

6. Änderungsgesetz KHGG NRW – Update zum parlamentarischen Verfahren

Stand 30. Oktober 2026

Im Februar 2026 haben wir den Referentenentwurf für ein Sechstes Gesetz zur Änderung des KHGG NRW dargestellt (Beitrag v. 4.2.2026: [„Geplante Änderungen des KHGG NRW“](#)). Der vorliegende Newsletter aktualisiert den dort dargestellten Sach- und Rechtsstand. Eine Synopse findet sich anbei. Gegenüber dem Stand vom Februar, dem der Referentenentwurf zu Grunde lag, erfolgte im Juli der Gesetzentwurf und zwischenzeitlich liegt ein Änderungsantrag vor. Auch sind die schriftlichen Sachverständigenanhörung bekannt. Für den 4. November 2026 ist die Abschlussberatung vorgesehen.

A. Verfahrensstand

Der Referentenentwurf vom 4.2.2026 ([MMV 18/4802](#)) wurde den Verbänden zur Anhörung zugeleitet. Nach erneuter Kabinettsbefassung hat die Landesregierung den überarbeiteten Gesetzentwurf am 7.7.2026 als [Drucksache 18/20443](#) in den Landtag eingebracht. Am 15.7.2026 fand die erste Lesung im Plenum statt; der Entwurf wurde federführend an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (AGS) sowie mitberatend an den Ausschuss für Heimat und Kommunales überwiesen.

Nach der ersten Ausschussberatung am 9. September 2026 hat der AGS eine **schriftliche Anhörung** nach § 58 GO LT durchgeführt; Stellungnahmen waren bis zum 15. Oktober 2026 erbeten. Angehört wurden die Ärztekammer Westfalen-Lippe, der vdek, KLUG, die KGNW, Prof. Dr. Alexander Geissler (Universität St. Gallen) und der Verband der Privatkliniken NRW; die kommunalen Spitzenverbände waren bereits mit Schreiben vom 17. Juli 2026 beteiligt worden. Eine mündliche Sachverständigenanhörung hat – trotz ausdrücklicher Forderung der KGNW – nicht stattgefunden.

Am 30. September 2026 haben die Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN einen **Änderungsantrag** ([Drs. 18/21558](#)) vorgelegt, der die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (§ 10 Abs. 2) grundlegend neu fasst, eine 72-Stunden-Sicherstellungspflicht für Strom, Wärme, Wasser und Arzneimittel (§ 10 Abs. 2a n.F.) einführt und die Rechtsaufsicht hierauf erstreckt (§ 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 9 n.F.). Dieser Änderungsantrag war Gegenstand der schriftlichen Anhörung (dazu unten C. und D.). Mit E-Mail vom 2. Oktober 2026 hat der Ausschuss die Sachverständigen zudem um Einschätzung gebeten, ob eine Pflicht zur Anzeige kurzfristiger Abteilungsschließungen sechs Monate vor deren Umsetzung sinnvoll erscheint; ein entsprechender Änderungsantrag liegt bislang nicht vor (dazu unten D. III.).

Für die 124. Sitzung des AGS am **4. November 2026** (15.30 Uhr) ist unter TOP 4 die **abschließende Beratung und Abstimmung** über den Gesetzentwurf und den Änderungsantrag vorgesehen ([Einladung E 18/1936](#)). Die zweite Lesung im Plenum kann danach frühestens in der Plenarwoche vom 24. bis 27. November 2026 erfolgen. Da das Gesetz nach Art. 2 des Entwurfs am Tag nach der Verkündung in Kraft tritt, ist mit einem Inkrafttreten nicht vor Dezember 2026 zu rechnen.

Aus der Verbändeanhörung des Ministeriums war bislang nur die Stellungnahme der [Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe v. 23.2.2026](#) öffentlich einsehbar. An den Anpassungen zeigt sich jedoch, dass Bedenken aufgegriffen wurden. Mit der schriftlichen Anhörung des Landtags liegen nunmehr sieben weitere Stellungnahmen vor: kommunale Spitzenverbände ([Stellungnahme 18/4158](#)), vdek ([18/4202](#)), Städtetag NRW zum Änderungsantrag ([18/4207](#)), KLUG und Centre for Planetary Health Policy ([18/4211](#)), KGNW mit technischem Gutachten ([18/4263](#)), Verband der Privatkliniken NRW ([18/4264](#)) sowie Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe ([18/4280](#)). Nach der Tagesordnung werden weitere Stellungnahmen erwartet; eine Stellungnahme von Prof. Geissler lag bei Redaktionsschluss nicht vor. Die wesentlichen Kritikpunkte fassen wir unter D. zusammen.

B. Wesentliche Verschiebungen zwischen Referenten- und Regierungsentwurf

Die Grundausrichtung des Gesetzentwurfs ist unverändert: Sicherstellungsverpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte (§ 1a n.F.), Kooperationspflicht in der ärztlichen Weiterbildung (§ 1 Abs. 4 n.F.), Umbau der Rechtsverordnung für Krisenlagen (§ 10 Abs. 4 n.F.) und Neustrukturierung der regionalen Planungsverfahren (§ 14 n.F.). Innerhalb dieser Grundstruktur weichen Referenten- und Regierungsentwurf jedoch an mehreren praxisrelevanten Stellen voneinander ab. Die textliche Vollansicht enthält die Anlage. Die darüber hinausgehenden Änderungen, die der Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen gegenüber dem Regierungsentwurf vorsieht, sind unter C. dargestellt.

I. § 14 Abs. 2 – Zustimmungserfordernis für trägerinitiierte Planungsverfahren gestrichen

Die im Ausgangsbeitrag als bedenklich hervorgehobene Antragshürde ist im Regierungsentwurf entfallen. Der Referentenentwurf sah vor, dass die Aufforderung eines Krankenhausträgers zur Aufnahme von Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept einer vorherigen Zustimmung der Behörde bedarf; die Zustimmung sollte nur bei „ausreichend neuen krankenhauserischen Tatsachen“ erteilt werden.

Drs. 18/20443 lässt Absatz 2 in seiner bisherigen Fassung unverändert. Die Aufforderungsbefugnis der Krankenhausträger, Kassenverbände und der zuständigen Behörde bleibt damit erhalten und wird nicht durch eine behördliche Vorprüfung gefiltert. Der Katalog der Änderungen in § 14 beschränkt sich nunmehr auf die Anpassung der Kapazitätsparameter (Abs. 1 Satz 2: Fallzahlen/Belegtage statt Gesamtplanbetten-/Behandlungsplatzzahlen), die Klarstellung zum Anhörungsverzicht bei einvernehmlichen Reduzierungen (Abs. 4 Satz 2) sowie die – nachfolgend besprochene – Einfügung eines verkürzten Planungsverfahrens (Abs. 5 n.F.).

Die im Februar-Beitrag dargestellten Risiken (Unklarheit des Begriffs der „ausreichend neuen krankenhauserischen Tatsachen“, Konflikt mit der Präklusionsrechtsprechung des OVG, Kollision mit §§ 6 ff. KHG als vollzugsbindendem Bundesrecht, Verkomplizierung des Rechtsschutzes) sind damit gegenstandslos, soweit sie diesen Vorschriften betrafen.

II. § 14 Abs. 5 n.F. – Verkürztes Planungsverfahren jetzt mit Benachteiligungserfordernis

Die im Referentenentwurf bereits angelegte Möglichkeit, im Einzelfall von den Verfahrensbestimmungen der Absätze 1 bis 5 abzuweichen, wenn ein verkürztes Planungsverfahren „den Zielen der Krankenhausplanung sachdienlich“ ist, wurde im Regierungsentwurf um ein Benehmenserfordernis mit den Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen ergänzt. Die zuständige Behörde kann danach nur „im Benehmen mit den Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen“ von den Verfahrensvorschriften abweichen. Benehmen erfordert dabei keine Zustimmung, indes eine Entscheidung unter Berücksichtigung des Vorbringens des Krankenhausträgers und der Kassen.

Wir hatten hierzu auf die Reichweite der Öffnungsklausel hingewiesen – insbesondere darauf, dass Absatz 1 (Bindung an die Rahmenvorgaben des Krankenhausplans) einbezogen war und dass unklar sei, ob auch versagende oder gar herausnehmende Entscheidungen erfasst werden sollten. Diese Bedenken sind nicht vollständig ausgeräumt: Der Wortlaut lässt weiterhin offen, ob die Öffnung auch versagende Entscheidungen umfasst, welche Beteiligte nach § 15 KHGG NRW übersprungen werden können und wie die Ermessensbindung an den Krankenhausplan gewahrt bleibt. Das Benehmen mildert die Problematik indes, weil eine Beteiligung der wesentlichen Betroffenen gesichert ist. Zumindest eine Anhörung ist damit gewährleistet.

III. § 1 Abs. 4 n.F. – Kooperationspflicht als Sollvorschrift, ergänzt um Empfehlungen des Landesausschusses

Die Kooperationspflicht in der ärztlichen Weiterbildung hat im Regierungsentwurf zwei Änderungen erfahren:

- Die Verpflichtung zur Sicherstellung fehlender Weiterbildungsinhalte durch geeignete Kooperationen ist von einer strikten Rechtspflicht („ist verpflichtet“) zu einer Sollvorschrift („soll ... eine vollständige Weiterbildungsmöglichkeit ... sicherstellen“) abgeschwächt worden. Die Beteiligungspflicht der übrigen Plankrankenhäuser bleibt dagegen als Rechtspflicht erhalten („sind ... verpflichtet“).
- Neu eingefügt wurde der Auftrag an den Landesausschuss für Krankenhausplanung, Empfehlungen zur Umsetzung zu erarbeiten.

Die im Ausgangsbeitrag herausgearbeiteten Bedenken bleiben erhalten: Die Verpflichtung greift nach § 1 Abs. 4 Satz 1 nur „im Rahmen des Versorgungsauftrags“, weshalb Weiterbildungsinhalte, deren zugrundeliegende Leistungsgruppen einem Krankenhaus nicht zugewiesen sind, weiterhin nicht erfasst sein dürften. Die Sollformulierung ändert daran nichts – sie schwächt die Verpflichtung des betroffenen Krankenhauses indes ab. Die Frage, welche Kooperationspartner unter welchen Umständen zur Aufnahme in einen Weiterbildungsverbund verpflichtet sind, wie die arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Fragen des Rotationsassistenten geregelt werden und wie die Verpflichtung sanktioniert werden könnte, bleibt offen.

Positiv zu bewerten ist der Empfehlungsauftrag an den Landesausschuss: Er eröffnet einen institutionellen Rahmen, in dem die im Ausgangsbeitrag angemahnte Vereinfachung von

Weiterbündungsverbänden – über die bisherige gesetzliche Regelung hinaus – zwar nicht gelöst, aber befördert werden kann.

IV. § 1a n.F. – Sicherstellungsverpflichtung präzisiert

An der Grundstruktur der neuen Sicherstellungsverpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte ändert sich wenig. Zwei Präzisierungen sind aber praxisrelevant:

- Absatz 1 spricht nunmehr von den „erforderlichen“ statt den „notwendigen“ Krankenhausleistungen. Damit dürfte die Sicherstellungsverpflichtung schärfer an das Kriterium der Bedarfsnotwendigkeit angebunden und der Umfang der kommunalen Sicherstellungslast konturiert werden.
- Absatz 2 stellt für die Feststellung der Bedarfsnotwendigkeit klarstellend darauf ab, dass ein Krankenhaus „Krankenhausleistungen erbringt, die für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind“ – nicht mehr auf das Krankenhaus als solches. Neu ist der ausdrückliche Rückgriff auf die im Krankenhausplan festgelegten Erreichbarkeitsvorgaben, die der Beurteilung „insbesondere“ zugrunde zu legen sind.

Die neue Bezugnahme auf die Erreichbarkeitsvorgaben verankert die Feststellung der Bedarfsnotwendigkeit stärker im planerischen Rahmen und dürfte die Nachweisführung für Krankenhausträger deutlich erschweren, die in ländlichen oder strukturschwachen Räumen eine Sicherstellungsentscheidung des Kreises herbeiführen wollen. Dies folgt aus der äußerst restriktiven Auslegung des OVG.

Das Gericht entnimmt dem Krankenhausplan NRW 2022 keinen eigenständigen, justiziablen Erreichbarkeitsmaßstab: Das KHGG NRW enthalte „*konkrete Vorgaben zum geographischen Zuschnitt der regionalen Planungskonzepte und zur Erreichbarkeit ... jedoch nicht*“; die „*Abstufung der Erreichbarkeitsanforderungen erfolgt ... über die Zuordnung einer Leistungsgruppe zu einer Planungsebene*“, Planungsziel sei lediglich die Vorhaltung mindestens eines Versorgungsangebots auf der jeweiligen Ebene (OVG NRW, Beschl. v. 05.11.2025 – 13 B 380/25 und 13 B 508/25, Rn. 96, 101, 119). Erreichbarkeit ist damit im Zuschnitt der Planungsebene bereits im Wesentlichen eingeflossen und unterliegt dabei aber keiner Kontrolle; auf der Ebene des Regierungsbezirks darf Erreichbarkeit nur noch bei qualitativ gleich geeigneten Häusern als Hilfskriterium herangezogen werden, weil der Plangeber ihr „*gegenüber der Qualität nur eine untergeordnete Bedeutung*“ beimisst (Beschl. v. 12.09.2025 – 13 B 316/25, Rn. 124 ff.; fortgeführt 13 B 277/25, Rn. 150 ff.; 13 B 365/25, Rn. 83 ff.; 13 B 312/25, Rn. 220 ff.; 13 B 309/25, Rn. 68). Längere Anfahrtswege nimmt der Senat ausdrücklich in Kauf: Eine erschwerte räumliche Erreichbarkeit begründe keine Unterversorgung, wenn die Qualitätssteigerung durch Spezialisierung überwiege (13 B 380/25, Leitsatz 2) – gebilligt wurden dort Entfernungen von bis zu 120 km bzw. 115 Minuten Fahrzeit (Rn. 125); ebenso Fahrzeitzuwächse von 21 auf 40 bzw. von 30–35 auf 56 Minuten (Beschl. v. 31.08.2026 – 13 B 226/26, Rn. 213 f.). Eine Quantifizierung lehnt der Senat ab: Die Fahrzeitgrenzen des § 6a Abs. 4 Sätze 2 und 3 KHG (30 bzw. 40 Minuten) seien auf das Landesplanungsverfahren nicht übertragbar, und aus G-BA-Erwägungen folgten keine „*konkreten Erreichbarkeitsvoraussetzungen*“ (13 B 380/25, Rn. 128 f.). Schließlich besteht „*kein Gebot, Standorte innerhalb des Versorgungsgebiets generell gleichmäßig und*

flächendeckend zu verteilen"; maßgeblich ist die Planungsebene, nicht das individuelle Einzugsgebiet des Krankenhauses (13 B 226/26, Rn. 119, 210; 13 B 312/25, Rn. 63 f.). Eine „Versorgungsnotwendigkeit i. S. d. ländlichen Raumes“ hat der Senat bei überregional beplanten Leistungsgruppen durchgehend verneint (13 B 376/25; 13 B 387/25; 13 B 226/26, Rn. 16 – Zentralisierung als „bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum“).“

Nur für die Leistungsgruppen ‚Allgemeine Innere Medizin‘ und ‚Allgemeine Chirurgie‘ verbleibt die quantifizierte 20-PKW-Fahrzeitminuten-Vorgabe des Krankenhausplanes (S. 54 Nr. 1 a; vgl. S. 38: Erreichbarkeit „innerhalb von 20 PKW-Fahrzeitminuten für 90 % aller Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen“) sowie für die Geburtshilfe – Leistungsgruppe ‚Geburten‘ – und die Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin von 40 PKW-Fahrzeitminuten (aaO, S. 54 Nr. 2; S. 39). Darüber hinaus kann bei den Leistungsgruppen, die auf Ebene des Versorgungsgebietes geplant werden, eine Option gesehen werden, räumliche Gesichtspunkte einzubeziehen (13 B 559/25, Leitsatz 1, Rn. 43 ff.; 13 B 340/25 Rn. 108 ff; 13 B 305/25, Rn. 47 ff).

Wirtschaftlich funktionsfähige Bedarfskombinationen ergeben sich daraus nicht. Vielmehr wäre zu besorgen, dass bei Einrichtungen, die in den Anwendungsbereich der Regelungen fallen, der Bedarf nur für die Leistungsgruppen bejaht wird, die zu den defizitären Abteilungen gehören, sodass finanziell stärkere Leistungsgruppen entfallen. Das Defizit, das dann zu tragen ist von den Kommunen, wird dann noch ausgreifender werden.

V. § 10 Abs. 4 n.F. – Ermächtigung für Krisenlagen erweitert

Die Ermächtigungsgrundlage für Rechtsverordnungen in epidemischen und außergewöhnlichen Lagen wurde im Regierungsentwurf gegenüber dem Referentenentwurf noch einmal ausgeweitet. Wesentlich sind drei Änderungen:

- Nr. 3 (verpflichtende Aufnahme nach zentraler Zuweisung) wurde um die „Versorgung“ ergänzt. Die verpflichtende Zuweisung kann sich damit nicht mehr nur auf die stationäre Aufnahme, sondern auch auf die eigentliche Versorgung erstrecken.
- Neu eingefügt wurde Nr. 7: Ermächtigung zur Übermittlung „weiterer über die regulären Meldepflichten des Absatzes 1 hinausgehende Informationen ... soweit diese Informationen lagebild- und entscheidungsrelevant sind“. Die Bestimmung ist inhaltlich weit gefasst; Umfang, Format und Verfahren sind der Rechtsverordnung überlassen.
- Die Ausgleichspflicht für Erlösausfälle rutscht auf Nr. 8 und bezieht sich nunmehr ausdrücklich auf die Nrn. 1 bis 6 – die neu eingefügte Informationsübermittlungspflicht (Nr. 7) ist damit nicht ausgleichspflichtig.

VI. § 21 Abs. 1 n.F. – Klarstellung zu Wahlleistungen und Zimmergrößen

Über die im Referentenentwurf schon enthaltene Ergänzung „Nachhaltigkeit“ bei den Grundsätzen der Förderfähigkeit hinaus stellt Drs. 18/20443 klar: „Mehrkosten für die Vorhaltung von Wahlleistungen sind nicht förderungsfähig; Einbettzimmer und Zweibettzimmer sind dem Grunde nach förderungsfähig, sofern sie nicht als Wahlleistung

vorgehalten werden." Für die Investitionsförderplanung von Klinikneu- und -umbauten hat diese Klarstellung unmittelbare Bedeutung – insbesondere für die Abgrenzung förderfähiger und nicht förderfähiger Zimmerausbauten.

VII. § 16 Abs. 1 n.F. – Vereinfachte Feststellungsbescheid-Systematik

Die im Referentenentwurf noch getrennten Nummern 7 (Versorgungskapazität je Leistungsgruppe) und 8 (nachrichtlicher Ausweis der Planbettenzahl/Behandlungsplatzzahl) werden zu einer einheitlichen Nummer 7 zusammengeführt; der nachrichtliche Ausweis der Planbettenzahl bzw. Behandlungsplatzzahl entfällt vollständig. Die bisherige Nr. 9 (Ausbildungsstätten) wird zur Nr. 8. Der Feststellungsbescheid weist damit künftig einheitlich nur noch den Soll-Wert je Leistungsgruppe (Fallzahl, Belegtageanzahl oder andere qualitative/quantitative Parameter) und die Ausbildungsstätten aus.

C. Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen (Drs. 18/21558)

Der Änderungsantrag der Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 30. September 2026 betrifft ausschließlich die Krisenvorsorge (§§ 10, 11 KHGG NRW). Die übrigen Regelungen des Regierungsentwurfs – namentlich §§ 1 Abs. 4, 1a, 14, 16 und 21 – bleiben von ihm unberührt. Der Regierungsentwurf hatte § 10 Abs. 2 lediglich um eine Verordnungsermächtigung zum Inhalt der Alarm- und Einsatzpläne ergänzt; der Änderungsantrag ersetzt Absatz 2 vollständig und fügt einen neuen Absatz 2a ein. Als Fraktionsantrag war er weder Gegenstand einer ministeriellen Verbändeanhörung noch ist er mit einer Kostenfolgenabschätzung versehen. Die Begründung verweist auf die „veränderte sicherheitspolitische Lage“ und die Hitzewelle Ende Juni 2026.

I. § 10 Abs. 2 n.F. – Krankenhausalarm- und -einsatzplanung

Die bisherige Pflicht, Einsatz- und Alarmpläne für Großeinsatzlagen und Katastrophen aufzustellen, mit der zuständigen Behörde abzustimmen und zu erproben, wird in fünf Richtungen erweitert:

- **Erweiterter Gefahrenkatalog:** Die Pläne sind auch für „Unglücksfälle mit vielen Verletzten, Pandemien, extreme Wetterlagen, wie Stürme, starke Regenfälle, Dürreperioden oder Hitze“ sowie für alle weiteren Gefahrenlagen aufzustellen, „die die Behandlungskapazitäten wesentlich belasten oder die Funktionsfähigkeit wesentlich einschränken“ (Satz 2). Die Begründung nennt als Mindestkatalog u.a. Evakuierung, CBRN-Lagen, polizeiliche Lagen, Brand, IT-Ausfall, kritischen Personalmangel und den Ausfall der Basisversorgung; die abschließende Festlegung soll auf Grundlage einer noch durchzuführenden Risikoanalyse des Landes erfolgen.
- **Erweiterte Abstimmungs- und Fortschreibungspflicht:** Die Pläne sind zusätzlich mit den benachbarten Krankenhäusern und mit vorhandenen örtlichen Bewältigungskonzepten abzustimmen sowie regelmäßig fortzuschreiben und zu erproben (Satz 3).

- **Dauerhaft erreichbare Verbindungsstelle**, deren Kontaktdaten der zuständigen Behörde mitzuteilen sind und die die Behörden „bei der administrativen und operativen Bewältigung einer Gefahrenlage“ unterstützt (Sätze 4 und 5).
- **Lageabhängige Einsatzleitung** am betroffenen Standort im Falle einer Gefahrenlage (Satz 6).
- **Konkretisierte Verordnungsermächtigung**: Die Rechtsverordnung des Gesundheitsministeriums regelt „insbesondere“ die Gefahrenlagen, den Umfang der zwingend erforderlichen organisatorischen und operativen Maßnahmen, Schwellenwerte zur verpflichtenden Aktivierung der Pläne (nach der Begründung vor allem anhand der Warnstufen des Deutschen Wetterdienstes), Art und Ausmaß der Abstimmung sowie Meldearten und -wege (Sätze 7 und 8).

Rechtlich bedeutsam ist, dass die Vorschrift nicht mehr auf eine Mitwirkung an der Bewältigung von Großeinsatzlagen beschränkt ist, sondern Pandemie und Extremwetterlage als Regelfall der Planungspflicht erfasst. Aus der bisherigen katastrophenschutzrechtlichen Nebenpflicht wird eine allgemeine Krisenvorsorgepflicht aller Plankrankenhäuser ohne Differenzierung nach Versorgungsstufe, Größe oder Teilnahme an der Notfallversorgung. Das Ausmaß der Pflichten wird im Wesentlichen erst durch die Rechtsverordnung bestimmt; eine Beteiligung der Krankenhausträger oder der KGNW an deren Erlass sieht der Antrag – anders als § 14 Abs. 5 n.F. für das verkürzte Planungsverfahren – nicht vor.

II. § 10 Abs. 2a n.F. – 72-Stunden-Sicherstellungspflicht

Der neu eingefügte Absatz 2a lautet: „Krankenhäuser haben mindestens für den Ausfall von 72 Stunden die Stromversorgung, die Wärme- und Primärenergieträgerversorgung, die Trinkwasserver- und Abwasserentsorgung sowie die Arzneimittel und apothekenpflichtigen Medizinprodukte gemäß § 30 der Apothekenbetriebsordnung [...] sicherzustellen.“

Die Vorschrift ist der eigentliche Kern des Änderungsantrags. Sie begründet eine unmittelbar geltende gesetzliche Pflicht und nicht lediglich eine Verordnungsermächtigung. Aus unserer Sicht sind vier Punkte hervorzuheben:

- **Unbestimmter Sicherstellungsmaßstab**: Der Wortlaut unterscheidet nicht zwischen Notfall- und Regelbetrieb. Sicherzustellen ist „die Stromversorgung“, nicht die Notstromversorgung. Die Begründung verhält sich hierzu nicht. Ob eine Reduzierung auf priorisierte klinische Kernfunktionen genügt, ob vertraglich gesicherte externe Lieferungen und redundante Netzanschlüsse anerkannt werden und welches Lastniveau anzusetzen ist, bleibt offen.
- **Keine Übergangsfrist**: Nach Art. 2 des Gesetzentwurfs tritt das Gesetz am Tag nach der Verkündung in Kraft. Die im Änderungsantrag vorgesehene Jahresfrist bezieht sich allein auf die erstmalige Vorlage der Alarm- und Einsatzpläne (§ 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 9 n.F.), nicht auf die technischen Anforderungen des Absatzes 2a. Für bauliche Maßnahmen (Netzersatzanlagen, Kraftstofflager, Wasserspeicher) ist das nicht leistbar.
- **Keine Finanzierungsregelung**: Der Regierungsentwurf weist unter „D Kosten“ „Keine“ aus; der Änderungsantrag enthält keine Kostenfolgenabschätzung. Die

Ausgleichspflicht des § 10 Abs. 4 Satz 1 Nr. 8 n.F. erfasst nur Maßnahmen aufgrund der Rechtsverordnung nach Absatz 4 Nrn. 1 bis 6, nicht die gesetzliche Vorhaltepflcht nach Absatz 2a. Investitionen in Netzersatz-, Wasser- und Wärmeanlagen wären daher aus der pauschalen Investitionsförderung zu bestreiten; eine Zweckbindung oder Aufstockung ist nicht vorgesehen.

- **Verhältnis zu § 30 ApBetrO:** Die Vorratshaltung in der Krankenhausapotheke ist bundesrechtlich geregelt (durchschnittlicher Bedarf von zwei Wochen, für intensivmedizinische Parenteralia und Antibiotika sechs Wochen). Ob Absatz 2a hieran lediglich anknüpft oder eine eigenständige Bevorratungspflicht des Krankenhauses – auch bei Versorgung durch eine externe krankenhausversorgende Apotheke – begründen soll, ist nicht erkennbar. Soweit über § 30 ApBetrO hinausgehende Vorräte verlangt werden sollten, wäre die Abgrenzung zum bundesrechtlich geregelten Apothekenrecht zu klären.

Aufsichtsrechtlich wird Absatz 2a von § 11 Abs. 2 Satz 1 erfasst, so dass Verstöße mit aufsichtsrechtlichen Maßnahmen der Bezirksregierung durchgesetzt werden können. Eine Verknüpfung mit dem Feststellungsbescheid oder der Leistungsgruppenzuweisung sieht der Antrag nicht vor.

III. § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 9 n.F. – Vorlagepflicht und Rechtsaufsicht

Die Rechtsaufsicht wird ausdrücklich auf die Krankenhausalarm- und -einsatzpläne erstreckt. Diese sind „spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes erstmalig der zuständigen Behörde vorzulegen“. Zweck und Folgen der Vorlage (Kenntnisnahme, Prüfung, Beanstandungsrecht) regelt der Antrag nicht. Da die Rechtsverordnung nach § 10 Abs. 2 Satz 7 n.F. die inhaltlichen Anforderungen erst noch bestimmen soll, läuft die Jahresfrist unabhängig davon, ob die Verordnung bis dahin vorliegt; Krankenhäuser müssten gegebenenfalls Pläne vorlegen, deren Maßstab noch nicht feststeht. Die Streichung der Angabe „in die Patientenakte“ in § 11 Abs. 4 Satz 4 wird aus dem Regierungsentwurf übernommen.

D. Kritik aus der schriftlichen Anhörung

Die Stellungnahmen richten sich – mit Ausnahme der Ärztekammern und des vdek – vor allem gegen den Änderungsantrag. Die wesentlichen Punkte in Kürze:

I. Zum Änderungsantrag (§ 10 Abs. 2, 2a)

- **KGW (18/4263):** Fordert, den Antrag nicht in der vorliegenden Fassung zu verabschieden, und verlangt eine mündliche Anhörung. Die Alarm- und Einsatzplanung wird dem Grunde nach akzeptiert, jedoch nur mit Refinanzierung, Orientierung am KAEP-Handbuch des BBK, Ausnahme für Standorte ohne Teilnahme an der Notfallversorgung und Benehmen mit der KGW beim Verordnungserlass. § 10 Abs. 2a wird „in der vorliegenden Fassung“ abgelehnt – nicht wegen des 72-Stunden-Schutzziels, sondern wegen des unbestimmten Vollversorgungsmaßstabs, der fehlenden Differenzierung, der Nichtanerkennung externer Redundanzen sowie fehlender Übergangsfrist und Finanzierung. Ein beigefügtes technisches Gutachten

bezieht den Investitionsbedarf für einen autarken 72-Stunden-Regelbetrieb, hochgerechnet auf alle Krankenhäuser in NRW, auf 3,6 bis 12,7 Mrd. Euro. Formulierungsvorschlag: „Krankenhäuser sollen eine bis zu 72-stündige Mindest- und Notfallversorgung aufrechterhalten können“; Kostenübernahme durch das Land; Konkretisierung durch Rechtsverordnung; Jahresfrist für die Planvorlage ab Inkrafttreten der Verordnung statt des Gesetzes.

- **Städtetag NRW (18/4207):** Unterstützt die Alarm- und Einsatzplanung, hält die 72-Stunden-Pflicht aber für „in der derzeitigen Form nicht praktikabel“, weil sie faktisch eine Autarkie voraussetze; die Anforderungen seien auf eine definierte Notfall- und Mindestversorgung priorisierter klinischer Kernfunktionen zu beschränken. Der Antrag könne „in der jetzigen Form“ nicht unterstützt werden.
- **Verband der Privatkliniken NRW (18/4264):** Schließt sich der KGNW „vollständig und ohne Einschränkung“ an und verlangt die frühzeitige Einbeziehung der Rehabilitationskliniken in die Krisenplanung.
- **Ärzttekammern (18/4280):** Begrüßen die Regelungen zur Krisenresilienz einschließlich des 72-Stunden-Ziels, fordern aber „realistische Möglichkeiten zur Finanzierung und umsetzbare Fristen“, bevor das Ziel als gesetzliche Verpflichtung festgeschrieben wird.
- **vdek (18/4202) und KLUG/CPHP (18/4211):** Halten die Erweiterung der Gefahrenlagen um Pandemien und Extremwetter für eine „notwendige Ergänzung“ bzw. begrüßen sie ausdrücklich; KLUG/CPHP weisen zugleich auf den erheblichen Ressourcenbedarf der Krankenhäuser hin.

II. Zum Regierungsentwurf

- **§ 1 Abs. 4 (Weiterbildung):** Die Ärztekammern begrüßen die Beteiligungspflicht der Plankrankenhäuser, verlangen aber die ersatzlose Streichung des Empfehlungsauftrags an den Landesausschuss, weil die Ausgestaltung der Weiterbildung nach dem Heilberufsgesetz den Kammern obliege; ergänzend fordern sie Rechtsfolgen bei Verstößen und die Berücksichtigung der Weiterbildungsbereitschaft bei der Leistungsgruppenzuweisung. Der vdek will die Sollvorschrift in eine Verpflichtung („ist verpflichtet“) zurückführen. Die KGNW lehnt die Ersetzung der „Versorgungsmöglichkeiten“ durch den „Versorgungsauftrag“ als Paradigmenwechsel ab, hält die Sollregelung aber für verhältnismäßiger als den Referentenentwurf und schlägt ein Selbstverwaltungsmodell (Weiterbildungsatlas, Verbundkonzepte, Clearingstellen) vor. Die Verbindlichkeit der Vorschrift wird damit aus drei Richtungen zugleich in Frage gestellt.
- **§ 1a (Sicherstellungsverpflichtung):** Die kommunalen Spitzenverbände begrüßen die Konkretisierung, sehen über jedem Kreis aber das „Damoklesschwert“ der Ausfallbürgschaft und fordern eine gesetzlich verankerte finanzielle Mitverantwortung des Landes bei Übernahme von Trägerschaften und bei Sicherungserklärungen gegenüber Dritten. Die KGNW rügt das ungeklärte Verhältnis von „bedarfsnotwendig“ zu „bedarfsgerecht“ und warnt vor einer Gefährdung der Trägerpluralität; der vdek verlangt eine Klarstellung, dass die Feststellung der Bedarfsnotwendigkeit die

bundesrechtlichen Voraussetzungen für Sicherstellungszuschläge (§ 136c Abs. 3 SGB V) unberührt lässt.

- **§ 14 Abs. 2 und 5 (Planungsverfahren):** Der vdek schlägt vor, die im Regierungsentwurf gestrichene Zustimmungspflicht für trägerinitiierte Planungsverfahren (oben B. I.) wieder aufzunehmen – mit Monatsfrist, Zustimmungsfiktion und einer Pflicht des Trägers, die tragenden Antragsgründe gegenüber den eingebundenen Krankenhäusern und Kassenverbänden schriftlich offenzulegen; begründet wird dies mit Verfahren, die „lediglich der Fallzahlerhöhung dienen“ oder nach gescheiterter Leistungsgruppenbewerbung erneut gestellt werden. Die KGNW lehnt das verkürzte Planungsverfahren auch mit Benehmenserfordernis ab, weil es über eine Vielzahl von Einzelfällen zur Regel werden könne, und weist auf die fehlende Definition der „Belegtage“ hin.
- **§ 16 Abs. 1 und § 21 Abs. 1:** KGNW und vdek wollen den nachrichtlichen Ausweis der Planbetten bis zur bundesweiten Umstellung auf Leistungsgruppen beibehalten (u.a. wegen § 337 SGB V, Notfallstufen, § 115g SGB V). Die KGNW lehnt den Halbsatz zu Ein- und Zweibettzimmern als verdeckte Einschränkung der Förderfähigkeit ab und verlangt die Streichung des Nachhaltigkeitskriteriums aus §§ 21, 29 und 30 zugunsten einer bloßen Zielbestimmung in § 1; KLUG/CPHP fordern umgekehrt transparente Nachhaltigkeitskriterien und deren Übernahme in die Fördermittelrichtlinien.

III. Zur Anzeigepflicht bei Abteilungsschließungen

Die vom Ausschuss aufgeworfene Pflicht zur Anzeige kurzfristiger Abteilungsschließungen sechs Monate vor deren Umsetzung lehnen KGNW und Städtetag übereinstimmend als rechtlich und praktisch nicht umsetzbar ab (Personalmangel, Insolvenz, Personalabwanderung nach Bekanntwerden der Schließungsabsicht); die in den Feststellungsbescheiden bereits enthaltene unverzügliche Meldepflicht sei die einzig belastbare Lösung. Ob die Koalitionsfraktionen die Frage gleichwohl in einen weiteren Änderungsantrag überführen, ist offen.

E. Anstehende Entscheidung am 4. November 2026

Mit der abschließenden Beratung im AGS am 4. November 2026 entscheidet sich, in welcher Fassung der Entwurf dem Plenum zur zweiten Lesung zugeleitet wird. Weitere Änderungsanträge können bis zur Sitzung eingebracht werden. Aus unserer Sicht sind insbesondere folgende Punkte zu beobachten:

- ob § 10 Abs. 2a n.F. auf eine Mindest- und Notfallversorgung beschränkt, mit einer Übergangsfrist versehen und mit einer Finanzierungsregelung verbunden wird oder ob die Koalitionsfraktionen an der weiten Fassung festhalten;
- ob der Vorschlag des vdek zur Wiedereinführung der behördlichen Zustimmung für trägerinitiierte Planungsverfahren aufgegriffen wird – dann würde die im Februar-Beitrag beschriebene Antragshürde doch noch Gesetz;
- ob es bei der Sollvorschrift des § 1 Abs. 4 und dem Empfehlungsauftrag an den Landesausschuss bleibt;

- ob eine Anzeigepflicht für Abteilungsschließungen nachgeschoben wird.

Für Krankenhausträger bedeutet dies: Solange die Antragshürde in § 14 Abs. 2 nicht wieder aufgenommen wird, besteht kein Anlass, regionale Planungsverfahren allein wegen des Gesetzgebungsverfahrens zu beschleunigen; sollte der AGS dem vdek-Vorschlag folgen, wäre dies kurzfristig neu zu bewerten. Unabhängig davon empfehlen wir, den Stand der eigenen Krankenhausalarm- und -einsatzplanung sowie der Notstrom-, Wasser-, Wärme- und Arzneimittelvorsorge bereits jetzt zu dokumentieren, um die Ausgangslage für die Jahresfrist zur Planvorlage und für etwaige Förderanträge festzuhalten. Über das Ergebnis der Ausschusssitzung werden wir berichten.

F. Fazit

Der Regierungsentwurf sieht in mehreren Punkten Anpassung vor. Die im Februar-Beitrag als besonders bedenklich hervorgehobene behördliche Vorprüfung trägerinitiierten Planungsverfahrens ist gestrichen; das verkürzte Planungsverfahren ist um ein Benehmenserfordernis mit Krankenhausträgern und Kassenverbänden ergänzt; die Kooperationspflicht in der Weiterbildung wurde in eine Sollvorschrift überführt und mit einem Empfehlungsauftrag an den Landesausschuss flankiert. Diese Anpassungen sind zu begrüßen.

Andere Bedenken des Ausgangsbeitrags bleiben: Der Anwendungsbereich des verkürzten Planungsverfahrens ist weiterhin unklar. Die Kooperationspflicht bleibt in ihrer Reichweite unbestimmt und dürfte die Kernproblematik der leistungsgruppenbedingten Weiterbildungslücken nicht lösen. Die strukturellen Finanzierungsfriktionen der Krankenhausversorgung, auf die die neue kommunale Sicherstellungsverpflichtung reagiert, werden nicht adressiert, dass die Bedarfsnotwendigkeit vorliegt, dürfte indes wegen der gestiegenen Anforderungen seltener vorliegen.

Der Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen für die Krisenvorsorge bleibt ebenfalls diskussionswürdig. Die 72-Stunden-Pflicht des § 10 Abs. 2a n.F. ist in der vorliegenden Fassung weder hinreichend bestimmt noch mit Übergangsfrist und Finanzierung unterlegt.

Prof. Dr. Andreas Penner

Dr. Steffen Müller, LL.M.

Anlage

Synopse KHGG NRW – 6. Änderungsgesetz: Gegenüberstellung von geltendem Recht, Referentenentwurf ([MMV 18/4802 v. 4.2.2026](#)) und Regierungsentwurf ([Drs. 18/20443 v. 7.7.2026](#)) unter Berücksichtigung des Änderungsantrages Drs. 18/21558 vom 30. September 2026 (§ 10 Abs. 2 und 2a, § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 9).