



## LRGV - Landesrecht Gesetze und Verordnungen

---

### **Stamnnorm**

Ausfertigungsdatum: 11.12.2007

### **Fassung**

Gültig ab: 01.07.2025

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

---

## Fußnoten

Inhaltsübersicht zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Februar 2025 (GV. NRW. S. 212, ber. S. 300), in Kraft getreten am 22. Februar 2025.

Vom 11. Dezember 2007

## **Inhaltsübersicht**

### **Abschnitt I Allgemeine Bestimmungen**

- § 1 Grundsatz
- § 2 Krankenhausleistungen
- § 3 Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten
- § 4 Kind im Krankenhaus

- § 5 Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patientenseelsorge
- § 6 Krankenhaushygiene
- § 7 Transparenz und Qualitätssicherung
- § 8 Patientenorientierte Zusammenarbeit
- § 9 Organspende
- § 10 Nachweis freier Behandlungskapazitäten, Großeinsatzlagen und Katastrophen
- § 11 Rechtsaufsicht

## **Abschnitt II Planung**

- § 12 Krankenhausplan
- § 13 Rahmenvorgaben
- § 14 Regionale Planungskonzepte
- § 15 Beteiligte an der Krankenhausversorgung
- § 16 Feststellungen im Krankenhausplan

## **Abschnitt III Krankenhausförderung**

- § 17 Förderungsgrundsätze
- § 18 Pauschalförderung
- § 19 Investitionsprogramm und Bewilligung der Pauschalmittel
- § 20 Abtretung von Förderansprüchen und -anwartschaften
- § 21 Verwendung der Pauschalmittel
- § 21a Einzelförderung von Investitionen
- § 22 Ausgliederung, Vermietung
- § 23 Besondere Beträge
- § 24 Ausgleichsleistungen
- § 25 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen

- § 26 Ausgleich für Eigenmittel
- § 27 Anlauf- und Umstellungskosten
- § 28 Widerruf und Rücknahme der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln
- § 28a Insolvenz eines Krankenhauses, Rückforderung von Fördermitteln

#### **Abschnitt IV Krankenhausstruktur**

- § 29 Wirtschaftliche Betriebsführung
- § 30 Abschlussprüfung
- § 31 Betriebsleitung, Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst
- § 31a Unerlaubte Zuweisungen gegen Entgelt
- § 32 Struktur der kommunalen Krankenhäuser
- § 33 Kirchliche Krankenhäuser
- § 34 Auskunftspflicht
- § 34a Ordnungswidrigkeiten
- § 34b Haftpflichtversicherung
- § 34c Sicherung von Patientenunterlagen

#### **Abschnitt V Übergangs- und Schlussbestimmungen**

- § 35 Zuständigkeit
- § 36 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken
- § 37 Übergangsvorschrift
- § 38 Inkrafttreten

#### **Abschnitt I Allgemeine Bestimmungen**

### **§ 1 Grundsatz**

Fußnoten zu § 1 Grundsatz

§§ 1, 7, 9, 12, 13, 31, 36 und 38 zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021.

- (1) Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser sicherzustellen.
- (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 sowie für die Weiterbildung der in § 1 Absatz 1 Satz 1 und Satz 4 Psychotherapeutengesetz vom 15. November 2019 (BGBI. I S. 1604) genannten Berufe der Psychotherapie bereit zu stellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.

## § 2

### Krankenhausleistungen

Fußnoten zu § 2 Krankenhausleistungen

§ 2 zuletzt geändert durch Gesetz vom 13. April 2022 (GV. NRW. S. 506, ber. S. 877), in Kraft getreten am 27. April 2022.

- (1) 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. Notfallpatientinnen und -patienten haben Vorrang. Dazu ist ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren einzusetzen. 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. Ausnahmen von der psychiatrischen Pflichtversorgung bestimmt das zuständige Ministerium auf Antrag des Krankenhausträgers. Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die festgestellten stationären Angebote der besonderen Therapierichtungen und die aktive Mitwirkung bei der Organspende.

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

## § 3

### Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten

Fußnoten zu § 3 Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten

§ 3 neu gefasst durch Gesetz vom 25. März 2015 ([GV. NRW. S. 302](#)), in Kraft getreten am 1. April 2015; Absatz 2 (neu) eingefügt und Absatz 2 und 3 (alt) umbenannt in Absatz 3 und 4 (neu) durch Gesetz vom 13. April 2022 (GV. NRW. S. 506, ber. S. 877), in Kraft getreten am 27. April 2022.

(1) Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses sind der Würde der Patientinnen und Patienten sowie ihren Bedürfnissen nach Schonung, Ruhe und einer aktivierenden Genesung anzupassen und angemessen zu gestalten. Dabei tragen die Krankenhäuser insbesondere auch weltanschaulichen, soziokulturellen und religiösen Unterschieden sowie den verschiedenen Bedürfnissen von Männern und Frauen Rechnung.

(2) Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf den Empfang von Besuch in angemessenem Umfang. Die besonderen Bedürfnisse von schwerkranken Patientinnen und Patienten sowie von Patientinnen und Patienten mit Behinderungen sind in diesem Zusammenhang besonders zu berücksichtigen. Jedes Krankenhaus hat eine Besuchsregelung zu erlassen und diese im Internet und durch für die Patientinnen und Patienten ohne Weiteres ersichtlichen Aushang zu veröffentlichen. Einschränkungen von Besuchen im Rahmen der bestehenden Besuchsregelung sind zulässig, soweit dies aufgrund besonderer Umstände zwingend erforderlich ist. Sie bedürfen einer verständlichen Begründung im Besuchskonzept und dürfen nicht zu einer vollständigen Isolation der betroffenen Patientinnen und Patienten führen. Im Falle einer Einschränkung ist die Kommunikation mit den Angehörigen der betroffenen Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

(3) Die Krankenhäuser berücksichtigen die besonderen Belange behinderter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens und entwickeln entsprechende Behandlungskonzepte.

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

## § 4

### Kind im Krankenhaus

(1) Den Belangen kranker Kinder mit ihrem Bedürfnis nach besonderer Zuwendung ist in Abstimmung mit den Sorgeberechtigten soweit wie möglich Rechnung zu tragen. 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

### **Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patientenseelsorge**

Fußnoten zu § 5 Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patientenseelsorge

§ 5: zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021; neu gefasst durch Gesetz vom 13. April 2022 (GV. NRW. S. 506, ber. S. 877), in Kraft getreten am 27. April 2022.

(1) Der Krankenhasträger bestellt jeweils für jedes Krankenhaus eine unabhängige Patientenfürsprecherin oder einen unabhängigen Patientenfürsprecher sowie eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher soll mit allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe eng zusammenarbeiten. Beschäftigte des Krankenhasträgers oder Mitglieder seiner Organe können nicht bestellt werden.

(2) Bei dem Amt der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers handelt es sich um ein Ehrenamt. Der jeweilige Krankenhasträger soll der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher eine angemessene Fort- und Weiterbildung ermöglichen.

(3) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher vertritt die Interessen der Patientin oder des Patienten gegenüber dem Krankenhaus im Rahmen dieses Gesetzes. Sie oder er prüft Anregungen, Bitten und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und wird grundsätzlich nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin oder des Patienten tätig. Sie oder er kann sich mit schriftlichem Einverständnis der Patientin oder des Patienten unmittelbar an die Krankenhausleitung, den Krankenhasträger und sonstige zuständige Institutionen oder Behörden wenden. Die datenschutzrechtlichen Vorschriften bleiben unberührt. Tatsachen, die unter eine gesetzliche oder vertragliche Schweigepflicht fallen, darf die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher nur offenbaren, soweit eine entsprechende Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt.

(4) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher wird vom Krankenhaus in ihrer oder seiner Arbeit unterstützt. Zur Ausübung sind ihr oder ihm insbesondere geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen. Das Krankenhaus teilt den Namen und die Anschrift der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers der Krankenhausaufsichtsbehörde mit. Es stellt sicher, dass die Patientinnen und Patienten frühzeitig über den Namen, die dienstliche Anschrift, die Sprechstundenzeit und den Aufgabenbereich der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher in geeigneter Weise informiert werden. Hierzu ist den Patientinnen und Patienten insbesondere entsprechendes Informationsmaterial bereitzustellen. Der unmittelbare Zugang zur Patientenfürsprecherin oder zum Patientenfürsprecher muss gesichert sein.

(5) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die Patientinnen und Patienten in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern zu vermitteln. § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist, bleibt unberührt.

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

## § 6

### Krankenhaushygiene

Fußnoten zu § 6 Krankenhaushygiene

§§ 6 und 28 neu gefasst durch Gesetz vom 25. März 2015 ([GV. NRW. S. 302](#)), in Kraft getreten am 1. April 2015; § 28 zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Februar 2025 (GV. NRW. S. 212, ber. S. 300), in Kraft getreten am 22. Februar 2025.

(1) Die Krankenhäuser treffen entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft alle erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen. Soweit entsprechende Richtlinien und Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beim Robert Koch-Institut vorliegen, wird die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf dem Gebiet der Hygiene vermutet, wenn die veröffentlichten Fassungen beachtet werden.

(2) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung  
1. Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen,  
2. die Zusammensetzung und Aufgaben von Beratungs- und Kontrollstrukturen,  
3. Beschäftigung, Tätigkeitsfelder, Fort- und Weiterbildung von Hygienebeauftragten und Hygienefachkräften sowie  
4. die Erfassung von Krankenhausinfektionen, Berichts- und Veröffentlichungspflichten im Einzelnen zu regeln.

## § 7

### Transparenz und Qualitätssicherung

Fußnoten zu § 7 Transparenz und Qualitätssicherung

§§ 1, 7, 9, 12, 13, 31, 36 und 38 zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021.

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

(2) Der Krankenhasträger stellt folgende Informationen bereit:

1. die nach Absatz 1 erforderlichen Informationen,
2. einschlägige Informationen, die den jeweiligen Patientinnen und Patienten helfen, eine sachkundige Entscheidung zu treffen, auch in Bezug auf Behandlungsoptionen, Verfügbarkeit, Qualität und Sicherheit der erbrachten Gesundheitsversorgung, und
3. eindeutige Rechnungen und klare Preisinformationen sowie Informationen über seinen Zulassungs- oder Registrierungsstatus, seinen Versicherungsschutz oder andere Formen des persönlichen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf die Berufshaftpflicht.

## § 8

### Patientenorientierte Zusammenarbeit

Fußnoten zu § 8 Patientenorientierte Zusammenarbeit

§§ 8 und 22 geändert durch Gesetz vom 25. März 2015 ([GV. NRW. S. 302](#)), in Kraft getreten am 1. April 2015.

(1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Bescheid nach § 16 zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst, den für die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständigen Behörden, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Selbsthilfeorganisationen und den Krankenkassen verpflichtet. Dazu zählt insbesondere eine patientenorientierte regionale Abstimmung der Leistungsstrukturen.

Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen. Die an der Krankenhausversorgung Beteiligten unterrichten sich gegenseitig.

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

## § 9

### Organspende

Fußnoten zu § 9 Organspende

§§ 1, 7, 9, 12, 13, 31, 36 und 38 zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021.

Zur Bestellung einer oder eines Transplantationsbeauftragten nach § 4 des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes vom 9. November 1999 ([GV. NRW. S. 599](#)), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 2. Februar 2016 ([GV. NRW. S. 78](#)) geändert worden ist, sind die Krankenhäuser nach Maßgabe des § 33 verpflichtet.

## § 10

### Nachweis freier Behandlungskapazitäten, Großeinsatzlagen und Katastrophen

Fußnoten zu § 10 Nachweis freier Behandlungskapazitäten, Großeinsatzlagen und Katastrophen

§ 10 zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Februar 2025 (GV. NRW. S. 212, ber. S. 300), in Kraft getreten am 22. Februar 2025.

(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, den einheitlichen Leitstellen für den Brandschutz, die Hilfestellung, den Katastrophenschutz und den Rettungsdienst nach § 8 des Rettungsgesetzes NRW vom 24. November 1992 ([GV. NRW. S. 458](#)) in der jeweils geltenden Fassung die nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen gegliederten freien Versorgungskapazitäten sowie die Auslastung der jeweils verfügbaren Versorgungskapazitäten zu melden. Das Recht der Patientinnen und Patienten auf freie Krankenhauswahl bleibt unberührt. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt für den Krankenhausbereich durch Rechtsverordnung

1. Näheres zu Meldungen nach Satz 1, insbesondere Rahmenschwellenwerte, Meldeberechtigungen, Inhalt, Form und Verfahren, Adressat und Meldeurnus dieser Meldungen sowie

2. weitere reguläre Meldepflichten und -wege, insbesondere die Meldung über den Intensivbettenbestand, der geeigneten personellen Kapazitäten für Intensivstationen sowie den Infektionsstatus von Patientinnen und Patienten zu regeln.

Die Rechtsverordnung nach Satz 3 Nummer 2 regelt mindestens Inhalt, Form und Verfahren, Adressat und Meldeturnus. § 8 des Rettungsgesetzes NRW bleibt unberührt.

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

(3) Das für das Gesundheitswesen 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 Großeinsatzlagen und Katastrophen im Einvernehmen mit den für Innere Angelegenheiten und für Wissenschaft und Forschung zuständigen Ministerien durch Rechtsverordnung zu regeln. Im Rahmen der Planung zur Bewältigung von Großschadensereignissen unterstützen nach Satz 1 ausgewählte Krankenhäuser die zuständigen Behörden bei der Bevorratung mit Schutzausrüstung, Sanitätsmaterial und Arzneimitteln, indem sie von diesen beschaffte Bestände in den Versorgungskreislauf des Krankenhauses aufnehmen.

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

1. die Schaffung temporärer zusätzlicher Behandlungskapazitäten,
2. die Verschiebung elektiver Eingriffe,
3. strukturelle Vorgaben zur Organisation von medizinischen Behandlungen,
4. die Aussetzung regionaler Planungskonzepte nach § 14,
5. die Änderung des Versorgungsauftrags eines Krankenhauses gemäß § 16 Absatz 1 Satz 3 ohne Bindung an die Vorgaben und Verfahren nach den §§ 12 ff. und
6. den Ausgleich von Erlösausfällen, die aus den Anordnungen nach Nummer 1 bis 5 entstehen, soweit sich ein Ausgleich nicht aus Bundesrecht oder auf andere Weise ergibt.

Die in Satz 1 Nummer 1 bis 6 genannten Befugnisse können einzeln oder kumulativ in einer Rechtsverordnung geregelt werden. Die Rechtsverordnung ist auf zwei Monate zu befristen. Sie kann bei Fortbestehen der Feststellungsvoraussetzungen mit Zustimmung des Landtags um jeweils zwei Monate verlängert werden. Die Landesregierung legt dem Landtag eine Woche vor Ablauf der Befristung einen Bericht über die getroffenen Maßnahmen verbunden mit einer Lage-

beurteilung vor. Die in der Rechtsverordnung getroffenen Regelungen gehen bestehenden Festlegungen nach diesem Gesetz vor. Die Entscheidungsfreiheit ärztlicher Tätigkeit in medizinischen Fragen gemäß der ärztlichen Berufsordnung bleibt unberührt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten auch für die Privatkrankenanstalten nach § 30 Absatz 1 Satz 1 der Gewerbeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 202), die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 28. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 172) geändert worden ist, sowie für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 217) geändert worden ist.

## **§ 11** **Rechtsaufsicht**

Fußnoten zu § 11 Rechtsaufsicht

§ 11: zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021; neu gefasst durch Gesetz vom 13. April 2022 (GV. NRW. S. 506, ber. S. 877), in Kraft getreten am 27. April 2022; geändert durch Gesetz vom 11. Februar 2025 (GV. NRW. S. 212, ber. S. 300), in Kraft getreten am 22. Februar 2025.

(1) Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sowie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, unterliegen der Rechtsaufsicht.

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für die in Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden gesundheitsrechtlichen Vorschriften. Zu den gesundheitsrechtlichen Vorschriften im Sinne von Satz 1 zählen insbesondere:

1. der Vorrang für Notfallpatientinnen und -patienten gemäß § 2 Absatz 1 Satz 2 und 3,
2. das Entlassmanagement gemäß § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 8 Absatz 1 dieses Gesetzes,
3. Aufklärungs- und Informationspflichten gemäß den §§ 630 c bis 630 g des Bürgerlichen Gesetzbuches,
4. Patientensicherheit gemäß § 2 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 3 Absatz 1 und 2,
5. die Einhaltung der Vorgaben gemäß § 5,
6. die Sicherstellung der Krankenhaushygiene gemäß § 6,
7. die Sicherstellung der Transparenzvorgaben gemäß § 7,

8. die Bestellung von Transplantationsbeauftragten gemäß § 9 und die Einhaltung der Vorgaben des Transplantationsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206) in der jeweils geltenden Fassung,
9. die Mitwirkung an der Bewältigung von Großeinsatzlagen gemäß § 10 Absatz 2,
10. die Organisation des Krankenhauses gemäß § 31 und
11. die Einhaltung der weiteren Vorgaben nach den Abschnitten II bis IV.

(3) Die zuständige Aufsichtsbehörde ist bei konkreten Anhaltspunkten für einen Verstoß gegen gesundheitsrechtliche Vorschriften im Sinne von Absatz 2 Satz 1 oder gegen eine auf Grund dieser Vorschriften erlassenen Anordnung befugt, die anlassbezogen erforderlichen Maßnahmen zur Untersuchung zu ergreifen. Maßnahmen in diesem Sinne sind zum Beispiel die Begehung vor Ort, Akteneinsicht und die Einholung von Gutachten. Bei einem Verstoß gegen eine gesundheitsrechtliche Vorschrift ist die zuständige Aufsichtsbehörde befugt, die erforderlichen Maßnahmen zur Abhilfe des Verstoßes zu treffen. Zu den erforderlichen Maßnahmen gehört insbesondere die Erteilung von Auflagen und Rügen. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den von der zuständigen Aufsichtsbehörde beauftragten Personen Grundstücke, Räume, Anlagen und Einrichtungen zugänglich zu machen, auf Verlangen Bücher und sonstige Unterlagen vorzulegen, die Einsicht in diese zu gewähren und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Bei Gefahr im Verzug sind der Zutritt jederzeit zu gestatten und die notwendigen Prüfungen zu dulden. Die Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes), das allgemeine Persönlichkeitsrecht einschließlich des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung (Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes), die Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) und das Grundrecht auf Eigentum (Artikel 14 Absatz 1 des Grundgesetzes) werden insoweit eingeschränkt. Die Vorschriften über den Infektionsschutz, die Aufsicht über die Gemeinden, Gemeindevverbände, Universitätskliniken sowie Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

(4) Ist im Rahmen der Maßnahmen nach Absatz 3 eine Einsicht in die Patientendokumentation erforderlich, soll vorab die Einwilligung der Patientin oder des Patienten eingeholt werden. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist auch ohne Einwilligung der Patientin oder des Patienten zu einer vollständigen Einsichtnahme in die Patientendokumentation befugt, sofern dies zur Abwehr einer Gefahr für Leben, Gesundheit oder Freiheit einer Patientin, eines Patienten oder einer oder eines Dritten unbedingt erforderlich ist und schützenswerte Interessen der Betroffenen im konkreten Einzelfall nicht überwiegen. Personenbezogene Daten, einschließlich solcher besonderer Kategorien, sollen soweit wie möglich unkenntlich gemacht werden. Sofern das Einverständnis der Patientin oder des Patienten in die Patientenakte vorab nicht eingeholt werden kann, ist die Patientin oder der Patient unverzüglich nachträglich über die erfolgte Einsichtnahme zu informieren. Die Bestimmungen zum Schutze der patientenbezogenen Daten bleiben im Übrigen unberührt.

(5) Es sind

untere Aufsichtsbehörde

die kreisfreie Stadt und der Kreis,

obere Aufsichtsbehörde

die Bezirksregierung,

oberste Aufsichtsbehörde

das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium.

Für die Durchführung der Aufgaben nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 11 ist die Bezirksregierung als obere Aufsichtsbehörde zuständig.

(6) Die Aufsichtsbehörden können mit der Durchführung der ihnen obliegenden Aufgaben auch fachlich und persönlich geeignete Dritte beauftragen. Die Verantwortung der Aufsichtsbehörden bleibt dadurch unberührt. Bei zeitlich unabsehbaren Angelegenheiten, die eine Gefahr für wichtige Rechtsgüter befürchten lassen, kann die übergeordnet zuständige Behörde eigenständig tätig werden.

## **Abschnitt II Planung**

### **§ 12 Krankenhausplan**

Fußnoten zu § 12 Krankenhausplan

§§ 1, 7, 9, 12, 13, 31, 36 und 38 zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021.

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf, überprüft ihn regelmäßig und schreibt ihn fort. Der jeweils aktuelle Krankenhausplan wird auf der Homepage des Ministeriums veröffentlicht. Der Krankenhausplan wird auch in maschinenlesbarer Form veröffentlicht.

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

1. den Rahmenvorgaben und

2. den regionalen Planungskonzepten.

Die Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt durch Änderung der Rahmenvorgaben und der regionalen Planungskonzepte. Die Änderungen nach Satz 2 Nr. 2 sind durch Bescheid nach § 16 festzustellen.

(3) Die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt auf der Grundlage von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen. Jedem Leistungsbereich werden eine oder mehrere Leistungsgruppen zugeordnet. Die Leistungsbereiche orientieren sich an den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Leistungsgruppen bilden konkrete medizinische Leistungen ab. Die Leistungsgruppen der „Allgemeinen Inneren Medizin“, der „Allgemeinen Chirurgie“ und der anderen allgemeinen Leistungsgruppen richten sich nach den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern. Spezifische Leistungsgruppen richten sich nach den Operationen- und Prozedurenschlüsseln nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der Weltgesundheitsorganisation oder anderen geeigneten Merkmalen. Grundsätzlich wird eine Leistungsgruppe nur einem Leistungsbereich zugeordnet. Einzelne Leistungsgruppen können mehreren Leistungsbereichen zugeordnet werden. Einzelne Leistungen können mehreren Leistungsgruppen beziehungsweise Leistungsbereichen zugeordnet werden. Den Leistungsgruppen werden qualitative Anforderungen zugeordnet. Die Versorgungskapazitäten werden durch quantitative oder qualitative Parameter bestimmt. Dies können auch Planbettenzahlen oder Behandlungsplatzzahlen sein. Die weitere Systematik der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen wird in den Rahmenvorgaben nach den § 12 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und § 13 geregelt.

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

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

## **§ 13** **Rahmenvorgaben**

Fußnoten zu § 13 Rahmenvorgaben

§§ 1, 7, 9, 12, 13, 31, 36 und 38 zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021.

(1) Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. Sie berücksichtigen insbesondere die Vorgaben nach § 12 Absatz 5 und sind Grundlage für die Festlegungen nach § 16. Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, bei medizinischen Leistungen von hoher Komplexität Mindestfallzahlen in den Rahmenvorgaben nach § 12 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und § 13 auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin festzulegen. Eine Festlegung soll Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorsehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestfallzahl zu vermeiden.

(2) Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden erst nach Maßgabe des Abschnitts II Bestandteil des Krankenhausplans.

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

## **§ 14** **Regionale Planungskonzepte**

Fußnoten zu § 14 Regionale Planungskonzepte

§ 14 zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes vom 10. Juni 2025 ([GV. NRW. S. 530](#)), in Kraft getreten am 1. Juli 2025.

(1) Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 13 legt das zuständige Ministerium insbesondere die nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen differenzierten Versorgungskapazitäten abschließend fest, wobei die Festlegungen für die Universitätskliniken im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium erfolgen. Die Bestimmung erfolgt durch quantitative oder qualitative Parameter, dies können auch Gesamtplanbettenzahlen oder Gesamtbehandlungsplatzzahlen sein. Es entscheidet außerdem auf der Grundlage der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Ausweitung besonderer Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten. Hierzu erarbeiten die Krankenhausräger und die Verbände der Krankenkassen gemeinsam und gleichberechtigt ein regionales Planungskonzept. § 211a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für die Verbände der Krankenkassen entsprechend. Die kommunale Gesundheitskonferenz nach § 22 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen vom 10. Juni 2025 ([GV. NRW. S. 530](#)) in der jeweils geltenden Fassung kann eine Stellungnahme dazu abgeben.

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

(3) Die regionalen Planungskonzepte sind der zuständigen Behörde vorzulegen. Dem Antrag auf Fortschreibung ist eine Dokumentation des Verhandlungsablaufs und der das Ergebnis tragenden Gründe beizufügen. Sind mehrere Betriebsstellen vorhanden, muss den Antragsunterlagen zu entnehmen sein, wie sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses nach dem Ergebnis der Verhandlungen auf die einzelnen Betriebsstellen verteilen soll. Die zuständige Behörde gibt die regionalen Planungskonzepte der unteren und der obersten Gesundheitsbehörde sowie den Beteiligten nach § 15 Absatz 1 zur Kenntnis. Bezüglich der Beteiligten nach § 15 Absatz 1 dürfen in diesem Rahmen durch die zuständige Behörde nur die folgenden Informationen mitgeteilt werden: Versorgungsgebiet, Krankenhaus und Betriebsstelle, Ort, in Zahlen die Versorgungskapazität im Soll, in Zahlen die Forderung des Krankenhauses sowie in Zahlen das Votum der Verbände der Krankenkassen. Das zuständige Ministerium prüft das regionale Planungskonzept rechtlich und inhaltlich. Ist die Schließung von Krankenhäusern oder die Aufgabe von Versorgungsaufträgen einzelner Leistungsbereiche oder Leistungsgruppen vorgesehen, gibt das zuständige Ministerium auch der betroffenen Gemeinde Gelegenheit zur Stellungnahme.

(4) Die Beteiligten nach § 15 und die betroffenen Krankenhäuser werden zu dem Konzept nach Absatz 1 von dem zuständigen Ministerium gehört. Werden im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger nicht bettenführende Angebote aufgegeben oder Gesamtbettenreduzierungen vorgenommen, muss der Änderung des Feststellungsbescheides grundsätzlich kein Anhörungsverfahren vorausgehen. 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. Absatz 3 Satz 7 gilt entsprechend.

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

## **§ 15**

### **Beteiligte an der Krankenhausversorgung**

Fußnoten zu § 15 Beteiligte an der Krankenhausversorgung

§ 15 zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 30. Juni 2020 ([GV. NRW. S. 650](#)), in Kraft getreten am 31. Januar 2023 (siehe Hinweis).

(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. zwei von der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen,

7. ein vom Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung,

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

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

10. ein von dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium,

benanntes Mitglied sowie,

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

(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 kombagewerkschaft NRW.

(3) Der Landesausschuss erarbeitet insbesondere die Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben notwendig sind. Bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms sind mit den Beteiligten

nach Absatz 1 einvernehmliche Regelungen anzustreben. Die Beteiligten nach Absatz 2 sind zu den Maßnahmen nach § 14 und der Aufstellung des Investitionsprogramms zu hören. Das zuständige Ministerium entscheidet abschließend.

(4) Den Vorsitz im Landesausschuss und die Geschäfte des Landesausschusses führt das zuständige Ministerium. Der Landesausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

## § 16

### Feststellungen im Krankenhausplan

Fußnoten zu § 16 Feststellungen im Krankenhausplan

§§ 16, 17 und 33 zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 5. Dezember 2023 ([GV-NRW. S. 1278](#)), in Kraft getreten am 16. Dezember 2023.

(1) Der Bescheid über die Aufnahme enthält mindestens

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses und seiner Betriebsstellen,
2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,
3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan, das Institutionskennzeichen sowie die Standortnummer,
4. das Versorgungsgebiet,
5. die Versorgungsregion für die psychiatrische Pflichtversorgung,
6. den Versorgungsauftrag nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen,
7. die je Leistungsgruppe durch die durchschnittliche jährliche Fallzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter angegebene Versorgungskapazität im Ist und Soll, in den Rahmenvorgaben nach § 12 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und § 13 wird je Leistungsgruppe eine Schwankungsbreite vorgesehen, in deren Rahmen die Krankenhäuser von der festgestellten Versorgungskapazität abweichen dürfen,
  
8. nachrichtlich die durch die Planbettenzahl, Behandlungsplatzzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter festgestellte Versorgungskapazität im Ist und Soll und
9. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Die den jeweiligen Leistungsgruppen zugehörigen Leistungen dürfen nur erbracht werden, wenn diese im Feststellungsbescheid zugewiesen wurden. Ist im Bescheid eine allgemeine Leistungsgruppe zugewiesen worden, darf das gesamte Leistungsspektrum des betreffenden Gebietes

der Weiterbildungsordnung erbracht werden, soweit diese Leistungen nicht einer anderen Leistungsgruppe zugewiesen sind. Die Pflicht zur Versorgung in Notfällen bleibt unberührt. Gleiches gilt für Leistungen, die während einer Behandlung notwendig werden. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses gemäß § 8 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, kann dabei hinsichtlich einzelner Leistungsbereiche oder einzelner Leistungsgruppen eingeschränkt werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung gemäß § 8 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geboten ist.

(2) Wenn Krankenhasträger ohne Zustimmung der zuständigen Behörde von den Feststellungen nach Absatz 1 abweichen oder planwidrige Leistungen anbieten, kann das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.

(3) Der Versorgungsauftrag gemäß Absatz 1 Nummer 6 ist innerhalb von zwölf Monaten nach Bekanntgabe des Bescheides nach Absatz 1 Satz 1 umzusetzen. Sind für die Umsetzung Baumaßnahmen erforderlich, wird die Zeit für die Umsetzung der Baumaßnahme von der zuständigen Behörde im Einzelfall festgelegt und der Umsetzungszeitraum beginnt abweichend von Satz 1 erst mit Abschluss der Baumaßnahmen. Wird der Versorgungsauftrag nach Ablauf des jeweiligen Zeitraumes nicht oder nicht vollständig umgesetzt, kann die zuständige Behörde den Bescheid nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise aufheben. In begründeten Fällen kann die zuständige Behörde auf Antrag des Krankenhasträgers die in Satz 1 genannte Umsetzungsfrist verlängern.

(4) Die hinreichend konkrete Absicht zum Wechsel in der Trägerschaft des Krankenhauses ist der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen. Soweit der vollzogene Trägerwechsel nach Auffassung der Behörde nicht zu einer Gefährdung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses führen wird, erteilt die zuständige Behörde dem neuen Krankenhasträger einen neuen Bescheid nach Absatz 1, andernfalls stellt die Behörde durch Bescheid fest, dass das Krankenhaus durch den vollzogenen Trägerwechsel aus dem Krankenhausplan ausgeschieden ist. In der Zeit zwischen dem Trägerwechsel und der Entscheidung der Behörde darf das Krankenhaus die Versorgung im Umfang der Feststellung nach Absatz 1 auch unter dem neuen Träger fortsetzen, wenn nicht die Behörde aufgrund einer drohenden Gefährdung der Versorgung etwas Gegenteiliges anordnet.

(5) Rechtsbehelfe gegen einen Feststellungsbescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

### Abschnitt III Krankenhausförderung

## § 17 Förderungsgrundsätze

Fußnoten zu § 17 Förderungsgrundsätze

§§ 16, 17 und 33 zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 5. Dezember 2023 ([GV-NRW. S. 1278](#)), in Kraft getreten am 16. Dezember 2023.

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. Abweichend von der Regelung des Satzes 3 unterliegen die gesondert veranschlagten Haushaltsbeträge zur Förderung der Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2022 ab dem Jahr 2023 nicht der kommunalen Beteiligung.

## **§ 18** **Pauschalförderung**

Fußnoten zu § 18 Pauschalförderung

§§ 18 und 24 geändert durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021.

(1) Das zuständige Ministerium fördert

1. die 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) 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 und die Höhe der Pauschalbeträge nach Absatz 1 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) Ein Rechtsanspruch auf Förderung entsteht erst mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel. 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**

Fußnoten zu § 20 Abtretung von Förderansprüchen und -anwartschaften

§ 20 zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Februar 2025 (GV. NRW. S. 212, ber. S. 300), in Kraft getreten am 22. Februar 2025.

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

(2) Darüber hinaus ist eine Abtretung nach Absatz 1 nicht mehr zulässig, wenn der Feststellungsbescheid nach § 16 Absatz 1 aufgehoben wurde oder die Voraussetzungen für eine Herausnahme aus dem Krankenhausplan nach § 16 Absatz 2 vorliegen. Stellt die zuständige Behörde einen Verstoß gegen diese Abtretungsverbote fest, darf sie ebenfalls die Abtretung ablehnen.

(3) Krankenhäuser dürfen darüber hinaus ihren Anspruch auf Mittel der Pauschale kurzfristiger Anlagegüter gemäß § 18 Absatz 1 Nummer 2 und entsprechende Anwartschaften an andere förderberechtigte Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zur Finanzierung von Investitionen nach § 9 Absatz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit Zustimmung der zuständigen Behörde vollständig abtreten, wenn durch einen unternehmerischen Beschluss feststeht, dass das Krankenhaus seinen Betrieb einstellt.

(4) Ansprüche und Anwartschaften auf Förderung erlöschen mit Bestandskraft eines Bescheides, der eine Feststellung nach § 16 aufhebt.

## § 21

### Verwendung der Pauschalmittel

Fußnoten zu § 21 Verwendung der Pauschalmittel

§ 21 zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Februar 2025 (GV. NRW. S. 212, ber. S. 300), in Kraft getreten am 22. Februar 2025.

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

(2) Von der Förderung sind Investitionen ausgenommen, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung dienen. 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 sind für nach dem 29. Dezember 2007 begonnene Investitionsmaßnahmen zu verwenden. Sie können auch für die Finanzierung von Krediten für diese Maßnahmen verwendet werden. Pauschalmittel können zur Finanzierung von Krediten für vor dem 29. Dezember 2007 begonnene Investitionsmaßnahmen verwendet werden, sofern bereits vor dem 1. April 2015 eine diesbezügliche Verwendung erfolgte.

(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) Die Pauschalmittel sind bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf jeweils einem besonderen Bankkonto für Fördermittel nach § 18 Absatz 1 Nummer 1 und 2 zinsgünstig anzulegen. Die Bezeichnung des jeweiligen Bankkontos ist so zu wählen, dass die Zuordnung der Mittel zu den jeweiligen Pauschalen für Dritte erkennbar ist. Zinserträge, Erträge aus Veräußerung und Versicherungsleistungen sind dem jeweiligen Bankkonto zuzuführen. Eine Vermischung der Pauschalmittel auf den jeweiligen Bankkonten mit dem übrigen Vermögen des Krankenhauses ist un-

zulässig. Im Falle einer Insolvenz des Krankenhasträgers unterliegen die Pauschalmittel auf den jeweiligen Bankkonten grundsätzlich der Aussonderung.

(8) Die Krankenhasträger haben durch gesonderte Wirtschaftsprüfungstestate nachzuweisen, dass die Fördermittel zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Jahres für förderungsfähige Maßnahmen gemäß § 18 Absatz 1 verwendet worden sind. In den Testaten müssen

1. die Höhe der verwendeten Baupauschalen gemäß § 18 Absatz 1 Nummer 1 und die jeweiligen Maßnahmen, für die sie verwendet wurden,
2. Abtretungen gemäß § 20 Satz 1 und Mittelweitergaben gemäß Absatz 10 von dem und an das Krankenhaus und
3. die zum Stichtag noch nicht verwendeten Fördermittel gemäß § 18 Absatz 1 und § 23

bezeichnet sein. Die Testate sind der zuständigen Behörde jeweils bis zum Ende des auf den Prüfungszeitraum folgenden Kalenderjahres vorzulegen. Die zuständige Behörde ist berechtigt, die den Testaten zugrunde liegenden Angaben bei Nichterteilung oder eingeschränkter Erteilung des Testats zu überprüfen. Der Krankenhasträger hat Einsicht in die dazu erforderlichen Unterlagen zu gewähren.

(9) Die Pauschalmittel dürfen nur für die ihnen jeweils zugewiesene Zweckbestimmung nach § 18 Abs. 1 verwendet werden. Davon abweichend dürfen die Krankenhäuser die für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter gewährte Pauschale bis zu 50 vom Hundert der Jahrespauschale für Zwecke nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 einsetzen.

(10) Ausgezahlte Baupauschalen dürfen unter den in § 20 genannten Voraussetzungen weitergegeben werden.

## **§ 21a Einzelförderung von Investitionen**

Fußnoten zu § 21a Einzelförderung von Investitionen

§ 21a eingefügt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. März 2018 ([GV. NRW. S. 172](#)), in Kraft getreten am 30. März 2018; geändert durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021.

(1) Über die Pauschalförderung hinaus können Investitionsmaßnahmen nach § 18 Absatz 1 Nummer 1 einzeln gefördert werden, wenn und soweit das Investitionsprogramm entsprechende Fördergeschwerpunkte ausweist und das Vorhaben die dort aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. Eine Förderung der Maßnahme kann nur erfolgen, wenn die Gesamtfinanzierung der Maßnahme gesichert ist. Förderungsfähig sind nur die entstehenden und nachzuweisenden Kosten der bewilligten Investition, die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit

gerechtfertigt und für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus notwendig sind.

(2) Die Einzelförderung im Sinne des Absatzes 1 wird auf Antrag bewilligt. Investitionen müssen in ein Investitionsprogramm des Landes aufgenommen sein. Die Förderung von Investitionen kann nur im Rahmen der hierfür bereitstehenden Haushaltssmittel bewilligt werden. § 19 Absatz 2 findet Anwendung. Eine Förderung ist ausgeschlossen, wenn vor Bewilligung der Förderung bereits mit der Maßnahme begonnen worden ist. Im Einzelfall können Ausnahmen zugelassen werden.

(3) Die Förderung erfolgt durch Festbetrag. Dieser kann auf Grund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden und soll Anreize setzen, die Investition sparsam zu verwirklichen. Unterschreiten die Kosten der Maßnahme den Förderbetrag, sind die Einsparungen zweckgebunden für förderungsfähige Maßnahmen nach § 18 Absatz 1 zu verwenden. Kostenerhöhungen sind vom Krankenhaus zu tragen. Das Nähere ist in der Bewilligung festzulegen. Eine in das Einzelne gehende Prüfung erfolgt im Rahmen der Bewilligung und der Schlussabrechnung nur, soweit hierfür besondere Gründe vorliegen.

(4) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Verwaltungsvorschriften das Nähere zu bestimmen.

## **§ 22** **Ausgliederung, Vermietung**

Fußnoten zu § 22 Ausgliederung, Vermietung

§§ 8 und 22 geändert durch Gesetz vom 25. März 2015 ([GV. NRW. S. 302](#)), in Kraft getreten am 1. April 2015.

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

(2) Vermietungen von Räumen und Ausstattungen eines Plankrankenhauses bedürfen der Erlaubnis der zuständigen Behörde. Für die Vermietung geförderter Räume und Ausstattungen ist ein wirtschaftlich angemessener Mietzins zu erheben und dem Pauschalkonto gemäß § 21 Absatz 7 Satz 2 zuzuführen. Die Erlaubnis ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Krankenhausbetrieb durch die Vermietung nicht beeinträchtigt und Satz 2 beachtet wird.

(3) Soweit Krankenhäuser für angemietete Räumlichkeiten nach bisherigem Recht Förderung erhalten haben, wird für Mietkosten, die durch die Baupauschale nicht gedeckt sind, eine zusätzliche Förderung in Höhe der Differenz zwischen Baupauschale und Mietkosten gewährt.

## § 23

### Besondere Beträge

Fußnoten zu § 23 Besondere Beträge

§ 23: neu gefasst durch Gesetz vom 25. März 2015 ([GV. NRW. S. 302](#)), in Kraft getreten am 1. April 2015; geändert durch Gesetz vom 11. Februar 2025 (GV. NRW. S. 212, ber. S. 300), in Kraft getreten am 22. Februar 2025.

(1) Ein besonderer Betrag kann auf Antrag für Zwecke des § 18 Absatz 1 festgesetzt werden, wenn und soweit

1. dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben oder zur Sicherstellung der stationären Versorgung auf Grund krankenhausplanerischer Vorgaben unabweisbar ist und
2. eine Vorfinanzierung unzumutbar wäre.

Die Festsetzung ist nicht allein dadurch ausgeschlossen, dass in Fällen erheblicher Schadensergebnisse vorrangige Leistungsansprüche des Krankenhauses gegenüber Dritten bestehen. Die zuständige Behörde soll in diesen Fällen den gewährten besonderen Betrag in der Höhe zurückfordern, in der das Krankenhaus solche Ansprüche realisieren kann. Eine Festsetzung ist ausgeschlossen, soweit der Krankenhaussträger die ihm bislang zur Verfügung gestellten Pauschalmittel gemäß § 18 Absatz 1 unter Missachtung der Grundsätze von Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit verbraucht hat.

(2) Für die Beschaffung von Medizinprodukten gilt Absatz 1 nur, wenn nachgewiesen wird, dass die Kosten nicht durch Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeträgen aus den Gebühren der das Medizinprodukt nutzenden liquidationsberechtigten Ärztinnen und Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen gedeckt werden können.

## § 24

### Ausgleichsleistungen

Fußnoten zu § 24 Ausgleichsleistungen

§§ 18 und 24 geändert durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021.

(1) Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung des zuständigen Ministeriums ganz oder mindestens mit einem Leistungsbereich 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) Die pauschale Ausgleichsleistung beträgt 1 Prozent des nach den § 11 Absatz 1, § 14 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 17 Absatz 1, § 20 Absatz 1 Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 3 der Verordnung vom 13. Juli 2020 (BGBl. I S. 1691) geändert worden ist, genehmigten Budgets des Krankenhauses. Maßgeblich ist hierfür das zwölf Monate umfassende, genehmigte Budget des der Schließung vorangegangenen Jahres. Bei Ausscheiden eines Leistungsbereichs ist der diesem Leistungsbereich entsprechende Anteil des Budgets zugrunde zu legen.

## **§ 25**

### **Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen**

(1) 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. Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Gemeinden, soweit sie nicht in Zuschüsse umgewandelt wurden. Landesdarlehen für förderungsfähige Investitionen werden in bedingt rückzahlbare Zuschüsse umgewandelt.

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

## **§ 26**

### **Ausgleich für Eigenmittel**

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

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

(3) Ein Ausgleichsanspruch entfällt, soweit nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder nach diesem Gesetz eine Ersatzinvestition gefördert wurde und die Mittel oder ihr Gegenwert noch im Vermögen des Krankenhausträgers vorhanden sind.

## § 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 und Rücknahme der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln**

Fußnoten zu § 28 Widerruf und Rücknahme der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln

§§ 6 und 28 neu gefasst durch Gesetz vom 25. März 2015 ([GV. NRW. S. 302](#)), in Kraft getreten am 1. April 2015; § 28 zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Februar 2025 (GV. NRW. S. 212, ber. S. 300), in Kraft getreten am 22. Februar 2025.

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

1. alle noch nicht verwendeten Fördermittel und geförderten Gegenstände des Anlagevermögens, soweit diese noch nicht abgeschrieben sind, vom bisherigen auf den neuen Krankenhausträger übertragen worden sind und
2. der neue Krankenhausträger durch schriftliche Erklärung gegenüber der zuständigen Behörde alle Verpflichtungen und Nebenbestimmungen aus den bisherigen Bewilligungsbescheiden anerkennt.

(2) Werden nach diesem Gesetz geförderte Investitionsmaßnahmen zu Zwecken außerhalb der stationären Krankenhausversorgung umgewidmet oder stellt das Krankenhaus seinen Betrieb ein, sollen die Bewilligungen der Fördermittel im Umfang der Umwidmung oder Betriebseinstellung zurückgenommen oder widerrufen werden. § 22 bleibt hiervon unberührt. Von einer Rücknahme oder einem Widerruf soll abgesehen werden, wenn die Betriebseinstellung im krankenhausplanerischen Interesse liegt; von einer Rücknahme oder einem Widerruf kann abgesehen werden, wenn die geförderte Investitionsmaßnahme aufgrund von Umstrukturierungsprozessen oder einem Bedarfsrückgang nicht mehr zur Erfüllung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses benötigt wird. Von einer Rücknahme und einem Widerruf soll insoweit abgesehen werden, als auf Bankkonten angelegte Pauschalmittel nach § 18 Absatz 1 gemäß § 20 Absatz 1 und 3 an andere Krankenhäuser abgetreten werden, die die stationäre Krankenhausversorgung im un-

mittelbaren Umfeld sicherstellen. Ein Krankenhaus kann zu einer Abtretung anstelle der Rücknahme oder eines Widerrufs verpflichtet werden, wenn durch einen unternehmerischen Beschluss feststeht, dass das Krankenhaus seinen Betrieb einstellt und die Übertragung von Pauschalmitteln aus krankenhausplanerischer Sicht zur Erfüllung der sich verändernden Versorgungsbedarfe im unmittelbaren Umfeld notwendig ist.

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

(4) Im Übrigen gelten für die Rücknahme und den Widerruf von Bewilligungsbescheiden und die Rückforderung von Fördermitteln die Bestimmungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen vom 12. November 1999 ([GV. NRW. S. 602](#)) in der jeweils gelgenden Fassung.

## §28a

### **Insolvenz eines Krankenhauses, Rückforderung von Fördermitteln**

Fußnoten zu §28a Insolvenz eines Krankenhauses, Rückforderung von Fördermitteln

§ 28a eingefügt durch Gesetz vom 11. Februar 2025 (GV. NRW. S. 212, ber. S. 300), in Kraft getreten am 22. Februar 2025.

Im Falle der Insolvenz ist das Krankenhaus verpflichtet, das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium sowie die zuständige Bezirksregierung umgehend über den Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gemäß § 13 der Insolvenzordnung vom 5. Oktober 1994 (BGBI. I S. 2866), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 15. Juli 2024 (BGBI. 2024 I Nr. 236) geändert worden ist, zu unterrichten. Gleichzeitig ist das Krankenhaus verpflichtet, die für die Prüfung von behördlichem Handeln notwendigen Aufstellungen über Abschreibungsbestände von geförderten Investitionen zur Verfügung zu stellen. § 28 Absatz 2 zur Rückforderung von Fördermitteln bleibt unberührt.

## 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**

Fußnoten zu § 31 Betriebsleitung, Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

§§ 1, 7, 9, 12, 13, 31, 36 und 38 zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021.

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

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

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

## § 31a

### Unerlaubte Zuweisungen gegen Entgelt

Fußnoten zu § 31a Unerlaubte Zuweisungen gegen Entgelt

§ 31a eingefügt durch Gesetz vom 16. März 2010 ([GV. NRW. S. 184](#)), in Kraft getreten am 31. März 2010.

- (1) Krankenhäusern und ihren Trägern ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen, sich gewähren oder versprechen zu lassen.
- (2) Die obere Aufsichtsbehörde kann die Durchführung einer Absatz 1 widersprechenden Vereinbarung untersagen. Rechtsmittel haben keine aufschiebende Wirkung.
- (3) In besonders schweren Fällen findet § 16 Absatz 2 entsprechende Anwendung.

## § 32

### Struktur der kommunalen Krankenhäuser

Für die kommunalen Krankenhäuser bleiben die Vorschriften des Kommunalverfassungsrechtes durch die §§ 29 bis 31 unberührt. 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

Fußnoten zu § 33 Kirchliche Krankenhäuser

§§ 16, 17 und 33 zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 5. Dezember 2023 ([GV. NRW. S. 1278](#)), in Kraft getreten am 16. Dezember 2023.

Die Regelungen des § 31 Absatz 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden. Satz 1 gilt unabhängig von der Rechtsform der Einrichtung. Die Religionsgemeinschaften treffen für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen.

## **§ 34** **Auskunftspflicht**

Fußnoten zu § 34 Auskunftspflicht

§ 34 zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Februar 2025 (GV. NRW. S. 212, ber. S. 300), in Kraft getreten am 22. Februar 2025.

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

## **§ 34a** **Ordnungswidrigkeiten**

Fußnoten zu § 34a Ordnungswidrigkeiten

§§ 34a und 34b eingefügt durch Gesetz vom 25. März 2015 ([GV. NRW. S. 302](#)), in Kraft getreten am 1. April 2015; § 34a neu gefasst durch Gesetz vom 13. April 2022 (GV. NRW. S. 506, ber. S. 877), in Kraft getreten am 27. April 2022; § 34a geändert durch Gesetz vom 11. Februar 2025 (GV. NRW. S. 212, ber. S. 300), in Kraft getreten am 22. Februar 2025.

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. einer Vorschrift der aufgrund des § 34 Satz 2 erlassenen Rechtsverordnung oder der auf Grund dieser Rechtsverordnung ergangenen Anordnung zuwiderhandelt, soweit die Rechtsverordnung für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist,
2. der Verpflichtung gemäß § 21 Absatz 7 zuwiderhandelt,
3. seinen Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 3 Satz 5 und 6 beziehungsweise Absatz 4 oder § 28a Satz 1 und Satz 2 nicht nachkommt oder
4. seinen Meldeverpflichtungen nach § 10 Absatz 1 Satz 1 nicht nachkommt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann geahndet werden:

1. im Falle des Absatzes 1 Nummer 1 mit einer Geldbuße bis zu zehntausend Euro,
2. im Falle des Absatzes 1 Nummer 2 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro,

3. im Falle des Absatzes 1 Nummer 3 und 4 mit einer Geldbuße bis zu fünfundzwanzigtausend Euro.

In jedem weiteren Fall der Zuwiderhandlung gegen § 10 Absatz 1 Satz 1 kann dieser Verstoß mit einer erneuten Geldbuße bis zu fünfundzwanzigtausend Euro geahndet werden.

(3) Zuständige Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 1987 (BGBI. I S. 602), das zuletzt durch Artikel 31 des Gesetzes vom 5. Oktober 2021 (BGBI. I S. 4607) geändert worden ist, ist die Bezirksregierung.

## **§ 34b** **Haftpflichtversicherung**

Fußnoten zu § 34b Haftpflichtversicherung

§§ 34a und 34b eingefügt durch Gesetz vom 25. März 2015 ([GV. NRW. S. 302](#)), in Kraft getreten am 1. April 2015; § 34a neu gefasst durch Gesetz vom 13. April 2022 (GV. NRW. S. 506, ber. S. 877), in Kraft getreten am 27. April 2022; § 34a geändert durch Gesetz vom 11. Februar 2025 (GV. NRW. S. 212, ber. S. 300), in Kraft getreten am 22. Februar 2025.

(1) Der Krankenhasträger bedarf einer Haftpflichtversicherung, einer Garantie oder einer ähnlichen Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist. Das Bestehen einer solchen Regelung ist der zuständigen Behörde auf Verlangen nachzuweisen.

(2) Zur Erfüllung der Verpflichtung in Absatz 1 ist nur derjenige Krankenhasträger, der die Behandlung gemäß § 630a Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches zusagt, verpflichtet.

## **§ 34c** **Sicherung von Patientenunterlagen**

Fußnoten zu § 34c Sicherung von Patientenunterlagen

§ 34c eingefügt durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021; bisheriger Wortlaut wird Absatz 1 und Absatz 2 bis 6 angefügt durch Gesetz vom 13. April 2022 (GV. NRW. S. 506, ber. S. 877), in Kraft getreten am 27. April 2022.

(1) Der Krankenhasträger hat Maßnahmen zu treffen, dass im Falle der Schließung eines Krankenhauses aufgrund einer drohenden Zahlungsunfähigkeit die dort geführten Patientenunterlagen entsprechend ihrer individuellen Aufbewahrungsdauer unter Beachtung der datenschutz-

rechtlichen Vorgaben, insbesondere zur Gewährleistung von Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit aufbewahrt werden können, und dass Ansprüche der Patientinnen und Patienten auf jederzeitige Durchsetzung ihrer Rechte nach der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314 vom 22.11.2016, S. 72, ABl. L 127 vom 23.5.2018, S. 2) sowie ihrer Rechte nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch nicht beeinträchtigt werden. Maßnahmen im Sinne des Satzes 1 sind insbesondere Sicherungsmaßnahmen, die einen Zugang zu, einen Zugriff auf und die Kenntnisnahme von Patientenunterlagen durch unbefugte Personen verhindern sowie die in regelmäßigen Abständen durchgeführte Prüfung, ob Patientenunterlagen vernichtet werden können. Der Krankenhasträger weist die getroffenen Sicherungsmaßnahmen entsprechend der individuellen Aufbewahrungsdauer ab dem 18. März 2021 und sodann alle zwei Jahre gegenüber der zuständigen oberen Aufsichtsbehörde gemäß § 11 Absatz 4 nach. Es ist sicherzustellen, dass die Maßnahmen auch im Falle der Schließung eines Krankenhauses während der individuellen Aufbewahrungsdauer aufrechterhalten werden können.

(2) Es werden zwei Patientenaktensicherungsfonds errichtet. Ein Fonds soll die Sicherung der Patientenakten im Sinne des Absatzes 1 für die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäuser gewährleisten. Ein weiterer Fonds soll die Sicherung der Patientenakten im Sinne des Absatzes 1 für die Privatkrankenanstalten nach § 30 der Gewerbeordnung, sowie die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährleisten. Der Beitritt zu den in Satz 1 genannten Patientenaktensicherungsfonds ist für die in den Sätzen 2 und 3 genannten Einrichtungen freiwillig.

(3) Der Fonds nach Absatz 2 Satz 2 wird von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. errichtet und verwaltet. Der Fonds nach Absatz 2 Satz 3 wird von dem Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen e. V. errichtet und verwaltet. Die erforderlichen Kosten zur Errichtung und Verwaltung der Patientenaktensicherungsfonds im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 werden aus den Mitteln der Patientenaktensicherungsfonds entrichtet.

(4) Zur Absicherung im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 zahlen die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Einrichtungen eine Grundeinlage sowie etwaige, erforderlich werdende Nachschüsse in den jeweiligen Fonds. Nach Auflösung der Einrichtung oder bei Austritt aus dem Patientenaktensicherungsfonds können die bereits entrichteten Beiträge nicht zurückgefordert werden.

(5) Die zuständigen Behörden veranlassen im Bedarfsfall die Sicherung und Archivierung der Patientenakten im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 und rufen die hierfür benötigten Mittel gegenüber dem jeweils zuständigen Fonds ab. Die zuständigen Behörden sind darüber hinaus zur Durchsetzung der Pflichten nach Absatz 4 Satz 1 zuständig.

(6) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, die nähere Ausgestaltung der Patientenaktensicherungsfonds, insbesondere Höhe und Fälligkeit der Grundeinlagen sowie etwaiger erforderlicher Nachschüsse, die Abrufung von Mitteln, die Bestimmung der Behörden und die Erstattung der Aufwendungen für die Errichtung und Verwaltung der Patientenaktensicherungsfonds nach Abstimmung mit den Verwaltern der Patientenaktensicherungsfonds durch Rechtsverordnung zu regeln.

## **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**

Fußnoten zu § 36 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken

§§ 1, 7, 9, 12, 13, 31, 36 und 38 zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021.

- (1) Auf die Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind die Vorschriften des Abschnitts II und § 35 entsprechend anzuwenden.
- (2) Auf nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser finden nur § 2 Abs. 1 Satz 2, § 6 einschließlich der auf § 6 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung, § 8 Abs. 1 hinsichtlich der Mitwirkung im Rettungsdienst, § 10 Abs. 1, § 11, § 31a sowie § 34c 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 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 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**

Fußnoten zu § 37 Übergangsvorschrift

§ 37 zuletzt geändert durch Gesetz vom 13. April 2022 (GV. NRW. S. 506, ber. S. 877), in Kraft getreten am 27. April 2022.

(1) Abweichend von § 14 Absatz 2 kann zu erstmaligen Verhandlungen über regionale Planungskonzepte auf Grundlage von Rahmenvorgaben, die eine Plansystematik nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen umsetzen, nur die zuständige Behörde auffordern. Die zuständige Behörde erlässt die Aufforderungen nach Satz 1 für alle Leistungsbereiche und Leistungsgruppen in sämtlichen Planungsregionen spätestens sechs Monate nach Aufstellung der Rahmenvorgaben.

(2) Für alle vor dem Zeitpunkt der Aufforderungen nach Absatz 1 Satz 1 eingeleiteten regionalen Planungsverfahren finden die § 10 Absatz 1, § 12 Absatz 3, § 14 Absatz 1 und 3, § 16 Absatz 1 und 2 und § 24 in ihrer bis zum 18. März 2021 geltenden Fassung sowie die auf dieser Basis zuletzt aufgestellten Rahmenvorgaben weiterhin Anwendung. Nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt sind die zuvor eingeleiteten Planungsverfahren nicht weiter fortzuführen.

(3) 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 (BGBI. I S. 2355) sinngemäß anzuwenden.

(4) Soweit Investitionskosten von Krankenhäusern auf Grundlage der §§ 19 ff. des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen 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.

(5) Abweichend von Absatz 4 gilt dieses Gesetz für eingesparte Fördermittel aus Festbetragsförderungen gemäß § 24 Absatz 2 des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen, soweit sie dem Konto der Baupauschale als gesonderte Position zugeführt werden.

## **§ 38** **Inkrafttreten**

Fußnoten zu § 38 Inkrafttreten

§§ 1, 7, 9, 12, 13, 31, 36 und 38 zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. März 2021 (GV. NRW. S. 272, ber. S. 394), in Kraft getreten am 18. März 2021.

(1) Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen - KHG NRW - vom 16. Dezember 1998 ([GV. NRW. S. 696](#)), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2006 ([GV. NRW. S. 631](#)), außer Kraft.

(2) Die Landesregierung überprüft unter Mitwirkung des Ausschusses nach § 15 die Wirksamkeit dieses Gesetzes und unterrichtet den Landtag über das Ergebnis bis zum 31. Dezember 2022.

Die Landesregierung  
Nordrhein-Westfalen

Der Ministerpräsident

Für den Finanzminister  
die Ministerin für Wirtschaft, Mittelstand und Energie

Der Minister  
für Arbeit, Gesundheit und Soziales

zugleich für den  
Minister für Innovation, Wissenschaft,  
Forschung und Technologie

zugleich für den  
Innenminister

Die Justizministerin

**Hinweis:**

Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes vom 30. Juni 2020 ([GV. NRW. S. 650](#)) (2) Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a, Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb, Nummer 2 Buchstabe a sowie die Artikel 7 bis 11 treten am 1. Mai 2022 in Kraft.

**Hinweis:**

Artikel 7 des Gesetzes vom 17. Dezember 2021 ([GV. NRW. S. 1466](#)) In Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes zur Errichtung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen vom 30. Juni 2020 ([GV. NRW. S. 650](#)) wird die Angabe „1. Mai 2022“ durch die Angabe „31. Januar 2023“ ersetzt.