

Synopse KHGG NRW – 6. Änderungsgesetz

Gegenüberstellung: geltendes Recht — Referentenentwurf ([MMV 18/4802 v. 4.2.2026](#)) — Gesetzentwurf der Landesregierung ([Drs. 18/20443 v. 7.7.2026](#)) — Spalte 3 in der Fassung des Änderungsantrags der Fraktionen CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ([Drs. 18/21558 v. 30.9.2026](#))

Bisherige Regelung (KHGG NRW)	Referentenentwurf (Vorlage 18/4802, 4.2.2026)	Aktueller Gesetzentwurf (Drs. 18/20443, 7.7.2026) i.d.F. des Änderungsantrags CDU/GRÜNE (Drs. 18/21558, 30.9.2026)
Inhaltsübersicht		
<p>§ 1 Grundsatz</p> <p>§ 36 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken</p>	<p>Nach § 1 wird eingefügt: „§ 1a Sicherstellungsverpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte“.</p> <p>§ 36 neu gefasst: „Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Trägerschaft bundesunmittelbarer Körperschaften“.</p>	Unverändert gegenüber dem Referentenentwurf.
§ 1 Abs. 3 Satz 2 – Sicherstellungsauftrag der Gemeinden		
„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.“	§ 1 Abs. 3 Satz 2 wird aufgehoben (Regelung wandert in § 1a).	Unverändert: § 1 Abs. 3 Satz 2 wird aufgehoben.
§ 1 Abs. 4 – Weiterbildung und Kooperationspflicht		
„Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus verpflichtet, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten in den zugelassenen Weiterbildungsstätten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten ... bereit zu stellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.“	<p>aa) „seiner Versorgungsmöglichkeiten“ → „seines Versorgungsauftrags“.</p> <p>bb) Anfügung: „Werden die jeweils nach der Weiterbildungsordnung erforderlichen Weiterbildungsinhalte krankenhausintern nicht umfassend vermittelt, ist das Krankenhaus verpflichtet, die Weiterbildungsmöglichkeit durch geeignete Kooperationen sicherzustellen. Alle übrigen Plankrankenhäuser sind zur Beteiligung an solchen Kooperationen verpflichtet.“</p>	<p>aa) unverändert.</p> <p>bb) abgeschwächt und ergänzt: „...ist das Krankenhaus verpflichtet...“ wird zu „...soll das Krankenhaus eine vollständige Weiterbildungsmöglichkeit durch geeignete Kooperationen sicherstellen. Alle übrigen Plankrankenhäuser sind zur Beteiligung an solchen Kooperationen verpflichtet. Der Landesausschuss für Krankenhausplanung erarbeitet Empfehlungen zur Umsetzung.“ → Sollvorschrift statt Muss; zusätzlich Empfehlungsauftrag an den Landesausschuss.</p>
§ 1a NEU – Sicherstellungsverpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte		

Bisherige Regelung (KHGG NRW)	Referentenentwurf (Vorlage 18/4802, 4.2.2026)	Aktueller Gesetzentwurf (Drs. 18/20443, 7.7.2026) i.d.F. des Änderungsantrags CDU/GRÜNE (Drs. 18/21558, 30.9.2026)
(bislang keine eigenständige Norm – Regelung nur in § 1 Abs. 3 Satz 2, s. o.)	<p>„(1) Schließt ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus und findet sich kein anderer geeigneter Träger, ist der Kreis oder die kreisfreie Stadt, in dem oder der das Krankenhaus belegen ist, verpflichtet, die Versorgung der Bevölkerung mit den dem Krankenhausplan entsprechenden notwendigen Krankenhausleistungen sicherzustellen.</p> <p>(2) Bedarfsnotwendig ist ein Krankenhaus, welches nach Feststellung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums im konkreten Einzelfall für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung erforderlich ist, weil bei Wegfall kein anderes geeignetes Krankenhaus die Versorgung sicherstellen kann.</p> <p>(3) Das Vorliegen einer Verpflichtung nach Absatz 1 stellt das für Gesundheit zuständige Ministerium im Einvernehmen mit dem für Kommunales zuständigen Ministerium im konkreten Einzelfall gegenüber dem Kreis oder der kreisfreien Stadt fest.</p> <p>(4) Die Absätze 1 bis 3 finden sinngemäß Anwendung auf Betriebsstellen eines Krankenhauses.“</p>	<p>(1) „notwendigen Krankenhausleistungen“ → „erforderlichen Krankenhausleistungen“.</p> <p>(2) neu strukturiert: „Die Feststellung der Bedarfsnotwendigkeit erfolgt im konkreten Einzelfall durch das für Gesundheit zuständige Ministerium. Bedarfsnotwendig ist ein Krankenhaus, das Krankenhausleistungen erbringt, die für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind, weil bei Wegfall kein anderes geeignetes Krankenhaus die Versorgung sicherstellen kann. Der Beurteilung sind insbesondere die im Krankenhausplan festgelegten Vorgaben zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern zugrunde zu legen.“</p> <p>→ Bezug auf Leistungserbringung (nicht mehr auf das Krankenhaus als solches) und ausdrücklicher Rückgriff auf die krankenhausesplanerischen Erreichbarkeitsvorgaben.</p> <p>(3), (4) unverändert.</p>
§ 2 Abs. 1 – Ersteinschätzung Notfallpatienten, psychiatrische Pflichtversorgung		
<p>Satz 3: „Dazu ist ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren einzusetzen.“</p> <p>Satz 6: „Ausnahmen von der psychiatrischen Pflichtversorgung bestimmt das zuständige Ministerium auf Antrag des Krankenhausträgers.“</p>	<p>a) Satz 3 wird ersetzt: „Dazu ist ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren einzusetzen, welches die zeitliche Dringlichkeit der medizinischen Versorgung erhebt. Dieses ergänzt die obligate ärztliche Aufnahmeuntersuchung.“</p> <p>b) Neuer Satz 6: „das zuständige“ → „die zuständige Behörde im Einvernehmen mit dem für Gesundheit zuständigen“.</p>	Unverändert gegenüber dem Referentenentwurf.
§ 5 Abs. 5 – Zitieranpassung SGB V		
„...das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist...“	Zitat ersetzt durch: „...das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 24. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 95) geändert worden ist...“ (§ 5 Abs. 5 Satz 2).	Fundstelle ersetzt durch: „...das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 9 des Gesetzes vom 12. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 143) geändert worden ist“ – und Anpassung wird in § 5 Abs. 5 Satz 3 (nicht Satz 2) verortet.
§ 10 Abs. 2 – Krankenhausalarm- und -einsatzpläne		

Bisherige Regelung (KHGG NRW)	Referentenentwurf (Vorlage 18/4802, 4.2.2026)	Aktueller Gesetzentwurf (Drs. 18/20443, 7.7.2026) i.d.F. des Änderungsantrags CDU/GRÜNE (Drs. 18/21558, 30.9.2026)
<p>„...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.“</p>	<p>Anfügung: „Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ebenso ermächtigt, durch Rechtsverordnung Näheres zum Inhalt der Alarm- und Einsatzpläne zu regeln.“</p>	<p>Regierungsentwurf: unverändert gegenüber dem Referentenentwurf.</p> <p>Änderungsantrag Drs. 18/21558 (Nr. 1): Absatz 2 wird durch die Absätze 2 und 2a ersetzt. Absatz 2 n.F.:</p> <p>„(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, an der Bewältigung von Großeinsatzlagen und Katastrophen mitzuwirken. Es stellt zu diesem Zweck sowie für weitere Gefahrenlagen wie insbesondere Unglücksfälle mit vielen Verletzten, Pandemien, extreme Wetterlagen, wie Stürme, starke Regenfälle, Dürreperioden oder Hitze sowie weitere Gefahrenlagen, die die Behandlungskapazitäten wesentlich belasten oder die Funktionsfähigkeit wesentlich einschränken, Alarm- und Einsatzpläne auf. Sie sind mit der zuständigen Behörde, den benachbarten Krankenhäusern sowie mit vorhandenen örtlichen Konzepten zur Bewältigung von Großeinsatzlagen, Katastrophen und weitere Gefahrenlagen nach Satz 2 abzustimmen, in angemessenen Abständen zu erproben sowie regelmäßig fortzuschreiben. Das Krankenhaus hat eine Verbindungsstelle vorzuhalten, die dauerhaft erreichbar ist und die die zuständigen Behörden bei der administrativen und operativen Bewältigung einer Gefahrenlage unterstützt. Die Kontaktdaten der Verbindungsstelle teilt das Krankenhaus der zuständigen Behörde mit. Im Falle einer Gefahrenlage hat das Krankenhaus am betroffenen Standort lageabhängig eine geeignete Einsatzleitung einzurichten. Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung Näheres zu den Alarm- und Einsatzplänen zu regeln. Die Rechtsverordnung nach Satz 7 regelt insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Gefahrenlagen, 2. den Umfang der zwingend erforderlichen organisatorischen und operativen Maßnahmen, 3. Schwellenwerte zur verpflichtenden Aktivierung der Alarm- und Einsatzpläne entsprechend der jeweiligen Gefahrenlage, 4. Näheres zur Art und Weise sowie des Ausmaßes der Abstimmung nach Satz 3 sowie

Bisherige Regelung (KHGG NRW)	Referentenentwurf (Vorlage 18/4802, 4.2.2026)	Aktueller Gesetzentwurf (Drs. 18/20443, 7.7.2026) i.d.F. des Änderungsantrags CDU/GRÜNE (Drs. 18/21558, 30.9.2026)
		<p>5. Meldearten und -wege bei außergewöhnlichen Ereignissen im Krankenhausbereich."</p> <p>→ Gegenüber dem Regierungsentwurf: erweiterter Gefahrenkatalog (Pandemie, Extremwetter, sonstige kapazitätsbelastende Lagen), Abstimmung auch mit Nachbarkrankenhäusern und örtlichen Konzepten, Pflicht zur Fortschreibung, dauerhaft erreichbare Verbindungsstelle, lageabhängige Einsatzleitung, Verordnungsermächtigung mit fünf Regelungsgegenständen (statt nur „Näheres zum Inhalt"). Die bisherige Ermächtigung zu Meldearten und -wegen geht in Nr. 5 auf.</p>
§ 10 Abs. 2a NEU – 72-Stunden-Sicherstellungspflicht (nur Änderungsantrag)		
(bislang keine Regelung)	(keine Regelung im Referentenentwurf)	<p>Regierungsentwurf: keine Regelung.</p> <p>Änderungsantrag Drs. 18/21558 (Nr. 1): neuer Absatz 2a:</p> <p>„(2a) 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 in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 26. Juni 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 195) geändert worden ist, sicherzustellen."</p> <p>→ Unmittelbar geltende gesetzliche Pflicht ohne Übergangsfrist (Art. 2: Inkrafttreten am Tag nach der Verkündung), ohne Differenzierung nach Versorgungsstufe und ohne Finanzierungsregelung; der Ausgleich nach § 10 Abs. 4 Satz 1 Nr. 8 n.F. erfasst nur Maßnahmen aufgrund der Rechtsverordnung nach Absatz 4.</p>
§ 10 Abs. 4 – Rechtsverordnung in epidemischer/außergewöhnlicher Lage		

Bisherige Regelung (KHGG NRW)	Referentenentwurf (Vorlage 18/4802, 4.2.2026)	Aktueller Gesetzentwurf (Drs. 18/20443, 7.7.2026) i.d.F. des Änderungsantrags CDU/GRÜNE (Drs. 18/21558, 30.9.2026)
<p>„(4) Im Falle einer epidemischen Lage ... kann das für Gesundheit zuständige Ministerium durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Landtags Regelungen treffen über:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schaffung temporärer zusätzlicher Behandlungskapazitäten, 2. Verschiebung elektiver Eingriffe, 3. strukturelle Vorgaben zur Organisation von medizinischen Behandlungen, 4. Aussetzung regionaler Planungskonzepte nach § 14, 5. Änderung des Versorgungsauftrags gemäß § 16 Abs. 1 Satz 3 ohne Bindung an §§ 12 ff., 6. Ausgleich von Erlösausfällen ..." <p>Befristung: zwei Monate, verlängerbar. Regelungen dieses Absatzes gelten auch für Privatkrankenanstalten und Vorsorge-/Rehaeinrichtungen.</p>	<p>§ 10 Abs. 4 wird komplett neu gefasst – Katalog wird um Nr. 3 erweitert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. temporäre Zusatzkapazitäten, 2. Verschiebung elektiver Eingriffe, 3. NEU: „verpflichtende Aufnahme von Patientinnen und Patienten nach Zuweisung durch eine zentrale Koordinierungsstelle", 4. strukturelle Vorgaben, 5. Aussetzung regionaler Planungskonzepte, 6. Änderung Versorgungsauftrag (§ 16 Abs. 1 Satz 3) ohne Bindung an §§ 12 bis 16, 7. Ausgleich von Erlösausfällen. <p>Ergänzung: „Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium ist im Einvernehmen mit dem für das Innere zuständigen Ministerium zur Errichtung und Benennung einer zentralen Koordinierungsstelle nach Satz 1 Nummer 3 sowie zur Aufgabenübertragung auf diese ermächtigt."</p> <p>Bezeichnung: „abweichende Regelungen zu diesem Gesetz".</p>	<p>Weitergehende Umgestaltung mit acht statt sieben Nummern:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. temporäre Zusatzkapazitäten, 2. Verschiebung elektiver Eingriffe, 3. verpflichtende Aufnahme UND VERSORGUNG von Patienten nach Zuweisung durch eine zentrale Koordinierungsstelle, 4. strukturelle Vorgaben, 5. Aussetzung regionaler Planungskonzepte, 6. Änderung Versorgungsauftrag, 7. NEU: „die Übermittlung weiterer über die regulären Meldepflichten des Absatzes 1 hinausgehende Informationen sowie Inhalt, Form und Verfahren, soweit diese Informationen lagebild- und entscheidungsrelevant sind", 8. Ausgleich von Erlösausfällen (bezogen auf Nrn. 1 bis 6). <p>Koordinierungsstellen-Ermächtigung wie im Referentenentwurf.</p> <p>Zitatzpflege: neue Fassung der Gewerbeordnung (Art. 59 des Gesetzes v. 18.6.2026, BGBl. 2026 I Nr. 183).</p>
§ 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 9 – Rechtsaufsicht über Krankenhausalarm- und -einsatzpläne (nur Änderungsantrag)		
<p>„9. die Mitwirkung an der Bewältigung von Großeinsatzlagen gemäß § 10 Absatz 2,"</p>	<p>(keine Änderung im Referentenentwurf)</p>	<p>Regierungsentwurf: keine Änderung.</p> <p>Änderungsantrag Drs. 18/21558 (Nr. 2 Buchst. a): Nummer 9 wird ersetzt:</p> <p>„9. die Mitwirkung an der Bewältigung von Großeinsatzlagen sowie die Krankenhausalarm- und -einsatzpläne gemäß § 10 Absatz 2. Hinsichtlich der Krankenhausalarm- und -einsatzpläne sind diese spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes erstmalig der zuständigen Behörde vorzulegen,"</p> <p>→ Erstreckung der Rechtsaufsicht auf die Alarm- und Einsatzpläne; erstmalige Vorlagepflicht binnen eines Jahres nach Inkrafttreten des Gesetzes (nicht der Rechtsverordnung). § 10 Abs. 2a n.F. wird von der Generalklausel des § 11 Abs. 2 Satz 1 erfasst.</p>
§ 11 Abs. 4 Satz 4 – Redaktionelle Klarstellung Patientenakte		

Bisherige Regelung (KHGG NRW)	Referentenentwurf (Vorlage 18/4802, 4.2.2026)	Aktueller Gesetzentwurf (Drs. 18/20443, 7.7.2026) i.d.F. des Änderungsantrags CDU/GRÜNE (Drs. 18/21558, 30.9.2026)
„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.“	Wörter „in die Patientenakte“ werden gestrichen.	Unverändert gegenüber dem Referentenentwurf. Der Änderungsantrag Drs. 18/21558 (Nr. 2 Buchst. b) übernimmt die Streichung wortgleich.
§ 12 Abs. 2 Satz 1 – Zielsetzung Krankenhausplan		
„Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung ... erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten ... aus.“	Neu gefasst: „...für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, qualitativ hochwertige, nachhaltige und wirtschaftliche Versorgung ...“. → Ergänzung um das Kriterium „nachhaltige“.	Unverändert gegenüber dem Referentenentwurf.
§ 14 Abs. 1 Satz 2 – Parameter der Versorgungskapazität		
„Die Bestimmung erfolgt durch quantitative oder qualitative Parameter, dies können auch Gesamtplanbettenzahlen oder Gesamtbehandlungsplatzzahlen sein.“	„Gesamtplanbettenzahlen oder Gesamtbehandlungsplatzzahlen“ wird ersetzt durch „Fallzahlen oder Belegtage“.	Unverändert gegenüber dem Referentenentwurf.
§ 14 Abs. 2 – Aufforderung zu regionalen Planungskonzepten		
„(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.“	Absatz 2 wird durch neue Absätze 2 und 3 ersetzt: „(2) Zu den Verhandlungen ... können die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen und die zuständige Behörde auffordern. Die Aufforderung durch einen Krankenhausträger bedarf der vorherigen Zustimmung der zuständigen Behörde. Die zuständige Behörde erteilt die Zustimmung auf Antrag des Krankenhausträgers, wenn ausreichend neue krankenhauplanerische Tatsachen vorliegen, die eine Verhandlung ... erfordern. Die Entscheidung ... ist innerhalb eines Monats ... zu treffen. Wird innerhalb dieser Frist eine Entscheidung nicht getroffen, gilt die Zustimmung als erteilt.“ „(3) Die Verhandlungen nach Absatz 2 Satz 1 sind innerhalb von einem Monat nach Aufforderung einzuleiten. Die Aufnahme der Verhandlungen ist der zuständigen Behörde in Textform unverzüglich anzuzeigen. Die Verhandlungen sind spätestens sechs	Wesentliche Änderung: Zustimmungserfordernis mit „neuen krankenhauplanerischen Tatsachen“ fällt ersatzlos weg. Absatz 2 bleibt inhaltlich wie im geltenden Recht (Aufforderungsrecht der Krankenhausträger, Krankenkassenverbände und Behörde ohne Vorprüfung). Es wird nur ein neuer Absatz 5 eingefügt (s. u.); Absatz 4 Satz 2 wird geändert (s. u.). → Hürde für regionale Planungsverfahren ist gegenüber dem Referentenentwurf deutlich abgemildert.

Bisherige Regelung (KHGG NRW)	Referentenentwurf (Vorlage 18/4802, 4.2.2026)	Aktueller Gesetzentwurf (Drs. 18/20443, 7.7.2026) i.d.F. des Änderungsantrags CDU/GRÜNE (Drs. 18/21558, 30.9.2026)
	<p>Monate nach ihrer Aufnahme abzuschließen. Ist dies nicht der Fall, geht die Verfahrensleitung unverzüglich und unmittelbar auf die zuständige Behörde über."</p> <p>→ Einführung eines Zustimmungserfordernisses („neue krankenhausplanerische Tatsachen“) mit einmonatiger Frist und Genehmigungsfiktion.</p>	
§ 14 Abs. 4 Satz 2 – Anhörungsverzicht bei einvernehmlichen Reduzierungen		
<p>„Werden im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger nicht bettenführende Angebote aufgegeben oder Gesamtbettenreduzierungen vorgenommen, muss der Änderung des Feststellungsbescheides grundsätzlich kein Anhörungsverfahren vorausgehen."</p>	<p>(Alter Absatz 4 wird zu Abs. 5.) Satz 2 wird gefasst: „Werden im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger Leistungsgruppen aufgegeben, Fallzahlreduzierungen oder Belegtagreduzierungen vorgenommen, muss der Änderung des Feststellungsbescheides grundsätzlich kein Anhörungsverfahren vorausgehen."</p>	<p>Inhaltsgleich, aber die Änderung bezieht sich unmittelbar auf § 14 Abs. 4 Satz 2 (nicht Abs. 5). „Werden im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger Leistungsgruppen aufgegeben, Fallzahlreduzierungen oder Belegtagreduzierungen vorgenommen, muss der Änderung des Feststellungsbescheides grundsätzlich kein Anhörungsverfahren vorausgehen."</p>
§ 14 Abs. 5 (bzw. 6) NEU – Verkürztes Planungsverfahren		
<p>(bislang keine Regelung zu einem verkürzten Planungsverfahren)</p>	<p>Neu (im Referentenentwurf als Abs. 6 eingefügt, redaktionell missverständlich mit „(5)“ nummeriert): „Die zuständige Behörde kann im Einzelfall von dem Verfahren nach den Absätzen 1 bis 5 abweichen, wenn ein verkürztes Planungsverfahren den Zielen der Krankenhausplanung sachdienlich ist. Festlegungen für die Universitätskliniken können entsprechend Absatz 1 Satz 1 auch im verkürzten Planungsverfahren nur im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium erfolgen."</p>	<p>Neuer Absatz 5: „Die zuständige Behörde kann im Benehmen mit den Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen im Einzelfall von dem Verfahren nach den Absätzen 1 bis 5 abweichen, wenn ein verkürztes Planungsverfahren den Zielen der Krankenhausplanung sachdienlich ist. Festlegungen für die Universitätskliniken können entsprechend Absatz 1 Satz 1 auch im verkürzten Planungsverfahren nur im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium erfolgen."</p> <p>→ Zusätzliches Benehmenserfordernis mit Krankenhausträgern und Krankenkassenverbänden; Systematik: Abs. 5 wird zu Abs. 6.</p>
§ 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 und 8 – Angaben im Feststellungsbescheid		
<p>„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 ...</p>	<p>Nr. 7 und 8 werden je einzeln neu gefasst:</p> <p>„7. die je Leistungsgruppe durch die durchschnittliche jährliche Fallzahl, Belegtageanzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter angegebene Versorgungskapazität im Soll,</p>	<p>Nr. 7 und 8 werden zusammengefasst zu einer neuen Nr. 7:</p> <p>„7. die je Leistungsgruppe durch die durchschnittliche jährliche Fallzahl, Belegtageanzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter angegebene Versorgungskapazität im Soll,</p>

Bisherige Regelung (KHGG NRW)	Referentenentwurf (Vorlage 18/4802, 4.2.2026)	Aktueller Gesetzentwurf (Drs. 18/20443, 7.7.2026) i.d.F. des Änderungsantrags CDU/GRÜNE (Drs. 18/21558, 30.9.2026)
<p>8. nachrichtlich die durch die Planbettenzahl, Behandlungsplatzzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter festgestellte Versorgungskapazität im Ist und Soll und</p> <p>9. die Ausbildungsstätten..."</p>	<p>in den Rahmenvorgaben ... wird je Leistungsgruppe eine Schwankungsbreite vorgesehen...,</p> <p>8. die durch die Fallzahlen, Belegtage oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter festgestellte Versorgungskapazität im Soll und".</p> <p>→ Ist-Werte fallen weg; ehemalige Nr. 8 (Planbettenzahl/Behandlungsplatzzahl nachrichtlich) wird durch inhaltsgleiche Fallzahl-/Belegtage-Formulierung ersetzt.</p>	<p>in den Rahmenvorgaben ... wird je Leistungsgruppe eine Schwankungsbreite vorgesehen, in deren Rahmen die Krankenhäuser von der festgestellten Versorgungskapazität abweichen dürfen und".</p> <p>Die bisherige Nummer 9 (Ausbildungsstätten) wird Nummer 8.</p> <p>→ Der bisherige „nachrichtliche" Kapazitätsausweis (Planbettenzahl/Behandlungsplatzzahl) entfällt vollständig; einheitliche Größe ist der Soll-Wert je Leistungsgruppe.</p>
§ 21 Abs. 1 Satz 1 – Förderungsfähige Kosten		
<p>„Förderungsfähig sind die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind."</p>	<p>Absatz 1 Satz 1 wird gefasst: „Förderungsfähig sind die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Nachhaltigkeit, Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind."</p> <p>→ Ergänzung um „Nachhaltigkeit".</p>	<p>Weitergehend: Satz 1 wird durch zwei Sätze ersetzt:</p> <p>„Förderungsfähig sind die Kosten, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Nachhaltigkeit, Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind. Mehrkosten für die Vorhaltung von Wahlleistungen sind nicht förderungsfähig; Einbettzimmer und Zweibettzimmer sind dem Grunde nach förderungsfähig, sofern sie nicht als Wahlleistung vorgehalten werden."</p> <p>→ Zusätzliche Klarstellung zur (Nicht-)Förderungsfähigkeit von Wahlleistungs-Mehrkosten sowie zur Ein-/Zweibettzimmer-Förderung.</p>
§ 21 Abs. 6 – Pauschalmittel für Anlagegüter-Entgelte		
<p>„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."</p>	<p>Neu gefasst: „Die Pauschalmittel können auch zur Finanzierung von Entgelten für die Nutzung von Anlagegütern eingesetzt werden, soweit dies einer nachhaltigen und wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird."</p> <p>→ Ergänzung „nachhaltigen und".</p>	<p>Unverändert gegenüber dem Referentenentwurf.</p>
§ 29 Abs. 1 – Wirtschaftliche Betriebsführung		

Bisherige Regelung (KHGG NRW)	Referentenentwurf (Vorlage 18/4802, 4.2.2026)	Aktueller Gesetzentwurf (Drs. 18/20443, 7.7.2026) i.d.F. des Änderungsantrags CDU/GRÜNE (Drs. 18/21558, 30.9.2026)
„Die im Krankenhausplan ausgewiesenen Krankenhäuser müssen organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Betriebe sein; sie sind nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betreiben.“	Neu gefasst: „...sie sind nach nachhaltigen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betreiben.“ → Ergänzung „nachhaltigen und“.	Unverändert gegenüber dem Referentenentwurf.
§ 30 Abs. 2 Satz 1 – Prüfumfang Jahresabschluss		
„Die Prüfung des Jahresabschlusses erstreckt sich insbesondere auf die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 18 Abs. 1.“	Neu gefasst: „Die Prüfung des Jahresabschlusses erstreckt sich insbesondere auf die zweckentsprechende, nachhaltige, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel nach § 18 Absatz 1.“ → Ergänzung „nachhaltige“.	Unverändert gegenüber dem Referentenentwurf.
§ 36 – Anwendungsbereich (Überschrift und Absatz 5)		
Überschrift: „§ 36 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken“. § 36 Abs. 5: „Auf Krankenhäuser, deren Träger bundesunmittelbare Körperschaften gemäß Artikel 87 Abs. 2 des Grundgesetzes sind, findet § 11 keine Anwendung.“	Überschrift neu: „§ 36 Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Trägerschaft bundesunmittelbarer Körperschaften“. Abs. 5 neu: „Auf Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, deren Träger bundesunmittelbare Körperschaften gemäß Artikel 87 Absatz 2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland sind, findet § 11 keine Anwendung.“ → Erweiterung auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bundesunmittelbarer Körperschaften.	Unverändert gegenüber dem Referentenentwurf.
Artikel 2 – Inkrafttreten		
(entfällt – Änderungsgesetz)	„Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.“	Unverändert gegenüber dem Referentenentwurf.