist seit 15 Jahren in der Gesundheitsbranche tätig und publiziert regelmäßig in Fachzeitschriften zu Fragen der Gesundheitspolitik sowie zu neuen Versorgungsformen.

Seit 2007 ist sie Prokuristin im Fachbereich Gesundheit und Soziales der BDO Deutsche Warentreuhand AG am Standort Köln. Ihr Tätigkeitsschwerpunkt liegt in der wirtschaftsrechtlichen Beratung von Einrichtungen des Gesundheitswesens und anderer Non-Profit-Unternehmen insbesondere in Fragen des Medizin- und Gesellschaftsrechts.

Davor leitete sie 10 Jahre den Bereich Politik bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft und war Justitiarin der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen.

### **WP StB Joachim Müller**

ist Bonner – am 2.10.1950 in Bonn am Rhein geboren, dort aufgewachsen und nach der Schule an der Rheinischen-Friedrich-Wilhelm Universität zu Bonn zum Diplom-Volkswirt ausgebildet worden.

Unter Einschluss der Berufsausbildungsphase arbeitet Joachim Müller als Wirtschaftsprüfer und Steuerberater seit nunmehr 30 Jahren am BDO-Standort Köln. Zunächst im industriell-gewerblichen Bereich und ab 1985 im Bereich der Prüfung und Beratung von Sozialeinrichtungen. Neben seiner mandatsbezogenen Arbeit ist er als Referent für Fachvorträge bundesweit tätig. Er ist als Autor mehrerer Bücher in Erscheinung getreten und ist Mitglied im Krankenhaus-Fachausschuss des Instituts der Wirtschaftsprüfer in Deutschland e.V., Düsseldorf.

# INHALT

Autoren .....	5
Inhaltsverzeichnis .....	6
Abkürzungsverzeichnis .....	8
1. Gesetzesentstehung und Umsetzung .....	12
2. Ab wann gilt das KHGG NRW? .....	15
3. Für wen gilt das KHGG NRW? .....	17
4. Krankenhausplanung .....	18
4.1. Krankenhausplan .....	18
4.2. Bestandteile des Krankenhausplans .....	18
4.3. Bescheid nach § 16 KHGG NRW .....	22
4.4. Krankenhausplanergänzende Entscheidungen .....	26
5. Krankenhausorganisation .....	28
5.1. Krankenhausbetriebsleitung – § 31 Abs. 1 KHGG NRW .....	28
5.2. Abteilungsleitung – ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst .....	28
5.3. Abteilungsstrukturen .....	29
5.4. Teilnahme nicht angestellter Ärzte an der stationären Versorgung .....	29
5.5. Krankenhausplanerische Einschränkungen .....	30
5.6. Zeitliche Beschränkungen .....	30
5.7. Einschränkungen durch die Rechtsprechung .....	31
6. Die nordrhein-westfälische Krankenhausfinanzierung im Bereich der Investitionen .....	33
6.1. Fördergrundsätze bzw. Nachhaltigkeit der Förderbeträge .....	33
6.2. Besondere Beträge .....	40
6.3. Ausgleichsleistungen bei Schließung .....	41
6.4. Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen .....	42
6.5. Ausgleich für eingesetzte Eigenmittel .....	42
6.6. Anlauf- und Umstellungskosten .....	43
6.7. Widerruf der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln .....	44
7. Abtretung der Fördermittel .....	46
7.1. Gegenstand der Abtretung .....	46

7.2. Abtretungsempfänger	48
7.3. Anzeige der Abtretung	50
<b>8. Verwendungsmöglichkeiten der Fördermittel und ihre Erfolgswirksamkeit in der Buchhaltung sowie im Abschluss (Monats-, Quartals- oder Jahresabschluss)</b>	<b>52</b>
8.1. Grundsätze der Verwendung der Fördermittel aus Baupauschalen	52
8.2. Förderfähige Kosten	57
8.3. Die Umwidmung pauschaler Mittel nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW	71
<b>9. Der neue ordnungspolitische Rahmen 2009</b>	<b>72</b>
9.1. Umstellung der Investitionsfinanzierung der Länder auf Investitionspauschalen	72
9.2. Sind die mit dem KHG vorgesehenen Investitionspauschalen mit den Regelungen des KHGG NRW kompatibel?	74
<b>10. Verwendungsnachweisprüfung durch den Abschlussprüfer</b>	<b>77</b>
10.1. Prüfungsgrundlagen	77
10.2. Erweiterte Jahresabschlussprüfung – § 30 KHGG NRW	77
10.3. Prüfungsdurchführung	78
10.4. Verantwortlichkeiten, Haftung und Berichterstattung	80
10.5. Vorlage bei der Bezirksregierung	84

## Anlagen

Anlage 1 Buchung der Verwendungsmöglichkeiten der Pauschalfördermittel nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW	85
Anlage 2 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes NRW (KHGG NRW)	92
Anlage 3 Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO)	110
Anlage 4 Literaturverzeichnis	115

# ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

## A

a.a.O.	am angegebenen Ort
AbgrV	Abgrenzungsverordnung
Abs.	Absatz
AÖR	Anstalt öffentlichen Rechts
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Ärzte
AEB	Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung
a.F.	alte Fassung
Art.	Artikel
Auflös.	Auflösung
Az.	Aktenzeichen

## B

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
Bd.	Band
Beschl.	Beschluss
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BSG	Bundessozialgericht
BT	Berechnungstage
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Bundesverfassungsgerichtsentscheidungen
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht

## C

CDU	Christlich Demokratische Union
-----	--------------------------------

## E

EG-Vertrag	Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft
EUR	Euro



	<b>F</b>
FDP	Freie Demokratische Partei
ff.	fortfolgende
Fömi	Fördermittel
	<b>G</b>
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GV.NRW	Gesetz und Verordnungsblatt Nordrhein-Westfalen
	<b>H</b>
HambKHG	Hamburgisches Krankenhausgesetz
HNO	Hals-Nasen-Ohren
	<b>I</b>
IdW	Institut der Wirtschaftsprüfer in Deutschland e.V.
i.d.R.	in der Regel
i.S.v.	im Sinne von
i.V.m.	in Verbindung mit
	<b>K</b>
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes
KHG NRW	Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen
KHGG NRW-E	Entwurf des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen
KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung

**L**

LBK	Landesbetrieb Krankenhäuser
LT	Landtag
LSG NRW	Landessozialgericht NRW

**M**

MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
MKG	Mund, Kiefer, Gesicht
Mio.	Million

**N**

NJW	Neue Juristische Wochenschrift
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein Westfalen
NVwZ	Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht

**O**

OVG	Oberverwaltungsgericht
-----	------------------------

**P**

p.a.	per anno
PauschkHFVO	Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung

**R**

RdNr.	Randnummer
-------	------------

**S**

SGB V	Sozialgesetzbuch 5. Buch
Sopo	Sonderposten
Sp	Spalte
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
S.	Seite

	<b>T</b>
TEUR	Tausend Euro
Tz.	Textziffer
	<b>U</b>
u.E.	unseres Erachtens
	<b>V</b>
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
Verb.	Verbindlichkeiten
verw.	verwendet
VG	Verwaltungsgericht
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung
vollstat.	vollstationär
	<b>Z</b>
z.B.	zum Beispiel
Zuf.	Zuführung

# I. GESETZESENTSTEHUNG UND UMSETZUNG

Als Ergebnis der Landtagswahl am 22.05.2005 wurde die CDU stärkste politische Partei in Nordrhein-Westfalen mit 44,8 % der Stimmen (Landtagswahl 2000 nur 37 %). Die SPD rutschte demgegenüber auf 37,1 % ab (Landtagswahl 2000 42,8 %). Es entschieden sich 6,2 % der Wähler (im Jahre 2000 9,8 %) für die FDP, was für eine Regierungsbildung mit der CDU ausreichte.

In der neuen Landesregierung, die Ende Juni 2005 vereidigt wurde, wurde das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) dem Münsterländer CDU Politiker Karl-Josef Laumann anvertraut.

In den Jahren 2006 und 2007 gab es keine Investitionsplanungen des Landes NRW und damit keine neuen Projekte der Krankenhausbauförderung durch das Land. Diese grundsätzlich der vorrangigen Bundesgesetzgebung (§ 9 Abs. 1 KHG) widersprechende Politik wurde seitens des Landes NRW damit begründet, dass zunächst die bestehenden Zahlungsverpflichtungen aus den vergangenen Jahren abzubauen seien.

Am 16.10.2006 stellte Minister Laumann persönlich den Spitzenverbänden der Krankenhausträger die grundsätzlichen Überlegungen zu einer Gesetzesnovelle der Krankenhausfinanzierung vor.

Mit der Drucksache 14/3958 vom 12. März 2007 Gesetzentwurf der Landesregierung: „Krankhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)“ begann die gesetzgeberische Arbeit insbesondere an einer neuen Krankenhausförderung für NRW. Dieser erste Entwurf enthielt aus Sicht des MAGS (Kabinettsbeschluss vom 6. März 2007) folgende Ziele

- Vereinfachte und verkürzte Planungsverfahren für die Kapazitätsplanung
- Land stellt nur Versorgungsauftrag sicher, hält sich aus Detailplanungen heraus
- Fusionen leichter möglich
- Mehr Gestaltungsspielraum für Krankenhäuser und Krankenkassen
- Fachlich gerechtere und nachvollziehbarere pauschale Krankenhausförderung

Die ursprüngliche Planung, lediglich die Pauschalförderung wesentlich neu zu regeln, wurde im Sommer 2007 aufgegeben. Nunmehr sollte auch die Einzelförderung auf Pauschalen umgestellt werden.

Nach der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 15. August 2007 erreichte den Ausschuss eine Broschüre des MAGS

als Information 14/350. Mit Blick auf die für den 19. September 2007 anberaumte Sitzung des Fachausschusses gaben die Koalitionsfraktionen über den Vorsitzenden einen von ihnen zum Gesetzentwurf zu stellenden beabsichtigten Änderungsantrag mit dem Ziel der Einführung einer pauschalierten Investitionsförderung bekannt, über den der Ausschuss im Wege der Vorlage 14/1305 unterrichtet wurde.

In der Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 19. September 2007 wurde eingangs von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und von der Fraktion der SPD das Beratungsverfahren zum Gesetzentwurf wegen des Zeitpunktes der Ausgabe der Broschüre durch das MAGS – Information 14/350 – in Frage gestellt. Nach Erörterung dieser Sachlage beschloss der Ausschuss einstimmig, am 17. Oktober 2007 eine erneute öffentliche Anhörung von Sachverständigen zu den von den Koalitionsfraktionen beabsichtigten Änderungen zur Einführung einer pauschalierten Investitionsförderung (Baupauschale) in das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen, Vorlage 14/1305, durchzuführen.

Unmittelbar vor dem Anhörungstermin übermittelte das MAGS dem Ausschuss als Information 14/552 einen Arbeitsentwurf einer Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung.

Am 2. Oktober 2007 wurden die Ergebnisse der Verbändeanhörung vom 15. August 2007 schriftlich vorgelegt (Vorlage 14/1339). Sie bezogen sich noch auf den Gesetzesstand vor dem Änderungsantrag der Fraktionen CDU und FDP.

In der Sitzung am 7. November 2007 hat der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales die Ergebnisse der erneuten Anhörung vom 17. Oktober 2007 bewertet. Die abschließende Beratung und Abstimmung über die Änderungsanträge der Fraktionen und über eine Beschlussempfehlung an das Plenum erfolgte in der Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 28. November 2007. In der Drucksache 14/5583 wurden der Gesetzentwurf der Landesregierung und die Fassung, die im Ausschuss aufgrund der Änderungsanträge erarbeitet worden war, einander gegenübergestellt. Der Ausschuss empfahl dem Landtag die Annahme seiner geänderten Fassung.

Am 5. Dezember 2007 erfolgte die 2. Lesung des Gesetzentwurfes zum KHGG NRW. Das Gesetz, Drucksache 14/3958, wurde entsprechend der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Drucksache 14/5583, angenommen und erhielt den neuen Titel „Krankenhausgestaltungsge-

setz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) und Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG)“. Die Ausfertigung erfolgte auf den 11. Dezember 2007 und wurde am 28. Dezember 2007 verkündet (GV.NRW 2007, S. 702-708).

Mit Datum vom 18. Februar 2008 erfolgte eine Berichtigung der Vorschrift des § 14 Abs. 1 Satz 3 KHGG NRW, die am 22. Februar 2008 im GV.NRW 2008, S. 157, veröffentlicht wurde.

Die zugehörige Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) wurde am 15. April 2008 im GV.NRW 2008, S. 347-348, veröffentlicht. Sie trat rückwirkend zum 1. Januar 2008 in Kraft.

Am 17. November 2008 gab das MAGS das „Investitionsprogramm 2008 und sonstige Krankenhausmaßnahmen des Landes NRW“ bekannt. Mit gleichem Datum erhielten die 413 Krankenhäuser im Land ihre Bewilligungsbescheide betreffend die Pauschale nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG, die Förderkennziffer und die Baupauschale nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG.

Diese Bescheide erwiesen sich als fehlerhaft. Bei der landesweiten Ermittlung der Summe der Bewertungsrelationen waren im Regierungsbezirk Ostwestfalen-Lippe (Detmold) bei 34 Krankenhäusern die Bewertungsrelationen der Überlieger unberücksichtigt geblieben.

Mit Datum vom 1. Dezember 2008 wurde der Fehler durch die Zustellung von Änderungsbescheiden landesweit berichtigt.

## 2. AB WANN GILT DAS KHGG NRW?

Das KHGG NRW tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft (§ 38 KHGG NRW). Gleichzeitig tritt das Krankenhausgesetz 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) außer Kraft. Die Verkündung des KHGG NRW im Gesetz- und Verordnungsblatt NRW erfolgte am 28. Dezember 2007 (GV. NRW 2007 S. 702). Mithin trat das Gesetz am **29. Dezember 2007** in Kraft. Mit Datum vom 18. Februar 2008 erfolgte eine Berichtigung des § 14 Abs. 1 Satz 3 KHGG NRW (abgedruckt am 22. Februar 2008 im GV. NRW S. 157).

Am 29. Dezember trat das bis dahin gültige KHG NRW außer Kraft. Übergangsvorschriften zum KHGG NRW sind nur in einem sehr begrenztem Umfang (§ 37 KHGG NRW) in das Gesetz aufgenommen worden. Sie betreffen zum einen eine in § 18 Abs. 2 Nr. 2 enthaltene Ermächtigungsvorschrift zur Festlegung von Nutzungsdauern bei Anlagegütern. Solange diese Rechtsverordnung nicht existiert, ist die alte Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (Bundesgesetzblatt I, S. 2355) sinngemäß weiter anzuwenden (§ 37 Abs. 1 KHGG NRW). Zum anderen betreffen sie die geförderten Investitionskosten von Krankenhäusern auf der Grundlage der §§ 19 ff. KHG NRW vom 20. Dezember 1998 (GV. NRW S. 696), für die die alten Vorschriften weiterhin Anwendung finden.

Nicht bedacht hat die Landesregierung mit dieser knappen Übergangsregel den Umstand, dass für alle **Krankenhausprüfungen im Land NRW** die Prüfungsaufträge zu diesem Termin weitestgehend erteilt waren. Die Prüfungsaufträge waren auf der Basis des alten Rechts angeboten und bestätigt worden. § 34 KHG NRW in der Fassung vom 5. April 2005 regelte für die Abschlussprüfung die Prüfungserweiterung um vier Punkte:

1. die Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens,
2. die wirtschaftlichen Verhältnisse,
3. die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 25 und
4. die zweckentsprechende Verwendung der über die Investitionsverträge nach § 32 erwirtschafteten Investitionsmittel.

Diese Rechtsgrundlage war zum 29. Dezember 2007 entfallen und durch eine neue Erweiterungsvorschrift in § 30 Abs. 2 KHGG NRW ersetzt worden. Danach erstreckt sich die **Prüfung der Krankenhausjahresabschlüsse zum 31. Dezember 2007** insbesondere auf die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW.

Damit wurde vier Tage vor dem Bilanzstichtag die Rechtsgrundlage für die Abschlussprüfung der Betriebsstätten-Abschlüsse der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser komplett ausgetauscht. Die alten Prüfungsgegenstände Ordnungsmäßigkeit des Rechnungswesens, wirtschaftliche Verhältnisse und Verwendung der Mittel aus Investitionsverträgen entfielen, während die Prüfungsvorschrift für die Pauschalfördermittel grundsätzlich ins Leere lief: Fördermittel nach § 18 KHGG NRW waren noch nicht ausgereicht und Fördermittel nach § 25 KHG NRW waren nach dem Wortlaut nicht mehr prüfungspflichtig.

Damit war die **Geschäftsgrundlage für die meisten Prüfungsaufträge im Land gravierend geändert** worden. Nach Auffassung des zuständigen MAGS waren die beschriebenen Gesetzesänderungen redaktioneller Art. Gleichwohl hatten die Wirtschaftsprüfer und Wirtschaftsprüfungsgesellschaften mit dieser Situation flexibel umzugehen.

Schließlich gilt für Investitionskosten von Krankenhäusern, die gemäß §§ 19 ff. KHG NRW vom 16. Dezember 1998 (GV. NRW. S. 696), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2006 (GV. NRW. S. 631), gefördert worden waren, dass die **alten Vorschriften weiterhin Anwendung** finden.

Es ist in dem Zusammenhang fraglich, ob dies nur für bereits verwendete Investitionskosten oder auch für noch nicht verwendete Fördermittel gilt. Eine diesbezügliche Anfrage hat das Institut der Wirtschaftsprüfer in Deutschland e.V. (IDW) an das MAGS NRW gerichtet. Die Antwort steht zurzeit noch aus.



### 3. FÜR WEN GILT DAS KHGG NRW?

Das Gesetz gilt ausschließlich für die **Krankenhäuser in NRW**. Das Territorialprinzip ist für die Anwendung der Rechtsvorschriften maßgeblich. Träger der Rechte und Pflichten für das einzelne Krankenhaus sind die Krankenhausträger als rechtsfähige Personen. Es handelt sich in erster Linie um

- Universitätsklinik,
- Plankrankenhäuser und
- Versorgungsvertragskrankenhäuser

Per 30. Juni 2008 enthält der Krankenhausplan NRW 6 Universitätsklinik, 64 psychiatrische und 343 somatische Kliniken. Die Einhaltung der Gesetzesvorgabe der Trägervielfalt ist in der Krankenhausplanung zurzeit erkennbar.

Da die Investitionsfinanzierung der **Universitätsklinik** aus dem Haushalt des Ministerium für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie des Landes NRW und nicht aus dem Haushalt des MAGS erfolgt, erhalten diese keine Fördermittel nach dem KHGG NRW, weshalb nach § 36 Abs. 4 KHGG NRW die Regelungen des Abschnittes III des KHGG NRW (Krankenhausförderung) auf Universitätsklinik keine Anwendung finden. Im übrigen gelten für Universitätsklinik die Vorschriften des Abschnittes I (Allgemeine Bestimmungen), des Abschnittes II (Planung), Abschnitt IV (Krankenhausstruktur) mit Ausnahme des § 29 Abs. 1 (organisatorische und wirtschaftliche Eigenständigkeit und Betrieb nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten), § 30 Abs. 2 Satz 2 (Einschränkung des Bestätigungsvermerks), §§ 31, 32 (Betriebsleitung, Struktur der kommunalen Krankenhäuser) sowie Abschnitt V (Übergangs- und Schlussbestimmungen) mit Ausnahme des § 37 (Übergangsvorschrift).

Die **Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag** haben keinen Anspruch auf Investitionsförderung, weil hierfür nach § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Voraussetzung ist. Auch für diese Krankenhäuser gelten daher die Vorschriften des Abschnittes III des KHGG NRW (Krankenhausförderung) nicht, § 36 Abs. 2 KHGG NRW. Für diese Krankenhäuser gelten aus dem KHGG NRW nur die Vorschriften des § 2 Abs. 1 Satz 2 (vorrangige Behandlung von Notfallpatienten), § 6 (Krankenhaushygiene) einschließlich einer auf § 6 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung, § 8 Abs. 1 hinsichtlich der Mitwirkung im Rettungsdienst, § 10 Abs. 1 (Angaben zum zentralen Bettennachweis) sowie § 11 (Rechtsaufsicht).

Mithin gelten nur für die **Plankrankenhäuser im Land** die Regelungen des Abschnittes III des KHGG NRW (**Krankenhausförderung**).

## 4. KRANKENHAUSPLANUNG

Die wie bisher im II. Abschnitt des Gesetzes geregelte Krankenhausplanung ist gegenüber dem Krankenhausgestaltungsgesetz NRW im Sinne einer Vereinfachung und Verkürzung geändert worden.

### 4.1. Krankenhausplan

#### Zuständigkeit und Veröffentlichung

Nach wie vor ist es Aufgabe des zuständigen Ministeriums, den Krankenhausplan aufzustellen und ihn fortzuschreiben. Hinsichtlich der Veröffentlichung gilt nunmehr statt der Veröffentlichungspflicht im Ministerialblatt im Zweijahresrhythmus eine regelmäßige **Veröffentlichungspflicht im Internet**. Mit der Veröffentlichung wird nicht nur eine allgemeine Information bei Neuaufstellung des Krankenhausplanes gewährleistet, sondern auch eine solche bei – seit der Neuaufstellung erfolgten – zwischenzeitlichen Fortschreibungen.

Das **Unterlassen der** – nunmehr regelmäßigen – **Veröffentlichung** im Internet lässt jedoch das Wirksamwerden einer Planungsentscheidung gegenüber den durch sie Betroffenen unberührt, da der Krankenhausplan insoweit – nach wie vor – ein reines Verwaltungsinternum darstellt (VG Gelsenkirchen, Urteil vom 11.06.2008, 7 K 1640/06, [www.justiz.nrw.de](http://www.justiz.nrw.de)). Dies gilt insbesondere dann, wenn den Betroffenen die Änderung von z.B. Rahmenvorgaben auf andere Weise bekannt gemacht worden ist (OVG NRW, Beschluss vom 23.02.2007, 13 A 3730/06, [www.justiz.nrw.de](http://www.justiz.nrw.de)).

### 4.2 Bestandteile des Krankenhausplans

Der Krankenhausplan besteht nunmehr aus den **Rahmenvorgaben** und den **regionalen Planungskonzepten**. Auf die Festlegung von **Schwerpunkten** wird für die Zukunft verzichtet. Bis zur vollständigen Neuaufstellung des Krankenhausplans erfolgt die Fortschreibung des seinerzeit neu erarbeiteten Krankenhausplanes 2001 (Ministerialblatt NRW 2002, S. 322) daher zukünftig durch Aufstellung und Änderung von Rahmenvorgaben und regionalen Planungskonzepten. Eine Neuaufstellung des Krankenhausplans soll ausweislich der Gesetzesbegründung (LT-Drucksache 14/3958, S. 44) immer dann vorliegen, wenn die Rahmenvorgaben oder wesentliche Teile davon neu formuliert werden. Dazu zählen insbesondere Veränderungen der Planungsgrundsätze und deren qualitative Vorgaben.

Ansprüche auf Ausweisung von Schwerpunkten können seit dem 01.01.2008 nicht mehr geltend gemacht werden, da diese seit diesem Zeitpunkt nicht mehr Gegenstand der Krankenhausplanung sind.

### Rahmenvorgaben

Aufgrund des **Verzichts auf die Ausweisung von Schwerpunkten** sollen die Rahmenvorgaben nur noch die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen, aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität enthalten. Zu den qualitativen Inhalten zählt die Bestimmung von Planungs determinanten wie Krankenhaus-häufigkeit, Verweildauer und Bettennutzung, gegebenenfalls Bettenmessziffern oder Leistungsmengen und Aussagen zur gestuften Versorgung (örtlich, regional und überregional). Die quantitativen Eckdaten beschreiben die Bedeutung der Bettennutzung, der Verweildauer als Trendextrapolation oder Durchschnittsbetrachtung, die Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und der Einwohnerzahl. Auch Verfahrensschritte und Abläufe können in den Rahmenvorgaben festgelegt werden.

Aufgrund der bisherigen Notwendigkeit zur Festlegung von Rahmenvorgaben und Schwerpunkten durch das zuständige Ministerium war es nicht erforderlich, zwischen beiden trennscharf zu unterscheiden. Insoweit hat die Rechtsprechung z.B. bei der Planfortschreibung durch **Ausweisung von Brustzentren** keine eindeutige Zuordnung erkennen können. Das OVG NRW führte hierzu aus, dass die Einrichtung von Brustzentren Gegenstand des insoweit fortgeschriebenen Krankenhausplans 2001 gewesen ist. Mit Erlass vom 31.07.2002, III 2-0506.4.1, habe das seinerzeit zuständige Ministerium unter Beteiligung des Landesausschusses die Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum festgelegt. Mit den Rahmenbedingungen würden Ziele verfolgt, die durch Schwerpunkt festlegungen erfasst würden. Zugleich enthielten die Rahmenbedingungen Elemente von Rahmenvorgaben (OVG NRW, Beschluss vom 23.02.2007, a.a.O.). Zukünftig wird sich das zuständige Ministerium bei der Aufstellung von Rahmenvorgaben daran messen lassen müssen, ob nicht durch die Hintertür die bisherigen Schwerpunkt festlegungen über die Formulierung von Rahmenvorgaben wieder Inhalt des Krankenhausplans werden.

Nach derzeitigem Stand wird der zurzeit in der Neuaufstellung befindliche Rahmenplan 12 **Planungsgrundsätze** enthalten, die den qualitativen Rahmen für den Krankenhausplan bilden. Die Rahmenplanung wird wie bisher **Gebiete nach der ärztlichen Weiterbildung** umfassen:

- Augenheilkunde
- Chirurgie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- HNO-Heilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Allgemeinmedizin
- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- MKG-Chirurgie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nuklearmedizin (Therapie)
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Strahlentherapie
- Urologie

Vorgesehen sind darüber hinaus weitere Festlegungen bei der Fortschreibung des Krankenhausplans im neuen Rahmenplan:

- Intensivpflegebetten
- Palliativbetten
- Perinatalzentren
- Transplantationszentren
- Herzchirurgie
- weitere Zentren (z.B. Brustzentren)
- Schlaganfallstationen (Stroke Units)
- Naturheilkunde
- Geriatrie

Noch offen sind die Kriterien für die weiteren Festlegungen. Es wird aber bereits hier ersichtlich, dass die „früheren“ Schwerpunkte nunmehr in die Rah-

menplanung übernommen werden, so dass von einem Wegfall derselben nicht die Rede sein kann.

### Regionale Planungskonzepte

Das Verfahren über die Erarbeitung **regionaler Planungskonzepte** wird **zeitlich gestrafft**. Anstatt innerhalb von drei Monaten sind nunmehr innerhalb eines Monats nach Aufforderung die Verhandlungen aufzunehmen. Während bisher die Verhandlungen innerhalb einer Frist von sechs Monaten abzuschließen waren, sollen die Verhandlungen seit dem 01.01.2008 innerhalb von drei Monaten abgeschlossen werden. Dies hat tendenziell eine Verschlechterung zur Folge, weil das Verhandlungsverfahren nur noch innerhalb der – verkürzten – Frist abgeschlossen sein **soll**. Es stellt sich somit die Frage, wie weiter zu verfahren ist, wenn innerhalb des dreimonatigen Verhandlungsverfahrens weder eine Einigung noch eine Nichteinigung festgestellt werden kann. Insoweit steht es u.E. dem Ministerium frei, nach Ablauf der Frist die Verhandlungspartner an den Verhandlungstisch zurück zu verweisen unter Hinweis auf die Sollvorschrift. Eine Straffung des Verfahrens kann hierdurch nicht zwingend sichergestellt werden.

Auch hinsichtlich des Inhalts regionaler Planungskonzepte ist eine Änderung eingetreten. Während bisher die **Leistungsstrukturen** durch das Ministerium auf der Grundlage der Rahmenvorgaben festzulegen waren, legt das zuständige Ministerium zukünftig die **Gebiete** fest. Unter Leistungsstrukturen waren die Gebiete, Teilgebiete und Schwerpunkte zu verstehen. Während sich die Festlegung der Gebiete und Teilgebiete nach dem **Planungsgrundsatz 3** der Rahmenvorgaben des – fortgeschriebenen – Krankenhausplans 2001 an dem Weiterbildungsrecht der Ärzte orientierte, waren die Schwerpunktausweisungen auf besondere Aufgaben der Krankenhäuser ausgerichtet, wie z.B. Perinatalzentren oder Schlaganfallstationen. Sie bestimmten – ausgerichtet auf die Versorgung bestimmter Patienten oder die Versorgung bestimmter Krankheiten – durch Zusammenwirken unterschiedlicher ärztlicher Gebiete und/oder Vorhaltung bestimmter sächlicher Ausstattungen ein besonderes Versorgungsangebot zur Verbesserung der Patientenversorgung.

Gekennzeichnet war die **Schwerpunktfestlegung** dadurch, dass andere Krankenhäuser von der Behandlung dieser Patienten, soweit die entsprechenden ärztlichen Gebiete angeboten wurden, zwar nicht ausgeschlossen waren. Die Festlegungen verschafften den ausgewiesenen Krankenhäusern jedoch einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen, nicht ausgewiesenen Krankenhäusern.

Während bisher die Planbettenzahlen und Behandlungsplätze im Krankenhausplan abschließend festzulegen waren, werden zukünftig die **Gesamtplanbettenzahlen** und **Gesamtbehandlungsplatzkapazitäten** festzulegen sein.

Soweit sich die Rahmenvorgaben weiterhin an den Gebieten der ärztlichen Weiterbildung orientieren, ist davon auszugehen, dass – auch vor dem Hintergrund einer Festlegung von Gesamtkapazitäten – eine Ausweisung von Teilgebieten – bisher als sog. Davon-Betten – zukünftig nicht mehr stattfinden wird.

Die ärztliche Weiterbildung definiert das **Gebiet als Teil einer Fachrichtung der Medizin**, wobei die Gebietsdefinition die **Grenzen für die Ausübung fachärztlicher Tätigkeit** bestimmt. Innerhalb der Gebiete kann eine Facharztbezeichnung erworben werden. Die in der **Facharztkompetenz** vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte **beschränken jedoch nicht die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit** in dem jeweiligen Gebiet. Insoweit können in den regionalen Planungskonzepten innerhalb der ausgewiesenen Gebiete die Angebote der Krankenhäuser – innerhalb der Region – weiter konkretisiert und hier auch Schwerpunkte in Bezug auf einzelne Krankenhäuser oder Kooperationsgemeinschaften festgelegt werden. Ob Konkretisierungen Inhalt des Krankenhausplans werden, hängt davon ab, ob das zuständige Ministerium diese nach rechtlicher und inhaltlicher Prüfung unverändert billigt oder ggf. mit Änderungen annimmt.

Soweit kein regionales Planungskonzept zustande kommt, obliegt die Entscheidung dem zuständigen Ministerium. Dieses hat die betroffenen Krankenhäuser sowie die Beteiligten nach § 15 KHGG NRW anzuhören. Ein Anhörungsverfahren ist nur dann entbehrlich, wenn im Einvernehmen mit dem betroffenen Krankenhaus nicht bettenführende Abteilungen aufgegeben oder Gesamtbettenreduzierungen vorgenommen werden.

### 4.3 Bescheid nach § 16 KHGG NRW

Die regionalen Planungskonzepte und Entscheidungen durch das Ministeriums, für den Fall, dass kein regionales Planungskonzept vorgelegt wird, werden durch Bescheid nach § 16 KHGG NRW an den Krankenhausträger umgesetzt und **Bestandteil des Krankenhausplans**. Näheres zum Mindestinhalt des entsprechenden Bescheides enthält § 16 KHGG NRW.

## Rechtsmittel gegen Bescheide nach § 16 KHGG NRW

Gegen den Bescheid ist der **Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten** gegeben, § 8 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Richtige Klageart ist die Anfechtungs- oder Verpflichtungsklage oder eine Kombination aus beiden. Nach § 6 des Ausführungsgesetzes zur Verwaltungsgerichtsordnung NRW (AG VwGO NRW) bedarf es für Bescheide, die in dem **Zeitraum zwischen dem 01.11.2007 und dem 31.12.2012** erlassen werden **keines Vorverfahrens** (Widerspruchsverfahren) mehr. Klagebefugt ist seit jeher der Adressat des entsprechenden Bescheides.

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung (BVerfG, Beschluss vom 14.01.2004, 1 BvR 506/03, [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de)) kann der ein Krankenhaus begünstigende Bescheid im Krankenhausplanungsrecht grundsätzlich auch von einem **konkurrierenden Krankenhausträger** angefochten werden (**Konkurrentenklage**). Dies gilt nach der Rechtsprechung des **OVG NRW** (Beschluss vom 25.11.2005, 13 B 1599/05, [www.justiz.nrw.de](http://www.justiz.nrw.de)) allerdings nur dann, wenn das konkurrierende Krankenhaus **selbst ein entsprechendes Planaufnahmebegehren** oder zumindest im Verfahren zur Erarbeitung eines regionalen Planungskonzeptes geltend gemacht hat. Ebenso hat das **BVerwG** die Konkurrentenklage im Krankenhausplanungsrecht **nur ausnahmsweise** für zulässig erachtet (Urteil vom 25.09.2008, 3 C 35/07 [www.bundesverwaltungsgericht.de](http://www.bundesverwaltungsgericht.de)). Die Konkurrentenklage setze voraus, dass die Behörde eine **Auswahlentscheidung** zwischen dem (klägerischen) Krankenhaus und dem des Konkurrenten getroffen habe und dass es einen guten Grund gebe, über die Klage um die Planaufnahme des eigenen Krankenhauses hinaus eine zusätzliche Klage gegen die Begünstigung des Konkurrenten zu erheben. Ohne Bettenkürzungen im eigenen Krankenhaus könne sich das Krankenhaus nicht gegen das Hinzutreten eines weiteren Plankrankenhauses zur Wehr setzen. Insoweit unterstreicht das BVerwG den Grundsatz, dass die Konkurrentenklage nicht dazu diene, zusätzliche Konkurrenz oder eine Überversorgung mit öffentlich geförderten Krankenhausbetten abzuwehren.

Fraglich ist, ob das in der Weise konkurrierende Krankenhaus vor Erhebung der Klage ein Vorverfahren durchzuführen hat. Dies hängt vor dem Hintergrund der Regelung des § 6 AG VwGO NRW davon ab, ob das konkurrierende Krankenhaus ein im **Verwaltungsverfahren Beteiligter** ist. Soweit das konkurrierende Krankenhaus am Verfahren zur Erarbeitung eines regionalen Planungskonzeptes beteiligt worden ist, bzw. bei einer entsprechenden Entscheidung des Ministeriums angehört worden ist, muss man von einer Beteiligung ausgehen, so dass auch hier das Vorverfahren (Widerspruchsverfahren) entbehrlich ist. Jedenfalls ist das konkurrierende Krankenhaus gut beraten, dasjenige Rechtsmittel zu

wählen, das in der entsprechenden Rechtsmittelbelehrung der den Verwaltungsakt erlassenden Behörde (hier Bezirksregierung) genannt ist.

Nach § 16 Abs. 3 KHGG NRW haben **Rechtsmittel** gegen den Bescheid nach § 16 KHGG NRW **keine aufschiebende Wirkung**. Hiermit hat der Landesgesetzgeber von der Möglichkeit, die § 80 Abs. 2 Nr. 3 VwGO vorsieht, Gebrauch gemacht. Konkurrierende Krankenhäuser haben allerdings, bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen, die Möglichkeit, die Herstellung der aufschiebenden Wirkung ihres Rechtsmittels beim Verwaltungsgericht geltend zu machen.

### Wirkung des Bescheides nach § 16 KHGG NRW, Versorgungsauftrag

Durch den Bescheid nach § 16 KHGG NRW und die dortigen Ausweisungen wird der **Versorgungsauftrag des Krankenhauses** festgelegt. Enthält der Bescheid – auf der Grundlage des jeweiligen Krankenhausplanes – keine oder keine abschließende Festlegung der Bettenzahl oder der Leistungsstruktur des Krankenhauses, werden diese durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und den Krankenhausträger im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde vereinbart, § 109 Abs. 1 letzter Satz SGB V (**plankonkretisierende, planergänzende Vereinbarungen**).

Soweit künftig eine Ausweisung von Gebieten erfolgt – ohne Davon-Betten – wird der Versorgungsauftrag durch die **Gebietsdefinition** auf der Grundlage der **ärztlichen Weiterbildung** definiert werden müssen. Das OVG NRW (Urteil vom 08.01.2008, 13 A 1571/07, [www.justiz.nrw.de](http://www.justiz.nrw.de)) vertritt z.B. zur Ausweisung einer chirurgischen Abteilung im Bescheid nach § 18 KHG NRW die Auffassung, dass unabhängig von der deklaratorischen Ausweisung einer Unfallchirurgie das Krankenhaus **unfallchirurgische Leistungen in einer chirurgischen Abteilung** erbringen und nach dem gegenwärtigen Entgeltsystem gegenüber den Kassen abrechnen könne. Das **Verwaltungsgericht Stuttgart** hat in seinem Urteil vom 01.03.2007, 4 K 3404/06, vertreten, dass die Ausweisung einer Abteilung **Innere Medizin**, welche nach der Weiterbildungsordnung auch den **Schwerpunkt Kardiologie** umfasse, das Krankenhaus berechtige, einen **Linksherzkathetermessplatz** einzurichten. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen entsprächen dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses. Insoweit ist festzustellen, dass die Verwaltungsgerichtsbarkeit den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses auf der Grundlage des Weiterbildungsrechts der Ärzte recht weit zieht.

Anders stellt sich die Beurteilung durch die **Sozialgerichtsbarkeit** dar. Die Sozialgerichtsbarkeit hat sich in Streitigkeiten um die Zahlung von Krankenhaus-



entgelten zwischen Krankenhausträgern und gesetzlicher Krankenkasse hinsichtlich der Berechtigung von Krankenhausträgern bestimmte Leistungen abzurechnen auf der Grundlage des § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V ebenfalls mit dem **Versorgungsauftrag eines Krankenhauses** zu befassen. Nach der sozialgerichtlichen Rechtsprechung steht der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser ein Vergütungsanspruch gegenüber, der allerdings davon abhängig ist, dass die Behandlungen von dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt sind (BSG, Urteil vom 24.01.2008, B 3 KR 17/07 R, [www.bundessozialgericht.de](http://www.bundessozialgericht.de)). Außerhalb des Versorgungsauftrages kann ein Krankenhaus danach selbst dann keine Vergütung für eine erbrachte Leistung beanspruchen, wenn die Leistung ansonsten ordnungsgemäß gewesen ist. Auch die Sozialgerichtsbarkeit geht davon aus, dass der Versorgungsauftrag bei sog. Plankrankenhäusern primär dem Krankenhausplan i.V.m. den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie sekundär ggf. ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V zu entnehmen ist. Das LSG NRW (Urteil vom 26.06.2008, L 5 KR 19/07, [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de), nicht rechtskräftig; das Verfahren ist unter dem Az.: B 1 KR 18/08 R beim 1. Senat des Bundessozialgerichts anhängig) hat hierzu festgestellt, dass ausgehend von dem Umstand, dass die der Planung in NRW zugrunde liegenden Gebiete und Schwerpunkte (Teilgebiete) sich an den Weiterbildungsordnungen für Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe orientieren, unter Berücksichtigung (hier konkret) der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 30.01.1993 – Stand 11. April 2003 – entschieden, dass **Leistungen**, die ausschließlich dem **Teilgebiet Gefäßchirurgie** zuzuordnen seien, von Krankenhäusern, die „lediglich“ über eine Ausweisung des Gebietes **Chirurgie** verfügen, außerhalb des Versorgungsauftrages erbracht worden sind und damit gegenüber den Krankenkassen nicht abgerechnet werden könnten. Die Ausweisung des Gebietes Chirurgie (ohne Davon-Betten Gefäßchirurgie) berechtige nach Ansicht des LSG das Krankenhaus auf der Grundlage der ärztlichen Weiterbildung zur Erbringung **von zur Grundversorgung gehörigen gefäßchirurgischen Eingriffen**. Soweit zukünftig eine Teilgebietsausweisung (als Davon-Betten) nicht mehr erfolgt, wird sich diese Auffassung des LSG NRW nicht mehr halten lassen.

Die von den Krankenkassen vertretene Auffassung, der **Versorgungsauftrag** eines Krankenhauses könne durch eine **Pflegesatzvereinbarung** konkretisiert werden, geht indes fehl. Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 24.07.2003 (B 3 KR 28/02 R, [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)) hierzu ausgeführt, dass Pflegesatzvereinbarungen **keine verbindlichen Konkretisierungen des Versorgungsauftrages** darstellen. Ihr Regelungsgehalt ergebe sich vielmehr abschließend aus den Vorschriften zum Pflegesatzrecht und –verfahren. Eine Ermächtigung der Pflegesatzparteien zu Einschränkungen, die vom Versorgungsauftrag an

sich abgedeckte Behandlungen betreffen, seien im Pflegesatzrecht nicht vorgesehen.

#### 4.4 Krankenhausplanergänzende Entscheidungen

Nicht Gegenstand der Krankenhausplanung sind die Entscheidungen der zuständigen Landesbehörde nach § 116 b SGB V. Nach § 116 b Abs. 2 SGB V ist ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der in den Katalogen nach Absatz 3 und 4 genannten **hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen** berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation **dazu bestimmt** worden ist. Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben. Hieraus folgt, dass die „Bestimmung“ i.S.v. § 116 b SGB V der zuständigen Landesbehörde zuständigkeitshalber zugewiesen ist, nicht jedoch, dass der Gesetzgeber die „Bestimmung“ zum Gegenstand der Krankenhausplanung erheben wollte.

**Zuständige Behörde** sind in NRW die **Bezirksregierungen**, die ihrerseits auf dem Gebiet der Krankenhausplanung verwaltungsintern an die Entscheidungen des MAGS gebunden sind. Das MAGS wiederum hat nach § 116b SGB V die unmittelbar Beteiligten einzubeziehen. Dies sind nach § 15 Abs. 1 KHGG NRW die Mitglieder des Landesausschusses. Dem Landesausschuss gehören keine Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe an. Insofern stellt sich in Nordrhein-Westfalen die Frage, wie die gesetzlich geforderte „Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ umzusetzen ist. Ist die örtliche Kassenärztliche Vereinigung zu beteiligen, die im Umkreis des antragstellenden Krankenhauses zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen/ermächtigten Ärzte? Wie groß ist in diesem Fall der Umkreis?

In **Hessen** enthält der **Krankenhausrahmenplan 2009** unter Kapitel 4.3.2 „Ambulante Versorgung“ die Beschreibung des Verfahrens für die Bestimmung nach § 116b SGB V. Danach haben antragstellende Krankenhäuser einen durch das zuständige Ministerium einheitlich gestalteten Fragebogen zu entscheidungserheblichen Fragestellungen zu übersenden. Dieser wird seitens des Ministeriums der Kassenärztlichen Vereinigung zur Stellungnahme übersandt. Der Antrag wird gemeinsam mit der Stellungnahme der KV an die jeweilige

Krankenhauskonferenz übersandt, die die Anträge berät und ein Votum abgibt. Die gesamten Unterlagen werden im Landeskrankenhausausschuss beraten und es wird ein Beschlussvorschlag erarbeitet. Auf dieser Grundlage trifft das zuständige Ministerium, bei dem die Letztverantwortung liegt, die Entscheidung und erteilt dem Krankenhaus einen Bescheid.

Einigkeit besteht jedenfalls darin, dass die Prüfung nach § 116b SGB V **keine Bedarfsplanung** i.S.v. Krankenhausplanung darstellt, sondern ein eigenes Verfahren, das ausschließlich die **Prüfung der Eignung** des antragstellenden Krankenhauses zum Inhalt hat.

## 5. KRANKENHAUSORGANISATION

### 5.1 Krankenhausbetriebsleitung – § 31 Abs. 1 KHGG NRW

Der ursprüngliche Gesetzentwurf des KHGG NRW vom 12. März 2007 sah die Streichung der in § 35 KHG NRW 1998 geregelten Vorgaben zur Bildung und Zusammensetzung der Betriebsleitung eines Krankenhauses vor.

Damit sollte einer wesentlichen Zielsetzung der Reform Rechnung getragen werden, die gesetzlichen Eingriffe in den Entscheidungsspielraum der Krankenhäuser im Zuge eines verschärften Wettbewerbs auf das Notwendige zu begrenzen.

Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens hat sich der Gesetzgeber allerdings entschieden, an den bisherigen Vorgaben des § 35 KHG NRW 1998 festzuhalten. Deshalb bleibt die **alte Regelung zur Betriebsleitung auch weiterhin wirksam**.

Die Formulierung des § 35 Abs. 1 und 2 des KHG NRW 1998 findet sich nun in § 31 Abs. 1 KHGG NRW wieder.

### 5.2 Abteilungsleitung – Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

Die Vorschrift des § 31 Abs. 2 KHGG NRW entspricht im Wesentlichen § 36 Abs. 1 KHG NRW 1998 und ist ergänzt worden um eine Gleichstellung des psychotherapeutischen Dienstes mit den Fachärzten einer Abteilung (§ 31 Abs. 2 S. 4 KHGG NRW).

Aufgrund der Flexibilisierung des Vertragsarztrechtes sowie der Aufhebung des Verbotes der Parallelvorhaltung von Abteilungen ergeben sich nunmehr vielfältige Möglichkeiten, die ärztliche Abteilungsleitung zu organisieren:

Durch eine fortschreitende Spezialisierung innerhalb eines Fachgebietes werden für eine Fachabteilung zunehmend mehrere Abteilungsärzte bestellt, die in einem Teilgebiet des Fachgebietes entsprechend qualifiziert und für dieses verantwortlich sind.

Möglich wäre es, dass bspw. die radiologische Abteilung in einer Kooperation mit einer radiologischen Gemeinschaftspraxis betrieben wird.

Durch die **Aufhebung des Verbotes der Parallelvorhaltung** (§ 33 Abs. 2 KHG NRW 1998) ist es nun grds. möglich, in verschiedenen Betriebsstellen unterschiedliche Teilgebiete desselben Fachgebietes mit je einem Abteilungsarzt

vorzuhalten. Denkbar wäre daher, dass die Innere Medizin in einer Betriebsstelle mit dem Schwerpunkt Kardiologie und an einer anderen Betriebsstelle mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie mit je einem entsprechend qualifizierten Abteilungsarzt geführt wird.

### 5.3 Abteilungsstrukturen

Die Regelung des § 31 Abs. 2 KHGG NRW bestimmt, dass für jede Abteilung mindestens ein **Abteilungsarzt** nicht weisungsgebunden bestellt werden muss. Innerhalb des unter Kapitel 4 erläuterten Versorgungsauftrages ist das Krankenhaus aber in der Organisation der Leistungserbringung frei. Es können selbständige Abteilungen, innerhalb einer Abteilung spezialisierte Bereiche gebildet oder mehrere Abteilungen zu sog. Zentren zusammengefasst werden.

### 5.4 Teilnahme nicht angestellter Ärzte an der stationären Versorgung

Durch die Streichung des § 36 Abs. 2 KHG NRW a.F. können grundsätzlich auch niedergelassene Ärzte an der stationären Versorgung teilnehmen. Nach der alten Fassung durften Krankenhausleistungen ausschließlich von **hauptamtlich im Krankenhaus beschäftigten Ärzten** erbracht werden. Niedergelassene Ärzte konnten lediglich als Belegarzt oder rein konsiliarisch, d.h. eingeschränkt bei ergänzender Untersuchung und Behandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses tätig werden. Diese **einschränkende Regelung** ist mit dem KHGG **aufgehoben** worden.

Damit wird im Wesentlichen dem **Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)**, das am 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist, Rechnung getragen. Durch das VÄndG sind die beruflichen Betätigungsmöglichkeiten von Ärzten deutlich flexibilisiert worden. Insbesondere wurde § 20 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) vom Bundesgesetzgeber dahin ergänzt, dass auch die „Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (...) mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar“ ist. Berufsrechtlich ist es daher bereits seit 1. Januar 2007 **zulässig**, dass sich ein **niedergelassener Vertragsarzt** neben seiner freiberuflichen vertragsärztlichen Tätigkeit **von einem Krankenhaus anstellen** lassen oder **in sonstiger Weise** mit dem Krankenhaus in der stationären Versorgung **kooperieren** kann.

Zu beachten ist aber, dass der Handlungsspielraum für eine Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus sowohl zeitlichen als auch krankenhauserischen Einschränkungen unterliegt.

## 5.5 Krankenhausplanerische Einschränkungen

Für das Krankenhaus kann die Anstellung eines Vertragsarztes oder die Kooperation mit demselben insbesondere dann von Interesse sein, wenn dadurch neue Leistungen angeboten werden können, die das Krankenhaus auf dem Markt attraktiver machen. Soweit sich die neuen Leistungen innerhalb des Versorgungsauftrages des Krankenhauses bewegen, dürfte dies unproblematisch sein. Möglich wäre daher bspw. eine **Subspezialisierung** innerhalb eines Fachgebietes, das für das Krankenhaus im Plan ausgewiesen ist. Leistungen außerhalb des Versorgungsauftrages dürften demgegenüber problematisch sein.

## 5.6 Zeitliche Beschränkungen

Die zeitlichen Beschränkungen folgen aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) zu § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV. Danach sind nur solche Tätigkeiten mit der vertragsärztlichen Berufsausübung vereinbar, deren zeitlicher Aufwand nicht **mehr als 13 Stunden wöchentlich** beträgt. Da keine Änderung des § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV durch das VÄndG erfolgte, wird überwiegend davon ausgegangen, dass die BSG-Rechtsprechung auch weiterhin zu beachten ist. Ein Vertragsarzt mit einer Vollzulassung kann somit nicht gleichzeitig über 13 Stunden wöchentlich hinaus als angestellter Krankenhausarzt oder als Honorararzt stationär arbeiten.

Einen deutlich breiteren zeitlichen Spielraum und damit Potenzial für sinnvolle Kooperationen ermöglicht die mit dem VÄndG eingeführte Möglichkeit der **Teilzulassung** (hälftiger Versorgungsauftrag – § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV). Die vorgenannte Nebentätigkeitsbegrenzung auf 13 Stunden pro Woche ist für Vertragsärzte mit einer Teilzulassung nicht maßgebend. Denn die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung stellt hier nicht die „hauptberufliche“ Tätigkeit des Arztes dar. Selbst bei analoger Anwendung der BSG-Rechtsprechung wäre bei einer Teilzulassung eine anderweitige Nebentätigkeit von **mindestens 26 Stunden pro Woche** zulässig.

## 5.7 Einschränkungen durch die Rechtsprechung

Inwieweit die Gestaltungsspielräume durch die Rechtsprechung wieder eingeschränkt werden, bleibt abzuwarten. Anzeichen dafür sind seitens der Sozialgerichte jedenfalls bereits zu erkennen.

So hat das **Sächsische Landessozialgericht (LSG Sachsen)** in einem Urteil vom 30.04.2008 (Az.: L I KR 103/07 – nicht rechtskräftig [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)) die Zulässigkeit der auf einer Kooperationsvereinbarung basierenden freiberuflichen, ärztlichen Tätigkeit von niedergelassenen Vertragsärzten im Krankenhaus, die weder Belegarzt- noch Konsiliararztstätigkeit ist, in Frage gestellt.

Das LSG Sachsen hatte sich in der Entscheidung mit der Frage befasst, ob ein Krankenhaus eine durch einen niedergelassenen Vertragsarzt in Räumen des Krankenhauses mit dessen Einrichtungen und Materialien und unter Nutzung nichtärztlichen Krankenhauspersonals auf der Grundlage einer mit dem Krankenhaus geschlossenen Kooperationsvereinbarung erbrachte ambulante Operation als eigene ambulante Operationsleistung mit der Krankenkasse abrechnen kann. Nach Auffassung des Gerichtes sei Aufgabe des Krankenhauses nicht die Beschaffung einzelner Leistungen einer Krankenhausbehandlung, sondern deren Erbringung in seiner eigenen Betriebsorganisation als Komplexaufgabe. Die Notwendigkeit der Leistungserbringung durch eigenes Personal folgert das Gericht aus der Legaldefinition des § 107 Abs. 1 SGB V, wonach Krankenhäuser Einrichtungen seien, in denen personelle und sächliche Mittel zur Verwirklichung besonderer Zwecke organisatorisch zusammengefasst seien. Sie müssten über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, wozu insbesondere jederzeit verfügbares ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal gehöre. Aus dieser Legaldefinition eines Krankenhauses lasse sich der allgemeine Grundsatz ableiten, dass Krankenhäuser Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 SGB V durch eigenes Personal durchführen lassen müssten, also durch Personen, die in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses derart eingegliedert seien, dass sie für die Behandlung jederzeit verfügbar seien. Dem entspreche die Erbringung von einzelnen Behandlungsleistungen durch selbständige Dritte nicht. Ausgehend davon hat das LSG Sachsen den geltend gemachten Vergütungsanspruch abgewiesen.

Das unterlegene Krankenhaus hat von der Revisionsmöglichkeit Gebrauch gemacht. Die Entscheidung des Revisionsgerichtes steht noch aus.

Es ist nicht auszuschließen, dass die Krankenkassen das Urteil trotz fehlender Rechtskraft heranziehen werden, um Vergütungsansprüche der Krankenhäuser, die so oder ähnlich mit niedergelassenen Vertragsärzten kooperieren, abzuwehren. Insofern kann jedenfalls gegenwärtig Rechtssicherheit nur dadurch erlangt werden, dass Krankenhäuser niedergelassene Vertragsärzte im Rahmen des zeitlich zulässigen Umfangs in einem Arbeitsverhältnis beschäftigen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die **Anstellung von Vertragsärzten** auch arbeits- (tarif-) rechtliche, steuerrechtliche und berufshaftpflichtversicherungsrechtliche Konsequenzen hat, die im konkreten Fall genau geprüft werden sollten.



## 6. DIE NORDRHEIN-WESTFÄLISCHE KRANKENHAUSFINANZIERUNG IM BEREICH DER INVESTITIONEN

### 6.1 Fördergrundsätze bzw. Nachhaltigkeit der Förderbeträge

Die Investitionskosten der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser werden

- nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) des Bundes,
- den Vorschriften des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW (KHGG NRW) und
- im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel

durch Zuschüsse und Zuweisungen gefördert.

Die 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 in Höhe von 40 vom Hundert beteiligt. Für die Heranziehung der Gemeinden zur Förderung ist die Einwohnerzahl maßgebend.

#### Investitionskostenförderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Gemäß Art. 31 GG besitzt das Bundesrecht grds. Vorrang vor den Vorschriften des Landesrechts. Die nachfolgende Übersicht zeigt, welche nordrhein-westfälischen Normen die Vorschriften des KHG konkretisieren:

Fördergegenstand	KHG-Bund	KHGG NRW
Bauförderung	§ 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG	§ 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW, § 23 KHGG NRW
Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (3-15 Jahre)	§ 9 Abs. 1 Nr. 2 KHG	§ 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW, § 23 KHGG NRW
Nutzung von Anlagegütern	§ 9 Abs. 2 Nr. 1 KHG	§ 22 Abs. 3 KHGG NRW
Anlauf- und Umstellungskosten	§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG	§ 27 KHGG NRW
Darlehenslasten vor KHG	§ 9 Abs. 2 Nr. 3 KHG	§ 25 KHGG NRW
Ausgleich für die Nutzung eigenmittelfinanzierter Anlagegüter aus der Zeit vor KHG	§ 9 Abs. 2 Nr. 4 KHG	§ 26 KHGG NRW
Erleichterung der Schließung	§ 9 Abs. 2 Nr. 5 KHG	§ 24 KHGG NRW

## Förderung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel

In NRW sind in den Jahren 2007 bis 2013 folgende Haushaltsansätze zur Finanzierung der Einzelfördermittel/Baupauschalen vorgesehen:

Haushaltsansätze 2007 bis 2013	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	Mio. EUR	Mio. EUR	Mio. EUR	Mio. EUR	Mio. EUR	Mio. EUR	Mio. EUR
Auszahlung alter Verpflichtungen	170	100	83,1	46,2	13,5	0	0
Auszahlungen für Baupauschalen	0	100	106,9	143,8	176,5	190	190
<b>Gesamtansatz Finanzierung nach § 9 Abs. 1 KHG</b>	<b>170</b>	<b>200</b>	<b>190</b>	<b>190</b>	<b>190</b>	<b>190</b>	<b>190</b>

Die Veröffentlichung von **Haushaltsplanansätzen** ist keine **Garanzusage** für die Höhe der zukünftigen Fördermittel im Land. Mit wenigen Beschlüssen können die veranschlagten Etatposten korrigiert werden. Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser würden dann möglicherweise weniger Baufördermittel erhalten.

Eine belastbare **Förderzusage für die nächsten 20 bis 30 Jahre** ist das Vorbeschriebene nicht. Bauvorhaben sind aber über einen langen Zeitraum zu fördern, wenn der Kapitaldienst Gegenstand der Fördermittelfinanzierung sein soll. Anderenfalls lebt der Krankenhausträger immer mit dem Risiko, nach einer gewissen Zeit Zins- und Tilgungskosten der Darlehensfinanzierung der Umbaumaßnahme nicht mehr aus Fördermitteln refinanzieren zu können.

**Kreditinstitute** werden sich bei der **Vergabe von Investitionsdarlehen** an Krankenhäuser mutmaßlich angesichts der unsicheren Zukunftsperspektive für die Investitionsförderung und das restriktive Finanzierungsumfeld in der übrigen Krankenhausfinanzierung bei der Ausreichung langfristiger Baukredite Zurückhaltung auferlegen.

### Pauschalförderung

Das zuständige Ministerium fördert im Rahmen seiner Haushaltsmittel

1. die **Errichtung von Krankenhäusern** (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern

mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (**Baupauschale**) und

2. die **Wiederbeschaffung** von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren bis zu 15 Jahren (**kurzfristige Anlagegüter**)

durch jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel wirtschaften kann, § 18 Abs. 1 KHGG NRW.

### **Förderung der Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau)**

Zwecks Konkretisierung der Zeitgrenze „**15 Jahre Nutzungsdauer**“ sieht das KHGG NRW eine Verordnungsermächtigung (§ 18 Abs. 2 Nr. 2 KHGG NRW) vor. So lange diese Verordnung nicht existiert, gilt die Übergangsvorschrift § 37 Abs. 1 KHGG NRW, die auf die alte **Abgrenzungsverordnung** vom 5. Dezember 1977 verweist.

Die Zeitgrenze „**3 Jahre Nutzungsdauer**“ bestimmt sich nach § 2 AbgrV. Danach sind „Gebrauchsgüter“ Anlagegüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von bis zu 3 Jahren sind. Eine weitere Konkretisierung des Begriffs Gebrauchsgüter ergibt sich aus dem Verzeichnis I der Anlage zur AbgrV (hier werden einige Beispiele für Gebrauchsgüter genannt).

Zahlreiche Gebrauchsgüter könnten bedingt durch die **neuen steuerlichen Abschreibungsregeln** für geringwertige Wirtschaftsgüter in den Wertgrenzen EUR 150 bis EUR 1.000 netto (§ 6 Abs. 2a EStG) aus der dreijährigen Nutzungsdauer herausfallen, weil diese Vermögensgegenstände des Anlagevermögens dann über fünf Jahre abgeschrieben werden. Ob ein Auseinanderfallen der steuerlichen Nutzungsdauer von fünf Jahren für Zwecke der Bilanzierung und eine Nutzungsdauer von drei Jahren für Zwecke der Krankenhausfinanzierung bei ein und demselben Wirtschaftsgut/Vermögensgegenstand zum Ansatz kommen können, ist fraglich.

Mit der 3. Lesung des **Krankenhausfinanzierungsreformgesetz** (KHRG) am 18. Dezember 2008 wurden die Vorschriften der AbgrV dahingehend geändert, dass die Wertuntergrenze für die „**gekorenen Verbrauchsgüter**“ in § 2 Nr. 3 AbgrV auf **EUR 150 netto** angehoben wurde. Die Wertgrenze für die sofort abzuschreibenden geringwertigen Anlagegüter ist entfallen, § 3 Abs. 1 Nr. 1 AbgrV. Das Krankenhaus entscheidet im freien Ermessen bis zu welcher Wertgrenze es Gebrauchsgüter sofort als Abschreibungsaufwand ergebnismäßig verrechnen

möchte. Die Obergrenze bestimmt sich nach den Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchhaltung. Diese Änderung tritt nach der **Verkündung** – voraussichtlich im März 2009 – in Kraft.

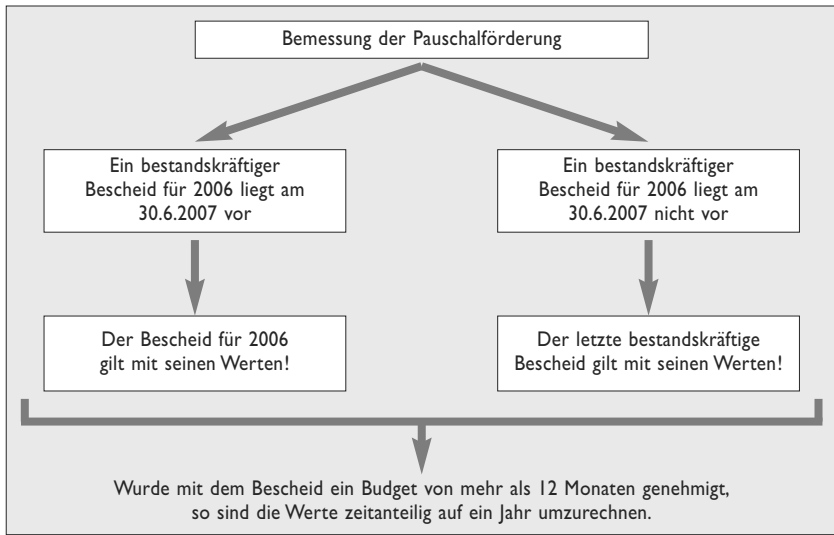
Bis **Dezember 2007** war im Hinblick auf die Bauförderung der Krankenhäuser (Neu-, Um- und Erweiterungsbau) eine **Objekt- bzw. Projektförderung in NRW** gesetzlich vorgeschrieben, die meistens als Festbetragsförderung ausgereicht wurde. Mit Einführung des **KHGG NRW** wird das Fördersystem abweichend von allen anderen Bundesländern auf eine **leistungsbasierte Pauschalförderung** umgestellt.

Bis Ende des Jahres 2007 war es möglich, Investitionsanträge über die 5 Bezirksregierungen (Arnsberg, Detmold, Düsseldorf, Köln und Münster) an das zuständige Gesundheitsministerium des Landes NRW zu stellen. Jedoch wurden in den Jahren 2006 und 2007 den Krankenhäusern keine neuen Einzelförderungsmaßnahmen bewilligt.

Für das Jahr 2008 startet die neue Bauförderung durch die Gewährung von Baupauschalen an 191 Krankenhäuser (Zählweise: Krankenhausplan 2006) und nach einer Übergangszeit bis 2012 wird sie alle 413 Plankrankenhäusern im Land erreichen. Maßgeblich für die Reihenfolge in der die Krankenhäuser die Baupauschalen erhalten, ist die Förderkennziffer. Die **Baupauschalen sind leistungsbasierte Pauschalen** auf der Basis des derzeit geltenden Entgeltsystems. Die gesetzlichen Leistungsparameter für die Pauschalförderung in NRW sind:

- die Summe der Bewertungsrelationen (der sog. Case-Mix) inkl. Überlieger
- das Budget der Zusatzentgelte inkl. Überlieger
- die Zahl der Berechnungstage im Bereich der Leistungen, die mittels tagesgleicher Pflegesätze abgerechnet werden
- die Zahl der Plätze in der Ausbildung.

Dabei sind **nicht** die tatsächlich erbrachten Leistungen, sondern die durch bestandskräftigen Feststellungsbescheid für das Krankenhaus festgesetzten **vereinbarten Leistungen zum 30. Juni des Vorjahres** Basis für die Fördermittelberechnung maßgeblich (§ 6 PauschKHFVO).



Nachfolgendes Zahlenbeispiel – dargestellt als Anlage zum Bescheid an das Musterkrankenhaus Sankt Salvator – soll die Ermittlung der Baupauschale und die Bemessung der pauschalen Fördermittel für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (Nutzungsdauer 3 bis 15 Jahre), die gemäß der Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) vom 18. März 2008 ermittelt wurden, verdeutlichen. Zu beachten ist, dass 4 wichtige Aussagen aus der Tabelle hervorgehen:

- Gewährung pauschaler Fördermittel zur **Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter**,
- Gewährung eines Anpassungsbetrages genannt „**Verlustausgleich**“
- Festlegung einer **Förderkennziffer** und Gewährung einer **Baupauschale**

Den Verlustausgleich erhalten die Krankenhäuser, die nach altem Förderrecht des KHG NRW mindestens pauschale Fördermittel zur Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter von mehr als EUR 50.000 pro Jahr verlieren. Von dem Anpassungsbetrag, um den der alte Förderbetrag unterschritten wird, wird zunächst ein Betrag von EUR 50.000 abgezogen. Von dem verbleibenden Rest werden 2008 noch 75 %, 2009 noch 50 % und 2010 noch 25 % Verlustausgleich gewährt. Ab 2011 entfällt der Verlustausgleich vollständig.

Anlage 1 zum Bewilligungsbescheid vom							31.12.2008	
Krankenhaus-Nr.	7775551							
Name:	Sankt Salvator							
Ort:	Bierendorf							
	Ar-R G...	Krankenhaus- grundlage	§ 18 Abs. 1 Nr. 2		§ 28 Abs. 1 Nr. 1			
			Mehr- plazier	Sonst. (4)	Mehr- plazier	Sonst. (4)		
<b>Fällwertbeträge (§ 2 PauschKHPVO)</b>								
Bewertungsfallwert einschließlich Überlager	15x 17	12.154,00	75.183	1.848.456,13	48.000	1.057.420,88		
<b>Tageswertbeträge (§ 3 PauschKHPVO)</b>								
1. Halbjahr 08		24.831,00	4.320	101.320,16	792,00	16.711,04		
2. Halbjahr 08		10.170,00	3.300	27.484,10	4.350	47.861,15		
<b>Budgetbeträge (§ 4 PauschKHPVO)</b>								
Beträge § 4 Abs. 1 PauschKHPVO		168.360,4	2.824	162.70,10	1.624	12.847,81		
Zuschussrecht (inkl. Überlager)	1.3x 5	228.701,0						
Inkl. duale Einzelbetten - 10 Abs. 1 HPBtztG	3.15x 21		111					
	3.25x 4	154.700,0						
	3.15x 5	85.800,0						
Zuschussentgelte gem. § 6 Abs. 2a HPBtztG			114					
Zuschussentgelte gem. § 6 Abs. 2c HPBtztG		2.700,0						
<b>Ausbildungsbeträge (§ 5 PauschKHPVO)</b>								
Ausbildungsplätze *)		150	105,00	15.000,00	64,00	9.600,00		
Anspruch 2008 vor Übergangsbestimmungen			1.817.683,29		1.387.148,23			
<b>Verlusteigleich (§ 10 PauschKHPVO)</b>								
Leistungsausgleichsgerauschmittel aussond.		2.170.851,70						
Fremdförderung		203.110,0						
Ausgleich des € 50.000-Bonuswertes (in den 10 Jahren)		-183.270,54	75%	137.452,90				
<b>Festsetzung der Förderbeiträge (§ 9 PauschKHPVO)</b>								
Umfangliche Werkstättenleistungen Landesförderungsgerauschmittel aussond. § 9 Abs. 3 PauschKHPVO		22.594.640,94						
Sonderposten		18.796.043,00						
Verstärkungsleistungen		3.287.803,94						
Rechtsmittel aussond. vor Übergangsbestimmungen		3.207.148,70						
Förderbeiträge		16.238						
<b>Förderanspruch 2008</b>			3.845.018,07		1.387.148,23			

Vorstehende Anlage zu den Bewilligungsbescheiden ist für alle Krankenhäuser in NRW zunächst zum 17. November 2008 von den 5 Bezirksregierungen in NRW versandt worden. Diese Bewilligungsbescheide waren bei allen 413 Krankenhäusern in NRW fehlerhaft und änderungsbedürftig, weil für 34 Krankenhäuser

im Bereich der Bezirksregierung Detmold die effektiven Bewertungsrelationen für Überlieger-Patienten nicht in die Berechnung der Pauschalen nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW einbezogen worden waren. Dabei sind Überlieger solche Patienten, die im alten Geschäftsjahr aufgenommen und im neuen Geschäftsjahr entlassen werden. Beispielsweise Patienten, die in 2005 aufgenommen und 2006 entlassen wurden. Der regionale Fehler aus Ostwestfalen-Lippe wirkt sich jedoch auf alle Krankenhäuser im Land NRW aus. So betragen die Multiplikatoren in ganz NRW gem. § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW nicht EUR 49,134 je effektiver Bewertungsrelation bzw. gem. § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW EUR 73,805 je effektiver Bewertungsrelation wie in den Bescheiden vom 17. November 2008 ausgewiesen war, sondern gem. § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW EUR 48,909 je effektiver Bewertungsrelation bzw. gem. § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW EUR 73,469 je effektiver Bewertungsrelation. Aufgrund der geänderten Multiplikatoren ergeben sich auch neue Förderkennziffern für alle Krankenhäuser im Land und somit ergeben sich in kleinerem Umfang auch Verschiebungen hinsichtlich des Jahres der Erstförderung nach der Baupauschale.

### Fälligkeit der Investitionspauschalen

Die **Baupauschale** (§ 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW) wird an die Krankenhäuser grundsätzlich **einmal jährlich zum 1. Juli** ausgezahlt. Im ersten Jahr nach dem Inkrafttreten der PauschKHFVO – also 2008 – kann aus Gründen der Datenerhebung von dem gesetzlich zugesicherten Termin abgewichen werden (§ 8 Abs. 1 PauschKHFVO). Die Auszahlung erfolgte im Dezember 2008.

Die **Pauschalen für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter** (Nutzungsdauer 3 bis 15 Jahre) werden in **vier gleichen Raten jeweils zur Mitte eines Quartals** ausgezahlt.

### Ab wann erhält das einzelne Krankenhaus Investitionspauschalen?

Die **Pauschalen für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter** werden ab 2008 vollumfänglich gezahlt. Für die ersten 3 Quartale 2008 erhielten die Krankenhäuser ihre Quartalsabschlagszahlungen bemessen an der bisherigen Förderung gemäß § 25 KHG NRW; mit der Ausreichung der geänderten Förderbescheide zum 1. Dezember 2008 wurden die Pauschalen auf die Modalitäten des KHGG NRW umgestellt. Mit der Zahlung der 4. Rate wurden die Abschlagszahlungen entsprechend korrigiert.

Die Haushaltsmittel des MAGS NRW für die **Förderung der Baupauschale** reichen 2008 bis 2011 nicht aus, um alle Plankrankenhäuser in NRW ab 2008

in vollem Umfang zu fördern. Die Krankenhäuser wachsen daher schrittweise in die neue Bauförderung hinein. Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser erhalten in der Übergangszeit entweder die volle Förderung oder keine Baupauschale. Maßgeblich für die Reihenfolge ist die sog. Förderkennziffer.

Zur Festlegung des **Zeitpunkts der erstmaligen Förderung** mittels der Baupauschale wird einmalig auf der Basis der Daten des Jahresabschlusses 2006 für jedes Krankenhaus die „Förderkennziffer“ wie folgt errechnet:

Förderkennziffer = „Heutiger Wert“ der bisherigen Landesförderung / Wert der Baupauschale
---

Förderkennziffer = Sonderposten + Verbindlichkeiten KHG / Wert der Baupauschale
---

Der sog. „**heutige Wert**“ der **bisherigen Landesförderung** (§ 9 Abs. 3 Pausch KHfVO) ist definiert als Summe der zum 31.12.2006 bilanzierten und testierten Sonderposten und Verbindlichkeiten für Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG. Mit der Beantragung der Baupauschale sind die Bilanzansätze der Sonderposten und Verbindlichkeiten für Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG testiert vom Wirtschaftsprüfer oder der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft des Krankenhauses der zuständigen Behörde anzugeben. Für den Fall, dass die Förderkennziffer nicht über dem Wert von 20,5518 liegt, erhalten die Krankenhäuser Baupauschalmittel bereits in 2008 (vor der Fehlerkorrektur betrug der Wert der Förderkennziffer 21,0340). Krankenhäuser mit einer **höheren Förderkennziffer** erhalten die Baupauschale **in den Jahren 2009 bis 2011**, möglicherweise **erst im Jahr 2012**. Ein Krankenhaus, das die Baupauschale erst 2012 erhält, **verliert** die Fördermittel aus der Baupauschale für die Jahre 2008 und ggf. bis 2011 **endgültig**.

## 6.2 Besondere Beträge

Ein besonderer Betrag kann für **Zwecke der Investitionsfinanzierung** gem. § 18 KHGG NRW – also sowohl für die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) als auch für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 Jahren und bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter) – bewilligt werden, soweit dies zur **Erhaltung der Leistungsfähigkeit** des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im **Krankenhausplan** bestimmten Aufgaben **notwendig** und **ausreichend** ist. Es handelt sich somit um eine Ermessensentscheidung des MAGS, einen besonderen Betrag auszureichen.



Für die **Beschaffung von Medizinprodukten** – i.e. **größeren Geräten** gemäß einer besonderen Liste des MAGS – ist zusätzliche Voraussetzung für die Bewilligung eines Besonderen Betrags der Nachweis, dass diese Kosten

- nicht durch Einnahmen aus verdienten Abschreibungsbeträgen aus den Gebühren der das Medizinprodukt nutzenden liquidationsberechtigten Ärztinnen und Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen sowie aus den Sachkostenerstattungen für die Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten aus anderen Krankenhäusern, die zur Beschaffung von Medizinprodukten (Geräten) gemäß der oben genannten Liste des MAGS angesammelt werden können und
- nicht aus noch nicht zweckentsprechend verwendeten Fördermitteln gedeckt werden können.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Voraussetzungen für die Gewährung eines besonderen Förderungsbetrags hoch gesteckt sind. Bei einer besonderen Bauförderung ist nachzuweisen, dass der Erhalt der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses ohne die besondere Förderung nicht gegeben wäre. Das nachzuweisen wird in der Regel noch nicht ausreichen, sondern vielmehr stellt sich dann auch die Frage der Bedarfsnotwendigkeit des Krankenhauses. Nur wenn das MAGS überzeugt ist, dass das antragstellende Krankenhaus unverzichtbar für die Bevölkerung ist, wird ein besonderer Förderbetrag für Bauzwecke bewilligungsfähig sein.

### 6.3 Ausgleichsleistungen bei Schließung

Gemäß § 24 KHGG NRW haben die Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung des zuständigen Ministeriums ganz oder mindestens mit einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausscheiden, auf Antrag Anspruch auf eine pauschale Ausgleichsleistung, soweit diese erforderlich ist, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern. Die pauschale Ausgleichsleistung beträgt 1% des genehmigten Budgets des Krankenhauses (§§ 11 Abs. 1, 14 Abs. 1 KHEntgG und §§ 17 Abs. 1, 20 Abs. 1 BPfIV). Maßgeblich ist hierfür das 12 Monate umfassende, genehmigte Budget des der Schließung vorangegangenen Jahres. Bei Ausscheiden einer Abteilung ist der dieser Abteilung entsprechende Anteil des Budgets zugrunde zu legen.

Damit ist eine Verschlechterung gegenüber der bisherigen Förderung eingetreten, die eine Förderung der nachgewiesenen berücksichtigungsfähigen Kosten zu ließ (§ 30 Abs. 3 KHG NRW).

## 6.4 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen

Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW vor Aufnahme in den Krankenhausplan (das ist in der Regel der 1.1.1972) Darlehen auf dem Kapitalmarkt aufgenommen worden, so werden vom Zeitpunkt der Aufnahme in den Krankenhausplan in Höhe der sich hieraus ergebenden Belastungen Fördermittel bewilligt. Gleiches gilt, wenn Gemeinden ihren Krankenhäusern Kommunaldarlehen ausgereicht haben und diese nicht in Zuschüsse umgewandelt wurden. Landesdarlehen für förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt, § 25 Abs. 1 KHG NRW. Die Beschränkung dieser Förderart erfolgt durch den Begriff „Förderfähige Investitionskosten“.

Sind während der Förderzeit die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen höher als die geförderten Tilgungsbeiträge, 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, § 25 Abs. 2 KHG NRW.

## 6.5 Ausgleich für eingesetzte Eigenmittel

Werden in einem Krankenhaus bei Beginn der erstmaligen Förderung nach dem Bundes KHG oder diesem Gesetz – in der Regel ist dieser Zeitpunkt der 1.1.1972 – 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 gem. § 26 Abs. 1 KHG NRW 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 Krankenhauszwecke genutzt wird. Eigenmittel im diesem Sinne sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers. Zu diesem aufschiebend bedingten Förderanspruch gehört in der Krankenhausbilanz der sog. „Ausgleichsposten für Eigenmittel“ nach § 5 Abs. 5 KHBV.

Die Anspruchsgrundlagen dieser Forderung auf Fördermittel werden für Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft durch den Beschluss des Ober-

verwaltungsgerichts Hamburg vom 18.3.2005, Az.: 1 Bf 228/03, KRS 05.091, zunehmend in Frage gestellt.

Die Klägerin – die Landesbetrieb Krankenhäuser der Freien und Hansestadt Hamburg AÖR – klagte vergeblich auf Zahlung eines Ausgleichs für die Abnutzung von Anlagegütern, die in den Jahren 1948 bis 1971 für das Hafenkrankenhaus aus städtischen Mitteln beschafft worden waren. Sie stützt sich dabei im Wesentlichen auf § 26 Abs. 1 des Hamburgischen Krankenhausgesetzes (HmbKHG) vom 17. April 1991 (GVBl. S. 127), dessen Regelungsinhalt weitgehend § 26 KHGG NRW entspricht. Das Oberverwaltungsgericht Hamburg wies die Klage ab, weil die Klägerin als juristische Person des öffentlichen Rechts nicht Grundrechtsträger des Eigentumsrechts gemäß Art. 14 Abs. 1 GG sei. **Wie das Bundesverfassungsgericht bereits wiederholt entschieden hat, schützt Art. 14 GG als Grundrecht nicht das Privateigentum, sondern das Eigentum Privater** (vgl. BVerfG, Beschl. v. 8.7.1982, BVerfGE, Bd. 61 S. 82, 108 f.; Beschl. v. 23.7.2002, NVwZ 2002, S. 1366; vgl. ferner Jarass/Pieroth, GG, 7. Aufl. 2004, Art. 14 Rdnr. 28; Krüger/Sachs in: Sachs, GG, 3. Aufl. 2003, Art. 19 Rdnr. 89 ff.).

Wie bereits die erste Instanz zutreffend ausgeführt hatte, ergibt sich aus § 5 Abs. 5 KHBV lediglich, dass in Höhe der Abschreibungen auf die aus Eigenmitteln des Krankenhausträgers vor Beginn der Förderung beschafften Vermögensgegenstände des Anlagevermögens, für die ein Ausgleich für die Abnutzung in der Zeit ab Beginn der Förderung verlangt werden kann, in der Bilanz auf der Aktivseite ein „Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung“ zu bilden ist. **Ob in Fällen der vorliegenden Art ein solcher Ausgleichsanspruch besteht, ergibt sich daraus nicht.** Auch der LBK AÖR bestreitet nicht, dass sich die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für den Eigenmittelausgleichsanspruch allein aus § 26 Abs. 1 HmbKHG i.V.m. den einschlägigen Bestimmungen des KHG ergeben.

## 6.6 Anlauf- und Umstellungskosten

Anlauf- und Umstellungskosten – nach Bundesrecht § 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG – sind gem. § 27 KHGG NRW nur förderfähig, wenn sie mit einer nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 geförderten Bauinvestition im Zusammenhang stehen und die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs deswegen gefährdet wäre, weil dem Krankenhausträger die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten ist. Wenn einem Träger die Anlauf- und Umstellungskosten nicht zuzumuten sind, steht in der Regel zu vermuten, dass dieser Träger nicht über die ausreichende Finanzausstattung verfügt, die ein neuer Krankenhausträger aufbringen muss, um mit einem Ver-

sorgungsauftrag für eine Region (Einzugsgebiet) zu versorgen. Es kann sich somit ausschließlich im Einzel- bzw. Sonderfälle handeln.

## 6.7 Widerruf der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln

Die Vorschrift des § 28 KHGG NRW regelt zwei Fälle:

- Widerruf des Bewilligungsbescheides wegen nicht genehmigten Abweichens von den Feststellungen nach § 16 oder völlig oder teilweise fehlende Aufgabenerfüllung nach den Feststellungen im Bescheid nach § 16
- Rückforderung gewährter Fördermittel bei nicht zweckentsprechender Verwendung oder weil zum Ende der Nutzung dieser Vermögensgegenstände für Krankenhauszwecke diese noch nicht vollständig abgeschrieben waren.

Die **Feststellungsbescheide** für die einzelnen Krankenhäuser nach § 16 KHGG NRW weisen **nur noch Rahmendaten** der stationären Krankenhausversorgung im Versorgungsgebiet aus. Auf eine Darstellung der anerkannten **Planbetten nach Abteilungen** wird **zukünftig verzichtet**; die Zuordnung des Krankenhauses zu einer **Versorgungsstufe ist ebenfalls nicht** Bestandteil der Bescheide. Insofern wird der Nachweis eines Verstoßes gegen die Festlegungen des Feststellungsbescheides schwieriger.

Der Tatbestand der fehlenden Aufgabenerfüllung nach den Feststellungen im Bescheid nach § 16 hat bereits in der Vergangenheit keine nennenswerte Rolle gespielt. Eine fehlende Aufgabenerfüllung liegt z.B. vor, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan ausscheidet. In diesen Fällen soll allerdings von einem Widerruf der Bewilligungsbescheide abgesehen werden, wenn das Ausscheiden im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde erfolgt.

Die Baufinanzierung eines neurochirurgischen Operationszentrums im Rahmen einer im Krankenhausplan ausgewiesenen Chirurgischen Abteilung aus Fördermitteln dürfte ein derartiger Verstoß gegen die Krankenhausplanung sein. Ob dagegen die Förderung der Umbaukosten einer Station für Zwecke der stationären schmerztherapeutischen Behandlung bei Ausweis einer Anästhesie im Krankenhausplan eine zulässige bzw. eine unzulässige Fördermittelverwendung im Rahmen der Vorgaben des § 28 Abs. 1 KHGG NRW darstellt, ist gewiss schwieriger zu beurteilen. Sie ist jedoch Prüfungsgegenstand bei der Beurteilung der ordnungsgemäßen Verwendung der pauschalen Fördermittel nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW.

Eine **nicht sachgerechte Verwendung der Pauschalmittel** könnte beispielsweise dann gegeben sein, wenn derartige Mittel nicht für stationäre Zwecke sondern stattdessen z.B. für ambulante Zwecke verwendet werden. Insoweit ist auf die Regelung des § 21 Abs. 2 KHGG NRW zu verweisen, der solche Investitionen von der Förderung ausnimmt, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung dienen. Es droht bezogen auf den Einzelfall die Rückforderung der Fördermittel durch das Land. Es handelt sich demnach um eine Ermessensentscheidung, ob das MAGS dem Krankenhaus die Mittel völlig entzieht (**Rückforderung**) oder ob nur eine **Umbuchung der Finanzmittel** in die noch nicht verwendeten Fördermittel des Krankenhauses verlangt wird.

## 7. ABTRETUNG VON FÖRDERMITTELN

Krankenhäuser dürfen ihren Anspruch auf Mittel der Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW 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, § 20 KHGG NRW.

### 7.1 Gegenstand der Abtretung

Gegenstand der Abtretung ist der Anspruch auf Förderung der Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausstattung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (Baupauschale) bzw. entsprechende Anwartschaften. Soweit die Bezirksregierung Fördermittelanträge und -anwartschaften **durch Auszahlung** erfüllt hat, kommt eine **Abtretung nicht in Betracht**, weil es insoweit an einem abtretbaren Anspruch fehlt.

Ein **Anspruch auf Förderung entsteht** nach § 19 Abs. 2 KHGG NRW mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel (**Bewilligungsbescheid**). Abgetreten wird daher der auf dem Bewilligungsbescheid beruhende Zahlungsanspruch, soweit und solange dieser noch nicht erfüllt worden ist. Vor diesem Hintergrund kann der Anspruch dann abgetreten werden, wenn der Bewilligungsbescheid bestandskräftig ist.

Abgetreten werden kann darüber hinaus aber auch eine entsprechende **Anwartschaft**. Zu klären ist, wann eine solche Anwartschaft besteht, die der Abtretung zugänglich ist.

Im Zivilrecht entstehen Anwartschaftsrechte immer dann, wenn von dem mehraktigen Entstehungstatbestand eines Rechts schon so viele Erfordernisse erfüllt sind, dass von einer gesicherten Rechtsposition des Erwerbers gesprochen werden kann, die der andere an der Entstehung des Rechts Beteiligte nicht mehr einseitig zu zerstören vermag (BGH 49, 201; BGH 83, 399; BGH NJW 94, 3100; BGH NJW 96, 1741).

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung sind Anwartschaften durch Beitragszahlung erworbene Werte, die zum Zeitpunkt der Leistungsgewährung zum Anspruch werden. Die Rente kann nur gezahlt werden, wenn eine gewisse Anwartschaft besteht. Derjenige, der bereits für 60 Monate Pflicht- oder freiwillige Beiträge gezahlt hat, hat damit eine Anwartschaft auf die Regelaltersrente

mit Erreichen der Regelaltersgrenze erworben. Er erhält die Leistung aber erst dann, wenn er die Regelaltersgrenze vollendet hat und die Regelaltersrente beantragt.

Mit letzterem vergleichbar ist der vorliegende Sachverhalt. Der Anspruch auf Förderung entsteht **dem Grunde nach bereits mit Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan** und hinsichtlich der Baupauschale mit Aufnahme in das Investitionsprogramm eines Landes, § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG.

Das Investitionsprogramm hat eine zweifache Funktion: die haushaltswirtschaftliche Funktion sowie die Steuerungs- und Verteilungsfunktion (Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, Kommentare, KHG § 6 III, 1, unter Bezugnahme auf OVG Münster, Urteil vom 10.06.1979, X A 1415/77 (Krankenhausrecht Entscheidungssammlung 05/KHG/09)). Der Landeshaushalt sei ein Budget; er müsse vorausschauend festgelegt werden. Dies erfordere auch eine Festlegung (Begrenzung) der für den Krankenhausbau zur Verfügung stehenden Mittel. Das Instrument hierzu sei das Investitionsprogramm: haushaltswirtschaftliche Funktion. Da das Investitionsvolumen jedoch fast immer begrenzt sein und unter dem angemeldeten Bedarf liegen werde (was in NRW bisher stets der Fall gewesen ist, Stichwort Investitionsstau), müsse eine sachgerechte, mit den Zielen des § 1 in Einklang stehende Auswahl getroffen werden. Hierin liege die zweite Funktion des Investitionsprogramms: die Verteilungs- und Steuerungsfunktion.

Nach § 19 Abs. 1 KHGG NRW wird zwar noch die Aufstellung eines Investitionsprogramms gefordert. Ein solches ist jedoch nicht der Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) vom 18.03.2008 zu entnehmen. Insoweit ist die Baupauschale in der juristischen Literatur kritisch und als nicht vereinbar mit den bundesrechtlichen Regelungen beurteilt worden (Degener-Hencke NZS 09, 6 ff. m.w.N.). Die haushaltswirtschaftliche Funktion des Investitionsprogramms bestimmt § 9 Abs. 1 PauschKHFVO bis einschließlich des Jahres 2011 durch die Verordnung selbst, in dem dort ein Gesamtbetrag in Höhe von 190 Mio. Euro bestimmt wird. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt die Begrenzung durch Festlegung des Haushaltsansatzes. Die Verteil- und Steuerungsfunktion (des Investitionsprogramms) übernimmt die Festlegung der Förderkennziffer nach § 9 Abs. 4 PauschKHFVO: mit der niedrigsten Förderkennziffer beginnend werden entsprechend der Förderkennziffer in jedem Jahr so viele Krankenhäuser neu in die Förderung durch die Baupauschale aufgenommen, bis der Haushaltsansatz für die pauschale Förderung zur Errichtung von Krankenhäusern gem. § 18 Abs. 1 Nr. KHGG NRW ausgeschöpft ist. Die zustän-

dige Behörde gibt jährlich die Förderkennziffer des letzten, in die Förderung neu aufgenommenen Krankenhauses bekannt.

Demgegenüber hat das OVG Münster in seinem Urteil vom 20.06.1979 (a.a.O.) das Investitionsprogramm i.S.v. § 6 KHG als behördeninternen Vorgang qualifiziert, der der Vorbereitung der Entscheidung über den geltend gemachten Anspruch auf Fördermittel diene. Die Feststellung der Aufnahme in das Investitionsprogramm müsse nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht als förmlicher Bescheid ergehen. Überträgt man diese Grundsätze auf die Bestimmungen nach § 9 PauschKHFVO, so würde auch die Mitteilung der Förderkennziffer an das Krankenhaus, sowie die jährliche Bekanntgabe des letzten, in die Förderung neu aufgenommenen Krankenhauses rein verwaltungsinterne Maßnahmen darstellen, die keiner gerichtlichen Überprüfung zugänglich sind. Die gerichtliche Überprüfung könnte erst nach Bekanntgabe des Bescheides über die beantragte Förderung erfolgen.

Insofern bleibt lediglich die nach § 8 Abs. 1 KHG i.V.m. § 16 Abs. 1 KHGG NRW festgestellte Aufnahme in den Krankenhausplan sowie der nach § 17 KHGG NRW erforderliche Antrag auf Gewährung der Baupauschale als taugliches Anknüpfungskriterium für die Annahme einer Anwartschaft auf die Baupauschale, die abgetreten werden kann.

## 7.2 Abtretungsempfänger

Abtretungsempfänger können nach § 20 KHGG NRW **nur andere förderungsrechtliche Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen** sein.

Die Abtretung erfordert (zivilrechtlich) einen Vertrag zwischen dem Abtretenden und dem Abtretungsempfänger, § 398 BGB. Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 30.10.1992, 7 C 24/92 (Münster), NJW 1993, S. 1610) sind die Vorschriften des BGB über die Abtretung einer Forderung mit Ausnahme des § 411 BGB auf öffentlich-rechtliche Forderungen nicht unmittelbar, sondern nur unter Beachtung der Besonderheiten der jeweils einschlägigen Rechtsmaterie anzuwenden. Werden die §§ 398 ff. BGB auf öffentlich-rechtliche Forderungen landesrechtlichen Ursprungs angewendet, dienen sie der Ergänzung des Landesrechts und teilen infolgedessen die Eigenschaften dieses Rechts als nicht revisibles Recht. Das Bundesverwaltungsgericht kann daher weder den Kontrollmaßstab, den die Verwaltungsgerichtsbarkeit des Landes an die Wirksamkeit der Abtretung anlegt, noch die Rechtsauffassung der Verwaltungsgerichtsbarkeit, ob die in Rede stehende



Forderung ihrer Art nach abtretbar war, einer eigenen Überprüfung unterziehen.

Die Förderung erfolgt zugunsten von Krankenhäusern, wobei Empfänger des Bescheides und nachfolgend der Mittel der Träger des Krankenhauses als rechtsfähige Person ist. Dies wirft keine besonderen Probleme auf, wenn die Krankenhausträger verschiedene juristische oder natürliche Personen sind.

Wie ist aber zu verfahren, wenn **ein Krankenhausträger mehrere Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen** betreibt? Nach dem Gesetzeswortlaut muss auch in diesem Fall eine Abtretung zwischen den einzelnen Krankenhäusern (des gleichen Trägers) möglich sein. Der Abschluss eines Vertrages kommt u.E. hier aber nicht in Betracht, da der (einheitliche) Krankenhausträger diesen Vertrag mit sich selbst abschließen müsste. Insofern muss eine **entsprechende Erklärung gegenüber der Bewilligungsbehörde** ausreichen, dass die Forderung auf Zahlung der Baupauschale bzw. die entsprechende Anwartschaft nicht für das berechnete Krankenhaus des Trägers, sondern für ein anderes Krankenhaus des Trägers (in Nordrhein-Westfalen) verwendet werden soll. Diese (einseitige) Erklärung darf nicht widerrufbar sein, da in dem Fall, dass ein Vertrag über die Abtretung geschlossen worden ist, dieser auch nicht einseitig beendet werden kann. Vor diesem Hintergrund ist auch ausgeschlossen, dass ein Krankenhausträger die Baupauschalen seiner Krankenhäuser zentral vereinnahmt und je nach Bedarf an die einzelnen in seiner Trägerschaft stehenden Krankenhäuser verteilt.

Da Abtretungsempfänger nur förderungsberechtigte Krankenhäuser sein können, ist nach dem Gesetzeswortlaut eine **Abtretung** von Zahlungsansprüchen aus Bewilligungsbescheiden oder entsprechender Anwartschaften zur Sicherung von Darlehen **an Banken ausgeschlossen**. Insofern stellt sich die Frage nach dem Sinn der gesetzlichen Regelung. Welcher Krankenhausträger kann vor dem Hintergrund des bereits seit Jahren währenden Investitionsstaus ein Interesse daran haben, den Zahlungsanspruch auf Fördermittel oder die entsprechende Anwartschaft an ein konkurrierendes Krankenhaus abzutreten? Dieses Interesse kann allenfalls dann angenommen werden, wenn die Gegenleistung des Abtretungsempfänger-Krankenhauses für das abtretende Krankenhaus gegenüber dem Anspruch auf Förderung höherwertig ist. Interessant ist die Abtretung u.E. für Krankenhausträger, die mehrere Krankenhäuser in NRW betreiben, da diese die Möglichkeit der Bündelung von Förderansprüchen haben.

## 7.3 Anzeige der Abtretung

### Gegenstand der Anzeige

Nach § 20 KHGG NRW ist die Abtretung mit Zustimmung der zuständigen Behörde zulässig. Die beabsichtigte Abtretung ist der zuständigen Behörde anzuzeigen. Die **Zustimmung gilt als erteilt**, wenn die zuständige Behörde **nicht** innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Abtretungsanzeige **schriftlich widerspricht**. Hieraus ergeben sich vielfältige Fragen:

Das Gesetz spricht zunächst davon, dass die beabsichtigte Abtretung anzuzeigen ist. Hieraus folgt, dass lediglich die Absicht der Abtretung, nicht jedoch die Abtretung selbst anzuzeigen ist. Allerdings fingiert das Gesetz die Zustimmung (zur Abtretung), wenn kein schriftlicher Widerspruch innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Abtretungsanzeige erfolgt ist. Erforderlich ist vor diesem Hintergrund u.E. mehr als die Anzeige der Abtretungsabsicht, vielmehr ist anzeigepflichtig der zivilrechtliche Abtretungsvertrag, dessen Wirksamkeit allerdings von der Zustimmung der zuständigen Behörde bzw. von dem Eintritt der Zustimmungsfiktion nach Fristablauf abhängig ist. Wenn ein solcher Vertrag nicht abgeschlossen werden kann (Abtretung zwischen zwei Krankenhäusern des gleichen Trägers), muss die Erklärung des Krankenhausträgers genügen, die nach erfolgter Zustimmung auch nicht mehr widerrufbar sein darf.

### Rechtsnatur eines möglichen Widerspruchs

Bei dem zeitlich gebundenen, möglichen Widerspruch der Behörde handelt es sich u.E. um einen anfechtbaren Verwaltungsakt gegenüber dem anzeigenden Krankenhausträger. Denn mit dem möglichen Widerspruch regelt die Behörde einen Einzelfall auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts. Dies hat zur Folge, dass bei Anfechtung des Widerspruchs durch den – abtretenden – Krankenhausträger erst nach rechtskräftigem Abschluss des Verfahrens feststeht, ob die Behörde der Abtretungsanzeige rechtmäßig widersprochen hat. Da mit der Auszahlung der Fördermittel der – abgetretene – Anspruch erfüllt ist, könnte die Behörde durch ihren Widerspruch und Auszahlung der Fördermittel an den ursprünglich Berechtigten die Abtretung vereiteln. In Betracht käme, bei Feststellung der Rechtswidrigkeit des behördenseitigen Widerspruchs, dann nur ein **Schadenersatzanspruch** des abtretenden Krankenhausträgers, dessen Nachweis allerdings schwierig sein dürfte.

### Zahlung an den Altgläubiger nach Abtretung

Dies wirft die weitere Frage auf, wie in dem Fall zu verfahren ist, dass die Behörde trotz Abtretung des Anspruchs auf Förderung bzw. der Anwartschaft die Mittel an das abtretende Krankenhaus (**Altgläubiger**) zahlt. Nach § 407 Abs. 1 BGB kann der Schuldner einer abgetretenen Forderung **nicht mehr schuldbefreiend** an den alten Gläubiger **leisten**, wenn er bei der Leistung die Abtretung kennt. Kann in diesen Fällen von einer Kenntnis der Behörde von der Abtretung ausgegangen werden?

Soweit die Behörde nach § 20 KHGG NRW der Abtretung zugestimmt hat bzw. nach entsprechender Anzeige nicht innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Abtretungsanzeige schriftlich widersprochen hat, muss von der Kenntnis der Behörde über die Abtretung ausgegangen werden. Eine Leistung kann daher mit schuldbefreiender Wirkung nur noch an den neuen Gläubiger erfolgen. Die Behörde kann allerdings, soweit die Voraussetzungen eines Widerrufs des Bewilligungsbescheides vorliegen, von diesem Widerruf Gebrauch machen und damit der Abtretung die Rechtsgrundlage entziehen. Damit beseitigt sie auch rückwirkend die Wirkung des Bewilligungsbescheides und kann die ausbezahlten Mittel (von dem Altgläubiger) zurückfordern (OVG Münster, Urteil vom 30.07.1990, Az.: 4 A 219/90, DÖV 1991, S. 564; nachgehend BVerwG, Urteil vom 30.10.1992, Az.: 7 C 24/92, NJW 1993, S. 1610).

## 8. VERWENDUNGSMÖGLICHKEITEN DER FÖRDERMITTEL UND IHRE ERFOLGSWIRKSAMKEIT IN DER BUCHHALTUNG SOWIE IM ABSCHLUSS (MONATS-, QUARTALS- ODER JAHRESABSCHLUSS)

### 8.1 Grundsätze der Verwendung der Fördermittel aus Baupauschalen

Der Grundsatz lautet: Das Krankenhaus wirtschaftet mit den Mitteln aus den **Baupauschalen** im Rahmen der Zweckbindung frei. Es bestimmt beispielsweise selbst den förderfähigen Anteil eines Um- oder Erweiterungsbaus, für den die Mittel verwendet werden sollen. Förderanträge betreffend bestimmte Baumaßnahmen – beispielsweise an die örtlich zuständige Bezirksregierung – sind nicht zu stellen. Es ist zulässig, nicht verbrauchte Pauschalmittel erst in Folgejahren entsprechend dem Förderzweck zu verwenden (§ 21 Abs. 4 KHGG NRW); d.h. anders als bei kameraler Rechnungslegung sind die ausgereichten Fördermittel nach Ablauf des Haushaltsjahres nicht an die Landeskasse zurück zu zahlen. Sie verbleiben beim geförderten Krankenhaus, auch wenn sie zum Ablauf des Jahres noch nicht verwendet worden sind.

Dennoch wurden die Gedanken der kameralistischen Haushaltsführung nicht völlig beiseite gelegt, wie sich an der Verwendungsvorschrift des § 21 Abs. 7 KHGG NRW zeigt. Die Pauschalfördermittel gemäß § 18 Abs. 1 KHGG NRW müssen getrennt nach Nr. 1 und Nr. 2 auf jeweils einem gesonderten Bankkonto geführt werden. Zinserträge aus der Bestandsführung nicht verwendeter Fördermittel, Erlöse aus der Veräußerung geförderter Anlagegüter bzw. ersatzweise auch Versicherungsleistungen sind dem jeweiligen Bankkonto zuzuführen.

Jedes Krankenhaus sollte für sich prüfen, ob es nicht drei gesonderte Bankkonten benötigt:

**Erstes Bankkonto:** Es enthält die ausgezahlten, aber noch nicht zweckentsprechend verwendeten Baupauschalen.

**Zweites Bankkonto:** Es enthält die ausgezahlten, aber noch nicht zweckentsprechend verwendeten Pauschalmittel für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (ggf. nur zu 70 % der Summe, weil bis zu 30% für Bauzwecke umgewidmet und verwendet werden dürfen)

**Ggfs. Drittes Bankkonto:** Es enthält die ausgezahlten, aber noch nicht zweckentsprechend verwendeten Pauschalmittel, die gemäß § 21 Abs. 9 KHGG NRW in Höhe von 30 % für Zwecke der Baupauschale verwendet werden dürfen. Auf diese kameraler Technik der Bankkontoführung kann verzichtet werden, wenn durch anderweitige Nebenrechnung der umzuwidmende 30 %-ige Anteil nachweisbar bleibt.

Neben diesen eher formalen Fördermittelverwendungsvorschriften bestehen zusätzlich inhaltlich geprägte Voraussetzungen, die einzuhalten sind, damit die im Krankenhaus vorhandenen und/oder zukünftigen Baupauschalmittel gesetzeskonform verwendet werden (**Zweckbindung**):

- Es muss sich um **aktivierungspflichtige Baumaßnahmen** (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) handeln.
- Die Förderung darf ausschließlich **Aufgaben des Versorgungsauftrages** dieses Krankenhauses erfassen.
- Es sind ausschließlich Investitionen, die der **stationären Krankenhausbehandlung dienen**, förderfähig; nicht gefördert werden insbesondere Ambulanzbereiche, Bereiche für Zwecke der Forschung und Lehre sowie fremdgenutzte Gebäudeteile oder -flächen.

### Aktivierungspflichtige Baumaßnahmen

Die **Frage der Aktivierungspflicht** regelt sich nach den handelsrechtlichen Beurteilungskriterien der Abgrenzung von Aktivierung und Instandhaltung.

Eine **erste Abgrenzungsregel** bietet § 4 Abs. 1 AbgrV: Instandhaltungskosten sind die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern des Krankenhauses, wenn dadurch das Anlagegut in seiner Substanz nicht wesentlich vermehrt, in seinem Wesen nicht erheblich verändert, seine Nutzungsdauer nicht wesentlich verlängert oder über seinen bisherigen Zustand hinaus nicht deutlich verbessert wird.

**Weitere Kriterien** finden sich in § 255 Abs. 1 und 2 HGB in Form der handelsrechtlichen Definition der Anschaffungs- und Herstellungskosten. Im juristischen **Umkehrschluss** gilt: Was nicht als Anschaffung oder Herstellung aktiviert werden kann, ist Aufwand – i.d.R. Instandhaltungsaufwand.

**Anschaffungskosten** sind die Aufwendungen, die geleistet werden, um einen Vermögensgegenstand zu erwerben und ihn in einen betriebsbereiten Zustand zu versetzen, soweit sie dem Vermögensgegenstand einzeln zugeordnet werden können. Zu den Anschaffungskosten gehören auch die Nebenkosten sowie die nachträglichen Anschaffungskosten. Anschaffungspreisminderungen sind abzusetzen.

**Herstellungskosten** sind die Aufwendungen, die durch den Verbrauch von Gütern und die Inanspruchnahme von Diensten für die Herstellung eines Vermögensgegenstandes, seine Erweiterung oder für eine über seinen ursprünglichen Zustand hinausgehende wesentliche Verbesserung entstehen.

Um den Umfang dieser Ausführungen überschaubar zu halten, wird zur weiteren Vertiefung der auftretenden **Abgrenzungsfragen in Bezug auf Gebäudeaktivierung und Instandhaltung** auf die einschlägigen handelsrechtlichen Bilanzkommentare verwiesen.

### Aufgaben des Versorgungsauftrages

Schwierig ist die Bestimmung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses. Den Ausweis der **Versorgungsstufe** (Grund-, Regelversorgung, Schwerpunkt- und Maximalversorgung) des Krankenhauses und die ausgewiesenen **Planbetten** nach Hauptfachrichtungen, differenziert nach Haupt- und Belegabteilungen, gibt es in der **Krankenhausplanung NRW nicht mehr**. An diese Stelle tritt die neue Rahmenplanung mit einer Gesamtplanbettenzahl des Krankenhauses sowie den vorzuhaltenden Abteilungen, die sich nach der ärztlichen Weiterbildungsordnung bestimmen. Zusätzlich sind die Regionalen Planungskonzepte zur Bestimmung des Versorgungsauftrags heranzuziehen. Maßgebend für die Bestimmung des Versorgungsauftrages sind daher die Inhalte der Bescheide nach § 16 KHGG NRW. Hier ergeben sich bei stationären Bauinvestitionen weite Ermessensspielräume, die spätestens dann in Bezug auf ihre Angemessenheit zu hinterfragen sind, wenn der Wirtschaftsprüfer die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung bestätigen soll und mit dieser Prüfungsaufgabe konfrontiert wird.

### Förderung stationäre Krankenhausbehandlung

Schließlich darf das Krankenhaus seine erhaltenen Fördermittel **ausschließlich für stationäre Krankenhausbehandlung** verwenden. Das Gesetz nennt im § 21 Abs. 2 KHGG NRW als Beispiel für eine nicht-stationäre Fördermittelfehlverwendung den Bereich der Forschung und Lehre. Dieser dürfte in der Praxis jedoch den wirtschaftlich geringsten Teil einer Fördermittelfehlverwendung darstellen. Eine weitergehende Definition der stationären Krankenhausbehandlung enthält das KHGG NRW nicht. Auch der Gesetzesbegründung ist hierzu nichts zu entnehmen, da hierin nur ausgeführt wird, dass die Vorschriften des § 18 Absätze 2 und 3 (§ 21 Abs. 2 und 3 der Gesetzesfassung) der Klarstellung dienen. Aus der bundesrechtlichen Regelung des § 9 Abs. 1 und 2 KHG ergibt sich die Einschränkung der Förderung von Investitionen in Leistungsbereiche der stationären Krankenhausbehandlung ebenfalls nicht.

Die Fraktion der BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hatte in ihrem Änderungsantrag zu § 18 Abs. 2 Satz 1 KHGG NRW-E (Änderungsantrag), Drucksache 14/5583, gefordert, das Wort „stationären“ vor Krankenhausbehandlung zu streichen. Zur

Begründung wurde ausgeführt, dass die bundesgesetzlichen Vorgaben die Förderung nicht nur auf die stationäre Krankenhausbehandlung beschränke. Vielmehr sehe § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V vor, dass Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht werde. Art und Umfang der Investitionsförderung ergäben sich letztlich aus dem Bundesrecht und dem Landesrecht zusammen. Dabei dürfe das Landesrecht die bundesrechtlich vorgesehenen Fördermöglichkeiten freilich nicht einschränken, erweitern dürfe es sie dagegen. In zahlreichen Gesetzesänderungen habe der Bundesgesetzgeber im SGB V den Krankenhaussektor für die ambulante Leistungserbringung in einzelnen Bereichen geöffnet. Verschiedene Formen der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, beispielsweise im Rahmen der integrierten Versorgung gemäß § 140 a ff. SGB V, seien geschaffen worden. Im Rahmen der bundesgesetzlich geschaffenen Möglichkeiten müsse den Krankenhäusern daher ermöglicht werden, sich zu „Gesundheitszentren“ für eine bedarfs- und patientengerechte Gesundheitsversorgung weiter zu entwickeln. Die Krankenhaushilfe müsse daher akzessorisch zu den bundesgesetzlich zugelassenen Krankenhausleistungen sein.

Dieser Änderungsantrag wurde in der Ausschusssitzung vom 27. November 2007 abgelehnt, so dass es bei dem Wortlaut des Änderungsantrages der Fraktionen der CDU und FDP (jetzt § 21 Abs. 2 Satz 1 KHGG NRW) geblieben ist.

Vor diesem Hintergrund ist zu befürchten, dass alle Investitionen für Krankenhausleistungen, die nicht stationär erbracht werden, von der Förderung ausgeschlossen sind.

Nicht aus Pauschal Fördermitteln finanzierbar sein dürften danach Investitionen in folgenden Bereiche:

- Notfallambulanz des Krankenhauses
- Medizinische Versorgungszentren
- Ambulantes Operieren (§ 115b SGB V)
- Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte (§ 116 SGB V) einschließlich berufsgenossenschaftliche Heilverfahren
- Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (§ 116a SGB V)
- Ambulante Versorgung im Bereich der Verträge über strukturierte Behandlungsprogramme (§ 116b Abs. 1 SGB V)
- Erbringung ambulanter hochspezialisierter Leistungen sowie Ambulan-

zen zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (§ 116b Abs. 2 SGB V)

- Leistungen ermächtigter psychiatrischer Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)
- Leistungen ermächtigter sozialpädiatrischer Zentren (§ 119 SGB V)
- Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgungsformen (§ 140a ff. SGB V)

Für den Bereich der **Notfallambulanz** des Krankenhauses kann sich das Krankenhaus der Durchführung der ambulanten Behandlung nicht entziehen. Dennoch muss das Krankenhaus bei gesetzlich krankenversicherten Patienten eine Entgeltkürzung von 10% als Investitionsabschlag gemäß § 120 SGB V hinnehmen. Eine Förderung ist wegen § 21 Abs. 2 KHGG NRW ausgeschlossen. Das Krankenhaus erhält somit im Bereich der Notfallambulanz, gesetzlich vorgeschrieben, keine Finanzierung seiner investiven Ausgaben. Würde das Krankenhaus unter Verweis auf die Finanzierungsproblematik die Notfallversorgung ablehnen, müssten zumindest die Ärzte des Krankenhauses mit Sanktionen wegen unterlassener Hilfeleistung rechnen. Die Notfallversorgung auch ambulant gehört zum Kernbereich der Krankenhausversorgung und müsste u.E. förderfähig gestellt werden, zumal nach § 2 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW die Vorrangigkeit der Behandlung von Notfallpatienten gesetzlich vorgeschrieben wird, ohne dass dabei zwischen ambulanten und stationären Patienten unterschieden wird. Damit setzt der Gesetzgeber auf der einen Seite die Notfallbehandlung auch ambulanter Patienten voraus, versagt den Krankenhäusern aber auf der anderen Seite die Finanzierung der hierauf entfallenden Investitionskosten. Gleiches gilt für die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischer Zentren.

Die **scharfe Abgrenzung der Fördermittelverwendung** zwischen **ambulanten** und **stationären Leistungen** nach dem KHGG NRW ist möglicherweise dem grundsätzlichen Beihilfeverbot gem. Art. 87 Abs. 1 EG-Vertrag geschuldet, obwohl die Gesetzesbegründung hierfür keinen Anhalt bietet („dient der Klarstellung“). Ein denkbarer Hintergrund wäre die Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor im deutschen Gesundheitswesen. Die jeweiligen Standes- und Interessenvertreter treten massiv als Wächter der jeweiligen Märkte und deren Finanzressourcen auf.

Festgestellte Verstöße gegen das Beihilfeverbot führen zur Rückzahlung der gemeinschaftswidrigen Beihilfe wegen Nichtigkeit des Zuwendungsaktes bzw.



des Vertrages und im Wiederholungsfall zu einem Vertragsverletzungsverfahren der EU-Kommission gegen die Bundesrepublik Deutschland.

Allerdings ist u.E. ein Landesgesetz, welches nach Bundesrecht, § 11 Satz 1 KHG, das „Nähere zur Förderung bestimmt“, nicht geeignet, dem europäischen Beihilfeverbot Rechnung zu tragen. Vielmehr wäre hierfür der Bundesgesetzgeber zuständig, der allerdings im Gesundheitswesen die Tendenz verfolgt, die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzuweichen.

## 8.2 Förderfähige Kosten

Gemäß § 21 Abs. 1 KHGG NRW sind die Kosten förderfähig, 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 und Entgelte, sind zu berücksichtigen.

Folgende 5 **Kategorien für förderungsfähige Ausgaben** sind gesetzlich zulässig:

- (1) Anschaffungs- und Herstellungskosten für **Investitionen**, die **nach dem 29.12.2007** (Tag des Inkrafttretens des KHGG NRW) getätigt werden
  - 1. **Unterfall:** Die Anschaffungs- und Herstellungskosten sind durch vorhandene Bestände an pauschalen Fördermitteln gedeckt,
  - 2. **Unterfall:** Die Anschaffungs- und Herstellungskosten sind höher als die vorhandenen Bestände an pauschalen Fördermitteln. Die Förderung kann nur ratierlich in Höhe der jährlichen Pauschalen erfolgen.
- (2) Anschaffungs- und Herstellungskosten für **Investitionen** aus der Zeit **vor dem 29.12.2007** (nachträgliche Förderung), die bisher noch nicht gefördert worden sind.
  - 1. **Unterfall:** Es stellt sich die Frage, ob die eigenmittelfinanzierten Beträge der Anschaffungs- und Herstellungskosten aus der Zeit vor Inkrafttreten des KHGG NRW nachträglich gefördert werden können (Nachförderung von Anfang an).
  - 2. **Unterfall:** Es kommt wiederum zu einer nachträglichen Förderung, aber es werden nur die Abschreibungen eines Jahres einer Maßnahme bzw. eines Projekts, das ganz oder teilweise nicht gefördert worden war, finanziert
- (3) **Finanzierung von Krediten** für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW (Anmerkung: Neubau, Umbau, Erweiterungsbau und Wiederbeschaffung

kurzfristiger Anlagegüter), § 18 Abs. 5 KHGG NRW. Gemäß dem Wortlaut ist die Verwendung von Pauschalfördermitteln für die Kreditfinanzierung nicht auf die Baupauschale nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 beschränkt, sondern gilt auch für die Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2. Dies ist eine radikale Umkehr von den bisherigen Fördergrundsätzen, die eine Förderung von Finanzierungskosten ausdrücklich ausgeschlossen haben.

- (4) Entgelte für die **Nutzung von Anlagegütern**, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird.
- (5) Im Falle der Abtretung liegt ebenfalls eine Verwendung der Baupauschalfördermittel durch das geförderte Krankenhaus vor.

#### Voraussetzungen für eine Förderung der oben beschriebenen fünf Kategorien der Fördermittelverwendung

##### (1) Investitionen nach dem 29.12.2007

Bei Investitionen, die nach Inkrafttreten des KHGG NRW (29.12.2007) getätigt wurden, gibt es keine Zweifel hinsichtlich der Anwendbarkeit der Normen des KHGG NRW.

Im **ersten Unterfall der ersten Kategorie** verfügt das Krankenhaus über einen Finanzmittelbestand von beispielsweise EUR 1,2 Mio. an noch nicht verwendeten Fördermitteln aus der Baupauschale. Das geplante Investitionsvolumen beträgt EUR 1,0 Mio. Der Krankenhausträger darf ohne Rücksprache mit der Bezirksregierung oder dem Gesundheitsministerium (MAGS) die Investition aus den vorhandenen Fördermitteln tätigen.

Die **Abschreibung** der Gebäudeinvestition erfolgt über die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer der Investition (z.B. 50 Jahre – aus Gründen der Übersichtlichkeit wird in den folgenden tabellarischen Darstellungen aber von einer Nutzungsdauer von 10 Jahren ausgegangen). Die **Auflösung des Sonderpostens** aus Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens aus Fördermitteln nach dem KHG erfolgt über den gleichen Zeitraum und neutralisiert die Gebäudeabschreibungen in der Gewinn- und Verlustrechnung durch entsprechende Erträge aus der Auflösung des Sonderpostens.

	Erträge Baupau- schale	Ab- schrei- bung	Aufwend. aus Zuf. Verb.KHG	Erträge Auflös. Sopo	Bestand nicht verw.Fömi	Buchwert Anlage- gut	Sonder- posten	Jahres- ergebnis
	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR
Anf.-Bestand					1.200			
Jahr 01	650	-100	-650	100	850	1.000	1.000	0
Jahr 02	650	-100	-650	100	1.500	900	900	0
Jahr 03	650	-100	-650	100	2.150	800	800	0
Jahr 04	650	-100	-650	100	2.800	700	700	0
Jahr 05	650	-100	-650	100	3.450	600	600	0
Jahr 06	650	-100	-650	100	4.100	500	500	0
Jahr 07	650	-100	-650	100	4.750	400	400	0
Jahr 08	650	-100	-650	100	5.400	300	300	0
Jahr 09	650	-100	-650	100	6.050	200	200	0
Jahr 10	650	-100	-650	100	6.700	100	100	0
	6.500	-1.000	-6.500	1.000				0

Die Auswirkung der Investitionsförderung auf das Ergebnis des Krankenhauses beträgt in allen Jahren Null.

Im **zweiten Unterfall der ersten Kategorie** wird die Fallgestaltung wie folgt variiert: Der Finanzmittelanfangsbestand an noch nicht verwendeten Fördermitteln betrage EUR 0,0 Mio. und die Investitionssumme betrage nunmehr EUR 2,0 Mio. Der Krankenhausträger investiert ohne Rücksprache wie im ersten Unterfall und verwendet im Investitionsjahr die Baupauschale von EUR 0,65 Mio. sowie EUR 1,35 Mio. vorhandene eigene Liquidität. In den Jahren 2 bis 4 nach der Investition erhält das Krankenhaus neue Baupauschalmittel i.H.v. EUR 0,65 Mio. p.a. Der Krankenhausträger muss nun entscheiden, ob die neuen Baupauschalmittel für das Bauprojekt aus Vorjahren eingesetzt werden sollen oder nicht. Entscheidet sich der Krankenhausträger für eine Finanzierung des Bauprojekts, dann finanziert er nach und es stellt sich die Frage, ob eine derartige Nachfinanzierung zulässig ist.

Bisher galt in NRW der Grundsatz, dass nur Investitionsausgaben aus Baufördermitteln finanziert werden dürfen. Im Jahr 2 gibt es aber keine Ausgaben mehr, es gibt nur noch historische Anschaffungs- und Herstellungskosten oder Abschreibungen, die finanziert werden könnten. Ist es erforderlich die historischen Anschaffungs- und Herstellungskosten zu finanzieren oder ist es zulässig die Abschreibungen zu fördern?

Nach dem Wortlaut des Gesetzes sind die „Kosten“ förderfähig, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind.

Legt man den Begriff der „Kosten“ dahin gehend aus, dass hiermit nur **Anschaffungs- und Herstellungskosten** gemeint sind, dann müssten die historischen Anschaffungs- und Herstellungskosten nachträglich umfinanziert werden und mittels Bildung eines Sonderpostens wären die Fördermittel auf den Zeitraum der Nutzung zu verteilen. Im folgenden Zahlenbeispiel werden drei volle Jahresraten und TEUR 50 der vierten Jahresrate der Baupauschale eingesetzt, um die Bauinvestition zu finanzieren. Im ersten Jahr werden die Baupauschalmittel für Investitionsausgaben eingesetzt, in den Jahren 2 – 4 erfolgt eine Nachfinanzierung der ursprünglichen Investitionsausgaben. Bis zur Vollfinanzierung zeigen sich Ergebniseffekte: In den ersten zwei Jahren negativ (TEUR – 140) und in den Jahren drei und vier positiv (TEUR + 140). Nach Erreichen der Vollfinanzierung im vierten Geschäftsjahr zeigt sich in den Jahren fünf bis zehn jeweils ein ausgeglichenes Ergebnis.

	Erträge Baupau- schale	Ab- schrei- bung	Aufwend. aus Zuf. Verb.KHG	Erträge Auflös. Sopo	Bestand nicht verw.Fömi	Buchwert Anlage- gut	Sonder- posten	Jahres- ergebnis
	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR
<b>Anf.-Bestand</b>								
Jahr 01	650	-200	-650	65	0	1.800	585	-135
Jahr 02	650	-200	-650	195	0	1.600	1.040	-5
Jahr 03	650	-200	-650	325	0	1.400	1.365	125
Jahr 04	650	-200	-650	215	600	1.200	1.200	15
Jahr 05	650	-200	-650	200	1.250	1.000	1.000	0
Jahr 06	650	-200	-650	200	1.900	800	800	0
Jahr 07	650	-200	-650	200	2.550	600	600	0
Jahr 08	650	-200	-650	200	3.200	400	400	0
Jahr 09	650	-200	-650	200	3.850	200	200	0
Jahr 10	650	-200	-650	200	4.500	0	0	0
	6.500	-2.000	-6.500	2.000				0

Beträgt die zu finanzierende Investition nicht EUR 2,0 Mio. sondern EUR 6,5 Mio., so ergibt sich zunächst eine Verlängerung der Nachfinanzierung über die gesamte Abschreibungsdauer – also hier zehn Jahre. Es ergeben sich deutlich höhere Ergebnisauswirkungen bezogen auf die einzelnen Geschäftsjahre, obwohl die Summe der Ergebnisauswirkungen zusammen Null ergibt:

	Erträge Baupau- schale	Ab- schrei- bung	Aufwend. aus Zuf. Verb. KHG	Erträge Auflös. Sopo	Bestand nicht verw. Fömi	Buchwert Anlage- gut	Sonder- posten	Jahres- ergebnis
	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR
<b>Anf.-Bestand</b>								
Jahr 01	650	-650	-650	65	0	5.850	585	-585
Jahr 02	650	-650	-650	195	0	5.200	1.040	-455
Jahr 03	650	-650	-650	325	0	4.550	1.365	-325
Jahr 04	650	-650	-650	455	0	3.900	1.560	-195
Jahr 05	650	-650	-650	585	0	3.250	1.625	-65
Jahr 06	650	-650	-650	715	0	2.600	1.560	65
Jahr 07	650	-650	-650	845	0	1.950	1.365	195
Jahr 08	650	-650	-650	975	0	1.300	1.040	325
Jahr 09	650	-650	-650	1.105	0	650	585	455
Jahr 10	650	-650	-650	1.235	0	0	0	585
	6.500	-6.500	-6.500	6.500				0

Insoweit stellt sich die Frage, ob es möglich ist, diese Ergebnisauswirkungen mittels eines „Aktiven Ausgleichspostens“ zu neutralisieren, damit keine Ergebnisauswirkungen für die einzelnen Geschäftsjahre anfallen.

Nach dem Wortlaut der Vorschrift des § 5 Abs. 5 KHBV ist eine Bildung eines „Aktiven Ausgleichspostens“ nicht möglich, denn die Vorschrift bezieht sich ausschließlich auf Abschreibungen auf die aus Eigenmitteln des Krankenhausträgers vor Beginn der Förderung (also i.d.R. vor dem 1.1.1972) beschafften Vermögensgegenstände des Anlagevermögens, für die ein Ausgleich für die Abnutzung in der Zeit ab Beginn der Förderung verlangt werden kann. Eine Förderung kann auch nicht verlangt werden, da gemäß § 19 Abs. 2 KHGG NRW ein Rechtsanspruch auf Auszahlung der Fördermittel erst mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel entsteht. Bewilligungsbescheide für die Zukunft liegen jedoch noch nicht vor. Vielmehr ist es das Recht der Politik, für die Zukunft die Förderung auf eine neue Rechtsgrundlage zu stellen. Wie schnell eine längerfristige Finanzierungszusage geändert werden kann, zeigen die Vorschriften über die Konvergenz der individuellen Basisfallwerte gegen den Landesbasisfallwert. Waren es zu nächst drei Jahre, so wurde diese Frist auf fünf Jahre verlängert, um nun in bestimmten Fällen durch das KHRG auf sechs Jahre verlängert zu werden, § 4 Abs. 2a KHEntg 2009.

Die **Fördermittelverwendung** läßt sich allerdings auch anders begründen. § 21 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW – die Generalnorm der Verwendung der Pauschalmitel – bestimmt: „Förderfähig sind die Kosten, die für eine ausreichende und

medizinisch zweckmäßigen Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind.“

Gemäß den Begriffen der Betriebswirtschaftslehre und der Kostenrechnung können **Abschreibungen** ohne Zweifel „**Kosten der medizinisch zweckmäßigen Versorgung**“ i.S.d. § 21 Abs. 1 KHGG NRW sein. Es mangelt ihnen – aus Sicht der kameralistisch erzeugten Ministerialbürokratie – jedoch an der Eigenschaft der Zahlungsrelevanz. Aber i.d.R. gehen Abschreibungen Ausgaben für Investitionen voraus. Solange keine kalkulatorischen Abschreibungen verrechnet werden, sondern nur Abschreibungen aufgrund historischer Anschaffungs- und Herstellungskosten ist ein fester Bezug zu den **Investitionsausgaben** sicher gestellt.

Andere Normen der Krankenhausfinanzierung stehen der Förderung von Abschreibungen erkennbar nicht entgegen.

So wie Zinsaufwendungen als Kosten i.S.d. § 21 Abs. 1 KHGG NRW anzusehen sind, muss dies auch für die Abschreibungen gelten. Somit sind nach der derzeit gültigen Rechtslage planmäßige Abschreibungen über die Nutzungsdauer eines abnutzbaren Anlageguts förderfähig. Die Ergebnisauswirkungen stellen danach wie folgt dar:

	Erträge Baupau- schale	Ab- schrei- bung	Aufwend. aus Zuf. Verb.KHG	Erträge Auflös. Sopo	Bestand nicht verw.Fömi	Buchwert Anlage- gut	Sonder- posten	Jahres- ergebnis
	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR
<b>Anf.-Bestand</b>								
Jahr 01	650	-650	0	0	0	5.850	0	0
Jahr 02	650	-650	0	0	0	5.200	0	0
Jahr 03	650	-650	0	0	0	4.550	0	0
Jahr 04	650	-650	0	0	0	3.900	0	0
Jahr 05	650	-650	0	0	0	3.250	0	0
Jahr 06	650	-650	0	0	0	2.600	0	0
Jahr 07	650	-650	0	0	0	1.950	0	0
Jahr 08	650	-650	0	0	0	1.300	0	0
Jahr 09	650	-650	0	0	0	650	0	0
Jahr 10	650	-650	0	0	0	0	0	0
	6.500	-6.500	0	0				0

Unseres Erachtens kommt die Finanzierung von Abschreibungen der bisher geübten Praxis der Erfolgsneutralität der Fördermittelverbuchung am ehesten

entgegen. Zusätzlich zu den hier tabellarisch dargestellten Buchungen der Finanzbuchhaltung sind die Geldbeträge der Baupauschalförderung vom gesetzlich vorgeschriebenen Fördermittelbankkonto auf das Eigenmittelbankkonto zu transferieren.

## (2) Investitionen vor dem 29.12.2007

Die zu fördernden Anschaffungs- oder Herstellungskosten stammen aus der Zeit vor dem 29.12.2007 (nachträgliche Förderung eigenmittelfinanzierter Investitionen) und sind bisher noch nicht gefördert worden. Ferner liegt kein Bescheid über eine Ablehnung der Förderfähigkeit der Baumaßnahme vor.

Diese Kategorie wurde gebildet, weil es grundsätzlich naheliegend erscheint, dass ein Gesetz stets erst ab dem Zeitpunkt seines Inkrafttretens wirkt.

Die Vorschriften der Pauschalförderung nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW und die Vorschriften über die Verwendung der Fördermittel, § 21 KHGG NRW, enthalten jedoch keine Fristenregelung für die Verwendung „neuer“ Fördermittel für „alte“ Investitionen.

Es ist nach dem Wortlaut des Gesetzes möglich, Kosten zu fördern, z.B. Abschreibungen des Geschäftsjahres 2008 für Investitionen, die im Jahr 2005 fertiggestellt und in Betrieb genommen wurden. Für die Vorschrift zur Fördermittelverwendung gibt es keine gesetzlich bestimmten zeitlichen Grenzen, insbesondere auch nicht in § 37 Übergangsvorschriften KHGG NRW.

Es ist jedoch zu differenzieren, ob die Maßnahme in der Vergangenheit bereits einmal Gegenstand einer (Festbetrags-)Förderung war oder bisher noch nicht gefördert worden ist.

### Erster Unterfall der zweiten Kategorie:

Im Fall einer Festbetragsförderung ist es in der Vergangenheit beispielsweise durch Kostenüberschreitung zu eigenmittelfinanzierten Investitionen gekommen. Die Gesamtmaßnahme war bereits Gegenstand einer Förderung. Die betragsmäßige Begrenzung der Fördermittel hat jedoch dazu geführt, dass eigenmittelfinanzierte Investitionsbeträge angefallen sind. Die Eigenmittel finanzierten Teile der Fördermaßnahme verursachen im Jahr 2008 und in der weiteren Zukunft Eigenmittelabschreibungen.

Es stellt sich die Frage, ob diese eigenmittelfinanzierten Beträge nunmehr nachträglich gefördert werden sollen. Das Gesetz macht hierzu keine Ausführungen.

rungen. Die Bewilligungsbescheide vom 17. November 2008 regeln in ihren Nebenbestimmungen I 2., dass die Verwendung von Baupauschalfördermitteln auch für Maßnahmen zulässig ist, die vor dem 1.1.2008 begonnen wurden, wenn und soweit diese Mittel nicht für neue Maßnahmen erforderlich sind, die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses unabdingbar notwendig sind. Jedoch wird für diese Verwendung eine gesonderte Berichterstattung im Verwendungsnachweis verlangt (vgl. Bescheide vom 1. Dezember 2008 III. Nebenbestimmungen Tz. 3). Weiterhin verlangt der Bescheid unter II Hinweise, Tz. 2, dass für diese Nachfinanzierungen die einschlägigen Vorschriften des Vergaberechts Beachtung finden müssen. Damit ist vom zuständigen Ministerium klargestellt, dass unter bestimmten Voraussetzungen eine Finanzierung von Anlagegütern, die vor dem 29. Dezember 2007 beschafft oder hergestellt worden sind, möglich ist. Die nachträgliche Unterwerfung unter das Vergaberecht wirkt dabei wie eine nachträglich aufgebaute Hürde, damit nicht zu viele Krankenhäuser diese Gestaltungsvariante für sich nutzen. Ergebnismäßig wirkt sich der **erste Unterfall der zweiten** Kategorie folgendermaßen auf die Ergebnisrechnung des Krankenhauses aus:

#### Abschreibungsfinanzierung ab dem 6 Jahre:

	Erträge Baupau- schale	Ab- schrei- bung	Aufwend. aus Zuf. Verb.KHG	Erträge Auflös. Sopo	Bestand nicht verw.Fömi	Buchwert Anlage- gut	Sonder- posten	Jahres- ergebnis
	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR
2002		-650	0	0	0	5.850	0	-650
2003		-650	0	0	0	5.200	0	-650
2004		-650	0	0	0	4.550	0	-650
2005		-650	0	0	0	3.900	0	-650
2006		-650	0	0	0	3.250	0	-650
2007		-650	0	0	0	2.600	0	-650
2008	650	-650	0	0	0	1.950	0	0
2009	650	-650	0	0	0	1.300	0	0
2010	650	-650	0	0	0	650	0	0
2011	650	-650	0	0	0	0	0	0
	2.600	-6.500	0	0				0

#### Zweiter Unterfall der zweiten Kategorie:

Im zweiten Unterfall kommt es ebenfalls zu einer nachträglichen Förderung, aber die Maßnahme bzw. das Projekt war noch nicht Gegenstand eines Fördermitelantrags bzw. einer Fördermittelbewilligung.



Nachdem im ersten Unterfall klargestellt wurde, dass eine Förderung z.B. der Abschreibungen im Berichtsjahr nachträglich erfolgen kann, ist hier zu prüfen, ob eine nachträgliche Umfinanzierung der Investitionskosten erfolgen darf.

Da im Zeitpunkt der Aktivierung die Umstellung der Förderung in NRW noch nicht bekannt war, konnte keine Zuordnung der Baumaßnahme zum Finanzierungsschlüssel „förderfähig, aber noch nicht gefördert“ erfolgen, wie dies seinerzeit bei der Vorgriffsbilanzierung der kurzfristigen Pauschalenfördermittel alter Art gefordert worden war. Eine Nachfinanzierung – unter Beachtung der Vorgaben aus dem Bewilligungsbescheid, z.B. der Vergabebestimmungen – ist möglich, weil keine Rechtsvorschrift einer Nachförderung der historischen Anschaffungs- und Herstellungskosten entgegensteht.

Die Ergebnisauswirkungen einer Umfinanzierung einer alten Investition im Jahr 2008 ergeben sich aus folgender Tabelle:

Umfinanzierung der historischen AK/HK im 6. Jahr:

	Erträge Baupau- schale	Ab- schrei- bung	Aufwend. aus Zuf. Verb.KHG	Erträge Auflös. Sopo	Bestand nicht verw.Fömi	Buchwert Anlage- gut	Sonder- posten	Jahres- ergebnis
	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR
2002		-650	0	0	0	5.850	0	-650
2003		-650	0	0	0	5.200	0	-650
2004		-650	0	0	0	4.550	0	-650
2005		-650	0	0	0	3.900	0	-650
2006		-650	0	0	0	3.250	0	-650
2007		-650	0	0	0	2.600	0	-650
2008	650	-650	-650	455	0	1.950	-195	-195
2009	650	-650	-650	585	0	1.300	-260	-65
2010	650	-650	-650	715	0	650	-195	65
2011	650	-650	-650	845	0	0	0	195
	2.600	-6.500	-2.600	2.600				0

### (3) Finanzierung von Krediten

Die Fördermittel können insbesondere zur Finanzierung von Krediten für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW genutzt werden.

Der Umstand, dass sich nach dem Wortlaut des Gesetzes auch die Finanzierung des Kapitaldienstes aus den neuen, insgesamt pauschalierten Fördermitteln

darstellen lässt, führt zu der Grundsatzentscheidung des geförderten Krankenhauses, ob es die Mittel für die Finanzierung der Anschaffungs- oder Herstellungskosten oder für die Finanzierung des Kapitaldienstes für Investitionskredite verwenden will. Im zweiten Fall werden zusätzlich zu den Anschaffungs- oder Herstellungskosten (Tilgungsanteil des Kredits) auch die Zinsen für den Bankkredit gefördert.

Da nach § 21 Abs. 1 KHGG NRW (nur) die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind, förderungsfähig sind, stellt sich die Frage, wann diese Grundsätze bei einer Kreditfinanzierung erfüllt sind. Ein wesentliches Kriterium neben dem Zinssatz dürfte die Dauer der Darlehensgewährung sein: Die Darlehenslaufzeit sollte grundsätzlich maximal so lang sein wie die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer des angeschafften Anlagegutes.

An dem folgenden Zahlenbeispiel seien die Bilanzierungsauswirkungen dargestellt:

Ein Anlagegut mit Anschaffungskosten von EUR 5 Mio. habe eine Nutzungsdauer von 10 Jahren. Es fallen jährliche Abschreibungen von TEUR 500 an (lineare Abschreibungsmethode). Die Investition wird vom Krankenhaus in vollem Umfang mit Kredit finanziert. Das Darlehen sei mit 5 % verzinslich und innerhalb von 10 Jahren zu tilgen.

Die Höhe des Kapitaldienstes (Zins und Tilgung) und damit der Finanzmittelabfluss über die Laufzeit des Darlehens hängt von der Ausgestaltung des Darlehensvertrages ab. Der Darlehensvertrag kann beispielsweise als Annuitätendarlehen mit gleich bleibendem Finanzmittelabfluss oder als Tilgungsdarlehen mit jährlich sinkendem Finanzmittelabfluss ausgestaltet sein. In unserem Beispiel wird die Aufnahme eines Annuitätendarlehens unterstellt.

Die Baupauschale betrage im Jahr der Durchführung und in den Folgejahren der Investition mindestens TEUR 650.

Die sich ergebenden bilanziellen Auswirkungen sind zusammenfassend in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

	Bau- pau- schale	Ab- schrei- bung	Zins- auf- wand	Zuf. Verb. Fömi	Darl- tilgung	Buchwert Anlage- gut	Dar- lehens- Valuta	Jahres- ergebnis
	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR
Jahr 01	650	500	250		400	4.500	4.600	-100
Jahr 02	650	500	230		420	4.000	4.180	-80
Jahr 03	650	500	209		441	3.500	3.739	-59
Jahr 04	650	500	187		463	3.000	3.276	-37
Jahr 05	650	500	164		486	2.500	2.790	-14
Jahr 06	650	500	139		511	2.000	2.279	11
Jahr 07	650	500	114		536	1.500	1.743	36
Jahr 08	650	500	87		563	1.000	1.180	63
Jahr 09	650	500	59		591	500	589	91
Jahr 10	650	500	29	31	590	0	0	90
	6.500	5.000	1.469	31	5.000			0

Das obige Beispiel zeigt, dass aus der Ausweitung der Förderung auf die Finanzierung von Krediten für förderfähige Investitionen zunächst beachtliche negative und zum Ende positive Jahresergebnisse resultieren, die sich aber insgesamt über den Gesamtzeitraum ausgleichen. Es stellt sich die Frage, ob dies sachgerecht ist.

Die Ursache für die im Verlauf der 10-jährigen Nutzungsdauer des Anlagegutes bzw. Tilgungsdauer des Darlehens entstehenden Gewinne und Verluste liegt in der sich über den Zeitraum ändernden Tilgung, die einer gleich bleibenden jährlichen Abschreibung gegenübersteht.

Weichen die Nutzungsdauer des Anlagegutes und die Laufzeit des Darlehens voneinander ab, so ergibt sich bei einer kürzeren Tilgungsdauer des Darlehens der umgekehrte Effekt, d.h. es fallen bis zur endgültigen Tilgung des Darlehens zunächst positive Jahresergebnisse und anschließend in der Restnutzungsdauer des Anlagegutes negative Jahresergebnisse an. Auch hier gilt, dass über die Gesamtlaufzeit betrachtet, das kumulierte Ergebnis bei Null liegt.

Dies zeigt das folgende Beispiel:

Anschaffungs/Herstellungskosten									
Darlehensaufnahme									
jährliche Baupauschale									
Darlehenslaufzeit									
Nutzungsdauer Anlagevermögen									
Zinssatz Darlehen									
	Bau- pau- schale	Ab- schrei- bung	Zins- auf- wand	Zuf. Verb. Fömi	Darl.- tilgung	Buchwert Anlage- gut	Dar- lehens- Valuta	Jahres- ergebnis	
	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	TEUR	
Jahr 01	650	419	211	0	440	3.771	3.750	20	
Jahr 02	650	419	189	0	462	3.352	3.288	42	
Jahr 03	650	419	165	0	485	2.933	2.803	66	
Jahr 04	650	419	140	0	509	2.514	2.294	91	
Jahr 05	650	419	115	0	535	2.095	1.759	116	
Jahr 06	650	419	88	0	562	1.676	1.197	143	
Jahr 07	650	419	60	0	590	1.257	608	171	
Jahr 08	650	419	30	12	608	838	0	189	
Jahr 09	650	419	0	650	0	419	0	-419	
Jahr 10	650	419	0	650	0	0	0	-419	
	6.500	4.190	998	1.312	4.190			0	

Die vorstehend dargestellten Ergebnisauswirkungen, die lediglich Ausfluss zeitlicher Differenzen zwischen Abschreibung und Tilgung sind, aber nicht auf Dauer einen wirtschaftlichen Gewinn oder Verlust des Krankenhauses bedeuten, weil sie sich über die Laufzeit wieder ausgleichen, ließen sich durch die Bildung von aktiven und passiven Abgrenzungsposten als Bilanzierungshilfen vermeiden. Die Bildung eines aktivischen Ausgleichspostens würde die Ergebnisauswirkung in den einzelnen Geschäftsjahren beseitigen. Ob die Bildung eines „neuen“ Postens auf der Aktivseite der Bilanz unter Hinweis auf § 265 Abs. 5 Satz 2 HGB zulässig ist, liegt im Ermessen des testierenden Wirtschaftsprüfers. Andererseits erscheint es auch „unvorsichtig“, eine derart absehbare Ergebnisentwicklung unkommentiert in die jährlichen Gewinn- und Verlustrechnungen aufzunehmen. Hier dürfte mindestens eine Anhang-/Lageberichtskommentierung i.S.d. § 264 Abs. 2 HGB erforderlich sein.

Im dargestellten Beispiel bedeutet die Entscheidung des Krankenhauses, Pauschalmittel für die geschilderte Kreditfinanzierung einzusetzen, dass alle übrigen förderfähigen Investitionen der nächsten 8 Jahre (im ersten Beispiel der nächsten 10 Jahre) ergebniswirksam aus Eigen- oder Fremdmitteln zu finanzieren sind.

Auch im neuen System der insgesamt pauschalierten Investitionsförderung halten wir den bisher gepflegten Grundsatz eines Wahlrechts der Inanspruchnahme von Fördermitteln zur Finanzierung von Investitionen (bzw. jetzt auch alternativ zur Kreditfinanzierung von Investitionen) im Zeitpunkt der Anschaffung (des Zugangs) für weiterhin gültig. Dies bedeutet, das Krankenhaus kann frei entscheiden, ob es bei Durchführung einer nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW förderfähigen Investition Pauschalmittel zur Finanzierung der Anschaffungs- oder Herstellungskosten oder zur Finanzierung des Investitionskredites einsetzt oder ob es auf Eigenmittel oder Fremdkapital zurückgreift. Wenn ein Krankenhaus sich für den Einsatz von Fördermitteln zur Finanzierung einer förderfähigen Investition entschieden hat, so führte dies bisher in der Regel zu einer Finanzierung der (anteiligen) Gesamtkosten der Investition.

Nach neuem Recht kann anderes gelten, wenn ein Krankenhaus die pauschalen Fördermittel zur Finanzierung von Krediten für förderfähige Investitionen oder von Abschreibungen auf förderfähige Investitionen einsetzt. Nach dem Wortlaut des Gesetzes ist vorstellbar, die Verwendung der bewilligten Fördermittel jährlich neu zu entscheiden. Damit könnte in einem Jahr der Kapitaldienst für einen Investitionskredit aus den Fördermitteln finanziert werden, während im nächsten Jahr – obwohl der Investitionskredit weiter besteht – die Fördermittel zur Finanzierung von Abschreibungen auf eine andere förderfähige Maßnahme, die z.B. aus vorhandener Liquidität finanziert wurde, eingesetzt werden.

Wechsel in der Finanzierungsentscheidung könnten in der Rechnungslegungspraxis evtl. deswegen gewollt sein, weil sie Gestaltungsspielraum hinsichtlich des Jahresergebnisses bieten. Sofern die Ergebnisauswirkung von wesentlicher Bedeutung wäre, halten wir angesichts des Gebots der Transparenz und Vergleichbarkeit von Jahresabschlüssen in solchen Fällen ergänzende Hinweise im Anhang oder Lagebericht für geboten.

Wegen der Ungewissheit der tatsächlichen zukünftigen Entwicklung der pauschalierten Fördermittel sollte u.E. bei Einsatz der Pauschalmittel zur Kreditfinanzierung möglichst die Jahrespauschale nur unter Berücksichtigung eines „Sicherheitspolsters“ eingesetzt werden.

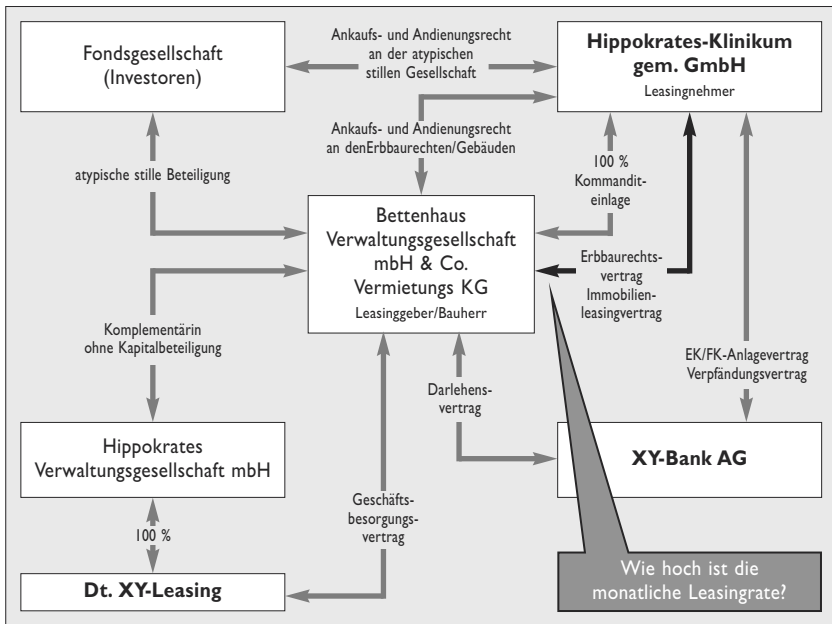
#### **(4) Förderung der Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern**

Als Hilfs- oder Ersatztatbestand ist auch die Förderung von Entgelten für die Nutzung von Anlagegütern zulässig, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Miete, Pacht, das Leasing müssen einer wirtschaftlichen Betriebsführung entsprechen und

- der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck wird nicht beeinträchtigt.

Anders als im alten Recht, in dem Gebäude-Leasing, -Miete/Pacht genehmigungsbedürftig durch das MAGS war, ist dieser Genehmigungsvorbehalt entfallen. Auch PPP-Modelle werden dadurch grundsätzlich möglich. Die allgemeinen Grundstrukturen solcher Modelle finden sich im folgenden Schaubild:



Die Ergebniswirksamkeit ist grundsätzlich Null. Bei derartigen Miet-/Leasingmodellen steht dem Miet-, Leasing- oder Pacht Aufwand der Ertrag aus Fördermitteln gegenüber, wenn der Krankenhausträger die Entscheidung trifft, die Baupauschalmittel für diese Zwecke einzusetzen.

### (5) Abtretung der Fördermittel

Die völlige oder teilweise Abtretung der Fördermittel ist ebenfalls eine Fördermittelverwendung. Erfolgswirksame Buchungen ergeben sich nicht, da die Fördermittel im Fall des abtretenden Krankenhauses bei diesem nicht buchfüh-

zungspflichtig sind. Im Verwendungsnachweis ist auf die Abtretung und deren Höhe hinzuweisen. Im Falle des Fördermittel erhaltenden Krankenhauses gelten für die abgetretenen Mittel die gleichen Verwendungskategorien (1 bis 4) wie für die eigenen Pauschalmittel.

Hinsichtlich der Abtretung der Pauschalfördermittel (sowohl Baupauschale als auch Pauschalmittel für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter) ist in § 20 KHGG NRW eine Abtretung an andere Plankrankenhäuser in NRW zulässig. Die Abtretung ist anzuzeigen. Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn der Abtretungsabsicht durch das Ministerium nicht widersprochen wird. Die Vorschrift ist nicht absolut kontrollfähig. Für den Prüfer besteht nicht in jedem Fall eine Kontrollmöglichkeit, zu prüfen, dass die Pauschalmittel wirklich beim empfangenden Krankenhaus angekommen sind. Die Wirtschaftsprüfer sollten in Zweifelsfällen eine Bestätigung vom empfangenden Krankenhaus einholen.

### **8.3 Die Umwidmung pauschaler Mittel nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW**

Nicht unerwähnt bleiben soll an dieser Stelle die in Bezug auf die pauschalen Fördermittel für kurzfristige Anlagegüter in § 21 Abs. 9 KHGG NRW enthaltene Bestimmung, dass diese Fördermittel abweichend von der Zweckbestimmung nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW zu 30 % der Jahrespauschale auch für Zwecke der Finanzierung von Baumaßnahmen (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) im Sinne von § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW verwendungsfähig sind. Soweit von diesem Wahlrecht vollständig oder teilweise Gebrauch gemacht wird, ist eine entsprechende Dokumentation notwendig. Ob dies statistisch erfolgen kann oder in der Finanzbuchhaltung nachgewiesen werden muss, lässt der Gesetzentwurf offen. Es erscheint nahe liegend, die Dokumentation über die Führung gesonderter Verbindlichkeiten- und Sonderpostenkonten für die einzelnen Pauschalfördermittelbereiche (Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW und Verwendung gemäß § 21 Abs. 9 KHGG NRW sowie Baumaßnahmen im Sinne von § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW vorzunehmen. Es sei an dieser Stelle auf die Textfassung des § 21 Abs. 7 KHGG NRW hingewiesen, wonach die Pauschalmittel bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf jeweils einem besonderen Bankkonto für Fördermittel nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KHGG NRW zinsgünstig anzulegen sind.

## 9. DER NEUE ORDNUNGSPOLITISCHE RAHMEN 2009

Der Deutsche Bundestag hat am 18. Dezember den Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) unter Berücksichtigung zahlreicher Änderungsanträge verabschiedet. Das zustimmungsfreie Gesetz soll nach abschließender Beratung im Bundesrat am 13. Februar 2009 rückwirkend zum 1. Januar 2009 in Kraft treten.

Mit dem KHRG werden die Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 vorgegeben. Im Rahmen der Einführung des DRG- Vergütungssystems hatte sich der Gesetzgeber auf die normative Ausgestaltung der Konvergenzphase beschränkt. Neben Vorgaben für das DRG-Vergütungssystem beinhaltet das Gesetz aber auch Regelungen für die Krankenhausfinanzierung insgesamt einschließlich der Investitionskostenfinanzierung. Diese werden nachstehend näher beleuchtet:

### 9.1 Umstellung der Investitionsfinanzierung der Länder auf Investitionspauschalen

In den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2006 (GKV-WSG) hatte sich die Regierungskoalition darauf verständigt, die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) damit zu beauftragen, Optionen und Vorschläge zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für die Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 zu unterbreiten. Dabei sollte auch die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -finanzierung diskutiert werden.

Die Reform der Investitionskostenfinanzierung geriet dabei zu einem der zentralen Diskussionspunkte. Die Bandbreite der vom BMG, den Parteien, Verbänden und Experten vertretenen Positionen und Vorschläge reichte von **Monistik**, einer Modifizierung des dualen Systems bis zur Beibehaltung des Status quo. Während die Länder an ihrer bisherigen Verantwortung festhalten wollten, plädierte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für einen Übergang zur Monistik.

In einem ersten – inoffiziellen – Referentenentwurf eines KHRG vom 22. Juli nahm das BMG Abstand von einer monistischen Finanzierung und formulierte stattdessen die verbindliche Einführung **leistungsbezogener Investitionspauschalen**. Danach sollte die Förderung von Krankenhausinvestitionen grundsätzlich über Investitionspauschalen, die die Krankenhäuser zusätzlich zu den Benutzerentgelten erhalten, erfolgen. Eine Einzelförderung sollte nur noch ergänzend und bei Vorliegen von Ausnahmetatbeständen möglich sein. Ebenso



beinhaltete der Entwurf einen detaillierten Katalog der durch Investitionspauschalen zu fördernden Investitionen und verankerte einen entsprechenden Anspruch der Krankenhäuser auf Investitionsförderung. Schließlich legte der Entwurf eine Untergrenze für das Investitionsvolumen der Länder in Höhe des von ihnen jeweils im Jahr 2008 für Krankenhausinvestitionen veranschlagten Gesamtbetrages fest. Damit sollte sichergestellt werden, dass die von den Ländern für die Krankenhausinvestitionsfinanzierung bereitgestellten Mittel nicht weiter reduziert werden. Die Regelungen stießen jedoch bei den Ländern mehrheitlich auf Ablehnung.

Es folgte ein zweiter – nunmehr offizieller – Referentenentwurf vom 22. August 2008, mit dem das formale Anhörungsverfahren eingeleitet wurde. Darin wurde die Verbindlichkeit der Einführung von Investitionspauschalen abgeschwächt und die Vorgaben zu einer Mindestförderhöhe sind entfallen.

Sowohl der Regierungsentwurf vom 24. September 2008 als auch der Gesetzesentwurf vom 7. November 2008 – BT-Drs. 16/10807 – sahen schließlich nur noch einen „Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung“ vor. Die Regelung des § 10 KHG des Gesetzesentwurfes ist unverändert in zweiter und dritter Lesung verabschiedet worden und hat folgenden Wortlaut:

„(1) Für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind und Entgelte nach § 17b erhalten, soll eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab dem 1. Januar 2012, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, ab dem 1. Januar 2014 ermöglicht werden. Dafür werden bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene entwickelt. Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken ist zu berücksichtigen. Die näheren Einzelheiten des weiteren Verfahrens legen Bund und Länder fest. Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt unberührt.

(2) Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2009 die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen pauschaliert abzubilden; der Differen-

zierungsgrad soll praktikabel sein. Die Vertragsparteien nach Satz 1 beauftragen ihr DRG-Institut, bis zum 31. Dezember 2010 für das DRG-Vergütungssystem und bis zum 31. Dezember 2012 für Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1 bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren. Für die Finanzierung der Aufgaben gilt § 17b Abs. 5 entsprechend. Die erforderlichen Finanzmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen. Für die Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit gilt § 17b Abs. 7 und 7a entsprechend.“

Der Bundesgesetzgeber begründet eine Umstellung der Investitionsförderung auf Investitionspauschalen damit, dass sich in den einzelnen Bundesländern ohnehin der Trend abzeichne, die Förderung auf pauschalierte Mittel umzustellen. Hierzu heißt es in der Begründung des Gesetzentwurfes BT-Drs. 16/10807, Besonderer Teil, zu Artikel 1: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, zu Nummer 1: (§ 10 KHG):

*„... Die Länder vergeben in zunehmendem Maß Mittel zur Investitionsförderung in Form von Pauschalen. Der durchschnittliche Anteil der pauschalierten Mittel in der Investitionsfindung im Bundesgebiet beträgt derzeit 40 Prozent. Einige Länder haben die Förderung bereits in höherem Maße und z. T. auch fast vollständig auf Pauschalen umgestellt oder bereiten diesen Schritt vor. Mit der Vereinbarung von einheitlichen Grundsätzen und Kriterien für die Pauschalierung soll eine systemkongruente Abstimmung mit den bundeseinheitlichen Modalitäten der Finanzierung der Betriebskosten im DRG-System erfolgen, um einen strukturell effizienten Einsatz der Finanzmittel des Gesundheitsfonds für den Betrieb und der Landesmittel zur Investitionsförderung zu erreichen. Aufgrund der hohen Anteile der Universitätsklinika an der Gesundheitsversorgung sind die Hochschulkliniken einzubeziehen...“*

## 9.2 Sind die mit dem KHRG vorgesehenen Investitionspauschalen mit den Regelungen des KHGG NRW kompatibel?

Die Umstellung der Investitionsfinanzierung auf Investitionspauschalen wird mit dem KHG (Bund) in die Entscheidung des einzelnen Bundeslandes (§ 10 Abs. 1 Satz 5 KHG i.d.F. KHRG) gelegt. Da mit dem KHGG NRW erst seit 01.01.2008 die Baupauschale als Ersatz für die bisherige Einzelförderung eingeführt worden ist, stellt sich die Frage, ob und inwieweit aufgrund des KHRG mit erneuten Änderungen in NRW zu rechnen ist. Hier dürften sowohl die Kompatibilität der im KHRG vorgesehenen Systematik mit den Regelungen des

KHGG NRW als auch der Grad landesspezifischer Einfluss- und Entscheidungsmöglichkeiten maßgeblich sein.

Mit dem im KHRG angestrebten Reformmodell soll die Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter durch leistungsbezogene Investitionspauschalen ersetzt werden. Dazu sollen die notwendigen Investitionsmittel an die DRG-Fallpauschalen geknüpft werden. Beabsichtigt ist allerdings die Entwicklung eines eigenständigen Bewertungssystems für Investitionspauschalen. Dabei sind unterschiedliche Investitionsbedarfe bei den Krankenhausleistungen, z. B. bei personalintensiven oder sachkostenlastigen Leistungen, zu berücksichtigen. Die Investitionspauschalen sollen den in Zusammenhang mit bestimmten Leistungen stehenden Investitionsbedarf in pauschalierter Form abbilden. Entscheidend ist, dass die Investitionsbewertungsrelationen bundeseinheitlich ermittelt werden und damit für jedes Bundesland, welches sich für eine Umstellung entscheidet, verbindlich sind. Lediglich über den Investitionsfallwert, der auf Landesebene zu ermitteln ist, können mögliche landesspezifische Kostenstrukturen Berücksichtigung finden. Diese Systematik ist vergleichbar mit den DRG-Bewertungsrelationen und den Landesbasisfallwerten.

Die Investitionspauschalen werden an jedes Krankenhaus als Zuschlag zu den DRG gezahlt. Die Finanzierung erfolgt aber gleichwohl durch die einzelnen Bundesländer aus den jeweiligen Landesmitteln und nicht durch die Krankenkassen.

Die im KHRG angelegte Systematik unterscheidet sich in zwei Punkten maßgeblich von den Regelungen in NRW. Das KHGG NRW sieht in Verbindung mit der PauschKHFVO eine Baupauschale für die bisherigen Maßnahmen der Einzelförderung und darüber hinaus pauschale Fördermittel für kurzfristige Anlagegüter vor, deren Berechnung jeweils anders gewichtet ist. Im Gegensatz dazu sollen nach dem KHRG aber beide Instrumente durch eine leistungsbezogene Pauschalförderung ersetzt werden. Würde sich daher NRW für die Systematik des KHRG entscheiden, wäre eine Differenzierung zwischen Baupauschale und pauschaler Fördermittel für kurzfristige Anlagegüter nicht mehr möglich.

Zum anderen unterscheiden sich die Berechnungsgrundlagen für die Investitionspauschalen. Nach dem KHGG in Verbindung mit der PauschKHVO ist für die Baupauschale und die pauschalen Fördermittel die Zahl der behandelten Fälle und deren Schwere (Casemix) – bestimmt nach dem jeweils gültigen Fallpauschalenkatalog (G-DRG) für die Benutzerkosten (Personal- und Sachaufwen-

dungen) – maßgeblich. Hierzu ist vielfach kritisiert worden, dass sich aus der Fallzahl und Fallschwere kein direkter Bezug zum Investitionsbedarf pro Fallgruppe herstellen lasse.

So ist davon auszugehen, dass Krankenhäuser allein aufgrund eines schlechten Casemixes nach der Systematik des KHGG NRW benachteiligt sind. Andererseits kann es auch Abteilungen geben, die einen hohen Benutzerkosten-CM-Wert aufweisen und tatsächlich nur niedrige Investitionskosten verursachen. Ein typisches Beispiel für eine solche zu hoch finanzierte Abteilung ist eine vollstationäre Akut-Geriatrie.

Dieses Manko ließe sich möglicherweise durch Investitionsbewertungsrelationen, wie sie das KHRG vorsieht, beheben. Voraussetzung wäre allerdings, den derzeit für NRW maßgeblichen Berechnungsmaßstab DRG-Casemix durch die im KHRG vorgesehenen Investitionsbewertungsrelationen zu ersetzen. Da es sich hierbei um eine andere Art von Fallgewicht handelt, ist allerdings von Verschiebungen in der krankenhausindividuellen Förderhöhe auszugehen.

## 10. VERWENDUNGSNACHWEISPRÜFUNG DURCH DEN ABSCHLUSSPRÜFER

### 10.1. Prüfungsgrundlagen

Der Maßstab für die Prüfungsarbeiten der Wirtschaftsprüfer ist das Gesetz, die Gesetzesbegründung und seine Auslegung. In verschiedenen Schriften und Veranstaltungen stellten die Vertreter des MAGS besonders heraus, dass die Förderung des Krankenhausbaues (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) im Wege der Baupauschale mit den neuen Fördergegenständen („Kosten“, „Kapitaldienst“, „Nachförderung“ und die Möglichkeit der „Abtretung der Fördermittel“) politisch initiierte neue Förderansätze darstellten. Dass die Fördermittel der Höhe nach nicht ausreichen, ist seitens der Ministerialbürokratie unbestritten.

### 10.2. Erweiterte Jahresabschlussprüfung § 30 KHGG NRW

Die Verwendung der Pauschalfördermittel alter Art – Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter – war bereits nach § 34 KHG NRW durch den Abschlussprüfer zu prüfen. Insoweit war bereits der alte Jahresabschlussprüfungsauftrag der Betriebsstätten-Abschlüsse nordrhein-westfälischer Krankenhäuser per Gesetz inhaltlich erweitert. Die Berichterstattung über diese Prüfungserweiterung erfolgte im Prüfungsbericht und in einer grundsätzlich bis zum 30.6. des dem Bilanzstichtag folgenden Jahres bei der Bezirksregierung (Förderbehörde) vorzulegenden besonderen Bescheinigung, offiziell als Vermerk bezeichnet. Dieses Verfahren ist nun auch auf die Fördermittel aus Baupauschalen ausgeweitet worden.

Die Fördermittel werden vom Land an das Krankenhaus ausgereicht und unterliegen in ihrer Verwendung den **betriebswirtschaftlichen Überlegungen der Krankenhausgeschäftsführung**. Ermessensspielräume werden von ihr ausgeschöpft, nicht vom Wirtschaftsprüfer.

Die Prüfung der Verwendung der pauschalen Fördermittel zur Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter ist in NRW wie bisher Vorbehaltsaufgabe des Wirtschaftsprüfers. Neu ist indes der Umstand, dass § 30 KHGG NRW die **Prüfungserweiterung auf die Baupauschalmittel** und ihre Verwendung ausdehnt. Diese Prüfung für die projektbezogenen Einzelfördermittel erfolgte bisher durch den Prüfdienst der Bezirksregierungen.

Das Land Nordrhein-Westfalen hat also nicht nur das Antragsverfahren zur Bewilligung neuer Förderprojekte abgeschafft, sondern auch die behördliche Prüfung der Verwendungsnachweise. Die Prüfung der Verwendungsnachweise

ist auf die Wirtschaftsprüfung des Krankenhauses ausgelagert (§ 30 Abs. 2 KHGG NRW).

So erfreulich die Reduzierung der Verwaltungsaufgaben der Aufsichtsbehörde aus Sicht der Krankenhäuser und aus Sicht des Steuerzahlers sein mag, so schwierig ist die neue Aufgabe für den Wirtschaftsprüfer. Es gibt keine institutionalisierten Formen der Projekt- bzw. Maßnahmenplanung, -kalkulation und Verwendungsnachweiserstellung mehr, die dem Abschlussprüfer die Durchführung seiner Arbeit erheblich erleichterten. Wenn der Wirtschaftsprüfer zukünftig mit der Abschlussprüfung beginnt, ist die Baumaßnahme vielleicht bereits fertig gestellt, die Fördergelder sind ausgegeben und es kann die Erwartungshaltung bestehen, dass die Erteilung des Bestätigungsvermerks für die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel eine reine Formsache darstellt.

### 10.3. Prüfungsdurchführung

Nach dem Vorbeschriebenen ergibt sich gemäß dem der Abschlussprüfung zugrundeliegenden **risikoorientierten Prüfungsansatz** ein besonderes Erfordernis zur Prüfung des Internen Kontrollsystems (IKS) im Bereich Investitionsbeschaffung. Die Prüfung des IKS hat insbesondere zum Ziel festzustellen, ob das Krankenhausmanagement sachgerechte Vorkehrungen getroffen hat, um Fehler bei der Abwicklung von Investitionsmaßnahmen zu verhindern. Als wesentliche Aspekte für ein effizientes und ordnungsmäßiges Investitionsmanagement seien genannt:

- Gibt es eine kurz- und mittelfristige Investitionsplanung? Wer ist in die Investitionsplanung eingebunden?
- Wird die Investitionsplanung rollierend durch Gegenüberstellung von SOLL und IST fortgeführt?
- Umfasst die Investitionsplanung auch die Finanzierung der Maßnahmen? Werden Folgekosten der Investitionen berücksichtigt?
- Werden bei der Investitionsplanung die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit angemessen und nachvollziehbar beachtet? (z.B. Beachtung von Ausschreibungs- und Vergaberegeln wie VOB, VOL)
- Wird die Investitionsplanung einschließlich Finanzierung vom Aufsichtsgremium genehmigt und ihre Einhaltung überprüft?
- Werden bei der Abwicklung von Investitionen sachverständige Dritte z.B. Architekten, Bauingenieure etc. hinzugezogen?

- Bestehen eindeutige Organisationsanweisungen für die Zuständigkeiten bei der Durchführung und Überwachung von Investitionen, u.a. Abgrenzung und Zusammenarbeit von Einkauf/Technik und Anlagen-/Finanzbuchhaltung?
- Bestehen ausreichende und sachgerechte Anweisungen zur Abbildung von Investitionsmaßnahmen und deren Finanzierung in der Anlage- und Finanzbuchhaltung? Werden z.B. gesonderte Bankkonten geführt?

Neben der Prüfung des IKS der Investitionsbeschaffung sind in ausreichenden Maße **Einzelfallprüfungen** durchzuführen. Im Wege der Einzelfallprüfung kann Sicherheit dahingehend erlangt werden, ob die organisatorischen Regelungen in der betrieblichen Praxis tatsächlich angewendet werden. Darüber hinaus kann am Einzelfall überprüft werden, ob es sich bei der Maßnahme tatsächlich um eine im Sinne des Gesetzes förderfähige Investition handelt. Dies berührt z.B. Fragestellungen wie:

- Liegen Anschaffungs- oder Herstellungskosten vor oder handelt es sich um eine Instandhaltungsmaßnahme?
- Entspricht die Maßnahme dem Versorgungsauftrag, den das Land für dieses Krankenhaus vorgeschrieben hat, d.h. betrifft die Maßnahme den stationären Bereich? Bei gemischt genutzten Anlagegütern: gibt es eine sachgerechte, dokumentierte Zuordnung zu stationären und sonstigen Zwecken?
- Wurden bei der Investitionsentscheidung die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit angemessen und nachvollziehbar beachtet? (z.B. Beachtung von Ausschreibungs- und Vergaberegeln wie VOB, VOL)
- Ist die sachgerechte Zuordnung der angefallenen Aufwendungen zu der Investitionsmaßnahme gewährleistet?
- Ist eine eindeutige Abstimmung zwischen angefallenen Ausgaben und Verwendung von Fördermitteln gewährleistet? Gibt es eine ausreichende (langfristige) Dokumentation?

Die Frage einer tatsächlichen Aktivierungspflicht von bestimmten Umbauten kann im Nachhinein schwerwiegende Auswirkungen auf das Monats-/Quartals- oder Jahresergebnis haben. Es könnte sich nämlich im Nachhinein bei der Prüfung herausstellen, dass eine vom Krankenhaus geplante und durchgeführte Maßnahme nicht förderfähig ist, weil es ihr an der Aktivierungsfähigkeit mangelt. Dem kann das Krankenhaus vorbeugen, indem es rechtzeitig – also in der Bauplanungsphase vor der Ausschreibung und Beauftragung der Baufirmen – mit dem Wirtschaftsprüfer abstimmt, ob eine Förderfähigkeit der geplanten Maßnahme im Sinne des KHGG NRW gegeben ist.

Antworten auf derartige Fragestellungen sollte sich das professionell geführte Krankenhaus schriftlich geben lassen, damit im Zweifel später nachvollzogen werden kann, nach welchen Daten und Argumentationslinien die Entscheidung für oder wider eine Förderfähigkeit und in welcher Höhe gefunden wurde. Eine Bindungswirkung einer derartigen gutachterlichen Stellungnahme für andere Wirtschaftsprüfungsgesellschaften – Fall eines Prüferwechsels – bedeutet ein derartiges Gutachten nicht automatisch. Jeder Wirtschaftsprüfer ist eigenverantwortlich tätig und muss sich im Zweifel selbst ein Urteil zu schwierigen Sachverhalten bilden. Er ist an Gutachten von Berufskollegen nicht gebunden, müsste jedoch seine eigene Argumentationslinie begründen.

#### 10.4. Verantwortlichkeiten, Haftung und Berichterstattung

Die Verantwortlichkeit für die ordnungsmäßige Verwendung der Fördermittel nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW liegt bei den gesetzlichen Vertretern der Krankenhausträgersgesellschaft. Diese haben dem Abschlussprüfer entsprechende Nachweise zur Prüfung vorzulegen und die notwendigen Auskünfte zu erteilen.

Gemäß § 30 Abs. 2 KHGG NRW handelt es sich bei der Prüfung der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW um eine gesetzliche Erweiterung der Jahresabschlussprüfung mit der Folge, dass die Haftungsbeschränkung des § 323 HGB einschlägig ist. Die Ersatzpflicht von Personen, die fahrlässig gehandelt haben, beschränkt sich auf eine Million Euro für eine Prüfung. Bei Prüfung einer Aktiengesellschaft, deren Aktien zum Handel im regulierten Markt zugelassen sind, beschränkt sich die Ersatzpflicht von Personen, die fahrlässig gehandelt haben, auf vier Millionen Euro für eine Prüfung.

Da es sich um eine gesetzliche **Erweiterung der Jahresabschlussprüfung** handelt, ist vom Abschlussprüfer im Prüfungsbericht über die Ergebnisse der Prüfung der Verwendung der Fördermittel nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW zu berichten und der **Bestätigungsvermerk** entsprechend zu **erweitern**. Zur Vorlage bei der zuständigen Behörde wird i.d.R. ein gesonderter Vermerk (Bescheinigung) gefertigt.

Der inhaltliche Nachweis der Fördermittelverwendung für die pauschalen Fördermittel nach § 18 Abs. 1 KHGG NRW erfolgt in der Regel als Tabelle, in der das Krankenhaus seine Fördermittelverwendung summarisch erläutert. Im Folgenden wird die einschlägige Tabelle für die **pauschalen Fördermittel zur**



Wiederbeschaffung und Ergänzung von kurzfristigen Anlagegütern (Nutzungsdauer drei bis fünf Jahre) dargestellt:

<b>Fördermittel für Anlagegüter 3 bis 15 Jahre:</b>	<b>EUR</b>
Anfangsbestand der nicht verwendeten pauschalen Fördermittel zum 1. Januar des lfd. Jahres nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW	_____
+ zugewiesene Fördermittel (§ 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW)	
– umgewidmete Fördermittel (§ 21 Abs. 9 KHGG NRW)	
+ Erlöse aus der Vermietung von geförderten kurzfristigen Anlagegütern (§ 22 Abs. 2 KHGG NRW)	
– im lfd. Jahr verwendete Fördermittel	
zur Finanzierung von Investitionen / Abschreibungen auf Investitionen (§ 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW)	
zur Finanzierung von Krediten (§ 21 Abs. 5 KHGG NRW)	
zur Finanzierung von Nutzungsentgelten (§ 21 Abs. 6 KHGG NRW)	
+ Zinserträge (§ 21 Abs. 7 KHGG NRW)	
+ Erlöse aus Anlagenabgängen geförderter kurzfristiger Anlagegüter (§ 21 Abs. 7 KHGG NRW)	
+ Versicherungserstattungen geförderter kurzfristiger Anlagegüter (§ 21 Abs. 7 KHGG NRW)	
Endbestand der noch nicht verwendeten pauschalen Fördermittel zum 31. Dezember des lfd. Jahres	_____
	=====

Sollten für die Führung des gesonderten Bankkontos gemäß § 21 Abs. 7 KHGG NRW Nebenkosten des Geldverkehrs anfallen, sind diese absetzbar. Praktisch erfolgt die Absetzung durch Saldierung mit den Zinserträgen. Eine gesonderte Absetzung der Nebenkosten des Geldverkehrs nach der Position Zinserträge ist ebenfalls denkbar.

Die Angabe von Null-Salden in der vorstehenden tabellarischen Aufstellung ist sinnvoll, weil sie signalisiert, dass die Position geprüft wurde und keinen Wert ausweist.

Soweit im lfd. Jahr verwendete Fördermittel zur Finanzierung von Abschreibungen auf förderfähige Investitionen eingesetzt werden, wäre dies ggf. ergänzend zu vermerken.

<b>Baupauschalmittel</b>	EUR
Anfangsbestand der nicht verwendeten pauschalen Fördermittel zum 1. Januar des lfd. Jahres nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW	_____
+ zugewiesene Fördermittel (§ 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW)	
+ abgetretene Fördermittel (§ 20 KHGG NRW)	
+ umgewidmete Fördermittel (§ 21 Abs. 9 KHGG NRW)	
+ Einnahmen aus der Vermietung von geförderten Räumen/Ausstattungen (§ 22 Abs. 2 KHGG NRW)	
- im lfd. Jahr verwendete Fördermittel	
zur Finanzierung von Investitionen (§ 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW)	
zur Finanzierung von Krediten (§ 21 Abs. 5 KHGG NRW)	
zur Finanzierung von Nutzungsentgelten (§ 21 Abs. 6 KHGG NRW)	
zur Finanzierung von Anlauf- und Umstellungskosten (§ 27 KHGG NRW)	
+ Zinserträge (§ 21 Abs. 7 KHGG NRW)	
+ Erlöse aus Anlagenabgängen geförderter Anlagegüter (§ 21 Abs. 7 KHGG NRW)	
+ Versicherungserstattungen geförderter Anlagegüter (§ 21 Abs. 7 KHGG NRW)	
Endbestand der noch nicht verwendeten pauschalen Fördermittel zum 31. Dezember des lfd. Jahres	_____ =====

Die Abtretung von eigenen Fördermitteln könnte in der Zeile „zugewiesene Fördermittel“ in einer Vorspalte vermerkt werden. Die Aufstellung sollte mit einer Fußnote versehen werden, aus der ersichtlich ist, dass das Krankenhaus die Abtretung der zuständigen Landesbehörde schriftlich, unter Angabe des Datums des Schreibens angezeigt hat.

Sind nach dem abschließenden Ergebnis der Verwendungsprüfung keine Einwendungen zu erheben, so hat der Wirtschaftsprüfer in seinem Prüfungsbericht über die Prüfungserweiterung zu berichten. Zur Vorlage bei der Fördermittelbehörde wird üblicherweise ein Auszug aus dem Prüfungsbericht gefertigt. Die wichtigste Anlage zu dem Auszug aus dem Prüfungsbericht ist die summarische Aufstellung oder sind die summarischen Aufstellungen über die Fördermittel-

verwendung mit Ort und Datum unterzeichnet von dem/den Vertretungsberechtigten des Krankenhausträgers.

### Vermerk

Über die Prüfung der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der pauschalen Fördermittel nach § 18 KHGG NRW

Hiermit bestätige ich / bestätigen wir zur Vorlage bei .... [Fördermittelbehörde], dass ich / wir den Jahresabschluss der Krankenhausträgergesellschaft (Name, Ort), der zugleich der Jahresabschluss des Krankenhauses (Name, Ort), nach KHG ist, unter Einbeziehung der Buchführung und den Lagebericht für das Geschäftsjahr vom 1. Januar .... bis 31. Dezember .... nach § 317 HGB i.V.m. § 30 KHGG NRW geprüft und einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk erteilt habe / haben.

Die Abschlussprüfung wurde nach § 30 KHGG NRW erweitert um die Prüfung der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der pauschalen Fördermittel nach § 18 KHGG NRW.

Die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der pauschalen Fördermittel nach § 18 KHGG NRW sowie die Darstellung der Verwendung der pauschalen Fördermittel liegen in der Verantwortung der gesetzlichen Vertreter der Krankenhausträgergesellschaft/des Krankenhauses.

Die gesetzlichen Vertreter der Krankenhausträgergesellschaft/des Krankenhauses haben mir / uns in einer Ergänzung zur Vollständigkeitserklärung zur Abschlussprüfung schriftlich bestätigt, dass sie mir / uns alle für die Abgabe des Vermerks erforderlichen Unterlagen vorgelegt und alle notwendigen Informationen mitgeteilt haben.

Meine / Unsere Aufgabe ist es, auf der Grundlage der von mir / uns durchgeführten Prüfung eine Beurteilung über die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der pauschalen Fördermittel nach § 18 KHGG NRW abzugeben.

Ich habe / Wir haben meine / unsere Prüfung der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der pauschalen Fördermittel nach § 18 KHGG NRW im Rahmen unserer Abschlussprüfung unter Beachtung des IDW Prüfungsstandards: Zum erweiterten Umfang der Jahresabschlussprüfung von Krankenhäusern nach Landeskrankenhausrecht (IDW PS 650) vorgenommen.

Danach ist die Prüfung so zu planen und durchzuführen, dass wesentliche Fehler in dem Nachweis der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der pauschalen Fördermittel nach § 18 KHGG NRW mit hinreichender Sicherheit erkannt werden. Bei der Festlegung der Prüfungshandlungen werden die Kenntnisse über die Geschäftstätigkeit und über das wirtschaftliche und rechtliche Umfeld sowie die Erwartungen über mögliche Fehler berücksichtigt. Im Rahmen der Prüfung werden die Wirksamkeit des rechnungslegungsbezogenen internen Kontrollsystems sowie Nachweise für die Angaben in Buchführung und Jahresabschluss überwiegend auf der Basis von Stichproben beurteilt.

Im Rahmen meiner / unserer Prüfung der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der pauschalen Fördermittel nach § 18 KHGG NRW habe ich / haben wir insbesondere folgende Prüfungshandlungen vorgenommen:

- Prüfung der Einhaltung der Vorschriften der Abgrenzungsverordnung sowie des Landeskrankenhausrechts zur Verwendung der pauschalen Fördermittel nach § 18 KHGG NRW,
- Abstimmung der in dem Nachweis der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel aufgeführten Beträge mit dem Ausweis in Buchführung und Jahresabschluss,
- Abstimmung der Zahlungseingänge der pauschalen Fördermittel mit den entsprechenden Bankkonten.

Ich bin / Wir sind der Auffassung, dass meine / unsere Prüfung eine hinreichend sichere Grundlage für unsere Beurteilung bildet.

Zur Vorlage an ..... [Fördermittelbehörde] bestätige ich / bestätigen wir, dass die Prüfung der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der pauschalen Fördermittel nach § 18 KHGG NRW zu keinen Einwendungen geführt hat.

Diesen Vermerk erteile ich / erteilen wir auf der Grundlage des mir / uns erteilten Auftrags. Dieser begrenzt meine / unsere Haftung bei gesetzlich vorgeschriebenen Abschlussprüfungen nach Maßgabe des § 323 Abs. 2 HGB. Ich erteile / Wir erteilen diesen Vermerk zugunsten ..... [Fördermittelbehörde] unter der Voraussetzung, dass diese die vorstehende Haftungsbegrenzung auch sich gegenüber gelten lässt.

Ort, Datum .....

[Unterschrift]

Wirtschaftsprüfer

Anlage  
Nachweis der Verwendung der pauschalen Fördermittel

## 10.5. Vorlage bei der zuständigen Bezirksregierung

Der Verwendungsnachweis ist bis zum Ende eines Kalenderjahres vorzulegen (§ 21 Abs. 8 Satz 2 KHGG NRW). Der Wortlaut des Gesetzes ist insoweit unklar, als aus dem Gesetzestext nicht hervorgeht, ob es sich um das Förderjahr oder das auf die Förderung folgende Kalenderjahr handelt. Erst im Zusammenhang mit der Vorschrift des § 30 Abs. 2 KHGG NRW wird deutlich, dass es sich nur um das auf die Förderung folgende Kalenderjahr handeln kann.

# ANLAGE I

## BUCHUNG DER VERWENDUNGSMÖGLICHKEITEN DER PAUSCHALFÖRDERMITTEL NACH § 18 ABS. 1 KHGG NRW

### 1. Kategorie: Anschaffungs- und Herstellungskosten für Investitionen, die nach dem 29.12.2007 getätigt werden

Im ersten Unterfall der ersten Kategorie verfügt das Krankenhaus über einen Finanzmittelbestand von € 1,2 Mio. aus noch nicht verwendeten Fördermitteln aus der Baupauschale und das geplante Investitionsvolumen beträgt € 1,0 Mio. Der Krankenhausträger darf ohne Rücksprache mit der Bezirksregierung oder dem Gesundheitsministerium (MAGS) die Investition aus den vorhandenen Fördermitteln tätigen. Die bewilligten Fördermittel nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KHGG NW betragen € 1,207 Mio. bzw. € 2,045 Mio.

Die Abbildung in der Buchhaltung lautet:

- Buchung des Fördermittelbescheids für die Mittel der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter € 2.045.010,07 und der Baupauschale € 1.207.148,70:
 

Per Forderung aus Fömi Baupauschale	€ 1.207.148,70	an	Erträge Fömi	€ 1.207.148,70
Per Forderung aus Fömi kurzfr. Anlagevermögen	€ 2.045.010,07	an	Erträge Fömi	€ 2.045.010,07
- Neutralisierung der Fördermittelbuchungen
 

Per Aufwend. aus der Zuführung zu Verb. KHG	€ 1.207.148,70	an	Verb. KHG	€ 1.207.148,70
Per Aufwend. aus der Zuführung zu Verb. KHG	€ 2.045.010,07	an	Verb. KHG	€ 2.045.010,07
- Auszahlung der Fördermittel auf separate Bankkonten des Krankenhauses:
 

Per Bank – Baupauschalenkonto – an Forderung aus Fömi Baupauschale		an	Forderung aus Fömi Baupauschale	€ 1.207.148,70
Per Bank – Kurzfr. AV-Konto – an Forderung aus Fömi kurzfr. AV		an	Forderung aus Fömi kurzfr. AV	€ 2.045.010,07
- Investition und Bezahlung der Baurechnungen:
 

Per Grdstk. mit Betriebsbauten	€ 1.000.000,00	an	Bank – Baupauschalenkonto	€ 1.000.000,00
--------------------------------	----------------	----	---------------------------	----------------
- Dotation des Sonderpostens gem. § 5 KHBV
 

Per Verb. KHG	€ 1.000.000,00	an	Sonderp.	
			nach dem KHG zur Finanz. des AV	€ 1.000.000,00

Die Abschreibung der Gebäudeinvestition erfolgt über die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer der Investition (z.B. 50 Jahre). Die Auflösung des Sonderpostens aus Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens aus Fördermitteln nach dem KHG erfolgt über den gleichen Zeitraum und neutralisiert die Gebäudeabschreibungen in der Gewinn- und Verlustrechnung durch entsprechende Erträge aus der Auflösung des Sonderpostens.

**Im Ergebnis ergibt sich keine Ergebnisauswirkung aus der Fördermittelverwendung.**

Im **zweiten Unterfall der ersten Kategorie** wird die Fallgestaltung wie folgt variiert: Der Finanzmittelanfangsbestand an noch nicht verwendeten Fördermitteln betrage € 0,0 Mio. und die Investitionssumme betrage nunmehr € 2,0 Mio. Die bewilligte Baupauschale nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NW beträgt T€ 650 p.a. Der Geschäftsführer investiert ohne Rücksprache wie im ersten Unterfall und verwendet im Investitionsjahr die Baupauschale von € 0,65 Mio. sowie € 1,35 Mio. vorhandene eigene Liquidität. In den Jahren 02 – 04 Jahr erhält das Krankenhaus neue Baupauschalmittel i.H.v. € 0,65 Mio. p.a. Der Krankenhausträger muss nun entscheiden, ob die neuen Baupauschalmittel für das Bauprojekt aus Vorjahren eingesetzt werden sollen oder nicht. Entscheidet sich der Krankenhausträger für eine Finanzierung des Bauprojekts, dann finanziert er nach und es stellt sich die Frage, ob eine derartige Nachfinanzierung zulässig ist oder nicht? Wie unter Abschnitt 8.2 ausgeführt bestehen keine gesetzlichen Vorschriften, die eine Nachfinanzierung für nicht zulässig erklärten.

Die **Abbildung in der Buchhaltung** lautet:

- Buchung der Investitionsausgaben von EUR 2,0 Mio. bezahlt zu EUR 0,65 Mio. aus Baupauschalmitteln und zu EUR 1,35 Mio. aus vorhandener eigener Liquidität [Auf eine ausführliche Darstellung der Buchungstechnik über Kreditoren wird aus Vereinfachungsgründen verzichtet].  
**Per Grstk. mit Betriebsbauten € 2,0 Mio.**  

	<b>an Bank – Baupauschalenkonto</b>	<b>€ 650.000,00</b>
	<b>an Bank – Eigenmittelkonto</b>	<b>€ 1.350.000,00</b>
- Anteilige Dotation des Sonderpostens gem. § 5 KHBV im **Jahr 01**  
**Per Aufw. aus der Zuf. zu Verb. KHG € 0,65 Mio. an Sonderp. nach KHG zur Finanz. d. AV € 0,65**
- Buchung der Jahresabschreibung von € 40.000,00 (Nutzungsdauer = 50 Jahre) des **Jahre 01**  
**Per Abschreibungen € 40.000 an Grstk. mit Betriebsbauten € 40.000**
- Auflösung des Sonderpostens über die Nutzungsdauer des geförderten Anlagevermögens (= 50 Jahre) im **Jahr 01**  
**Per Sonderp. nach KHG zur Finanz. d. AV € 13.000 an Erträge aus Auflösung d. Sopo € 13.000**
- Dotation des Sonderpostens gem. § 5 KHBV im **Jahr 02 und Jahr 03**  
**Per Aufw. aus der Zuf. zu Verb. KHG € 0,65 Mio. an Sonderp. nach KHG zur Finanz. d. AV € 0,65**
- Buchung der Jahresabschreibung von € 40.000,00 (Nutzungsdauer = 50 Jahre) der **Jahre 02+03**  
**Per Abschreibungen € 40.000 an Grstk. mit Betriebsbauten € 40.000**
- Auflösung des Sonderpostens über die Nutzungsdauer des geförderten Anlagevermögens (= 50 Jahre) im **Jahr 02** (2 x 13.000,- + 1 x 13.000,- als Nachholung der Auflösung des Jahres 01)  
**Per Sonderp. nach KHG zur Finanz. d. AV € 39.000 an Erträge aus Auflösung d. Sopo € 26.000**  
**an periodenfremde Erträge € 13.000**

- Auflösung des Sonderpostens über die Nutzungsdauer des geförderten Anlagevermögens  
 (= 50 Jahre) im **Jahr 03** [3 x 13.000,- + 2 x 13.000,- als Nachholung der Auflösungen der Jahre 01  
 und 02]  

<b>Per</b> Sonderp. nach KHG zur Finanz. d. AV € 65.000	<b>an</b> Erträge aus Auflösung d. Sopo	€ 39.000
	<b>an</b> periodenfremde Erträge	€ 26.000
- Dotation des Sopo's gem. § 5 KHBV im **Jahr 04** in Höhe € 50.000 = € 2.000.000 ./ € 650.000 x 3 aus  
 der Baupauschale von insgesamt € 0,65 Mio.  

<b>Per</b> Aufw. aus der Zuf. zu Verb. KHG € 50.000	<b>an</b> Sonderp. nach KHG zur Finanz. d. AV	€ 50.000
<b>Per</b> Aufw. aus der Zuf. zu Verb. KHG € 600.000	<b>an</b> Verb. nach KHG zur Finanz. d. AV	€ 600.000
- Auflösung des Sonderpostens über die Nutzungsdauer des geförderten Anlagevermögens  
 (= 50 Jahre) im **Jahr 04** [1 x 40.000,- + 3 x 1.000,- als Nachholung der Auflösungen der Jahre 01 bis  
 03]  

<b>Per</b> Sonderp. nach KHG zur Finanz. d. AV € 65.000	<b>an</b> Erträge aus Auflösung d. Sopo	€ 40.000
	<b>an</b> periodenfremde Erträge	€ 3.000

In den Jahren eins bis vier ergeben sich Ergebnisauswirkungen aus der Fördermittelverwendung. Im Jahr eins beträgt die Ergebnisauswirkung € – 27.000; im Jahr zwei beträgt die Ergebnisauswirkung € – 1.000; im Jahr drei beträgt die Ergebnisauswirkung € + 25.000 und im Jahr vier € + 3.000. Ab dem Jahr fünf sind die Ergebnisauswirkungen gleich € 0.

## 2. Kategorie: Förderung von Investitionen aus der Zeit vor dem 29.12.2007

Sachverhalte der 2. Kategorie zeichnen sich dadurch aus, dass die Investitionen vor Inkrafttreten des KHGG NRW getätigt wurden. Aus Gesprächen mit Vertretern des MAGS könnte man dem Gedanken folgen, dass nochmals zu differenzieren wäre, in solche Investitionen, die am 29.12.2007 noch nicht fertiggestellt waren, oder solche, die am 29.12.2007 schon seit einigen Jahren auf der zugehörigen Bilanzposition aktiviert und abgeschrieben werden. Wir sehen jedoch keine gesetzliche Grundlage, dass diese Fälle ungleich zu behandeln sind. Eine unterschiedliche Behandlung könnte sich jedoch aus dem Umstand ergeben, was konkret nachgefördert werden soll:

- i.) Nachförderung der historischen Anschaffungs- und Herstellungskosten
- ii.) Förderung der Abschreibungen

Zum Fall i.): Nachförderung der historischen Anschaffungs- und Herstellungskosten

- Zunächst werden die Anfangsbestände einer denkbaren **Eröffnungsbilanz** eingebucht:  
**Per** Bank – Baupauschalenkonto – **an** Verbindlichkeiten aus Fömi Baupauschale  
noch nicht verwendet € 507.148,70  
**Per** Bank – Eigenmittelkonto – **an** Eigenkapital € 1.531.785,12
- Getätigte Investition und Bezahlung der Baurechnungen:  
**Per** Grdstk. mit Betriebsbauten € 2.000.000,00 **an** Bank  
– Baupauschalenkonto – € 500.000,00  
**an** Bank – Eigenmittelkonto – € 1.500.000,00
- Dotation des Sonderpostens gem. § 5 KHBV  
**Per** Verb. KHG € 500.000,00 **an** Sonderposten nach KHG zur Finanz. des AV € 500.000,00
- Buchung der Gebäude-Abschreibung (2% p.a.) im ersten Jahr:  
**Per** Abschreibungsaufwand **an** Grdstk. mit Betriebsbauten € 40.000,00
- Buchung der Auflösung des Sonderpostens (2% p.a.) im ersten Jahr:  
**Per** Sonderpostens **an** Auflösung des Sonderpostens € 10.000,00

Im ersten Jahr ergibt sich eine Ergebnisbeeinflussung von € – 30.000,00 = € – 40.000,00 + € 10.000,00

Zum Fall ii.): Förderung der Abschreibungen

- Zunächst werden die Anfangsbestände einer denkbaren **Eröffnungsbilanz** eingebucht:  
**Per** Bank – Baupauschalenkonto – **an** Verbindlichkeiten aus Fömi Baupauschale  
noch nicht verwendet € 507.148,70  
**Per** Bank – Eigenmittelkonto – **an** Eigenkapital € 1.531.785,12
- Investition und Bezahlung der Baurechnungen:  
**Per** Grdstk. mit Betriebsbauten € 2.000.000,00 **an** Bank – Baupauschalenkonto – € 500.000,00  
**an** Bank – Eigenmittelkonto – € 1.500.000,00
- Buchung der Gebäude-Abschreibung (2% p.a.) im ersten Jahr:  
**Per** Abschreibungsaufwand **an** Grdstk. mit Betriebsbauten € 40.000,00
- Auszahlung der Baupauschale des Jahres 01 in Höhe von T€ 650 und Verwendung der Baupauschalen für Abschreibungsaufwendungen  
**Per** Bank – Baupauschalenkonto – **an** Ertrag aus Fördermitteln nach dem KHG € 650.000,00  
**Per** Aufwand aus der Zuf. zu Verb. KHG **an** Verb. KHG nicht verwendete Fömi € 610.000,00

Im Ergebnis werden die förderfähigen Abschreibung von T€ 40 durch die um T€ 40 verminderte Zuführung zu Verbindlichkeiten aus noch nicht verwendeten Fördermitteln neutralisiert, der gesamt Vorgang ist buchhalterisch erfolgsneutral.



### 3. Kategorie: Finanzierung von Krediten

Zu unterscheiden ist eine Förderung von Kapitalkosten für Kredite (Zins und Tilgung) für eine förderfähige Investition von Anfang an sowie eine Einzelentscheidung in einem Jahr, den im Übrigen aus Eigenmitteln getragenen Kapitaldienst in einem bestimmten Jahr aus Fördermitteln zu finanzieren.

Buchhalterisch sind somit 2 Fälle darzustellen:

- i.) Kreditförderung von Anfang an
- ii.) Förderung der Abschreibungen und des Zinsaufwands

Zum Fall i.): Kreditförderung von Anfang an

- Zunächst werden die Bau- und Investitionskosten eingebucht. Sie betragen € 2,0 Mio. und werden über Kredit finanziert.
 

<b>Per</b> Grdst. mit Betriebsbauten – <b>an</b> Verbindlichkeiten aus L+L	€ 2.000.000,00
<b>Per</b> Bankguthaben Eigenmittel <b>an</b> Bankkredit	€ 2.000.000,00
- Die Investition wird über 50 Jahre abgeschrieben, der Bankkredit über 30 Jahre getilgt:
 

<b>Per</b> Abschreibungsaufwand <b>an</b> Grdstk. mit Betriebsbauten	€ 40.000,00
<b>Per</b> Bankkredit <b>an</b> Bankguthaben Eigenmittel	€ 66.666,67

Diese Buchungen fallen jährlich in gleicher Höhe an. Für die Abschreibungen ist eine Buchungsdauer von 50 Jahren und für die Tilgung eine Buchungsdauer von 30 Jahren erforderlich.
- Der Zinsaufwand ist für den Bankkredit mit 6 % für die nächsten 10 Jahre fest vereinbart. Für die Jahre 11 ff. muss eine neue Zinsfestschreibung mit der Bank verhandelt werden. Der Zinsaufwand reduziert sich jährlich um die Tilgung des Kredits (Tilgungsdarlehen). Im ersten Jahr beträgt der Zinsaufwand € 120.000,00; im Folgejahr € 116.000,00; etc.. Der zugehörige Buchungssatz lautet:
 

<b>Per</b> Zinsaufwand <b>an</b> Bankguthaben Eigenmittel	€ 120.000,00
---	--------------
- Der Geschäftsführer entscheidet sich im ersten Jahr, den Zinsaufwand und die Tilgung (Kapitaldienst aus Fördermitteln zu refinanzieren. Die Vereinnahmung der Baupauschale von T€ 650 erfolgt als Ertragsbuchung und die nicht verwendeten Teile werden den Verbindlichkeiten nach KHG zugeführt.
 

<b>Per</b> Bank – Baupauschalenkonto – <b>an</b> Ertrag aus Fördermitteln nach dem KHG	€ 650.000,00
<b>Per</b> Aufwand aus der Zuf. zu Verb. KHG <b>an</b> Verb. KHG nicht verwendete Fömi	€ 463.333,33

Im Ergebnis ergibt sich im ersten Jahr eine Ergebnisauswirkung von:

Abschreibungsaufwand	/.	€	40.000,00
Zinsaufwand	/.	€	120.000,00
Erträge aus Fördermitteln nach dem KHG	+	€	650.000,00
Aufwendungen aus der Zuführung zu Verbindlichkeiten KHG	/.	€	463.333,33
Ergebniswirksamkeit in der Gewinn- und Verlustrechnung	=	€	26.666,67

Für die Folgejahre sind die Buchungssätze grundsätzlich gleich, jedoch verändern sich die Zinsaufwendungen und die Zuführung zu den Verbindlichkeiten nach KHG der Höhe nach. Hierdurch verändert sich auch die Ergebnisauswirkung.

Zum Fall ii.): Förderung der Abschreibungen und des Zinsaufwands

- Zunächst werden wie im Fall i) die Bau- und Investitionskosten eingebucht. Sie betragen € 2,0 Mio. und werden über Kredit finanziert.
 

<b>Per</b> Grdst. mit Betriebsbauten – <b>an</b> Verbindlichkeiten aus L+L	€ 2.000.000,00
<b>Per</b> Bankguthaben Eigenmittel <b>an</b> Bankkredit	€ 2.000.000,00
- Die Investition wird über 50 Jahre abgeschrieben, der Bankkredit über 30 Jahre getilgt:
 

<b>Per</b> Abschreibungsaufwand <b>an</b> Grdstk. mit Betriebsbauten	€ 40.000,00
<b>Per</b> Bankkredit <b>an</b> Bankguthaben Eigenmittel	€ 66.666,67

 Diese Buchungen fallen jährlich in gleicher Höhe an. Für die Abschreibungen ist eine Buchungsdauer von 50 Jahren und für die Tilgung eine Buchungsdauer von 30 Jahren erforderlich.
- Der Zinsaufwand ist für den Bankkredit mit 6 % für die nächsten 10 Jahre fest vereinbart. Für die Jahre 11 ff. muss eine neue Zinsfestschreibung mit der Bank verhandelt werden. Der Zinsaufwand reduziert sich jährlich um die Tilgung des Kredits (Tilgungsdarlehen). Im ersten Jahr beträgt der Zinsaufwand € 120.000,00; im Folgejahr € 116.000,00; etc.. Der zugehörige Buchungssatz lautet:
 

<b>Per</b> Zinsaufwand <b>an</b> Bankguthaben Eigenmittel	€ 120.000,00
---	--------------
- Der Geschäftsführer entscheidet sich im ersten Jahr, den Zinsaufwand und die Abschreibungen (Kapitaldienst aus Fördermitteln) zu fördern. Die Vereinnahmung der Baupauschale von T€ 650 erfolgt als Ertragsbuchung und die nicht verwendeten Teile werden den Verbindlichkeiten nach KHG zugeführt.
 

<b>Per</b> Bank – Baupauschalenkonto – <b>an</b> Ertrag aus Fördermitteln nach dem KHG	€ 650.000,00
<b>Per</b> Aufwand aus der Zuf. zu Verb. KHG <b>an</b> Verb. KHG nicht verwendete Fömi	€ 390.000,00

Es ergibt sich keine Ergebnisauswirkung in der Gewinn- und Verlustrechnung des ersten Jahres. Für die Folgejahre wird sich der Zinsaufwand und die Zuführung zu Verbindlichkeiten KHG ändern, aber die Buchungen bleiben insgesamt ergebnisneutral.

#### 4. Kategorie: Förderung von Nutzung von Anlagegütern

Die Nutzung von Anlagegütern erzeugt Aufwand für Nutzungsentgelte (Pachtaufwendungen, Mietaufwendungen, Leasingraten). Diese Dauerschuldverhältnisse werden buchhalterisch als Aufwand der jeweiligen Periode erfasst. In gleicher Höhe wird Baupauschale im Ertrag der GuV belassen. Verbleibende Restbeträge aus der Baupauschale werden den Verbindlichkeiten nach KHG zugeführt.

#### 5. Kategorie: Abtretung

Der Vorgang der Abtretung ist kein buchungsrelevanter Vorgang.

## ANLAGE 2

### Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)

Vom 11. Dezember 2007 (GV. NRW. S. 702) unter Berücksichtigung der  
Berichtigung vom 18. Februar 2008 (GV. NRW.S. 157)

#### Abschnitt I

#### Allgemeine Bestimmungen

##### § 1 Grundsatz

(1) <sup>1</sup>Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser sicherzustellen. <sup>2</sup>Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten soll gefördert, Zusammenschlüsse sollen erleichtert werden.

(2) Die Krankenversorgung in Krankenhäusern nach Absatz 1 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.

(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 bereit zu stellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.

##### § 2 Krankenhausleistungen

(1) <sup>1</sup>Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung nach den durch Bescheid gemäß § 16 getroffenen Feststellungen im Krankenhausplan alle, die seine Leistungen benötigen, nach Art und Schwere der

Erkrankungen zu versorgen. <sup>2</sup>Notfallpatientinnen und -patienten haben Vorrang. <sup>3</sup>Die stationäre psychiatrische Versorgung schließt die Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17. Dezember 1999 (GV. NRW. S. 662) in der jeweils geltenden Fassung ein. <sup>4</sup>Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die festgestellten stationären Angebote der besonderen Therapierichtungen und die aktive Mitwirkung bei der Organspende.

(2) <sup>1</sup>Das Krankenhaus kann gegen ein mindestens kostendeckendes Entgelt gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen) erbringen, soweit dadurch die Gewährung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt wird. <sup>2</sup>Besondere Verpflegung, besondere Unterbringung und der Abschluss eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrages dürfen nicht voneinander abhängig gemacht werden.

### § 3 Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten

(1) Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses sind den Bedürfnissen nach Schonung und Ruhe der Patientinnen und Patienten anzupassen und angemessen zu gestalten.

(2) Die Würde sterbender Patientinnen und Patienten ist besonders zu beachten. Sie ist über den Tod hinaus zu wahren. Hinterbliebene sollen angemessen Abschied nehmen können.

### § 4 Kind im Krankenhaus

(1) <sup>1</sup>Den Belangen kranker Kinder mit ihrem Bedürfnis nach besonderer Zuwendung ist in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten soweit wie möglich Rechnung zu tragen. <sup>2</sup>Das Krankenhaus hat im Rahmen seiner Möglichkeiten bei Kindern eine Begleitperson aufzunehmen.

(2) Das Krankenhaus unterstützt in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Schulträger die schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden.

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

(1) Der Krankenhausträger trifft Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch eine unabhängige Stelle, die mit

allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe eng zusammenarbeiten soll.

(2) <sup>1</sup>Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. <sup>2</sup>Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die Patientinnen und Patienten in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern zu vermitteln.

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

## § 6 Krankenhaushygiene

(1) Das Krankenhaus hat die erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen.

(2) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung

1. Maßnahmen zur Erfassung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen,
2. Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachkräften

im Einzelnen zu regeln.

## § 7 Qualitätssicherung

<sup>1</sup>Der Landesausschuss für Krankenhausplanung nach § 15 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 ein direkter Vergleich zwischen verschiedenen Krankenhäusern möglich wird. <sup>2</sup>Der Ausschuss unterbreitet Vorschläge über Verfahren und Form derartiger Veröffentlichungen. <sup>3</sup>Die Vorschläge des Ausschusses für Krankenhausplanung können durch dreiseitige Vereinbarungen der Krankenhausesellschaft Nordrhein Westfalen, der Krankenkassen und der Ärztekammern umgesetzt werden.

## § 8 Zusammenarbeit der Krankenhäuser

(1) <sup>1</sup>Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Bescheid nach § 16 zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst, den für die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständi-

gen Behörden, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Selbsthilfeorganisationen und den Krankenkassen verpflichtet. <sup>2</sup>Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen. <sup>3</sup>Die an der Krankenhausversorgung Beteiligten unterrichten sich gegenseitig.

(2) <sup>1</sup>Der Zusammenschluss zu Versorgungseinheiten auf dem Gebiet des Gesundheits- und Sozialwesens ist zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zulässig. <sup>2</sup>Die Abläufe des Krankenhausbetriebes dürfen nicht beeinträchtigt werden. <sup>3</sup>Die Finanzierungsverpflichtungen ergeben sich grundsätzlich aus dem Anteil der Nutzung der Versorgungseinheiten.

## § 9 Organspende

Zur Bestellung eines Transplantationsbeauftragten nach § 3 des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG) sind die Krankenhäuser nach Maßgabe des § 33 verpflichtet.

## § 10 Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse

(1) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Das Recht der Patientinnen und Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt.

(2) <sup>1</sup>Das Krankenhaus ist verpflichtet, an der Bewältigung von Großschadensereignissen mitzuwirken. <sup>2</sup>Es stellt Einsatz- und Alarmpläne auf, stimmt sie mit der zuständigen Behörde ab und erprobt sie in angemessenen Abständen.

(3) <sup>1</sup>Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, Näheres zur Arzneimittelbevorratung, der Finanzierung, Art und Größe der für die Arzneimittelbevorratung geeigneten Krankenhäuser, den Umgang mit Arzneimitteln sowie die Zugriffsrechte des Einsatzpersonals bei Großschadensereignissen im Einvernehmen mit den für Innere Angelegenheiten und für Wissenschaft und Forschung zuständigen Ministerien durch Rechtsverordnung zu regeln. <sup>2</sup>Im Rahmen der Planung zur 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.

(2) <sup>1</sup>Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für die in Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden Vorschriften. <sup>2</sup>Die Vorschriften über die Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die Universitätskliniken sowie über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

(3) <sup>1</sup>Die in Absatz 1 genannten Einrichtungen sowie die Einrichtungen nach § 8 Abs. 2 sind verpflichtet, der zuständigen Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. <sup>2</sup>Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. <sup>3</sup>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  
 die Bezirksregierung,  
  
 oberste Aufsichtsbehörde  
 das zuständige Ministerium.

## Abschnitt II

### Planung

## § 12 Krankenhausplan

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



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

1. den Rahmen vorgaben und
2. den regionalen Planungskonzepten.

<sup>3</sup>Die Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt durch Änderung der Rahmenvorgaben und der regionalen Planungskonzepte. <sup>4</sup>Die Änderungen nach Satz 2 Nr. 2 sind durch Bescheid nach § 16 festzustellen. <sup>5</sup>Im Krankenhausplan im Ist anerkannte Betten zur stationären Versorgung sind Planbetten. Anerkannte Plätze zur teilstationären Versorgung sind Behandlungsplätze.

(3) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Die Festlegungen nach § 14 werden, soweit sie durch Bescheid nach § 16 festgestellt sind, Bestandteil des Krankenhausplans.<sup>3</sup> Die Aufgaben aus Forschung und Lehre sind zu berücksichtigen.

### § 13 Rahmenvorgaben

(1) Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. Sie sind Grundlage für die Festlegungen nach § 14.

(2) Bei der Neuaufstellung und Fortschreibung der Rahmenvorgaben ist der zuständige Landtagsausschuss zu hören.

### § 14 Regionale Planungskonzepte

(1) <sup>1</sup>Auf der Grundlage der Rahmen vorgaben nach § 13 legt das zuständige Ministerium insbesondere Gebiete, Gesamtplanbettenzahlen und Gesamtbehandlungsplatzkapazitäten abschließend fest. <sup>2</sup>Hierzu erarbeiten die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen gemeinsam und gleichberechtigt ein regionales Planungskonzept. <sup>3</sup>§ 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. <sup>4</sup>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.

(2) <sup>1</sup>Zu Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept können die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen und die zuständige Behörde auffordern. <sup>2</sup>Die Verhandlungen nach Satz 1 sind innerhalb von einem Monat nach Aufforderung einzuleiten. <sup>3</sup>Die Aufnahme der Verhandlungen ist der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen. <sup>4</sup>Die Verhandlungen sollen spätestens drei Monate nach ihrer Aufnahme abgeschlossen werden.

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

(4) <sup>1</sup>Die Beteiligten nach § 15 und die betroffenen Krankenhäuser werden zu dem Konzept nach Absatz 1 von dem zuständigen Ministerium gehört. <sup>2</sup>Werden im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger nicht bettenführende Angebote aufgegeben oder Gesamtbettenreduzierungen vorgenommen, muss der Änderung des Feststellungsbescheides grundsätzlich kein Anhörungsverfahren vorausgehen. <sup>3</sup>Soweit regionale Planungskonzepte nicht vorgelegt werden, entscheidet das zuständige Ministerium von Amts wegen nach Anhörung der Beteiligten nach § 15 Abs. 1 und 2, wenn der Krankenhausplan fortgeschrieben werden soll. <sup>4</sup>Absatz 3 Satz 5 gilt entsprechend.

(5) Die regionalen Planungskonzepte und Entscheidungen nach Absatz 4 werden durch Bescheid nach § 16 an den Krankenhausträger Bestandteil des Krankenhausplans.

### **§ 15 KHGG Beteiligte an der Krankenhausversorgung**

- (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

benanntes Mitglied.

(2) Weitere Beteiligte (mittelbar Beteiligte) sind:

1. die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen,
2. die kreisfreien Städte und Kreise,
3. der Landesbezirk NRW der Gewerkschaft ver.di,
4. der Landesverband Marburger Bund,
5. die Kassenärztlichen Vereinigungen,
6. die Dienstnehmervertretung Nordrhein-Westfalen der arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes,
7. der Verband der kirchlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Rheinland-Westfalen-Lippe,
8. die komba Gewerkschaft NRW.

(3) <sup>1</sup>Der Landesausschuss erarbeitet insbesondere die Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben notwendig sind. <sup>2</sup>Bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms sind mit den Beteiligten nach Absatz 1 einvernehmliche Regelungen anzustreben. <sup>3</sup>Die Beteiligten nach Absatz 2 sind zu den Maßnahmen nach § 14 und der Aufstellung des Investitionsprogramms zu hören. <sup>4</sup>Das zuständige Ministerium entscheidet abschließend.

(4) <sup>1</sup>Vorsitz im Landesausschuss und die Geschäfte des Landesausschusses führt das zuständige Ministerium. <sup>2</sup>Der Landesausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

## § 16 Feststellungen im Krankenhausplan

(1) <sup>1</sup>Die Feststellungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan werden durch Bescheid der zuständigen Behörde getroffen. <sup>2</sup>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
8. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG.

(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) Widerspruch und Anfechtungsklage eines Dritten gegen einen Feststellungsbescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

## Abschnitt III

### Krankenhausförderung

## § 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.

### § 18 Pauschalförderung

(1) Das zuständige Ministerium fördert

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (Baupauschale) und
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter)

durch jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel wirtschaften kann.

(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

1. die Bemessungsgrundlagen, die Zahlungsmodalitäten, die Höhe der 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.

### § 19 Investitionsprogramm und Bewilligung der Pauschalmittel

(1) Das zuständige Ministerium stellt auf der Grundlage des Krankenhausplans und der Vorschriften dieses Gesetzes sowie der Rechtsverordnung nach § 18 Abs. 2 Investitionsprogramme gemäß §§ 6, 8 KHG auf.

(2) <sup>1</sup>Ein Rechtsanspruch auf Förderung entsteht erst mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel. <sup>2</sup>Die Bewilligung kann mit Nebenbestimmungen

versehen werden, die zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks und zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich sind.

## § 20 Abtretung von Förderansprüchen und -anwartschaften

<sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Die beabsichtigte Abtretung ist der zuständigen Behörde durch das abtretende Krankenhaus anzuzeigen. <sup>3</sup>Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn die zuständige Behörde nicht innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Abtretungsanzeige schriftlich widerspricht. <sup>4</sup>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.

## § 21 Verwendung der Pauschalmittel

(1) <sup>1</sup>Förderungsfähig sind die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind. <sup>2</sup>Die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze und Entgelte, sind zu berücksichtigen.

(2) <sup>1</sup>Von der Förderung sind Investitionen ausgenommen, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung dienen. <sup>2</sup>Dazu zählen auch Kostenanteile, die auf Bereiche für Forschung und Lehre entfallen (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG).

(3) Die Pauschalmittel dürfen nicht eingesetzt werden:

1. für den Erwerb bereits betriebener Krankenhäuser,
2. für Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückserschließung sowie ihrer Finanzierung,
3. soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden oder bei Abschluss verkehrsüblicher Versicherungen hätten gewährt werden können.

(4) Nicht verbrauchte Pauschalmittel sind in den Folgejahren entsprechend dem jeweiligen Förderzweck zu verwenden.

(5) Die Pauschalmittel können insbesondere zur Finanzierung von Krediten für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 genutzt werden.

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

(7) <sup>1</sup>Die Pauschalmittel sind bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf jeweils einem besonderen Bankkonto für Fördermittel nach § 18 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 zinsgünstig anzulegen. <sup>2</sup>Zinserträge, Erträge aus Veräußerung und Versicherungsleistungen sind dem jeweiligen Bankkonto zuzuführen.

(8) <sup>1</sup>Die Krankenhäuser haben durch gesonderte Testate eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen, dass die Fördermittel für förderungsfähige Maßnahmen gem. § 18 Abs. 1 verwendet worden sind. <sup>2</sup>Diese Testate sind der zuständigen Behörde jeweils zum Ende eines Kalenderjahres vorzulegen.

(9) <sup>1</sup>Die Pauschalmittel dürfen nur für die ihnen jeweils zugewiesene Zweckbestimmung nach § 18 Abs. 1 verwendet werden. <sup>2</sup>Davon abweichend dürfen die Krankenhäuser die für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter gewährte Pauschale bis zu 30 vom Hundert der Jahrespauschale für Zwecke nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 einsetzen.

## § 22 Ausgliederung, Vermietung

(1) <sup>1</sup>Die Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses ist mit Erlaubnis der zuständigen Behörde zulässig. <sup>2</sup>Für ausgegliederte Teile dürfen keine Fördermittel eingesetzt werden. <sup>3</sup>Die anteiligen Fördermittel sind, soweit Investitionen nicht abgeschrieben oder Fördermittel nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, zurückzuerstatten.

(2) <sup>1</sup>Vermietungen von geförderten Räumen und deren Ausstattungen sind zulässig, soweit der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt wird. <sup>2</sup>Für Einnahmen gilt § 21 Abs. 7 Satz 2 entsprechend.

(3) <sup>1</sup>Soweit Krankenhäuser Mietverträge für angemietete Räumlichkeiten abgeschlossen und für diese nach bisherigem Recht Förderung erhalten haben, wird für Mietkosten, die durch die Baupauschale nicht gedeckt sind, bis zur Beendigung des Mietvertrages eine zusätzliche Förderung in Höhe der Differenz zwischen Baupauschale und Mietkosten gewährt.

## § 23 Besondere Beträge

(1) Ein besonderer Betrag kann für Zwecke des § 18 Abs. 1 festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig und ausreichend ist.

(2) <sup>1</sup>Für die Beschaffung von Medizinprodukten gilt Absatz 1 nur, wenn nachgewiesen wird, dass die Kosten nicht durch

1. Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeträgen

a) aus den Gebühren der das Medizinprodukt nach Satz 2 nutzenden liquidationsberechtigten Ärztinnen und Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen,

b) aus den Sachkosten für die Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten aus anderen Krankenhäusern, die zur Beschaffung von Medizinprodukten nach Satz 2 angesammelt werden können,

2. Fördermittel nach § 18 Abs. 1 Nr. 2, die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, gedeckt werden können.

<sup>2</sup>Das zuständige Ministerium bestimmt die Medizinprodukte, deren Beschaffung nach Satz 1 förderungsfähig ist. Mit den Beteiligten nach § 15 Abs. 1 ist Einvernehmen anzustreben.

## § 24 Ausgleichsleistungen

(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.

(2) <sup>1</sup>Die pauschale Ausgleichsleistung beträgt 1% des nach den §§ 11 Abs. 1, 14 Abs. 1 KHEntG und §§ 17 Abs. 1, 20 Abs. 1 BPflV genehmigten Budgets des Krankenhauses. <sup>2</sup>Maßgeblich ist hierfür das 12 Monate umfassende, genehmigte Budget des der Schließung vorangegangenen Jahres. <sup>3</sup>Bei Ausscheiden einer Abteilung ist der dieser Abteilung entsprechende Anteil des Budgets zugrunde zu legen.



## § 25 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen

(1) <sup>1</sup>Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern nach § 18 Abs. 1 vor Aufnahme in den Krankenhausplan Darlehen auf dem Kapitalmarkt aufgenommen worden, so werden vom Zeitpunkt der Aufnahme in den Krankenhausplan in Höhe der sich hieraus ergebenden Belastungen Fördermittel bewilligt. <sup>2</sup>Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Gemeinden, soweit sie nicht in Zuschüsse umgewandelt wurden. <sup>3</sup>Landesdarlehen für förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt.

(2) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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.

## § 26 Ausgleich für Eigenmittel

(1) <sup>1</sup>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 Krankenhauszwecke genutzt wird. <sup>2</sup>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.

## § 27 Anlauf- und Umstellungskosten

Anlauf- und Umstellungskosten (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG) sind nur förderungsfähig, wenn sie mit einer nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 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.

## § 28 Widerruf der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln

(1) Der Bewilligungsbescheid kann mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn das Krankenhaus ohne Zustimmung der Bewilligungsbehörde 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. Der Bewilligungsbescheid soll nicht widerrufen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(2) Nach § 19 Abs. 2 gewährte Fördermittel können unter Berücksichtigung des Einzelfalls zurückgefordert werden, soweit sie nicht zweckentsprechend verwendet worden oder Investitionen nicht abgeschrieben sind.

## Abschnitt IV

### Krankenhausstruktur

#### § 29 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.

### § 30 Abschlussprüfung

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

(2) Die Prüfung des Jahresabschlusses erstreckt sich insbesondere auf die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 18 Abs. 1. Sind nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung Einwendungen zu erheben, ist die Bestätigung einzuschränken oder zu versagen. Soweit die Bestätigung versagt oder eingeschränkt erteilt wird, ist der Abschlussbericht der zuständigen Behörde vorzulegen.

### § 31 Betriebsleitung, Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

(1) <sup>1</sup>In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. <sup>2</sup>Träger von mehreren Krankenhäusern können eine gemeinsame Betriebsleitung bilden. <sup>3</sup>An der Betriebsleitung sind eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegekraft und die Leiterin oder der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes zu beteiligen. <sup>4</sup>Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Satz 3 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind.

(2) <sup>1</sup>Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung mindestens eine Abteilungsärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen, die oder der nicht weisungsgebunden ist. <sup>2</sup>Sie oder er sind für die Untersuchung und Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Abteilung verantwortlich. <sup>3</sup>Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen leiten. <sup>4</sup>Für Abteilungen, die Patientinnen und Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, können neben der Abteilungsärztin oder dem Abteilungsarzt Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten bestellt werden, die bei der Untersuchung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und selbstständig tätig sind.

### § 32 Struktur der kommunalen Krankenhäuser

<sup>1</sup>Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften des Kommunalverfassungsrechtes durch die §§ 29 bis 31 unberührt. <sup>2</sup>Verordnungen nach § 107 Abs. 2 Satz 3 der Gemeindeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom

14. Juli 1994 (GV. NRW. S. 666) in der jeweils geltenden Fassung werden, soweit sie die Struktur der kommunalen Krankenhäuser regeln, im Einvernehmen mit dem zuständigen Ministerium erlassen.

### § 33 Kirchliche Krankenhäuser

<sup>1</sup>Die Rechtsverordnung aufgrund von § 6 Abs. 2 sowie § 31 Abs. 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden.<sup>2</sup> Satz 1 gilt unabhängig von der Rechtsform der Einrichtung.<sup>3</sup>Die Religionsgemeinschaften treffen für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen.

### § 34 Statistik

<sup>1</sup>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.<sup>2</sup>Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die unter die Auskunftspflicht fallenden Daten und das Verfahren im Einzelnen festzustellen.

## Abschnitt V

### Übergangs- und Schlussbestimmungen

#### § 35 Zuständigkeit

Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, für die Belange des Krankenhauswesens durch Rechtsverordnung die zuständige Behörde zu bestimmen.

#### § 36 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken

(1) Auf die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG sind die Vorschriften der Abschnitte II und III und des § 35 mit Ausnahme des § 18 Abs. 2 Nr. 2 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 und § 11 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.

### § 37 Übergangsvorschrift

(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.

(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.

### § 38 Inkrafttreten, Berichtspflicht

<sup>1</sup>Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. <sup>2</sup>Gleichzeitig tritt das Krankenhausgesetz 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), außer Kraft. <sup>3</sup>Die Landesregierung berichtet dem Landtag bis zum 31. Dezember 2012 über die Erfahrungen mit diesem Gesetz.

## ANLAGE 3

### Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO)

Vom 18. März 2008 (GV. NRW. S. 347)

Aufgrund des § 18 Abs. 2 Nr. 1 des Krankenhausgestaltungsgesetzes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11. Dezember 2007 (GV. NRW. S. 702, ber. 2008 S.157), wird im Einvernehmen mit dem Finanzministerium und dem Innenministerium sowie nach Anhörung der unmittelbar Beteiligten (§ 15 Abs. 1 KHGG NRW) und im Benehmen mit dem zuständigen Landtagsausschuss verordnet:

#### § 1 Begriffsbestimmungen

Die jährlichen Pauschalbeträge nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KHGG NRW setzen sich jeweils zusammen aus

1. Fallwertbeträgen für Abrechnungen von Fallpauschalen nach § 7 Satz 1 Nr.1 und 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S.1412, 1422) zuletzt geändert durch Art. 19 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378);
2. Tageswertbeträge für Abrechnungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 24 des RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes vom 20. April 2007 (BGBl. I S. 554);
3. Budgetbeträge für Abrechnungen von Entgelten nach § 6 Abs. 2a und § 7 Satz 1 Nr. 2, Nr. 5 und Nr. 6 KHEntgG;
4. Ausbildungsbeträge für im Krankenhausplan ausgewiesene Ausbildungsplätze.

#### § 2 Fallwertbeträge

(1) Bemessungsgrundlage für die Fallwertbeträge sind die effektiven Bewertungsrelationen gemäß Anlage I (AEB) zu § 11 Abs. 4 KHEntgG, Formular E 1, Spalte 17, Zeile „Summe insgesamt“ in Verbindung mit § 7 Satz 1 Nr.1 und 3 KHEntgG.

(2) Für die Berechnung der Baupauschale nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW wird die Bemessungsgrundlage gemäß Absatz 1 mit einem Fallwert vervielfacht. Ausgangspunkt für die Berechnung dieses Fallwerts ist der jeweilige Haushaltsansatz für die Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW vermin-

dert um die Summe aller Beträge für die Baupauschale nach §§ 3 bis 5 aller förderfähigen Krankenhäuser. Der verbleibende Betrag wird durch die Summe der Bemessungsgrundlagen aller förderfähigen Krankenhäuser gemäß Absatz 1 geteilt.

(3) Für die Berechnung der Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW gilt Absatz 2 mit der Maßgabe, dass auf die Beträge und den Haushaltsansatz für die pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW abzustellen ist.

### § 3 Tageswertbeträge

(1) Bemessungsgrundlage für die Tageswertbeträge sind das 1,6fache der vollstationären Berechnungstage und die teilstationären Berechnungstage gemäß § 13 Abs. 1 BPfIV.

(2) Für die Berechnung der Baupauschale nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW werden die Bemessungsgrundlagen gemäß Absatz 1 mit einem Tageswert vervielfacht. Dieser wird berechnet, indem 1,3 vom Hundert aller nach § 1 Nr. 2 abzurechnenden Leistungen der Krankenhäuser gemäß Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPfIV, Formular K 5, Zeile 9 zzgl. Nr. 13, jeweils Spalte 4 durch die Summen der Bemessungsgrundlagen aller förderfähigen Krankenhäuser gemäß Absatz 1 geteilt wird.

(3) Für die Berechnung der Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW gilt Absatz 2 mit der Maßgabe, dass der anzuwendende Vomhundertsatz 2,0 beträgt.

### § 4 Budgetbeträge

(1) Bemessungsgrundlage für die Budgetbeträge ist die Summe der Beträge gemäß Anlage 1 (AEB) zu § 11 Abs. 4 KHEntgG aus

1. Formular E 2: Spalte 4; Zeile „Summe ZE insgesamt“ (Aufstellung der Zusatzentgelte gemäß § 7 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG einschließlich Überlieger),
2. Formulare E 3.1, Spalte 21; E 3.2, Spalte 4; E 3.3, Spalte 5, Zeile „Summe“ (Aufstellung der nach § 6 Abs. 1, Abs. 2, Abs. 2a KHEntgG krankenhausindividuell vereinbarten sonstigen Entgelte einschließlich der Besonderen Einrichtungen).

(2) Für die Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr.1 KHGG NRW beträgt der Budgetbetrag 1,63 vom Hundert der Bemessungsgrundlage.

(3) Für die Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW beträgt der Budgetbetrag 2,5 vom Hundert der Bemessungsgrundlage.

## **§ 5 Ausbildungsbeträge**

(1) Bemessungsgrundlage für die Ausbildungsbeträge ist die Zahl der im Ist ausgewiesenen Ausbildungsplätze entsprechend der Feststellungen im Krankenhausplan zum 30. Juni des Vorjahres.

(2) Für die Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr.1 KHGG NRW beträgt der Ausbildungsbetrag 64,- Euro je Ausbildungsplatz gemäß Absatz 1.

(3) Für die Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW beträgt der Ausbildungsbetrag 100,- Euro je Ausbildungsplatz gemäß Absatz 1.

## **§ 6 Bemessungszeitraum**

Die Bemessungsgrundlagen gemäß §§ 2,3 und 4 werden anhand des bestandskräftigen Genehmigungsbescheides (18 KHG, § 20 BPflV, § 14 KHEntgG und § 17a KHG) des Jahres ermittelt, das zwei Jahre vor dem Jahr der Förderung liegt. Soweit zum 30. Juni des Vorjahres der Förderung noch kein bestandskräftiger Genehmigungsbescheid für das in Satz 1 genannte Jahr vorliegt, werden die Bemessungsgrundlagen anhand des letzten dann vorliegenden bestandskräftigen Genehmigungsbescheids ermittelt. Bezieht sich die genehmigte Vereinbarung auf mehr als zwölf Monate, sind die Bemessungsgrundlagen zeitanteilig für ein Kalenderjahr zu berücksichtigen.

## **§ 7 Festsetzung der Fallwerte und Tageswerte**

Die zuständige Behörde setzt jährlich den aufgrund § 2 dieser Verordnung ermittelten Fallwert und den aufgrund § 3 dieser Verordnung ermittelten Tageswert fest und macht sie im Ministerialblatt des Landes Nordrhein-Westfalen und im Internet bekannt.



## § 8 Zahlungsmodalitäten

(1) Die Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW wird jährlich zum 1. Juli ausgezahlt. Hiervon kann im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Verordnung aus Gründen der Datenerhebung abgewichen werden.

(2) Die Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW wird in vier Raten jeweils zur Mitte eines Quartals ausgezahlt.

## § 9 Übergangsbestimmungen zur Baupauschale

(1) Für die Berechnung der Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW und die Berechnung der Förderkennziffer gemäß den nachfolgenden Absätzen tritt bis einschließlich des Jahres 2011 an die Stelle des Haushaltsansatzes gemäß § 2 Abs. 2 ein rechnerischer Betrag in Höhe von 190 Mio. Euro.

(2) Zur Festlegung des Zeitpunktes der erstmaligen Förderung eines Krankenhauses mit der Baupauschale wird für jedes Krankenhaus das Verhältnis zwischen dem heutigen Wert der bisherigen Landesförderung gemäß Absatz 3 und dem Wert der Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW für das Jahr 2008 ermittelt (Förderkennziffer). Die zuständige Behörde teilt jedem Krankenhaus seine Förderkennziffer mit.

(3) Der heutige Wert der bisherigen Landesförderung entspricht der Summe der zum 31. Dezember 2006 bilanzierten und testierten Sonderposten und Verbindlichkeiten für Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG. Die Höhe dieser Bilanzansätze ist bei der Antragstellung gemäß § 17 Satz 1 KHGG NRW anzugeben. Wurde die bisherige Landesförderung ganz oder teilweise nicht bilanziert, kann die zuständige Behörde die Förderkennziffer aufgrund der ihr vorliegenden Daten festlegen.

(4) Mit der niedrigsten Förderkennziffer beginnend werden entsprechend der Förderkennziffer in jedem Jahr so viele Krankenhäuser neu in die Förderung durch die Baupauschale aufgenommen, bis der Haushaltsansatz für die pauschale Förderung zur Errichtung von Krankenhäusern gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW ausgeschöpft ist.

(5) Die zuständige Behörde gibt jährlich die Förderkennziffer des letzten in die Förderung neu aufgenommenen Krankenhauses bekannt.

## **§ 10 Übergangsbestimmungen zur Pauschalen Förderung kurzfristiger Anlagegüter**

(1) Krankenhäuser, bei denen sich in Folge der nach den §§ 1 bis 5 durchgeführten Berechnungen der Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Verordnung Verluste von mehr als 50.000,- Euro gegenüber dem Anspruch nach dem letzten bestandskräftigen Pauschalmittelbescheid auf Grundlage der bisher geltenden gesetzlichen Regelungen ergeben, erhalten über einen Zeitraum von drei Jahren einen Ausgleichsbetrag.

(2) Der Ausgleichsbetrag entspricht im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Verordnung 75 vom Hundert, im zweiten Jahr 50 vom Hundert und im dritten Jahr 25 vom Hundert der 50.000,- Euro übersteigenden Differenz.

(3) Der in § 2 Abs. 3 genannte Haushaltsansatz ist zusätzlich um die für den Verlustausgleich benötigten Mittel zu vermindern.

## **§ 11 Inkrafttreten, Berichtspflicht**

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2008 in Kraft. Das zuständige Ministerium berichtet der Landesregierung bis zum 31. Dezember 2012 über die Auswirkungen dieser Verordnung.

## ANLAGE 4

### LITERATURLISTE

- |   |  |
|---|--|
| Koch, Schüller, Tillmann  | Die neue Baupauschale in NRW in f&w 1/2008<br>25. Jahrg. S. 66 ff.   |
| Prütting, Dorothea  | Das neue Krankenhausgestaltungsgesetz<br>des Landes Nordrhein-Westfalen,<br>Textausgabe mit einführender Erläuterung,<br>Verlag/Jahr: SAXONIA 2008 |
| Pant / Prütting   | Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen,<br>Kommentar, 2. Auflage 2000,<br>Deutscher Gemeindeverlag  |
| Ministerium für Arbeit,<br>Gesundheit und Soziales<br>des Landes<br>Nordrhein-Westfalen | Umstellung der Krankenhaus-<br>investitionsförderung,<br>Informationen zur Baupauschale NRW,<br>Düsseldorf, August 2007                            |



## BDO STANDORTE

### HAMBURG (ZENTRALE)

Ferdinandstraße 59  
20095 Hamburg  
Telefon: 040/3 02 93-0  
Telefax: 040/33 76 91  
e-mail: hamburg@bdo.de

### BERLIN

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin  
Telefon: 030/88 57 22-0  
Telefax: 030/8 83 82 99  
e-mail: berlin@bdo.de

### BIELEFELD

Viktoriastraße 16-20  
33602 Bielefeld  
Telefon: 05 21/520 84-0  
Telefax: 05 21/520 84-84  
e-mail: bielefeld@bdo.de

### BONN

Potsdamer Platz 5  
53119 Bonn  
Telefon: 02 28/98 49-0  
Telefax: 02 28/98 49-450  
e-mail: bonn@bdo.de

### BREMEN

Mary-Somerville-Straße 14  
28359 Bremen  
Telefon: 04 21/59 84 7-0  
Telefax: 04 21/59 84 7-75  
e-mail: bremen@bdo.de

### BREMERHAVEN

Dr.-Franz-Mertens-Straße 2 a  
27580 Bremerhaven  
Telefon: 04 71/89 93-0  
Telefax: 04 71/89 93-76  
e-mail: bremerhaven@bdo.de

### DORTMUND

Märkische Straße 212-218  
44141 Dortmund  
Telefon: 02 31/41 90 40  
Telefax: 02 31/41 90 418  
e-mail: dortmund@bdo.de

### DRESDEN

Am Waldschlößchen 2  
01099 Dresden  
Telefon: 03 51/86 69 1-0  
Telefax: 03 51/86 69 1-55  
e-mail: dresden@bdo.de

### DÜSSELDORF

Berliner Allee 59  
40212 Düsseldorf  
Telefon: 02 11/13 71-0  
Telefax: 02 11/13 71-120  
e-mail: duesseldorf@bdo.de

### ELMSHORN

Kaltenweide 11  
25335 Elmshorn  
Telefon: 04121 / 4864-0  
Telefax: 04121 / 4864-50  
e-mail: elmshorn@bdo.de

### ERFURT

Arnstädter Straße 28  
99096 Erfurt  
Telefon: 03 61/34 87-0  
Telefax: 03 61/34 87-11  
e-mail: erfurt@bdo.de

### ESSEN

Max-Keith-Straße 66  
45136 Essen  
Telefon: 02 01/87 21 5-0  
Telefax: 02 01/87 21 5-80  
e-mail: essen@bdo.de

## **FLENSBURG**

Dr.-Todsens-Straße 7  
24937 Flensburg  
Telefon: 04 61/90 90 1-0  
Telefax: 04 61/90 90 1-1  
e-mail: flensburg@bdo.de  
(ab 1.6.2009:  
Am Sender 3, 24943 Flensburg)

## **FRANKFURT/MAIN**

Grüneburgweg 102  
60323 Frankfurt/Main  
Telefon: 0 69/95 94 1-0  
Telefax: 0 69/55 43 35  
e-mail: frankfurt@bdo.de

## **FREIBURG I. BR.**

Wilhelmstraße 1 b  
79098 Freiburg i. Br.  
Telefon: 07 61/28 28 1-0  
Telefax: 07 61/28 28 1-55  
e-mail: freiburg@bdo.de

## **HANNOVER**

Landschaftstraße 2  
30159 Hannover  
Telefon: 05 11/33 80 2-0  
Telefax: 05 11/33 80 2-40  
e-mail: hannover@bdo.de

## **KASSEL**

Theaterstraße 6  
34117 Kassel  
Telefon: 05 61/70 76 7-0  
Telefax: 05 61/70 76 7-11  
e-mail: kassel@bdo.de

## **KIEL**

Dahlmannstraße 1-3  
24103 Kiel  
Telefon: 04 31/51 96 0-0  
Telefax: 04 31/51 96 0-40  
e-mail: kiel@bdo.de

## **KOBLENZ**

August-Thyssen-Straße 23-25  
56070 Koblenz  
Telefon: 02 61/88 41 7-0  
Telefax: 02 61/88 41 7-30  
e-mail: koblenz@bdo.de

## **KÖLN**

Konrad-Adenauer-Ufer 79-81  
50668 Köln  
Telefon: 02 21/97 35 7-0  
Telefax: 02 21/7 39 03 95  
e-mail: koeln@bdo.de

## **LEIPZIG**

Großer Brockhaus 5  
04103 Leipzig  
Telefon: 03 41/9 92 66 00  
Telefax: 03 41/9 92 66 99  
e-mail: leipzig@bdo.de

## **LÜBECK**

Kohlmarkt 7-15  
23552 Lübeck  
Telefon: 04 51/70 28 1-0  
Telefax: 04 51/70 28 1-49  
e-mail: luebeck@bdo.de

## **MAGDEBURG**

Otto-von-Guericke-Straße 65  
39104 Magdeburg  
Telefon: 03 91/53 26 2-0  
Telefax: 03 91/53 26 2-50  
e-mail: magdeburg@bdo.de

## MÜNCHEN

Radlkoferstraße 2  
81373 München  
Telefon: 0 89/55 16 8-0  
Telefax: 0 89/55 16 8-199  
e-mail: muenchen@bdo.de

## ROSTOCK

Freiligrathstraße 11  
18055 Rostock  
Telefon: 03 81/49 30 28-0  
Telefax: 03 81/49 30 28-58  
e-mail: rostock@bdo.de

## STUTTGART/LEONBERG

Heidenheimer Straße 6  
71229 Leonberg  
Telefon: 0 71 52/97 1-50  
Telefax: 0 71 52/97 1-822  
e-mail: leonberg@bdo.de

## WIESBADEN

Gustav-Nachtigal-Straße 5  
65189 Wiesbaden  
Telefon: 06 11/99 04 2-0  
Telefax: 06 11/99 04 2-99  
e-mail: wiesbaden@bdo.de

## WELTWEIT

BDO Global Coordination B.V.  
Boulevard de la Woluwe 60  
B-1200 Brüssel · Belgien  
Telefon: ++32-2/778 01 30  
Telefax: ++32-2/778 01 43  
e-mail: bdoglobal@bdoglobal.com

BDO International ist ein weltweites Netzwerk von Wirtschaftsprüfungsgesellschaften („BDO Member Firms“) zur Betreuung internationaler Mandanten. „BDO Member Firms“ sind von-einander unabhängige, rechtlich selbstständige Einheiten in ihrem jeweiligen Land. Interne Vereinbarungen und Vorgaben sowie Publikationen und sonstige Verlautbarungen von BDO International bezwecken weder die Begründung einer übernationalen rechtlichen Einheit noch sind sie geeignet, eine Haftung von „BDO Member Firms“ für das Handeln oder Unterlassen anderer „BDO Member Firms“ zu begründen.

BDO Deutsche Warentreuhand Aktiengesellschaft, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft · Sitz der Gesellschaft: Hamburg · Amtsgericht Hamburg - HR B 1981 · Vorsitzender des Aufsichtsrates: Friedrich J. Ziegler · Mitglieder des Vorstands: Christian Dyckerhoff (Sprecher), Werner Jacob, Dr. Holger Otte, Dr. Arno Probst, Kai Niclas Rauscher, Uwe Rittmann, Michael Rohardt, Roland Schulz, Klaus Schumacher, Stellvertreter: Frank Biermann, Klaus Eckmann



**BDO Deutsche Warentreuhand AG**  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Ferdinandstraße 59  
20095 Hamburg  
Telefon 040 / 30 29 3-0  
Telefax 040 / 33 76 91  
hamburg@bdo.de  
www.bdo.de

**Nr. 1110**