

28. 08. 84

AS – Fz – G – In – R

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

A. Zielsetzung

Das Gesetz verfolgt drei Hauptziele:

1. Auflösung der Mischfinanzierung zwischen Bund und Ländern im Krankenhausbereich und Ausweitung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder bei der Krankenhausplanung und der öffentlichen Förderung von Krankenhäusern.
2. Bereitstellung ausreichender Finanzmittel zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und zur Herstellung wirtschaftlicherer Betriebsstrukturen.
3. Stärkere Einbindung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege in die Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

B. Lösung

Diese Ziele sollen insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

1. Übergang der Zuständigkeiten für die Investitionsförderung der Krankenhäuser auf die Länder,

Fristablauf: 09. 10. 84

2. Wegfall der bisherigen Finanzhilfen des Bundes an die Länder für die öffentliche Förderung von Krankenhäusern bei entsprechender Erhöhung der Bundesanteile an anderen Geldleistungsgesetzen,
3. Einschränkung der bundesgesetzlichen Vorgaben für die Krankenhausplanung und Investitionsförderung,
4. Stärkere Beteiligung der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen an der Durchführung des Gesetzes, insbesondere an der Krankenhausplanung und den Investitionsentscheidungen der Länder,
5. Vereinbarung der Pflegesätze zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen mit Entscheidung durch eine unabhängige Schiedsstelle im Konfliktfall,
6. Eröffnung der Möglichkeit für Krankenhäuser und Krankenkassen, Verträge zur Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen über die Pflegesätze abzuschließen,
7. Wiederherstellung der Vertragsfreiheit der Krankenkassen beim Abschluß von Versorgungsverträgen über die Behandlung der Versicherten und ihrer Angehörigen,
8. Schaffung von Anreizen zu einer wirtschaftlicheren Betriebsführung, insbesondere durch
 - Vereinbarung der Pflegesätze für künftige Zeiträume,
 - Übergang zu stärker leistungsorientierten Entgelten,
 - Zulassung von Gewinn- und Verlustmöglichkeiten,
 - Ermächtigung zur Einführung neuer Vergütungsarten in der Bundespflegesatzverordnung,
 - Berücksichtigung der Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie der Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser bei der Vereinbarung der Pflegesätze.

C. Alternativen

keine

D. Kosten

Die Länder erhalten nach einer zwischen Bund und Ländern getroffenen Vereinbarung als Ausgleich für den Wegfall der Finanzhilfen des Bundes einen Betrag von jährlich 972 Mio. DM, der den gegenwärtigen Ansätzen in der Finanzplanung des Bundes für die Finanzhilfen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz entspricht.

Bundesrat

Drucksache 391/84

28. 08. 84

AS – Fz – G – In – R

**Gesetzentwurf
der Bundesregierung**

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
14 (32) — 233 00 — Kr 83/84

Bonn, den 28. August 1984

An den Herrn
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung
mit Begründung und Vorblatt.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Kohl

Fristablauf: 09. 10. 84

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

Inhaltsübersicht

- Artikel 1: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
- Artikel 2: Ablösung der Mischfinanzierung
- Artikel 3: Änderung der Reichsversicherungsordnung
- Artikel 4: Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
- Artikel 5: Berlin-Klausel
- Artikel 6: Inkrafttreten

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009), zuletzt geändert durch Artikel 23 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) und die Verordnung vom 10. Juli 1984 (BGBl. I S. 891), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Satz 1 werden nach dem Wort „leistungsfähigen“ ein Komma gesetzt und die Worte „eigenverantwortlich wirtschaftenden“ eingefügt.
2. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 Nr. 4 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„das gilt nicht für Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen.“
 - b) Satz 2 erhält folgende Fassung:
„§ 11 bleibt unberührt.“
3. Nach § 3 wird die Überschrift
„2. Abschnitt
Förderung der Krankenhäuser“
gestrichen.

4. § 4 erhält folgende Fassung:

„§ 4 Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser werden nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts dadurch wirtschaftlich gesichert, daß

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen und
2. ihre Leistungen durch vertraglich festgelegte Entgelte vergütet

werden. Die öffentlichen Fördermittel und die Entgelte müssen dementsprechend zusammen im Rahmen des Versorgungsauftrags die wirtschaftliche Existenz und die medizinische Leistungsfähigkeit sparsamer und wirtschaftlicher Krankenhäuser dauerhaft gewährleisten. Die öffentlichen Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts so zu bemessen, daß sie die notwendigen und förderungsfähigen Investitionskosten nach Dringlichkeit und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze angemessen decken. Die Entgelte müssen die Leistungen der Krankenhäuser angemessen vergüten.“

5. § 5 erhält folgende Fassung:

„§ 5

Nicht förderungsfähige Einrichtungen

(1) Nach diesem Gesetz werden nicht gefördert

1. Krankenhäuser, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz vom 1. September 1969 (BGBl. I S. 1556), zuletzt geändert durch Gesetz vom 26. Januar 1978 (BGBl. I S. 185), gefördert werden; dies gilt für

Krankenhäuser, die Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. April 1979 (BGBl. I S. 425, 609), geändert durch Verordnung vom 15. Juli 1981 (BGBl. I S. 660), erfüllen, nur hinsichtlich der nach dem Hochschulbauförderungsgesetz förderungsfähigen Maßnahmen,

2. Krankenhäuser, die nicht die in § 67 der Abgabenordnung bezeichneten Voraussetzungen erfüllen,
3. Einrichtungen in Krankenhäusern,
 - a) soweit die Voraussetzungen nach § 2 Nr. 1 nicht vorliegen, insbesondere Einrichtungen für Personen, die als Pflegefälle gelten,
 - b) für Personen, die im Maßregelvollzug auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind,
4. Tuberkulosekrankenhäuser mit Ausnahme der Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
5. Krankenhäuser, deren Träger ein nicht bereits in § 3 Nr. 4 genannter Sozialleistungsträger ist, soweit sie nicht nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
6. Versorgungskrankenhäuser,
7. Kurkrankenhäuser sowie Kur- und Spezialeinrichtungen, soweit die Anwendung dieses Gesetzes nicht bereits nach § 3 Nr. 4 ausgeschlossen ist,
8. die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, insbesondere die nicht für den Betrieb des Krankenhauses unerläßlichen Unterkunfts- und Aufenthaltsräume,
9. Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften vorgehalten oder unterhalten werden; dies gilt nicht für Einrichtungen, soweit sie auf Grund des § 37 des Bundes-Seuchengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2262; 1980 S. 151), geändert durch Artikel II § 21 des Gesetzes vom 18. August 1980 (BGBl. I S. 1469), vorgehalten werden,
10. Einrichtungen, soweit sie durch die besonderen Bedürfnisse des Zivilschutzes bedingt sind.“

(2) Durch Landesrecht kann bestimmt werden, daß die Förderung nach diesem Gesetz

auch den in Absatz 1 Nr. 2 bis 8 bezeichneten Krankenhäusern und Einrichtungen gewährt wird.

6. § 6 erhält folgende Fassung:

„§ 6

Krankenhausplanung und
Investitionsprogramme

(1) Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf; Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen. Die Länder können Planungsaufgaben auf regionale Selbstverwaltungseinrichtungen der am Krankenhauswesen Beteiligten übertragen.

(2) Hat ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung, so ist die Krankenhausplanung insoweit zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen.

(3) Das Nähere zur Krankenhausplanung und zu den Investitionsprogrammen wird durch Landesrecht bestimmt.“

7. § 6a wird gestrichen.

8. § 7 erhält folgende Fassung:

„§ 7

Mitwirkung der Beteiligten

(1) Bei der Durchführung dieses Gesetzes, insbesondere bei der Krankenhausplanung und den Investitionsprogrammen, arbeiten die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten eng zusammen. Mit den unmittelbar Beteiligten sind einvernehmliche Regelungen anzustreben; das betroffene Krankenhaus ist anzuhören.

(2) Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.“

9. Nach § 7 wird folgende Überschrift eingefügt:

„2. Abschnitt

Grundsätze der Investitionsförderung“

10. § 8 erhält folgende Fassung:

„§ 8

Voraussetzungen der Förderung

(1) Die Krankenhäuser haben nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan wird durch

Bescheid festgestellt. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

(2) Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird.

(3) Für die in § 2 Nr. 1 a genannten Ausbildungsstätten gelten die Vorschriften dieses Abschnitts entsprechend.“

11. § 9 erhält folgende Fassung:

„§ 9

Öffentliche Förderung

(1) Die Länder bewilligen auf Antrag des Krankenhausträgers Fördermittel, insbesondere

1. für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie für die Ergänzung von Anlagegütern,
2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als fünfzehn Jahren,
3. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen und für Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung oder ihrer Finanzierung,
soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
4. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten gewährt worden sind,
5. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz vorhanden waren,

6. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern oder ihrer Umstellung auf andere Aufgaben.

(2) Die Fördermittel werden als Zuschüsse gewährt. Sie können auch für den Schuldendienst (Verzinsung, Tilgung und Verwaltungskosten) von Darlehen, die für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind, oder als Ausgleich für Kapitalkosten gewährt werden.“

12. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Krankenhausbedarfsplan“ durch das Wort „Krankenhausplan“ ersetzt.
- b) Die Absätze 3 bis 5 werden durch folgende Absätze 3 und 4 ersetzt:

„(3) Der nach Absatz 2 ermittelte jährliche Gesamtbetrag der Fördermittel steht dem Krankenhaus während der Laufzeit des Krankenhausplans unabhängig von einer Verringerung der tatsächlichen Bettenzahl zu, soweit die Verringerung ein Fünftel der Planbetten nicht übersteigt.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung setzt in Abständen von höchstens zwei Jahren die Förderbeträge nach Absatz 2 entsprechend der durchschnittlichen Kostenentwicklung der Investitionen nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates neu fest. Er kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auch bestimmen, daß die Fördermittel nach Absatz 2 nicht nach Planbetten, sondern nach Bettenbandbreiten, Versorgungsaufträgen oder Krankenhausleistungen zu bemessen sind.“

13. a) Der bisherige § 11 wird gestrichen.

- b) Der bisherige § 11 a wird neuer § 11 und wie folgt geändert:

In Satz 3 wird die Verweisung „§ 4 Abs. 3 Nr. 1“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 1“ ersetzt.

14. § 12 erhält folgende Fassung:

„§ 12

Landesrechtliche Vorschriften
über die Förderung

Das Nähere zur Förderung nach den §§ 9 und 10 wird durch Landesrecht bestimmt. Dabei kann auch geregelt werden, daß

1. die Fördermittel nach § 9 als Fest- oder Pauschalbeträge gewährt werden,
2. an Stelle der Förderung nach § 9 auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung der förderungsfähigen Anlagegüter bewilligt werden, wenn dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der Zweck der Förderung nicht beeinträchtigt wird,
3. die Fördermittel nach § 10 zur Finanzierung von Entgelten für die Nutzung der förderungsfähigen Anlagegüter verwendet werden, soweit die Voraussetzungen nach Nummer 2 vorliegen,
4. an Stelle der pauschalen Förderung nach § 10 jährliche Fördermittel in Höhe der Ab-

setzungen für Abnutzung gewährt werden, die nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen zu ermitteln sind,

5. Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens besondere Aufgaben zu übernehmen haben; soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen, ist ihre Finanzierung zu gewährleisten.“

15. § 13 erhält folgende Fassung:

„§ 13

Darlehen aus Bundesmitteln

Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aus Bundesmitteln gewährt worden sind, werden auf Antrag des Krankenhausträgers erlassen, soweit der Krankenhausträger vor dem 1. Januar 1985 von diesen Lasten nicht anderweitig freigestellt worden ist und solange das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen ist.“

16. Die §§ 14 und 15 werden gestrichen.

17. § 16 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen über

1. die Pflegesätze der Krankenhäuser,
2. die Abgrenzung der allgemeinen stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses von den ambulanten Leistungen, den Wahlleistungen und den belegärztlichen Leistungen,
3. die Nutzungsentgelte (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich) der zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigten Ärzte an das Krankenhaus, soweit diese Entgelte pflegesatzmindernd zu berücksichtigen sind,
4. die Berücksichtigung der Erlöse aus ambulanten Leistungen und Wahlleistungen des Krankenhauses bei der Bemessung der Pflegesätze,
5. die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten,
6. das Verfahren nach § 18,
7. die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Krankenhäuser.“

18. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 1 bis 3 erhalten folgende Fassung:

„(1) Die Pflegesätze sind für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen so zu bemessen, daß das Krankenhaus bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung seine stationären und teilstationären Leistungen bedarfs- und patientengerecht im medizinisch zweckmäßigen und erforderlichen Umfang erbringen kann. Dabei sind die voraus kalkulierten Selbstkosten, die Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser sowie die Empfehlungen der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Überschüsse, die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehen, sollen dem Krankenhaus verbleiben; vom Krankenhaus zu vertretende Verluste, insbesondere auf Grund unwirtschaftlicher Betriebsführung, sind von ihm zu tragen.

(2) Zur Verwirklichung der Ziele des Absatzes 1 kann in der Rechtsverordnung nach § 16 Nr. 1 bestimmt werden, daß

1. neben oder an Stelle von tagesbezogenen Entgelten, Fallpauschalen oder anderen pauschalierten Entgelten einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen gesondert vergütet werden,
2. die Vergütung von Krankenhausleistungen für einen künftigen Zeitraum als fester oder veränderlicher Gesamtbetrag festgelegt wird (Budgetierung) oder
3. die Vergütung nach einem System berechnet wird, das sich aus einer Verbindung dieser Vergütungsarten ergibt.

Die Kosten der Krankenhausleistungen sind nach Maßgabe der Krankenhaus-Buchführungsverordnung auf der Grundlage der kaufmännischen Buchführung und einer Kosten- und Leistungsrechnung zu ermitteln.

(3) Im Pflegesatz sind nicht zu berücksichtigen

1. Kosten für Leistungen, die nicht der stationären oder teilstationären Krankenhausversorgung dienen,
2. Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über den normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen,
3. Kosten für den Betrieb von medizinisch-technischen Großgeräten, deren Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung entgegen § 11 nicht abgestimmt ist.“

- b) Absatz 4 erster Halbsatz wird wie folgt geändert:

- aa) Vor Nummer 1 wird die Verweisung „§ 4 Abs. 3 Nr. 1“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 1“ ersetzt.
- bb) In Nummer 4 wird die Verweisung „§ 4 Abs. 3 Nr. 8 bis 10“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 8 bis 10“ ersetzt.

- c) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die Vertragsparteien (§ 18 Abs. 2) können von der Rechtsverordnung nach § 18 Nr. 1 abweichende Entgeltformen vereinbaren.“

19. § 18 erhält folgende Fassung:

„§ 18

Pflegesatzverfahren

(1) Die Pflegesätze werden für alle Benutzer verbindlich zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart. Die Landeskrankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.

(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Krankenhausträger und

1. Sozialleistungsträger, soweit auf sie allein, oder
2. Arbeitsgemeinschaften von Sozialleistungsträgern, soweit auf ihre Mitglieder insgesamt

im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Krankenhauses entfallen.

(3) Die Vereinbarung soll nur für zukünftige Zeiträume getroffen werden. Der Krankenhausträger hat die für die Ermittlung der Pflegesätze erforderlichen Kosten- und Leistungsnachweise vorzulegen.

(4) Macht ein Dritter, der die Vereinbarung nicht mit getroffen hat, geltend, er sei durch die Vereinbarung in seinen Rechten verletzt, so finden die Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung über die Anfechtungsklage entsprechende Anwendung. Über den Widerspruch entscheidet die Schiedsstelle nach § 18 a. Die Klage ist gegen die Parteien der Pflegesatzvereinbarung zu richten.

(5) Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, so setzt die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich und für alle Benutzer verbindlich fest. Für Streitigkeiten nach Satz 1 ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage ist gegen die Schiedsstelle zu richten.“

20. Nach § 18 wird folgender § 18 a eingefügt:

„§ 18 a

Schiedsstelle

(1) Die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen bilden für jedes Land oder jeweils für Teile des Landes eine Schiedsstelle.

(2) Die Schiedsstellen bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Krankenhäuser und Krankenkassen in gleicher Zahl. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung mit beratender Stimme an. Die Vertreter der Krankenhäuser und deren Stellvertreter werden von den Landeskrankenhausgesellschaften, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter sowie die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, wird der Vorsitzende der Schiedsstelle und sein Stellvertreter von der zuständigen Landesbehörde bestellt; im übrigen entscheidet das Los auf der Grundlage einer gemeinsamen Liste, die mindestens die Namen für je zwei weitere unparteiische Mitglieder und ihre Stellvertreter enthalten muß. Die Amtszeit der durch Los bestimmten Mitglieder beträgt ein Jahr.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstellen führen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung das Nähere über

1. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
2. die Führung der Geschäfte der Schiedsstelle durch die Landeskrankenhausgesellschaft oder einen Landesverband der Krankenkassen oder eine andere von der zuständigen Landesbehörde zu bestimmende Stelle,
3. die Verteilung der Kosten der Schiedsstelle,
4. das Verfahren und die Verfahrensgebühren.

(5) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde."

21. Nach § 18 a wird folgender § 18 b eingefügt:

„§ 18 b

Investitionsverträge

(1) Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbaren, notwendige Investitionen und Maßnahmen im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und Nr. 6 ganz oder teilweise durch einen Zuschlag auf den Pflegesatz zu finanzieren. Als notwendig sind Investitionen und Maßnahmen anzusehen, die geeignet sind, alsbald die Leistungen des Krankenhauses kostengünstiger zu erbringen (Rationalisierungsinvestitionen), Umstellungen zu erleichtern oder Überkapazitäten zu beseitigen.

(2) Der Abschluß von Investitionsverträgen berührt nicht die Verpflichtung des Landes, die Investitionskosten durch Fördermittel gemäß § 4 zu decken. Der Investitionsvertrag ist unwirksam, wenn er gegen die Ziele der Krankenhausplanung des Landes verstößt und die zuständige Landesbehörde deshalb widerspricht.

(3) Näheres zur Zulässigkeit und zum Inhalt von Investitionsverträgen kann durch Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmt werden."

22. § 19 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Die Empfehlungen sind in enger Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden der im Krankenhaus Beschäftigten, der Ärzteschaft, den Gewerkschaften, den Arbeitgeber und mit dem Verband der privaten Krankenversicherung zu erarbeiten."

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Kommt eine gemeinsame Empfehlung nach Absatz 1 innerhalb eines Jahres nicht zustande, nachdem ein nach Absatz 1 beteiligter Verband schriftlich zur Erarbeitung der Empfehlung aufgefordert hat, so entscheidet eine von den beteiligten Verbänden gebildete Schiedsstelle. § 18 a Abs. 1 bis 4 gilt entsprechend."

c) Die Absätze 3 und 4 werden gestrichen.

23. Nach § 19 wird folgender § 19 a eingefügt:

„§ 19 a

Beirat für Pflegesatzfragen

(1) Beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ein Beirat gebildet, der die Bundesregierung in Pflegesatzfragen berät.

Dem Beirat gehören Vertreter der beteiligten Ministerien des Bundes, der Krankenhausträger, der Sozialleistungsträger, der privaten Krankenversicherung, der Berufsverbände der im Krankenhaus Beschäftigten, der Ärzteschaft, der Gewerkschaften und der Arbeitgeber an.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zusammensetzung und das Verfahren des Beirats zu regeln."

24. § 20 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Worte „und des § 19 Abs. 1" gestrichen und die Verweisung „§ 4 Abs. 3 Nr. 2, 4 oder 7" durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7" ersetzt.

b) In Satz 2 wird die Verweisung „§ 4 Abs. 3 Nr. 4 oder 7" durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 4 oder 7" ersetzt.

25. Die Überschrift nach § 20 erhält folgende Fassung:

„4. Abschnitt

Sonstige Vorschriften"

26. Die §§ 21 bis 26 werden gestrichen.

27. Vor § 27 wird die Überschrift

„5. Abschnitt

Ergänzende und Schlußvorschriften"

gestrichen.

28. § 27 erhält folgende Fassung:

„§ 27

Zuständigkeitsregelung

Die in diesem Gesetz den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nehmen für die Ersatzkassen die nach § 525 a der Reichsversicherungsordnung gebildeten Verbände, für die knappschaftliche Krankenversicherung die Bundesknappschaft und für die Krankenversicherung der Landwirte die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen wahr."

29. § 28 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 erhält folgende Fassung:

„2. für die Beurteilung der nach den §§ 16 bis 19 für die Bemessung der Pflegesätze maßgebenden Umstände,"

b) Nummer 3 erhält folgende Fassung:

„3. im Interesse der Krankenhausforschung."

30. § 29 erhält folgende Fassung:

„§ 29

Übergangsvorschriften

(1) Bis zum Inkrafttreten des Landesrechts nach § 6 Abs. 3, § 7 Abs. 2 und § 12 gelten die entsprechenden Vorschriften des Zweiten Abschnitts mit Ausnahme des § 10 in der bis zum 31. Dezember 1984 geltenden Fassung weiter.

(2) Ab dem 1. Januar 1985 sind die Aufwendungen für die Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz allein von den Ländern zu tragen. Über die in den Jahren 1983 und 1984 in Anspruch genommenen Finanzhilfen findet eine Abrechnung zwischen Bund und Ländern nicht statt.

(3) § 17 Abs. 3 Nr. 3 gilt nicht für medizinisch-technische Großgeräte, die vor dem 1. August 1984 angeschafft, genutzt oder mitbenutzt worden sind.

(4) § 18 in der bis zum 31. Dezember 1981 geltenden Fassung gilt bis zum 31. Dezember 1985 weiter.“

31. § 30 wird gestrichen.

Artikel 2

Ablösung der Mischfinanzierung

1. Änderung des Wohnungsbau-Prämiengesetzes

Das Wohnungsbau-Prämiengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Februar 1982 (BGBl. I S. 131), geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 28. November 1983 (BGBl. I S. 1377), wird wie folgt geändert:

a) In § 4 Abs. 1 wird nach dem Wort „Kalenderjahr“ der Klammerzusatz „(Sparjahr)“ eingefügt.

b) Dem § 7 wird folgender Satz angefügt:
„Ab dem Sparjahr 1984 stellt der Bund diese Beträge den Ländern in voller Höhe gesondert zur Verfügung.“

2. Änderung des Wohngeldgesetzes

§ 34 des Wohngeldgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1921) wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Von der nach Absatz 1 einem Land verbleibenden Hälfte übernimmt der Bund ab 1. Januar 1985 jährlich folgenden Festbetrag:

Bayern	35 000 000 DM
Berlin	25 000 000 DM

Bremen	3 000 000 DM
Hamburg	18 000 000 DM
Hessen	25 000 000 DM
Niedersachsen	27 000 000 DM
Nordrhein-Westfalen	122 000 000 DM
Rheinland-Pfalz	10 000 000 DM
Saarland	6 000 000 DM
Schleswig-Holstein	11 000 000 DM.

Der Festbetrag wird jeweils in vier gleich hohen Beträgen zum 1. Februar, 1. Mai, 1. August und 1. November gezahlt.“

3. Änderung des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen

In § 10 Abs. 1 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. Mai 1975, BGBl. I S. 1061), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532), werden die Worte „je zur Hälfte“ und die Worte „und von den Ländern“ gestrichen.

4. Änderung der Aufwendungserstattungs-Verordnung

(1) Die Verordnung über die Erstattung von Aufwendungen für die gesetzliche Rentenversicherung der in Werkstätten beschäftigten Behinderten vom 11. Juli 1975 (BGBl. I S. 1896) wird wie folgt geändert:

a) In § 1 Abs. 2 werden die Worte „die Hälfte des Betrages“ durch die Worte „den Betrag“ ersetzt.

b) § 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 1 Satz 2 werden die Worte „die Hälfte des aufgewendeten Betrages“ durch die Worte „den aufgewendeten Betrag“ ersetzt.

bb) In Absatz 2 Satz 2 werden die Worte „die Hälfte dieser“ durch das Wort „diese“ ersetzt.

cc) In Absatz 3 werden die Worte „dem auf den Bund entfallenden Teil der“ durch das Wort „den“ und das Wort „Beträge“ durch das Wort „Beträgen“ ersetzt.

(2) Die auf Absatz 1 beruhenden Teile der Aufwendungserstattungs-Verordnung können auf Grund des § 10 Abs. 2 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. Mai 1975, BGBl. I S. 1061), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532), in Verbindung mit diesem Absatz durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 3

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1,

veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 3 Abs. 1 des Gesetzes vom 27. Juli 1984 (BGBl. I S. 1029), wird wie folgt geändert:

1. § 371 erhält folgende Fassung:

„§ 371

(1) Die Krankenkassen haben Krankenhauspflege durch die Krankenhäuser zu gewähren, die sich dazu schriftlich bereit erklären und deren Bereiterklärung die Landesverbände der Krankenkassen angenommen haben (Vertragskrankenhäuser).

(2) Die Landesverbände haben mit Wirkung für ihre Mitglieds-kassen die Bereiterklärung binnen sechs Monaten anzunehmen oder abzulehnen. Die Bereiterklärung kann abgelehnt werden, wenn das Krankenhaus

1. für eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen nicht erforderlich ist oder
2. keine Gewähr für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Krankenhauspflege bietet oder
3. die Krankenhauspflege unwirtschaftlich erbringt.

Bei ihrer Entscheidung haben die Landesverbände den Grundsatz der Trägervielfalt, die religiösen Bedürfnisse der Kranken und die Ziele der Krankenhausplanung des Landes zu berücksichtigen; die Entscheidungen ergehen in enger Zusammenarbeit mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde. Die Bereiterklärung kann nicht abgelehnt werden, soweit die nach Landesrecht an der Krankenhausplanung beteiligten Vertreter der Krankenkassen der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan und das Investitionsprogramm (§§ 6 und 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) zugestimmt haben.

(3) Die Ablehnung der Bereiterklärung kann nicht mit fehlendem Bedarf begründet werden, wenn das Krankenhaus

1. am 1. Januar 1972 betrieben und seitdem ohne Aufnahme in den Krankenhausplan, ohne Veräußerung und ohne wesentliche Änderung der Zielsetzung und des Bettenbestandes ununterbrochen fortgeführt wurde und
2. für die Kalenderjahre 1975 bis 1979 im Durchschnitt mindestens 40 vom Hundert der Pflegetage mit Sozialleistungsträgern oder mit Patienten abgerechnet hat, die keine höheren als die den Sozialleistungsträgern berechneten Pflegesätze zahlten.

(4) Bei Krankenhäusern, die am 1. Januar 1985 nach den zu diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften zur Versorgung der Versicherten

und ihrer Angehörigen berechtigt waren, gilt die Bereiterklärung als abgegeben und von den Landesverbänden als angenommen.

(5) Der Vertrag kann mit einer Mindestfrist von einem Jahr gekündigt werden, von den Landesverbänden jedoch nur aus den in Absatz 2 genannten Gründen. Absatz 2 Satz 3 gilt für die Kündigung der Landesverbände entsprechend. Soweit das Krankenhaus mit Zustimmung der an der Krankenhausplanung beteiligten Vertreter der Krankenkassen in den Krankenhausplan und das Investitionsprogramm aufgenommen ist, ist eine Kündigung wegen fehlenden Bedarfs frühestens drei Jahre nach der Aufnahme oder, wenn das Krankenhaus erst zu einem späteren Zeitpunkt in Betrieb genommen worden ist, frühestens drei Jahre nach diesem Zeitpunkt zulässig. Wegen mangelnder Leistungsfähigkeit oder wegen Unwirtschaftlichkeit ist eine Kündigung erst zulässig, wenn die Mängel durch einen von den Beteiligten nach Absatz 1 gemeinsam bestellten neutralen Gutachter festgestellt und binnen einer angemessenen Frist nicht behoben worden sind. Kommt eine Einigung über den neutralen Gutachter nicht zustande, so wird dieser von der Schiedsstelle nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestellt.

(6) Die Bereiterklärung, ihre Annahme und die Kündigung des Vertrages können auf Teile des Krankenhauses beschränkt werden.

(7) Für die in § 414 Abs. 3 Satz 2 genannten Krankenkassen nimmt die Aufgaben der Landesverbände der Bundesverband der Betriebskrankenkassen wahr; er kann diese Aufgaben auf die Krankenkassen übertragen.“

2. § 372 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Nr. 1 werden nach dem Wort „Kosten“ die Worte „sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhauspflege in geeigneten Fällen durch den Vertrauensarzt oder andere beauftragte Ärzte“ eingefügt.

b) In Absatz 6 wird die Verweisung „§ 371 Abs. 4“ durch die Verweisung „§ 371 Abs. 7“ ersetzt.

3. In § 373 Abs. 1 Satz 3 wird die Verweisung „Satz 5“ durch die Verweisung „Satz 6“ ersetzt.

4. In § 374 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Für Streitigkeiten auf Grund der Vorschriften der §§ 371 bis 374 ist der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.“

5. In § 405a Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „entsprechend dem Grundsatz der Selbstkostendeckung unter Beachtung der jeweiligen Kosten- und Leistungsstruktur des Krankenhauses“ gestrichen.

Artikel 4
Neufassung
des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann den Wortlaut des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der ab 1. Januar 1986 geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekannt machen.

Artikel 5
Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land

Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

Artikel 6
Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt mit Ausnahme der in Absatz 2 genannten Vorschriften am 1. Januar 1985 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe a, soweit er § 17 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes regelt, und Buchstabe c, Nr. 19 und Nr. 20 tritt am 1. Januar 1986 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Vorbemerkung

Das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I. S. 1568), das stufenweise am 1. Januar und 1. Juli 1982 in Kraft getreten ist, hat bislang nicht bewirkt, daß die Kosten- und Finanzierungsprobleme im Krankenhausbereich gelöst worden sind. Auf der einen Seite liegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege weiterhin deutlich über dem Beitragsaufkommen; der Ausgabenüberhang belief sich 1980 und 1981 jeweils auf rund 500 Mio. DM, 1982 auf rund eine Mrd. DM und 1983 erneut auf rund 500 Mio. DM. Auf der anderen Seite bleibt die Deckung des durch eine Vielzahl von Förderungsanträgen gemeldeten laufenden Investitionsbedarfs der Krankenhäuser ein Finanzierungsproblem, das ohne zeitliche Streckung der Antragsbedienung nicht zu lösen ist. Trotz der von den Ländern und dem Bund für Krankenhausinvestitionen bereitgestellten Fördermittel von derzeit rund 4,3 Mrd. DM jährlich konnten bei weitem nicht alle Anträge auf Investitionsförderung bedient werden. Die Anträge übersteigen die verfügbaren Haushaltsmittel erheblich. Die Verbände sprechen von einem Stau an Anträgen für dringend notwendige Investitionsmaßnahmen in einer geschätzten Größenordnung von 8 Mrd. DM. Außerdem leisten die Kommunen für ihre Krankenhäuser nach Angaben der kommunalen Spitzenverbände jährliche Zuschüsse (sowohl Betriebskosten- als auch Investitionskostenzuschüsse) von mehr als 500 Mio. DM. Die freigemeinnützigen Krankenhausträger beklagen, daß sie wegen unzureichender staatlicher Fördermittel gezwungen seien, zunehmend nicht über das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) refinanzierbare Eigenmittel aus ihrem sonstigen Vermögen für notwendige Krankenhausinvestitionen einzusetzen, um die Patientenversorgung in ihren Häusern aufrechtzuerhalten. Dadurch werde schrittweise ihr Eigenkapital aufgezehrt. Als Folge des Antragsstaus können notwendige bauliche Erneuerungs- und Rationalisierungsmaßnahmen nicht oder nicht mehr in dem für eine wirtschaftliche Betriebsführung erforderlichen Umfang durchgeführt werden.

Die Investitionsförderung stieg von 3,2 Mrd. DM im Jahre 1973 auf 4,3 Mrd. DM im Jahre 1983. Demgegenüber haben sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege zwischen 1973 und 1983 von 11,7 Mrd. DM auf 30,9 Mrd. DM nahezu verdreifacht. Neben der Befriedigung eines unabweisbaren Nachholbedarfs und kosten-treibenden Wirkungen des geltenden Pflegesatzrechts dürfte diese Ausgabenentwicklung zum Teil auch darauf zurückzuführen sein, daß die Krankenkassen und Krankenhäuser nur einen begrenzten

Einfluß auf die Krankenhausplanung und die Investitionsentscheidungen der Länder haben. Die im Gesetz vorgesehene „enge Zusammenarbeit“ zwischen den Ländern und den Beteiligten reicht insbesondere aus der Sicht der Krankenkassen nicht aus, um ihnen einen wirksamen kostendämpfenden Einfluß auf die Bereiche zu geben, in denen die von den Krankenhausbenutzern und deren Kostenträgern zu zahlenden Folgekosten vorbestimmt werden. Hinzu kommt, daß den Ländern nach geltendem Recht auch die Zuständigkeit für die Festsetzung der Pflegesätze zusteht, die in den Fällen besondere Bedeutung erlangt, in denen sich Krankenkassen und Krankenhäuser nicht einigen.

Der vorliegende Gesetzentwurf zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung ist darauf ausgerichtet, den Ursachen für diese Entwicklungen entgegenzuwirken. Er geht aus von den insoweit in der Regierungserklärung vom 4. Mai 1983 enthaltenen gesundheitspolitischen Aussagen

- Eindämmung der Kostenexplosion im Krankenhausbereich,
- Stärkung der Selbstverwaltung der Krankenkassen und
- Einstieg in die Auflösung der Mischfinanzierung von Bund und Ländern im Krankenhausbereich.

Der Gesetzentwurf knüpft an das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz an und beschränkt sich auf punktuelle, teilweise allerdings einschneidende Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Reichsversicherungsordnung.

I. Die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung seit 1972

1. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972

Durch das 1972 verabschiedete KHG wurde die Finanzierung der Vorhaltung von Krankenhäusern zu einer öffentlichen Aufgabe. Es knüpfte damit an eine Entwicklung an, die sich bereits in den vorangegangenen Jahren angebahnt und zu einer ständig zunehmenden öffentlichen Förderung von Krankenhäusern geführt hatte. Erst mit Einführung des KHG wurde die Krankenhausfinanzierung jedoch auf eine eigenständige gesetzliche Grundlage gestellt:

- a) Art und Umfang der Finanzierungsverpflichtungen wurden im einzelnen festgelegt und zu einem dualen Finanzierungssystem verbunden:

- Investitionsmittel für Baumaßnahmen und die Wiederbeschaffung von Anlagegütern werden von der öffentlichen Hand finanziert (§§ 9, 10 KHG),

- die Betriebskosten haben die Patienten bzw. deren Sozialleistungsträger über die Pflegesätze zu zahlen.
- b) Das im § 4 Abs. 1 KHG normierte Selbstkostendeckungsprinzip sieht vor, daß öffentliche Förderung und Erlöse aus Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken müssen. Damit wurde das Prinzip der bis 1974 geltenden Verordnung Pr. Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten aufgegeben, wonach bei der Bemessung der Pflegesätze die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der beteiligten Sozialversicherungsträger zu berücksichtigen war.
- c) An der öffentlichen Finanzierung durch die Länder und Gemeinden (Gemeindeverbände) beteiligt sich der Bund gemäß Art. 104 a Abs. 4 GG durch die Gewährung von Finanzhilfen, und zwar:
 - an der Finanzierung von Baumaßnahmen mit im Gesetz bestimmten jährlichen Festbeträgen (Plafondmittel, § 22 Abs. 1 Satz 2 KHG), wobei 20 % dieser Mittel für Investitionen von überregionaler Bedeutung sowie für Rationalisierungs- und Modellmaßnahmen zu verteilen sind (§ 23 Abs. 2 Satz 1 KHG);
 - an der Finanzierung des übrigen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser mit einem Drittel der darauf entfallenden Fördermittel (§ 22 Abs. 1 Satz 1 KHG).

Dem Bund stehen Mittel für die Krankenhausforschung bis in Höhe von 0,5 % der Finanzhilfen zur Verfügung (§ 26 KHG).

- d) Die Durchführung des Gesetzes liegt im wesentlichen bei den Ländern. Die Länder stellen gemäß § 6 KHG Krankenhausbedarfspläne und darauf aufbauend Investitionsprogramme (§ 6 a KHG) auf. Im Rahmen der Krankenhausbedarfspläne wird entschieden, welche Krankenhäuser zur Versorgung der Bevölkerung notwendig sind und damit öffentlich gefördert werden. Im Rahmen der Investitionsprogramme werden die Prioritäten für die Vergabe von öffentlichen Mitteln gesetzt. Auf die Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser können die Länder gemäß § 18 Abs. 1 KHG im Rahmen des Pflegegesetzverfahrens Einfluß nehmen.

2. Die Leistungs- und Kostenentwicklung im Krankenhausbereich seit 1972

Die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 haben wesentlich dazu beigetragen, Umfang und Qualität der Krankenhausversorgung zu verbessern. Dies zeigt sich nicht nur an den zahlreichen Neu- und Ersatzbauten von Krankenhäusern sowie einer beträchtlichen Erhöhung der Zahl des qualifizierten Personals, sondern auch an dem allgemein erreichten hohen Versorgungsniveau und den damit verbundenen Behandlungsfortschritten. Auch die Unterbringung wurde patientengerech-

ter gestaltet, vor allem durch Verringerung der Zahl der Betten je Zimmer und Verbesserung der sanitären Einrichtungen.

Im Zuge dieser steigenden Leistungen nahm die Zahl der Krankenhäuser leicht ab, von 3 545 im Jahre 1971 auf 3 100 im Jahre 1982. Die Zahl der behandelten Fälle stieg jedoch von rund 9,7 Millionen auf rund 11,6 Millionen bei gleichzeitiger Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer von 24,3 Tagen (1971) auf 19,4 Tage (1982). Die Zahl der planmäßigen Betten nahm von rund 690 000 (1971) auf rund 730 000 (1975) zu, sank jedoch anschließend auf 683 600 (1982) ab. Die Zahl der nach dem KHG geförderten Betten nahm von 512 138 (1973) auf 492 895 (1982) ab. Die Zahl der im Krankenhausbereich Beschäftigten erhöhte sich von rund 525 000 auf rund 700 000. Die Erhöhung der Beschäftigtenzahlen erfolgte fast ausschließlich über die zusätzliche Einstellung von Ärzten und Pflegekräften.

Die Leistungssteigerungen konnten nur mit einem erheblich höheren finanziellen Aufwand erreicht werden. Den Krankenhäusern sind in den Jahren 1972 bis 1983 öffentliche Fördermittel in Höhe von insgesamt 41,5 Mrd. DM zugeflossen. Daran hat sich der Bund mit Finanzhilfen an die Länder in Höhe von rund 9,7 Mrd. DM beteiligt. Die jährliche öffentliche Förderung stieg von 3,2 Mrd. DM 1973 auf 4,3 Mrd. DM 1983. Allerdings sank dabei der Bundesanteil von 30,4 % im Jahre 1973 auf rund 20 % im Jahre 1983, insbesondere wegen der mit Zustimmung des Bundesrates im Haushaltsstrukturgesetz vom 18. Dezember 1975 beschlossenen Kürzungen der Plafondmittel nach § 22 Abs. 1 Satz 2 KHG.

Die Pflegesätze haben sich seit 1972 sprunghaft erhöht, obwohl sie nicht mehr mit den Investitionskosten belastet waren. Die Ausgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung stiegen von 11,7 Mrd. DM (1973) über 19,3 Mrd. DM (1976) auf 30,9 Mrd. DM (1983). Die Ausgaben für stationäre Behandlung je Mitglied stiegen im Durchschnitt jährlich um rund 10 %, der für die Entwicklung der Einnahmen maßgebende Grundlohn jedoch nur um rund 7 %. Diese Steigerung der Pflegesätze wirkte sich maßgeblich auch auf die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung aus: Der Beitragsatz stieg von 9,15 % (1973) auf 11,83 % (1983). Zugleich erhöhte sich der Anteil der Ausgaben für stationäre Behandlung zu Lasten anderer Ausgabenbereiche von 27,1 % (1972) auf 32,3 % (1983). Gemessen an den Gesamtausgaben für den Krankenhausbereich (1983 rund 45 Mrd. DM) ist der Finanzierungsanteil der gesetzlichen Krankenversicherung dabei von 58 % (1973) auf rund 70 % (1983) gestiegen, während der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand im gleichen Zeitraum von 15 % (1973) auf 9 % (1983) gesunken ist.

Den Krankenhäusern flossen darüber hinaus aus öffentlichen Mitteln der Kommunen und aus Eigenmitteln sonstiger Träger ohne rechtliche Verpflichtung gewährte zusätzliche Mittel außerhalb des Finanzierungssystems des KHG zu.

Nach Angaben der kommunalen Spitzenverbände leisteten die Kommunen zum Beispiel im Jahr 1980 Zuschüsse von rund 700 Mio. DM. Diese Mittel wurden vornehmlich in kommunalen Krankenhäusern teils als Investitionskostenzuschüsse, teils als Ausgleich von Betriebskostendefiziten verwendet.

3. Versuche der Kostendämpfung

Angesichts der bei den Krankenkassen sprunghaft angestiegenen Ausgaben für stationäre Behandlung stand seit 1977 die finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Vordergrund der sozialpolitischen Bemühungen. Die Bestrebungen der Bundesregierung, eine Gesetzesänderung zur Kostendämpfung im Krankenhausbereich zu erreichen, hatten erst nach mehreren Anläufen Erfolg:

Die schon im Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklungen und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (KVKG) im Jahr 1977 vorgesehenen Änderungen des KHG wurden auf Antrag des Bundesrates vom KVKG abgetrennt, um die Probleme der Krankenhausfinanzierung in einer zusammenhängenden Novellierung des KHG zu lösen. Trotz mehrjähriger Beratungen konnten sich Bund und Länder insbesondere auf eine Verbesserung der Bedarfsplanung, eine Änderung des Pflegesatzverfahrens und die Einbeziehung der Krankenhäuser in die Empfehlungen der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen nicht einigen.

Schließlich kam es am 22. Dezember 1981, nicht zuletzt wegen der bis dahin ungeklärten Frage der zukünftigen Finanzierung der Ausbildungsstätten, zur Verabschiedung des Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz).

Es brachte im wesentlichen folgende Änderungen:

- Ausdrückliche Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (§ 405a RVO), wenn auch weiterhin unter Beachtung des Selbstkostendeckungsprinzips,
- Vereinbarung der Pflegesätze zwischen dem Krankenhaus und den beteiligten Sozialleistungsträgern (Inkrafttreten erst nach der bisher noch nicht erfolgten Neufassung der Bundespflegesatzverordnung),
- bessere Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots der Reichsversicherungsordnung für Krankenhauspflege durch gesetzliche Vorgaben für Rahmenverträge über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhauspflege (§ 372 RVO), Einführung von Ausschüssen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 373 RVO), Einzelregelungen im KHG für einen wirtschaftlichen Einsatz der öffentlichen Fördermittel, u. a. Einbeziehung der Folgekosten in Planungs- und Investitions-

entscheidungen, Erweiterung der Pauschalen nach § 10 KHG auf kleine Baumaßnahmen, Staffelung der Pauschalförderung nach Versorgungsaufgaben,

- stärkere Mitwirkung der Krankenkassen und Krankenhausträger, insbesondere Umschreibung der engen Zusammenarbeit der Landesbehörden mit Krankenkassen und Krankenhausträgern bei der Bedarfsplanung,
- Einbeziehung der Finanzierung der mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten in die KHG-Finanzierung.

Die Strukturen der geltenden Krankenhausfinanzierung (duales System, Mischfinanzierung) blieben unverändert.

4. Die gegenwärtige Lage

Das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKG) trat am 1. Juli 1982 (einzelne Vorschriften am 1. Januar 1982) in Kraft.

Zahlreiche Vorgaben des KHKG sind bisher nicht in die Praxis umgesetzt worden. So wurde die Novellierung der Bundespflegesatzverordnung zurückgestellt; die Verbände der Selbstverwaltung haben sich bisher weder auf die Rahmenverträge über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhauspflege (§ 372 RVO) geeinigt, noch auf die Einführung von Ausschüssen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 373 RVO), noch auf Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser (§ 19 KHG).

Die Steigerung der Kosten im Krankenhausbereich hat sich in den Jahren 1982 und 1983 fortgesetzt. Das Volumen der öffentlichen Förderung steigerte sich 1982 gegenüber 1981 um 5,3% auf 4,1 Mrd. DM und 1983 gegenüber 1982 um 4,1% auf 4,3 Mrd. DM. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Krankenhauspflege erhöhten sich 1982 gegenüber 1981 um 8,0% auf 29,6 Mrd. DM (bei einer Steigerung der Grundlohnsumme um lediglich 4,5%) und 1983 gegenüber 1982 einschließlich Zuzahlung der Versicherten um weitere 5,5% (bei einer Grundlohnsummensteigerung um 3,8%) auf 30,9 Mrd. DM.

II. Die Kritik am geltenden Recht

Angesichts dieser Entwicklung wird von vielen Beteiligten immer heftigere Kritik am geltenden Recht geübt und auf gravierende Mängel der gegenwärtigen Regelung hingewiesen. Die Kritik konzentriert sich auf die drei wesentlichen Bereiche des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, nämlich die Krankenhausbedarfsplanung, das Finanzierungssystem und die Entgeltgestaltung.

1. Kritik an der Krankenhausbedarfsplanung

Es fehle an Vorgaben für Planungsbehörden und Krankenhausträger. Die Bedarfsdeterminanten seien nicht ausreichend objektivierbar, die Pla-

nung erschöpfe sich deshalb vielfach zu sehr in einer Bettenplanung, die letztlich zu Fehlinvestitionen, z. B. einem Überhang an Krankenhausbetten geführt habe. Die Planung sei darüber hinaus nicht oder nicht ausreichend mit dem ambulanten Bereich, dem Pflege- und dem Rehabilitationsbereich abgestimmt.

Die Planung sei ortsfern. Die Krankenkassen und Krankenhausträger seien an den Planungs- und Finanzierungsentscheidungen unzureichend beteiligt. Dies habe zu Fehlplanungen, falscher Prioritätensetzung und unzureichender Berücksichtigung von Folgekosten geführt.

2. Kritik am Finanzierungssystem

Von mehreren Seiten wird Kritik an der dualen Finanzierung geübt.

Die getrennte Finanzierung von Vorhalte- und Betriebskosten gliedere den Betrieb Krankenhaus sachfremd nach Finanzierungsquellen auf. Investitionsentscheidungen würden außerhalb des Betriebes getroffen und zwar in einem langwierigen Antragsverfahren. Innerbetriebliche Entscheidungen seien deswegen weniger von wirtschaftlichen Kriterien als von der Ergiebigkeit der Finanzierungsquellen abhängig. Die Koppelung eines Teils der Investitionsförderung an die Bettenzahl (§ 10 KHG) verhindere zudem erforderliche Kapazitätsanpassungen.

Die Krankenhäuser gerieten bei der Investitionsfinanzierung in unmittelbare Abhängigkeit von den öffentlichen Haushalten. Die zusätzliche Finanzierung von Krankenhäusern durch die Kommunen außerhalb des dualen Finanzierungssystems führe zu Wettbewerbsverzerrungen, insbesondere zum Nachteil von freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern.

3. Kritik an der Entgeltgestaltung

Das Selbstkostendeckungsprinzip biete in Verbindung mit dem in der Bundespflegesatzverordnung vorgeschriebenen Gewinn- und Verlustausgleich keinen Anreiz für wirtschaftliches Verhalten und zur Rationalisierung; wirtschaftliche Erfolge kämen nicht dem Krankenhaus, sondern den Krankenkassen zugute. Allerdings wird der Gewinn- und Verlustausgleich nicht überall praktiziert.

Der vollpauschalierte Pflegesatz habe keinen ausreichenden Bezug zu den tatsächlich erbrachten Krankenhausleistungen. Dadurch und durch die meist nachträgliche Festsetzung der Pflegesätze werde das notwendige Kostenbewußtsein aller Beteiligten verhindert.

Der tagesgleiche Pflegesatz verleite zur Verweildauerverlängerung, da die tatsächlich entstehenden Kosten mit der Länge der Verweildauer abnähmen.

III. Die Vorschläge zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

In der öffentlichen Diskussion sind nicht nur diese Kritikpunkte aufgezeigt, sondern auch zahlreiche

Vorschläge zur Behebung der festgestellten Mängel vorgelegt worden.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat im Frühjahr 1983 eine Beratergruppe zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung eingesetzt, die die Aufgabe hatte, Schwachstellen und Probleme des geltenden Krankenhausfinanzierungssystems aufzuzeigen und zu bewerten sowie alternative Lösungsvorschläge zu erarbeiten. In ihrem Ende 1983 vorgelegten Gutachten sprach sich die Beratergruppe für eine umfassende Systemänderung der Krankenhausfinanzierung aus. So soll die Bedarfsplanung weitgehend in die Hände von Selbstverwaltungsgremien (Körperschaften des öffentlichen Rechts) von Kassen und Krankenhausträgern gelegt werden. Die öffentlichen Zuschüsse sollen weitgehend in Form von Entgelten für die Erfüllung von Versorgungsaufträgen statt als Kostenerstattung geleistet werden. Der vollpauschalierte Pflegesatz solle differenziert werden in einen Basispflegesatz und Entgelte nach einer Gebührenordnung für Krankenhäuser. Vom Prinzip der Selbstkostendeckung solle grundsätzlich abgegangen werden.

Vor dem Hintergrund der allgemeinen Kritik am KHG und der Initiative der Bundesregierung zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung haben auch die am Krankenhauswesen beteiligten Verbände zahlreiche Vorschläge und Stellungnahmen zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung in die öffentliche Diskussion eingebracht. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die kirchlichen Krankenhausverbände haben eigene Gesetzentwürfe vorgelegt.

Alle Vorschläge sprechen sich im Grundsatz für eine stärkere Mitwirkung der Krankenkassen und Krankenhausträger an den Planungsentscheidungen aus. Ebenso wird grundsätzlich eine Differenzierung der Pflegesätze befürwortet. Überwiegend wird auch gefordert, daß die Pflegesätze zukünftig ausschließlich zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart werden sollen und für Konfliktfälle eine unabhängige Schiedsstelle eingerichtet wird. Die Krankenhausträger, die betroffenen Gewerkschaften und einige Länder melden hiergegen jedoch Vorbehalte an.

Die Vorschläge unterscheiden sich insbesondere in der Einschätzung der zukünftigen Aufgabe des Staates im Krankenhausbereich:

- Eine eigenständige Planung und Finanzierung allein durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen und Krankenhäuser sehen, zumindest als längerfristige Perspektive, neben der Beratergruppe des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung die Vorschläge einer Kommission „Krankenhausfinanzierung“ der Robert-Bosch-Stiftung vor. Beide Gremien plädieren deshalb im Gegensatz zu den übrigen Beteiligten für eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser allein durch die Krankenkassen.
- Eine Bedarfsplanung durch die Selbstverwaltung kombiniert mit einer dualen Finanzierung

(durch Krankenkassen und öffentliche Hand) ist in den Alternativmodellen der Beratergruppe des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung und der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung sowie in den Vorschlägen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der Gewerkschaften und einiger Ärzteverbände enthalten.

- Für eine gleichberechtigte Beteiligung der Krankenhausträger, der Krankenkassen und des Staates an den Planungsentscheidungen sprechen sich die kirchlichen Krankenhausträgerverbände aus. Sie schlagen hierzu die Bildung eines Orientierungsrates vor.
- Am bisherigen System der staatlichen Planung und der dualen Finanzierung halten hingegen insbesondere die Länder fest.
- Im Rahmen einer dualen Finanzierung sollte die Mischfinanzierung durch Bund und Länder nach einhelliger Auffassung der Verbände beibehalten, nach Vorstellung der Länder jedoch aufgelöst werden. Der Abbau der Mischfinanzierung wird von seiten der Länder seit 1975 gefordert mit der Begründung, die Mischfinanzierung schränke die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Länder sowie die Budgethoheit der Länderparlamente ein. Die Verbände befürchten, daß durch den Abbau der Mischfinanzierung die ohnehin knappen Investitionsmittel im Krankenhaus noch weiter abnehmen werden. Die Krankenkassen sehen hierin einen ersten Schritt zur monistischen Finanzierung.

IV. Die Vorstellungen der Bundesregierung zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

1. Ziele des Gesetzentwurfs

Für die Bundesregierung stehen drei Ziele im Vordergrund:

- a) Die für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser sind auf eine bessere finanzielle Grundlage zu stellen. Hierzu gehört, daß notwendige Rationalisierungs- und Sanierungsmaßnahmen in Angriff genommen werden und den Krankenhäusern in Zukunft ein ausreichendes Finanzierungsvolumen zur Erhaltung ihrer Leistungsfähigkeit und zur Herstellung wirtschaftlicherer Betriebsstrukturen zur Verfügung gestellt wird.
- b) Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege sind mit den anderen Bereichen des Gesundheitswesens gleichgewichtig in die Kostendämpfung einzubinden. Das bedeutet, nicht nur die Gesamtausgaben der Krankenkassen, sondern auch die Aufwendungen für die einzelnen Leistungsbereiche grundsätzlich im Rahmen der Grundlohnentwicklung zu halten. Hierfür müssen zusätzliche Instrumente der Kostendämpfung, vor allem durch stärkere Mitwir-

kungsrechte und Einflußmöglichkeiten der Krankenkassen und wirksame Anreize für eine wirtschaftliche Erbringung der notwendigen Krankenhausleistungen, geschaffen werden.

- c) Die in dem Gesetzentwurf vorgesehene kostenneutrale Ablösung der Finanzhilfen des Bundes an die Länder entspricht dem erklärten Ziel der Bundesregierung und den Forderungen der Länder, mit dem Abbau von Mischfinanzierungen im Krankenhausbereich zu beginnen, um hier zu einer klaren Trennung der Aufgaben- und Ausgabenverantwortung zwischen Bund und Ländern zu kommen. Im Hinblick auf die auch von den Ländern befürwortete Beibehaltung des dualen Finanzierungssystems folgt aus der Auflösung der Mischfinanzierung, daß es künftig alleinige Aufgabe der Länder ist, die für eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhausversorgung notwendigen Investitionsmittel bereitzustellen. Sie erhalten — über eine Erhöhung des Bundesanteils bei Geldleistungsgesetzen (Wohnungsbau-Prämiengesetz, Wohngeldgesetz, Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter) — als Ausgleich für den Fortfall der Finanzhilfen des Bundes nach dem KHG einen Betrag von jährlich 972 Mio. DM. Der Bund geht davon aus, daß die Länder diese Mittel auch weiterhin für nach dem KHG förderungsfähige Krankenhaus-Investitionen einsetzen.

2. Schwerpunkte des Gesetzentwurfs

Zur Verwirklichung dieser Ziele knüpft der Gesetzentwurf an das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz an und beschränkt sich auf punktuelle, aber durchaus bedeutsame Änderungen des geltenden Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Reichsversicherungsordnung. Schwerpunkte sind:

- a) Auflösung der Mischfinanzierung von Bund und Ländern bei grundsätzlicher Beibehaltung des dualen Systems der Krankenhausfinanzierung, nach dem auch weiterhin die Investitionskosten durch öffentliche Fördermittel und die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten über die Pflegesätze zu tragen sind.
- b) Klare Zuordnung der Zuständigkeit für die Förderung der Krankenhausinvestitionen an die Länder; die Fördermittel sind künftig so zu bemessen, daß sie die notwendigen und förderungsfähigen Investitionskosten nach Dringlichkeit und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze angemessen decken.
- c) Mehr Gestaltungsfreiraum für die Gesetzgebung der Länder durch Einschränkung der bundesgesetzlichen Vorgaben für die auch weiterhin notwendige aber verbesserungsbedürftige Krankenhausplanung und die Investitionsförderung. Der Verzicht auf eine detailliertere bundesrechtliche Normierung der einzelnen Tatbestände für die Investitions-

förderung mag aus der Sicht der Krankenhausträger bedauert werden, weil sie nicht voll übersehen können, welche landesrechtlichen Regelungen an die Stelle bisheriger bundeseinheitlicher Fördertatbestände treten. Die Zurückführung bundesrechtlicher Vorgaben erscheint als Konsequenz aus der Aufhebung der Mischfinanzierung und der damit verbundenen künftigen Alleinverantwortung für die Investitionsförderung jedoch vertretbar. An der bundesrechtlichen Regelung der Pauschalförderung für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (§ 10 KHG) wurde allerdings festgehalten.

- d) Eine wesentliche Neuerung ist schließlich die Eröffnung der Möglichkeit für die Selbstverwaltung der Krankenhäuser und Krankenkassen, Investitionsverträge abzuschließen, durch die notwendige Rationalisierungsinvestitionen und andere Maßnahmen ganz oder teilweise durch Zuschlag auf den Pflegesatz finanziert werden können. Damit ist zwar nicht eine generelle Verlagerung von Investitionskosten in die Pflegesätze beabsichtigt, gleichwohl wird aber durch diesen Schritt ein Beitrag zur Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser geleistet. Vorrangiger Zweck der Neuerung ist,

- im Interesse einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Krankenhäuser das derzeitige starre duale Finanzierungssystem aufzulockern, das es den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bislang verbietet, selbst auf freiwilliger Basis kostensenkende Krankenhausinvestitionen zu finanzieren,
- die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten der Pflegesatzparteien vor Ort zu stärken und auf den Bereich der Rationalisierung und Anpassung von Krankenhäusern an einen veränderten Bedarf auszuweiten, indem durch rechtzeitige finanzielle Hilfen eine kostengünstigere Leistungserbringung des Krankenhauses bewirkt, Überkapazitäten beseitigt oder Umstellungen erleichtert werden können.

- e) Grundsatzvorschriften zur Stärkung der Selbstverwaltung der Krankenkassen und Krankenhäuser im Krankenhausbereich, insbesondere durch

- Wiederherstellung der Vertragsfreiheit der Krankenkassen bei der Auswahl der Krankenhäuser, mit denen sie Versorgungsverträge über die stationäre Behandlung der Versicherten und ihrer Angehörigen abschließen wollen,
- stärkere Beteiligung der Selbstverwaltung an der Durchführung des Gesetzes, insbesondere an der Krankenhausplanung und den Investitionsentscheidungen der Länder; ggf. Übertragung von Planungskompetenzen auf regionale Einrichtungen der Selbstverwaltung,

- konsequenten Ausbau des Verhandlungsprinzips zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Aushandlung der Pflegesätze; im Falle der Nichteinigung tritt an die Stelle der bisherigen staatlichen Festsetzung die Entscheidung einer unabhängigen Schiedsstelle, die von den Beteiligten gebildet wird.

- f) Die Schaffung von Anreizen zu wirtschaftlicher Betriebsführung, insbesondere im Pflegesatzrecht; hierzu gehören neben der konsequenten Anwendung des Verhandlungsgrundsatzes vor allem

- die Modifizierung des Selbstkostendeckungsprinzips durch Übergang von nachträglicher Kostenerstattung zu Leistungsentgelten, die in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen des Krankenhauses stehen, sowie durch Zulassung von Gewinn- und Verlustmöglichkeiten für die Krankenhäuser,
- die gesetzliche Vorbereitung einer in der Bundespflegesatzverordnung zu vollziehenden Ablösung bzw. Ergänzung des tagessgleichen, vollpauschalierten Pflegesatzes durch differenziertere, leistungsbezogene Entgeltformen (Preise für erbrachte Krankenhausleistungen) einschließlich der Möglichkeit zur Vereinbarung abweichender Entgeltformen (z.B. Gruppenpflegesätze, Abteilungspflegesätze, degressive Pflegesätze, Fallpauschalen, Leistungskomplexgebühren etc.),
- die Einführung „prospektiver“ Pflegesätze, ggf. auch im Rahmen eines im voraus mit den Kostenträgern zu vereinbarenden Krankenhausbudgets (Budgetierung der Einnahmen),
- die Berücksichtigung der Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie der Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser bei der Aushandlung der Entgelte für stationäre und teilstationäre Leistungen.

3. Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände

Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände lehnt den Gesetzentwurf ab, weil er

- die Finanzierungsprobleme im Krankenhausbereich noch verstärke,
- den Bund aus seiner finanziellen Verantwortung für die Krankenhäuser entlasse, ohne gleichzeitig geeignete Vorkehrungen zur Beseitigung des Antragsstaus und zur Sicherung der künftigen Finanzierung zu treffen,
- die Einflußnahme der Krankenkasse einseitig und ohne Übertragung neuer Verantwortungsbereiche erheblich ausweite und damit das Selbstverwaltungs- und Selbstbestimmungsrecht der kommunalen und kirchlichen Krankenhausträger noch mehr einschränke.

Die Bundesregierung hält diese Kritik nicht für begründet. Unter Beachtung der wirtschafts- und finanzpolitischen Rahmenbedingungen beschreitet der Gesetzentwurf geeignete und rechtlich zulässige Wege zur Bewältigung der Hauptprobleme des Krankenhausbereichs.

4. Überlegungen der Bundesregierung zu alternativen Finanzierungs- und Planungskonzepten, die im Entwurf nicht aufgegriffen worden sind

a) Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten über die Pflegesätze — monistische Krankenhausfinanzierung

Die in einer Reihe von Reformvorschlägen befürwortete Aufgabe des dualen Finanzierungssystems und der Übergang zur monistischen Finanzierung aller Kosten des Krankenhauses über den Pflegesatz hätten möglicherweise unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten eine Reihe von Vorteilen; vor allem würden die Krankenhäuser in die Lage versetzt, unabhängig von der Situation öffentlicher Haushalte und losgelöst von staatlichen Finanzierungsbescheiden über die erforderlichen Investitionen in eigener Verantwortung zu entscheiden.

Bei Finanzierung und Refinanzierung aller Investitionskosten würden die Pflegesätze zusätzlich mit etwa 6 bis 8 Mrd. DM jährlich belastet — bei gleichzeitiger Entlastung der öffentlichen Hand um die jetzt gewährten Investitionshilfen in Höhe von 4,3 Mrd. DM. Eine derartige Belastung der Krankenkassen müßte zwangsläufig zu einer Beitragssatzsteigerung von etwa einem Prozentpunkt in der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Derartige Folgen sind mit der nach wie vor notwendigen Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen und der Beitragsstabilität in der Sozialversicherung nicht vereinbar; eine monistische Krankenhausfinanzierung ist daher im Augenblick nicht vertretbar.

b) Verzicht auf die Auflösung der Mischfinanzierung verbunden mit einer Aufstockung der derzeit vorgesehenen Bundesmittel von 972 Mio. DM jährlich auf eine volle Drittelbeteiligung entsprechend der politischen Geschäftsgrundlage des KHG 1972

In der seit Ende der 70er Jahre zwischen Bund und Ländern geführten Diskussion ist von Länderseite die Position vertreten worden, daß es im Interesse einer nachhaltigen Erweiterung des Handlungsspielraums und der Gestaltungsfreiheit der Länder erforderlich sei, bundeseinheitliche Regelungen auf das zwingend notwendige Maß zurückzuführen; Finanzhilfen des Bundes nach Artikel 104a Absatz 4 GG seien schrittweise auf das unabdingbar Notwendige zu beschränken. Diese Haltung hat schließlich in der Koalitionsvereinbarung und in der Regierungserklärung ihren Niederschlag gefunden; die Bundesregierung hatte daher bei der Reform des KHG von diesen Vorgaben auszugehen.

c) Verlagerung von Kompetenzen der Krankenhausplanung und der Investitionsförderung auf eigenständige Institutionen

Den insbesondere von der Beratergruppe des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung und der Kommission „Krankenhausfinanzierung“ der Robert-Bosch-Stiftung, aber auch von den kirchlichen Krankenhausträgerverbänden vorgeschlagenen Schaffung eigenständiger Planungs- und Finanzierungsgremien, etwa in Form von öffentlich-rechtlichen Krankenhauskörperschaften oder von etwas weniger straff organisierten Orientierungsräten, ist die Bundesregierung ebenfalls nicht gefolgt. Eine grundsätzliche Verlagerung von bislang allein den Ländern zustehenden Kompetenzen auf neu zu schaffende Gremien widerspricht nicht nur der Forderung nach politischer Letztverantwortung der Länder für die gesundheitliche Versorgung einschließlich der Krankenhausversorgung, sie bedürfte auch einer sorgfältigen Prüfung und Analyse der sich aus einem solchen Schritt ergebenden rechtlichen und organisatorischen Konsequenzen. Diese teils sehr komplizierten Fragen sind in den zitierten Reformvorschlägen nicht gelöst.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung geht deshalb entsprechend der Forderung der Länder davon aus, daß diesen auch weiterhin die Letztverantwortung für die Krankenhausplanung und die Investitionsförderung zusteht; die Bundesregierung geht allerdings ebenfalls davon aus, daß die Länder bei Ausfüllung der ihnen in diesen Bereichen jetzt eingeräumten Gestaltungsspielräume den in zahlreichen Reformvorschlägen enthaltenen Forderungen nach mehr Beteiligung und größerer Ortsnähe, insbesondere bei der Krankenhausplanung, Rechnung tragen werden.

5. Kosten

Die Länder erhalten nach einer zwischen Bund und Ländern getroffenen Vereinbarung als Ausgleich für den Wegfall der Finanzhilfen des Bundes einen Betrag von jährlich 972 Mio. DM. Dieser Betrag ist zwar rund 70 Mio. DM höher als die derzeitigen Finanzhilfen des Bundes (1983: rund 910 Mio. DM; 1984: voraussichtlich rund 900 Mio. DM), entspricht aber den gegenwärtigen Ansätzen der Finanzplanung des Bundes.

Wesentliche Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind wegen der besonderen Finanzierungsstruktur der Krankenhäuser aufgrund der Neuregelungen nicht zu erwarten. Insgesamt ist mit einer Dämpfung der Entwicklung der Benutzerkosten in der Krankenhausversorgung zu rechnen, was sich insbesondere auf die Entgelte für Krankenhausleistungen und damit auch auf das Verbraucherpreisniveau günstig auswirken wird.

B. Einzelbegründung**Zu Artikel 1****Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes****Zu Nummer 1 (Änderung des § 1 — Grundsatz)**

Die Ergänzung in Satz 1 verdeutlicht eine wesentliche Zielrichtung des Gesetzes, nämlich die wirtschaftliche Eigenverantwortung des einzelnen Krankenhauses und damit dessen Interesse auch an einer sparsamen Wirtschaftsführung zu stärken.

Zu Nummer 2 (Änderung des § 3 — Anwendungsbereich)**Zu Buchstabe a — Satz 1**

Die Ergänzung der Nummer 4 soll bewirken, daß künftig die Fachkliniken der Rentenversicherungsträger zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane in den Anwendungsbereich des KHG einbezogen werden. Damit wird dem Übergang der Leistungszuständigkeit für die Tbc-Heilbehandlung von der Renten- auf die Krankenversicherung durch die Regelungen des Haushaltsbegleitgesetzes 1984 vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) Rechnung getragen.

Zu Buchstabe b — Satz 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des § 6.

Zu Nummer 3 (Streichung der Überschrift „2. Abschnitt Förderung der Krankenhäuser“ nach § 3)

Im Hinblick auf die Änderungen der §§ 4 bis 7 ist es sachgerecht, auch diese Bestimmungen den „Allgemeinen Vorschriften“ des 1. Abschnitts zuzuordnen.

Zu Nummer 4 (Neufassung des § 4 — Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser)

Die Änderung der Überschrift trägt der inhaltlichen Erweiterung des § 4 Rechnung. Geregelt werden neben Grundsätzen der Förderung auch Grundsätze für die Entgelte. Auf Förderung und Entgelte stützt sich die wirtschaftliche Sicherung des Krankenhauses.

Durch Satz 1 Nr. 1 wird die Fortgeltung des dualen Finanzierungssystems des KHG bestätigt. Satz 1 Nr. 2 verdeutlicht, daß nicht nur die Pflegesätze, sondern auch andere Entgelte (vgl. § 16 Nr. 3 und 4) der wirtschaftlichen Sicherung des Krankenhauses dienen. Er verdeutlicht weiter, daß für die Festlegung der Entgelte, insbesondere auch für die Pflegesätze, der Verhandlungsgrundsatz gilt: Pflegesätze werden nicht mehr staatlich festgesetzt, sondern zwischen Krankenhaus und Krankenkassen

vereinbart. Satz 1 Nr. 2 ersetzt schließlich die bisherige Kostenorientierung der Entgelte durch eine verstärkte Orientierung an den Leistungen des Krankenhauses. Das geänderte Verfahren der Entgeltfindung und die Neubestimmung der Funktion der Entgelte — nicht Kosten in weitgehender Abstraktion von erbrachten Leistungen zu ersetzen, sondern Leistungen zu vergüten — sollen zu mehr Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus und zu kostengünstigerer Leistungserbringung beitragen.

Entsprechend dieser Neuorientierung sollen nach Satz 2 Fördermittel und Entgelte die wirtschaftliche Existenz und die medizinische Leistungsfähigkeit sparsamer und wirtschaftlicher Krankenhäuser auf Dauer gewährleisten. Zwar gibt Satz 2 hiermit formal den in § 4 Abs. 1 bisher enthaltenen Selbstkostendeckungsgrundsatz auf, dem die Krankenhäuser eine entscheidende Bedeutung für ihre wirtschaftliche Sicherung beimessen. Dieser Grundsatz wird jedoch ersetzt durch den umfassenden Anspruch des sparsam und wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses auf dauerhafte Gewährleistung seiner wirtschaftlichen Existenz im Rahmen seines Versorgungsauftrags.

Satz 3 verdeutlicht die Konsequenzen, die sich aus dem dualen Finanzierungssystem des KHG für die öffentliche Förderung der Investitionskosten ergeben. Die Fördermittel stellen keine Subventionierung der Krankenhäuser dar; sie sind ein notwendiger Ausgleich für die durch das KHG den geförderten Krankenhäusern abgeschnittene Möglichkeit, Investitionskosten über die Pflegesätze zu finanzieren. Das neu eingefügte Kriterium der Dringlichkeit trägt der Tatsache Rechnung, daß mit den verfügbaren Fördermitteln nicht allen Investitionswünschen gleichzeitig entsprochen werden kann.

Satz 4 grenzt die Vertragsautonomie bei der Festlegung der Entgelte nach beiden Seiten dahin ein, daß sie die Leistungen des Krankenhauses angemessen vergüten müssen.

Zu den bisherigen Absätzen 2 bis 5

Der bisherige Absatz 2 entfällt. Eine inhaltlich entsprechende Regelung enthält § 9 Nr. 3.

Der bisherige Absatz 3 wird in geänderter Fassung § 5.

Die Streichung des bisherigen Absatzes 4 folgt aus der Auflösung der Mischfinanzierung. Künftig können entsprechende Regelungen durch Landesrecht getroffen werden (vgl. § 5 Abs. 2).

Der bisherige Absatz 5 ist ebenfalls entbehrlich. Nach der Auflösung der Mischfinanzierung ist es Sache der betroffenen Länder zu entscheiden, ob und in welcher Höhe Investitionszulagen nach dem Investitionszulagengesetz oder dem Berlinförderungsgesetz auf die von ihnen aufzubringenden KHG-Fördermittel angerechnet werden sollen.

Zu Nummer 5 (Neufassung des § 5 — Nicht förderungsfähige Einrichtungen)

Absatz 1 entspricht im wesentlichen dem bisherigen § 4 Abs. 3.

Die Ergänzung der Nummer 4 — Tuberkulosekrankenhäuser — soll bewirken, daß künftig die jetzt nach § 3 Satz 1 Nr. 4 in den Anwendungsbereich des Gesetzes einbezogenen Fachkliniken auch gefördert werden können, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen.

Nummer 7 wurde ergänzt, um klarzustellen, daß Kur- und Spezialeinrichtungen, z. B. im Sinne von § 184 a RVO, auch wenn sie unter den Krankenhausbegriff des § 2 Nr. 1 KHG fallen, nicht gefördert werden können.

Absatz 2 stellt klar, daß durch Landesrecht auch weitere Krankenhäuser und Einrichtungen in die Förderung einbezogen werden können. Die Regelung entspricht der bisher in § 4 Abs. 4 enthaltenen Verordnungsermächtigung für die Bundesregierung.

Zu Nummer 6 (Neufassung des § 6 — Krankenhausplanung und Investitionsprogramme)

Die Änderung der Überschrift folgt aus der Zusammenfassung der bisherigen §§ 6 und 6 a in einer Vorschrift.

Der bisher im Krankenhausfinanzierungsgesetz verwendete Begriff „Krankenhausbedarfsplanung“ wird aus Gründen der sprachlichen Klarheit durch „Krankenhausplanung“ ersetzt. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, daß Gegenstand der Planung nur das Angebot an Krankenhausleistungen sein kann oder auch die Deckung des Bedarfs, nicht aber der Bedarf selbst. Die auch weiter bestehende Notwendigkeit einer qualifizierten Bedarfsdeckungs-Planung bleibt demgemäß von der sprachlichen Klarstellung unberührt.

Der Verzicht auf eine bundesrechtliche Verpflichtung der Länder zur Aufstellung mehrjähriger Programme zur Durchführung und Finanzierung des Krankenhausbau und zur Aufstellung von Jahresbauprogrammen soll klarstellen, daß es in Zukunft Ländersache ist, den Turnus von Investitionsprogrammen festzulegen.

Die Notwendigkeit, die Krankenhauspläne der Bedarfsentwicklung anzupassen und zu veröffentlichen, folgt aus der Natur der Sache. Insoweit bedarf es ebenfalls keiner bundesrechtlichen Vorgaben. Die übrigen inhaltlichen Änderungen, tragen der Zielsetzung Rechnung, den Freiraum der Länder bei der Krankenhausplanung zu erweitern. Auf bundeseinheitlich geltende Planungsvorgaben wird verzichtet.

Zu Absatz 1

Die Aufnahme der Investitionsprogramme in Satz 1 und der neue Halbsatz 2 sind eine Folge der Straffung und Reduzierung der Planungsvorschriften auf ihren wesentlichen Kern; beide Regelungen waren bisher in § 6 a enthalten, der gestrichen wird. Durch die Einfügung des 2. Halbsatzes soll die Bedeutung hervorgehoben werden, die der Berücksichtigung von Folgekosten bei Krankenhausplanung und Investitionsprogrammen zukommt.

Satz 2 trägt der allgemeinen Erfahrung Rechnung, daß problem- und ortsnahe Entscheidungen dort, wo sie unter Beachtung übergeordneter Gesichtspunkte vertretbar sind, regelmäßig zu sachlich angemesseneren Lösungen führen. Dahin gehende Forderungen sind in fast allen Reformvorschlägen enthalten.

Zu Absatz 2

Die Regelungen des bisherigen Absatzes 2 sind als bundesrechtliche Vorgaben entbehrlich; entsprechende Regelungen, insbesondere zur näheren Ausgestaltung der Krankenhauspläne, zur Berücksichtigung der Belange der Hochschulkliniken sowie der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung, bleiben in der Sache notwendig und sind künftig im Landesrecht zu treffen. Die Neufassung des Absatzes übernimmt die weiterhin notwendige Vorschrift des bisherigen Absatzes 3.

Zu Absatz 3

Absatz 3 unterstreicht die Kompetenz der Länder zur Regelung näherer Einzelheiten zu Krankenhausplanung und Investitionsprogrammen.

Zu Nummer 7 (Streichung des § 6 a)

Die Vorschrift erübrigt sich, soweit ihr Regelungsinhalt nicht in § 6 aufgenommen ist. Auf weitergehende Bestimmungen der bisherigen Absätze 1 bis 3 kann zugunsten eigenständiger Regelungen des Landesrechts verzichtet werden.

Eine dem bisherigen Absatz 4 entsprechende Regelung kann ggf. in die zivilschutzrechtlichen Vorschriften aufgenommen werden.

Zu Nummer 8 (Neufassung des § 7 — Mitwirkung der Beteiligten)

Diese Vorschrift steht in engem Zusammenhang mit der Neufassung des § 371 RVO. Dort ist vorgesehen, daß Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden sind, nicht mehr, wie bisher, automatisch einen Anspruch auf Behandlung von Kassenpatienten haben. Die Krankenkassen haben vielmehr Krankenhauspflege nur noch durch solche Krankenhäuser zu gewähren, mit denen ihre Landesverbände entsprechende Versorgungsverträge abgeschlossen haben (Vertragskrankenhäuser). Ohne die Letztverantwortung und Letztentscheidung der Länder zu berühren, wird hiermit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung eine Einflußmöglichkeit auf die Krankenhausplanung und die Krankenhausinvestitionen eingeräumt, die ihrer finanziellen Beteiligung an der Krankenhausfinanzierung besser Rechnung trägt. Vor diesem Hintergrund beschränkt sich der neue § 7 im wesentlichen darauf, die bisher in § 6 Abs. 4 und § 6 a Abs. 3 enthaltenen Beteiligungsregelungen in einer Grundsatzvorschrift zusammenzufassen und zu harmonisieren. Diese Grundsatzvorschrift gilt allgemein für die Durchführung des Gesetzes.

Zu Absatz 1

Die in Satz 1 geregelte „enge Zusammenarbeit“ entspricht der bisherigen Form der Mitwirkung an der Krankenhausplanung. Die Ausweitung der engen Zusammenarbeit auf die Aufstellung der Investitionsprogramme ist erforderlich, weil mit den Investitionsprogrammen und den darauf gestützten Investitionsentscheidungen die von den Benutzern und ihren Kostenträgern zu tragenden Folgekosten weitgehend vorbestimmt werden. Eine sachgerechte Differenzierung zwischen der Mitwirkung an der Krankenhausplanung und der Mitwirkung bei der Aufstellung von Investitionsprogrammen ist gleichwohl möglich.

Die gleichzeitige Ausweitung der engen Zusammenarbeit auf alle an der Krankenhausversorgung Beteiligten erscheint erforderlich, um den bei der Durchführung des Gesetzes zu treffenden schwierigen, vielfach nicht konfliktfreien Entscheidungen eine möglichst tragfähige politische Basis zu geben.

Mit den unmittelbar Beteiligten sind nach Satz 2 einvernehmliche Regelungen anzustreben. Zu den unmittelbar Beteiligten zählen vorbehaltlich der näheren Ausgestaltung durch Landesrecht insbesondere das betroffene Krankenhaus, die Landeskrankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen, der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die kommunalen Spitzenverbände. Mit dieser Regelung soll zum Ausdruck gebracht werden, daß die Landesbehörden gehalten sind, die unmittelbar Beteiligten schon in einem frühen Zeitpunkt an der Ausarbeitung, Änderung, Fortschreibung und Aufhebung der Krankenhauspläne und Investitionsprogramme zu beteiligen, damit diese rechtzeitig Gelegenheit haben, Vorschläge und Anregungen zu unterbreiten und gemeinsam mit den Landesbehörden Fehlentwicklungen entgegenzuwirken. Dabei ist, wie bisher, das betroffene Krankenhaus anzuhören. Eine derartige rechtzeitige partnerschaftliche Zusammenarbeit, bei der die Beteiligten von vornherein auch in schwierige Entscheidungen, wie Bettenabbau oder Krankenhausschließungen, eingebunden werden, beugt nicht nur Konflikten vor, sondern unterstützt auch die Position der Landesbehörden in der Wahrnehmung ihrer politischen Letztverantwortung.

Zu Absatz 2

Die nähere Ausgestaltung der Mitwirkung der Beteiligten einschließlich der Regelung, wer Beteiligter und wer unmittelbar Beteiligter ist, bleibt dem Landesrecht vorbehalten.

Zu Nummer 9 (Einfügung der Überschrift „2. Abschnitt Grundsätze der Investitionsförderung“)

Die veränderte Zuordnung von Vorschriften zu den ersten beiden Abschnitten des Gesetzes und die Neuformulierung der Überschrift des 2. Abschnitts erfolgt aus systematischen Gründen; die Neuformulierung der Überschrift berücksichtigt zugleich die

Einschränkung verbindlicher bundesrechtlicher Vorgaben für die Länder.

Zu Nummer 10 (Neufassung des § 8 — Voraussetzungen der Förderung)

Zu Absatz 1

Satz 1 stellt klar, daß das einzelne Krankenhaus nach Aufnahme in den Krankenhausplan und — bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 — in das Investitionsprogramm einen Anspruch auf Förderung hat. Der Umfang der Förderung ergibt sich nach näherer Bestimmung des Landesrechts aus der allgemeinen Bemessungsregel des § 4 in Verbindung mit den §§ 9 und 10.

Satz 2 dient der Rechtssicherheit im Hinblick auf die weitreichenden Folgen, die das KHG an den Status eines geförderten Krankenhauses knüpft. Er verdeutlicht, daß die Feststellung der Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ein Verwaltungsakt ist, der gemäß Satz 3 angefochten, aber auch im Wege einer Verpflichtungsklage erzwungen werden kann. Mit der Feststellung der Aufnahme erwirbt der Krankenhausträger einen Anspruch auf Förderung. Die bisher in Satz 1 vorgeschriebene Feststellung der Aufnahme in das Jahreskrankenhausbauprogramm ist aus Gründen der Rechtssicherheit nicht erforderlich und im Interesse der Verwaltungsvereinfachung entbehrlich. Maßgebend ist insoweit der im Einzelfall ergehende Bescheid über die Gewährung von Fördermitteln.

Der bisherige Satz 3 entfällt, da insoweit kein bundesweiter Regelungsbedarf besteht.

Zu Absatz 2

Satz 1 und 2 entsprechen mit redaktionellen Änderungen dem bisherigen Absatz 1 Satz 4 und 5. Dem in § 1 Satz 2 normierten Grundsatz, daß bei der Durchführung des Gesetzes die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten ist, kommt bei den Ermessensentscheidungen nach § 8 besondere Bedeutung zu.

Die bisher in diesem Absatz enthaltene Ausgleichsregelung ist unter Beschränkung auf eine Grundsatzzvorschrift in § 9 Nr. 6 übernommen worden.

Zu Absatz 3

Nach Absatz 3 gilt der 2. Abschnitt — Grundsätze der Investitionsförderung — generell auch für die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten. Bei den einzelnen Regelungen der §§ 9 bis 13 sind daher entsprechende Verweisungen entbehrlich.

Zu Nummer 11 (Neufassung des § 9 — Öffentliche Förderung)

Die Vorschrift faßt die bisher in § 4 Abs. 2, § 5, § 8 Abs. 2, § 9, § 12 und § 13 getroffenen Regelungen zusammen. Die Überschrift ist entsprechend ange-

paßt. Im Interesse landesrechtlicher Gestaltungsmöglichkeiten verzichtet die Vorschrift auf die Regelung von Einzelheiten. Sie geht jedoch weiterhin aus von der bisherigen Einteilung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter in Verbrauchsgüter, Gebrauchsgüter und kurz-, mittel- und langfristige Anlagegüter (vgl. § 2 Nr. 2, § 9 Abs. 1 Nr. 2, § 10 Abs. 1, § 17 Abs. 4 Nr. 1 KHG und die Abgrenzungsverordnung, BGBl. I 1977, S. 2355). Auch die Finanzierung dieser Wirtschaftsgüter bleibt unverändert. Die Verbrauchsgüter und die Wiederbeschaffung der Gebrauchsgüter sind über die Pflegesätze, die Anlagegüter und die Erstsanschaffung der Gebrauchsgüter sind durch die Fördermittel zu finanzieren.

Zu Absatz 1

Nummer 1 faßt die Fördertatbestände des bisherigen § 9 Abs. 1 und 3 zur Errichtung und Erstaussstattung von Krankenhäusern sowie zur Ergänzung von Anlagegütern zusammen. Auf die bisherigen Unterscheidungen bei der Ergänzung von Anlagegütern wurde verzichtet.

Nummer 2 entspricht dem wesentlichen Inhalt des bisherigen § 9 Abs. 3, soweit dieser die Wiederbeschaffung von Anlagegütern regelte.

Nummer 3 entspricht im wesentlichen dem bisherigen § 4 Abs. 2.

Nummer 4 übernimmt im Kern die Regelung des bisherigen § 12.

Nummer 5 betrifft den bisher in § 13 geregelten Ausgleich für Eigenmittel.

Nummer 6 betrifft die bisher in § 8 Abs. 2 geregelten Ausgleichszahlungen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 übernimmt den bisherigen § 5.

Zu Nummer 12 (Änderung des § 10 — Pauschale Förderung)

§ 10 hat im Rahmen der Förderung nach dem KHG eine zentrale Bedeutung für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. Das zeigt sich schon daran, daß auf die pauschalen Förderbeträge nach § 10 Abs. 2 zur Zeit im Bundesdurchschnitt rund 31 % aller Fördermittel nach dem KHG und rund 76 % der KHG-Aufwendungen außerhalb der Förderung nach den bisherigen §§ 9 und 4 Abs. 2 Satz 2 KHG entfallen. § 10 ist die einzige Vorschrift des KHG, in der ein Anspruch der Krankenhäuser auf Fördermittel konkret beziffert ist. So fließen den Krankenhäusern in dem für die Erhaltung ihrer Leistungsfähigkeit sehr wichtigen Bereich der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter, insbesondere der medizinischen Geräte, regelmäßig Fördermittel in feststehender Höhe zu, mit denen sie im Rahmen ihres Versorgungsauftrags eigenverantwortlich wirtschaften können. Deshalb ist es geboten, diese Vorschrift entsprechend der Forderung

insbesondere der Krankenhausträger im KHG beizubehalten.

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des § 6.

Zu Buchstabe b — Absätze 3 und 4

Die Höhe der Förderungssumme nach § 10 Abs. 2 war bisher starr an die Zahl der Planbetten des Krankenhauses gebunden. Der neue Absatz 3 lockert diese Bindung, um es dem Krankenhaus zu erleichtern, sich im Rahmen seines Versorgungsauftrags an einen veränderten Bedarf anzupassen. Ist dabei eine Verringerung der Bettenzahl angezeigt, bleibt dem Krankenhaus dennoch die bisherige Förderungssumme erhalten. Durch die Vorschrift wird der vielfach geäußerten Kritik Rechnung getragen, die Koppelung der Fördermittel an die Bettenzahl verhindere erforderliche Kapazitätsanpassungen. Die Regelung erleichtert den Abbau nicht mehr bedarfsgerechter Betten, läßt zugleich aber auch eine längerfristige Anpassung der öffentlichen Förderung an veränderte Kapazitäten zu. Mit dem zweiten Halbsatz sollten Fehlsteuerungen vermieden werden, indem Anreize zum Bettenabbau auf ein vertretbares Maß beschränkt werden.

Absatz 4 Satz 1 entspricht im wesentlichen dem bisherigen Absatz 5. Die dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erteilte Verordnungsermächtigung schließt die Anpassung der Wertgrenze für den kleinen Baubedarf nicht mehr ein. Eine Verordnungsermächtigung hierzu ist ebenso entbehrlich wie die Bestimmungen der bisherigen Absätze 3 und 4.

Satz 2 ermöglicht, die pauschale Förderung nach Absatz 2 über die Regelung des Absatzes 3 hinaus weiter von der Bettenzahl zu lösen und auf stärker leistungsbezogene Bemessungsgrundlagen umzustellen. Eine Bemessung der Förderung nach Bettenbandbreiten hätte die Zielsetzung, dem Krankenhaus eine bessere Anpassung an veränderte Bedarfssituationen zu ermöglichen. Die Bemessung nach Versorgungsaufträgen oder Krankenhausleistungen würde die Förderung noch stärker auf das Leistungsspektrum des Krankenhauses ausrichten. Für die neuen Bemessungsgrundlagen, deren Einführung mittelfristig nach Vorliegen ausreichender Erfahrungswerte in Betracht zu ziehen ist, sind bundeseinheitliche Vorgaben erforderlich.

Zu Nummer 13 (Änderung der Paragraphenfolge und Änderung des § 11 a — Anschaffung und Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte)

Die Vorschrift des bisherigen § 11 a ist beizubehalten, weil der Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte wegen ihrer Auswirkungen auf die Pflegesätze in eher noch zunehmendem Maße der Abstimmung mit den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bedarf (vgl. auch die Begründung zu § 17 Abs. 3 bei Nummer 18).

Bei der Änderung handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des § 5.

Der bisherige § 11 ist in § 12 berücksichtigt.

Nummer 5 entspricht im wesentlichen dem bisherigen § 14 Satz 2; ihre Fassung soll zugleich klarstellen, daß Finanzierungsregelungen nur soweit erforderlich sind, als durch die Übernahme von Ausbildungsaufgaben zusätzliche Kosten verursacht werden. Soweit dies nicht der Fall ist — z. B. weil die Fachkräfte während der Ausbildung Aufgaben voll ausgebildeter Kräfte übernehmen und damit kostenneutral zur Versorgung der Patienten im Krankenhaus beitragen — sind Finanzierungsregelungen nicht erforderlich. Nähere Einzelheiten, beispielsweise die Anrechnung auf den Stellenplan, können in der Bundespflegesatzverordnung geregelt werden.

Der bisherige § 12 ist unter Beschränkung auf seinen Kerngehalt in § 9 Nr. 4 übernommen worden.

Zu Nummer 14 (Neufassung des § 12 — Landesrechtliche Vorschriften über die Förderung)

Die Vorschrift ist eine Konsequenz aus der Auflösung der Mischfinanzierung und der damit verbundenen Beschränkung des bisherigen umfassenden Regelwerks über die Förderung der Krankenhäuser auf die Finanzierungsgrundsätze und die Förderungsvorschriften des § 10. Die Einzelheiten der Förderung und ihrer Durchführung werden in diesem Rahmen nach Satz 1 künftig allein durch Landesrecht bestimmt. Damit wird der langjährigen Forderung der Länder nach einer nachhaltigen Erweiterung ihrer Gestaltungsfreiheit im Krankenhausbereich Rechnung getragen. Zugleich stellt Satz 2 klar, daß bestimmte Ausgestaltungen der Förderung und bestimmte Fördermittelverwendungen, die bisher im KHG geregelt waren, künftig auch durch Landesrecht geregelt werden können.

Nummer 1 erweitert die bisher in § 9 Abs. 2a und Abs. 3 Satz 3 enthaltenen Regelungen zur Förderung durch Fest- oder Pauschalbeträge. Die bisherige Verfahrensvorschrift über die Entbehrlichkeit einer Aufnahme in das Jahreskrankenhausbauprogramm im Falle einer Förderung durch Pauschalbeträge gehört zum landesrechtlichen Regelungsbereich.

Die Nummern 2 und 3 entsprechen dem bisherigen § 11. Die bisherigen Verfahrensvorschriften gehören zum landesrechtlichen Regelungsbereich.

Nummer 4 ist neu. Sie enthält eine unter dem Gesichtspunkt wirtschaftlicher Betriebsführung zweckmäßige Alternative zur pauschalen Förderung nach § 10 und trägt dem in § 4 Satz 3 niedergelegten Grundsatz in besonderer Weise Rechnung.

Zu Nummer 15 (Neufassung des § 13 — Darlehen aus Bundesmitteln)

Absatz 1 schließt eine Lücke des bisherigen § 12, der von den Darlehen aus öffentlichen Mitteln nur die

Darlehen der Länder und Gemeinden (Gemeindeverbände) in die Regelung einbezog. Die bisherige entsprechende Anwendung des § 12 auf Darlehen aus Bundesmitteln, die auf einem Vertrag des Bundes mit der Bank für Sozialwirtschaft, Köln, und auf Erlassen des Bundesministers der Finanzen beruht, wird durch die neue Vorschrift auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.

Zugleich werden damit Altdarlehen aus Bundesmitteln, die zur Finanzierung von förderungsfähigen Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten gewährt wurden, in die Regelung einbezogen. Das war bisher nicht möglich. Außerdem können dadurch auch unerledigte Altfälle bereinigt werden.

Der bisherige § 13 ist unter Beschränkung auf seinen Kerngehalt in § 9 Nr. 5 übernommen worden.

Zu Nummer 16 (Streichung der §§ 14 und 15)

Die Streichung der §§ 14 und 15 folgt aus der Beschränkung der Regelungen des KHG zur Förderung auf die Finanzierungsgrundsätze und die Förderung nach § 10.

Zu Nummer 17 (Änderung des § 16 — Verordnung zur Regelung der Pflegesätze)

Die Vorschrift präzisiert in den Nummern 1, 2 sowie 4 bis 7 die bisher in den §§ 18 und 17 Abs. 2 Satz 1 enthaltenen Verordnungsermächtigungen. Auch die Regelungen der Bundespflegesatzverordnung, die sich bisher auf § 17 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz KHG stützen, bleiben aufgrund der Ermächtigung in den Nummern 1 und 2 weiterhin möglich.

Inhaltlich neu ist Nummer 3:

Nach bisherigem Recht können — im Hinblick auf den Pflegesatzbegriff des § 2 Nr. 4 KHG — in der Bundespflegesatzverordnung nur die Entgelte der Benutzer oder ihrer Kostenträger für stationäre oder teilstationäre Leistungen des Krankenhauses geregelt werden. Die Beschränkung auf diese Entgelte läßt es nicht zu, auch Regelungen für die Nutzungsentgelte der zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigten Ärzte an das Krankenhaus zu treffen, obwohl diese Entgelte einen wesentlichen Beitrag zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser leisten. Bislang reicht die Regelungskompetenz, soweit sie sich auf das KHG stützt, nicht aus, den Arzt bei ambulanten oder gesondert berechenbaren stationären oder teilstationären Leistungen zur Zahlung eines Nutzungsentgelts zu verpflichten. Die Neuregelung schließt diese Lücke, sie ist zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser erforderlich. Die Verordnungsermächtigung wird in ihrem Ausmaß begrenzt auf die Nutzungsentgelte, die pflegesatzmindernd zu berücksichtigen sind. Zugleich wird durch den Klammerzusatz entsprechend der im Nebentätigkeitsrecht überwiegend verwendeten Terminologie und entsprechend den nach Nebentätigkeitsrecht, Haushaltsrecht und Vertragsrecht bereits bestehenden Regelungen klargestellt, daß die Regelung

sowohl die Kostenerstattung als auch den Vorteilsausgleich erfaßt.

Zu Nummer 18 (Änderung des § 17 — Grundsätze für die Pflegesatzregelung)

Das geltende Vergütungssystem für Krankenhausleistungen in Gestalt des tagesgleichen, vollpauschalierten Pflegesatzes, verbunden mit dem Selbstkostendeckungsprinzip und dem Gewinn- und Verlustausgleich, wirkt kostentreibend; es enthält keine ausreichenden Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung im Krankenhaus. Ein solcher Pflegesatz ist ein reiner Verrechnungssatz, mit dem die anerkannten Selbstkosten des Krankenhauses auf die Benutzer bzw. deren Kostenträger verteilt werden; er steht in keinem Bezug zu den für den einzelnen Patienten erbrachten Leistungen.

Die Änderungen in § 17 gehen von dem in § 4 Satz 4 aufgestellten Grundsatz aus, daß die Pflegesätze künftig die Leistungen des Krankenhauses angemessen vergüten müssen.

Zu Buchstabe a — Absätze 1 bis 3

Absatz 1 rückt vom geltenden bloßen Selbstkostendeckungsprinzip ab, indem festgelegt wird, daß das Krankenhaus durch die Pflegesätze in den Stand gesetzt werden soll, seine stationären und teilstationären Leistungen bedarfs- und patientengerecht im medizinisch zweckmäßigen und erforderlichen Umfang zu erbringen. Die Bedeutung der Selbstkosten, die als Orientierungsgröße für die Bemessung der Pflegesätze unverzichtbar bleiben, wird dahin modifiziert, daß als gleichwertige Bemessungskriterien künftig die Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser und die Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen sind. Die Konzertierte Aktion kann nach § 405 a Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung zum Krankenhausbereich Empfehlungen über eine Veränderung des Gesamtvolumens der Ausgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege abgeben. Empfehlungen über eine Veränderung einzelner Pflegesätze sind auch weiterhin unzulässig. Die Empfehlungen haben mithin auch künftig keine schematisch bindende Wirkung für die Bemessung der Pflegesätze des einzelnen Krankenhauses. Dem Krankenhaus, das sich im Rahmen seines Versorgungsauftrags, d. h. seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben hält, sind die bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Aufwendungen im Einzelfall auch über die Zuwachsraten der Empfehlungen hinaus zu vergüten, wenn der Kostenanstieg nicht in den Grenzen der Empfehlungen gehalten werden kann. Keinem Krankenhaus, das wirtschaftlich arbeitet, soll zugemutet werden, seine Leistungen unterhalb der Kosten anzubieten und zu erbringen.

Das zweite Bemessungskriterium, nach dem auch die Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser zu berücksichtigen sind, unter-

streicht die Notwendigkeit externer Betriebsvergleiche zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses. Schematische, lediglich an der Pflegesatzhöhe orientierte Vergleiche läßt die Regelung nicht zu. Nur vergleichbare Tatbestände — beispielsweise die Leistungs- und Kostenstruktur der Krankenhäuser oder einzelner Teilbereiche — können miteinander verglichen werden.

Absatz 1 gibt darüber hinaus einen wichtigen Anreiz zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Krankenhäuser, indem er die Möglichkeit eröffnet, Gewinne zu erzielen. Als notwendiges Äquivalent zu dieser Chance sieht Absatz 1 vor, daß das Krankenhaus für von ihm nicht zu vertretende Verluste, insbesondere Verluste, die auf Unwirtschaftlichkeit zurückzuführen sind, selbst eintreten muß. In der Bundespflegesatzverordnung wird das Nähere zur Verwendung der Überschüsse zu regeln sein. Als Verwendungsmöglichkeiten kommen in erster Linie in Betracht: Rücklagen zur Abdeckung von Verlustrisiken, Entnahmen als Ausgleich für Einlagen, mit denen Verluste abgedeckt wurden, darüber hinaus z. B. auch der Einsatz für andere Krankenhauszwecke, insbesondere für die Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Rahmen des Versorgungsauftrags einschließlich der Finanzierung von Investitionsmaßnahmen.

Absatz 2 konkretisiert die Ermächtigung nach § 16 Nr. 1, indem er — für den Ordnungsgeber richtungsweisend — mehrere Möglichkeiten aufzeigt, wie der weitreichenden Kritik an den bisherigen Pflegesatzvorschriften und ihren Auswirkungen Rechnung getragen werden kann.

In Nummer 1 wird über die bisherige Vorschrift des § 5 Bundespflegesatzverordnung hinaus die Möglichkeit zur Vergütung von Einzelleistungen oder Leistungsgruppen eröffnet. Eine derartige Differenzierung der Pflegesätze soll die Kosten-Leistungs-Verhältnisse im Krankenhaus durchschaubarer machen; sie soll insbesondere bei besonders teuren Leistungen zu mehr Kostengerechtigkeit führen und heute bestehende falsche Anreize wegnehmen, die in Richtung auf eine Verlängerung der Verweildauer wirken. Die Differenzierung der Pflegesätze kann zu einer Gebührenordnung für Krankenhausleistungen weiterentwickelt werden, aber auch auf einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen in Verbindung mit einem pauschalen Pflegesatz für die übrigen Leistungen beschränkt bleiben.

Nummer 2 läßt die Möglichkeit zu, die Leistungen eines Krankenhauses pauschal mit einem Gesamtbetrag (Budget) zu vergüten. Dieses Budget muß im voraus für die folgende Wirtschaftsperiode vereinbart werden. Das Krankenhaus kann sich auf diese Weise rechtzeitig auf den ihm zur Verfügung stehenden Betrag oder Finanzierungsrahmen einstellen. Das Budget verbessert so die Voraussetzungen für aktives Wirtschaften und verstärktes Kostenbewußtsein aller Krankenhausmitarbeiter. Die Abrechnung dieses Budgets gegenüber den Patienten oder Krankenkassen kann wie bisher über Pflegesätze erfolgen.

Nummer 3 läßt auch eine Kombination differenzierter und pauschalierter Pflegesätze mit der Vorgabe von Gesamtbeträgen für das Krankenhaus zu, um zukünftige Entwicklungen und wirtschaftlich sinnvolle abweichende Pflegesatzgestaltungen nicht unnötig durch gesetzliche Vorgaben zu erschweren.

Der neu eingefügte Satz 2 entspricht der bislang in Absatz 1 Satz 2 enthaltenen Vorschrift über die rechnerische Ermittlung der Selbstkosten.

In Absatz 3 entsprechen die Nummern 1 und 2 mit redaktionellen Änderungen dem bisherigen Absatz 3 Satz 1.

Nummer 3 verschärft die bisher in Absatz 3 Satz 2 enthaltene pflegesatzrechtliche Sanktion gegen den nicht mit der zuständigen Landesbehörde und den sonstigen Beteiligten abgestimmten Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten. Nach bisherigem Recht konnten nur die durch einen unwirtschaftlichen Einsatz bedingten Kosten nicht im Pflegesatz geltend gemacht werden. Künftig sind generell die Betriebskosten für nicht abgestimmte Großgeräte im Pflegesatz nicht mehr zu berücksichtigen. Damit soll im Bereich der laufenden Betriebs- und Behandlungskosten einem weiteren Kostenschub durch eine unkontrollierte Anschaffung der immer teurer werdenden medizinisch-technischen Großgeräte verstärkt entgegengewirkt werden. Dem Vertrauensschutz für die bisher ohne Abstimmung betriebenen Geräte wird durch die Übergangsvorschrift des § 29 Abs. 3 Rechnung getragen.

Zu Buchstabe b — Absatz 4

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Neufassung des § 5. Die unveränderte Vorschrift der Nummer 3 im ersten Halbsatz erfaßt — entsprechend dem bisherigen Recht — die Anlauf- und Umstellungskosten im Sinne von § 9 Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 6.

Zu Buchstabe c — Absatz 6

Absatz 6 sieht vor, daß die Pflegesatzparteien von den Regelungen der Bundespflegesatzverordnung abweichende Entgeltformen vereinbaren können. Damit wird den Aufgaben und der Bedeutung der Pflegesatzvereinbarungen für die Entwicklung künftiger Entgeltformen Rechnung getragen.

Zu Nummer 19 (Neufassung des § 18 — Pflegesatzverfahren)

Nach § 18 KHG in der Fassung des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes vom 22. Dezember 1982 werden die Pflegesätze zwischen dem Krankenhaus-träger und den betroffenen Sozialleistungsträgern vereinbart und alsdann von der zuständigen Landesbehörde genehmigt; einigen sich die Vertragsparteien nicht, so setzt die Landesbehörde die Pflegesätze auf Antrag einer Partei fest. Diese Vorschrift tritt nach der Übergangsvorschrift des § 30 erst mit der bislang nicht erfolgten Neufassung der Bundespflegesatzverordnung in Kraft. Bis dahin gilt § 18 in der Fassung des KHG von 1972 weiter.

Danach werden die Pflegesätze nach vorherigen Einigungsverhandlungen zwischen dem Krankenhaus-träger und den betroffenen Krankenkassen von der zuständigen Landesbehörde festgesetzt.

Die Neuregelung knüpft an das durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz eingeführte Vereinbarungsprinzip an und entwickelt es in Anlehnung an das Kassenarztrecht, insbesondere durch Einführung einer unabhängigen Schiedsstellenregelung, weiter.

Zu Absatz 1

Satz 1 bestimmt, daß die von den Vertragsparteien vereinbarten Pflegesätze für alle Krankenhausbenutzer unmittelbar verbindlich sind. Einer Genehmigung oder Festsetzung durch die Landesbehörde bedarf es nicht mehr. Satz 2 eröffnet der Landeskrankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung die Möglichkeit, sich am Pflegesatzverfahren zu beteiligen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht mit redaktionellen Änderungen dem bisherigen Absatz 2.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht dem bislang in Absatz 5 enthaltenen (noch nicht in Kraft getretenen) Grundsatz, daß Pflegesätze nur für zukünftige Zeiträume vereinbart werden sollen. Eine rückwirkende Erhöhung der Pflegesätze ist zwar nicht absolut ausgeschlossen, sie muß sich allerdings auf Ausnahmen beschränken. Denn die Möglichkeit der nachträglichen Kostenerstattung, die sich als unwirtschaftlich und kostentreibend erwiesen hat, soll beseitigt werden, um die Ausgaben des Krankenhauses stärker an den Einnahmen zu orientieren.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift eröffnet gegen die Pflegesatzvereinbarung den Verwaltungsrechtsweg.

Zu Absatz 5

Für den Fall, daß eine Einigung über die Pflegesätze nicht zustande kommt, entscheidet künftig nicht mehr die Landesbehörde, sondern eine unabhängige Schiedsstelle. Es wird eine dem Schiedsverfahren im Kassenarztrecht vergleichbare Regelung eingeführt. Die Festsetzung durch die Schiedsstelle ist — wie die Vereinbarung der Pflegesatzparteien — für alle Krankenhausbenutzer unmittelbar verbindlich. Für die Entscheidung der Schiedsstelle ist zwar keine förmliche Frist vorgegeben; durch die Formulierung „unverzüglich“ soll aber deutlich gemacht werden, daß die Entscheidung keinen Aufschub verträgt und grundsätzlich innerhalb von 4 bis 6 Wochen ergehen sollte. Die Einholung eines Wirtschaftlichkeitsgutachtens sollte daher auf zwingende Ausnahmefälle beschränkt werden.

Die von Krankenhausseite geäußerte Sorge, daß eine solche Schiedsregelung die Krankenkassen einseitig begünstige, ist unbegründet. Die Schiedsstelle ist an die gerichtlich überprüfbaren rechtlichen Vorgaben zur Pflegesatzbildung gebunden. Ihre Neutralität wird sichergestellt durch einen unabhängigen Vorsitzenden und die beiden weiteren unparteiischen Mitglieder. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle steht, ebenso wie bisher gegen den Festsetzungsbescheid der Pflegesatzbehörde, der Verwaltungsrechtsweg offen. Das gleiche gilt, wenn die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei nicht unverzüglich entscheidet. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, ihre Rechte und Interessen wahrzunehmen, werden also nicht geschmälert, sondern in eine dem Grundsatz der Subsidiarität entsprechende Selbstverwaltungslösung eingebunden.

Zu Nummer 20 (Einfügung des § 18a — Schiedsstelle)

Zu Absatz 1

Absatz 1 legt die Anzahl der Schiedsstellen nicht fest. Es bleibt den Beteiligten im Lande überlassen, ob lediglich eine Schiedsstelle auf Landesebene oder mehrere Schiedsstellen jeweils auf Regionalebene eingerichtet werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 beschränkt sich auf Mindestregelungen zur Organisation der Schiedsstellen. Die Besetzung ist weitgehend dem Landesschiedsamt in der Kassenärztlichen Versorgung nach § 368i der Reichsversicherungsordnung nachgebildet. Entsprechend der Regelung in § 18 Abs. 1 Satz 2 ist jedoch auch hier eine Beteiligung des Landesausschusses der privaten Krankenversicherung vorgesehen. Zu den Vertretern der Krankenhäuser gehören auch Vertreter der Länder und Kommunen in ihrer Eigenschaft als Krankenhausträger. Die drei unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle sollen sicherstellen, daß auch in besonders schwierigen Streitfällen eine beiden Seiten gerecht werdende Lösung gefunden wird.

Zu Absatz 3

Durch die Regelungen des Absatzes 3 sollen die Unabhängigkeit und die Entscheidungsfähigkeit der Schiedsstelle gesichert werden.

Zu Absatz 4

Einzelheiten der Schiedsstellenregelung bleiben, auch im Interesse der bundeseinheitlichen Anwendung dieser Vorschrift, einer Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vorbehalten.

Zu Absatz 5

Die Aufgabe der Landesbehörde ist auf die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle beschränkt.

Zu Nummer 21 (Einfügung des § 18b — Investitionsverträge)

Nach dem gegenwärtigen dualen Finanzierungssystem ist bei geförderten Krankenhäusern eine Finanzierung von Investitionskosten über den Pflegesatz nicht zulässig, und zwar selbst dann nicht, wenn die Krankenkassen damit einverstanden wären. Mit dem neuen § 18b wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, zur Finanzierung insbesondere von Rationalisierungsinvestitionen Verträge mit den Krankenhausträgern abzuschließen. Eine generelle Verlagerung von Investitionskosten in die Pflegesätze wird damit nicht zugelassen. Es sollen lediglich im Interesse einer wirtschaftlicheren Betriebsführung das starre duale Finanzierungssystem aufgelockert und die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten der Pflegesatzparteien vor Ort verstärkt werden.

Zu Absatz 1

In Satz 1 werden für den Abschluß von Investitionsverträgen folgende Grundsätze aufgestellt:

1. Der Abschluß erfolgt auf freiwilliger Basis. Die Krankenkassen können nicht — auch nicht über die Anrufung der Schiedsstelle nach § 18a — gezwungen werden, Investitionsverträge mit einem Krankenhausträger abzuschließen.
2. Investitionsverträge können nur im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen werden. Diese Einschränkung der vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten der Pflegesatzparteien erscheint erforderlich, um zu verhindern, daß es infolge unzureichender Koordination zu Fehlinvestitionen und damit zu einer Verschwendung von Beitragsmitteln kommt.
3. Es können nur notwendige Investitionen und Maßnahmen im Sinne des § 9 Nr. 1 bis 3 und Nr. 6 (Herstellung und Beschaffung von Anlagegütern, Anlauf- und Umstellungskosten, Schließung von Krankenhäusern, Umstellung auf andere Aufgaben) ganz oder teilweise durch Investitionszuschlag auf den Pflegesatz finanziert werden, also z. B. nicht die Ablösung der sogenannten „alten Last“ oder ein Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, die mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind.

Satz 2 bestimmt, wann Investitionen und Maßnahmen nach Satz 1 als „notwendig“ anzusehen sind. Nur wenn die Maßnahme geeignet ist, alsbald eine kostengünstigere Erbringung der notwendigen Krankenhausleistungen zu bewirken, Umstellungen zu erleichtern oder Überkapazitäten zu beseitigen, ist die Finanzierung über Investitionsverträge zulässig.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt ausdrücklich klar, daß die öffentliche Hand sich nicht durch die Verweisung auf Investitionsverträge ihrer gesetzlichen Verpflichtung

tung entziehen kann, die Finanzierung der nach dem KHG förderungsfähigen Investitionen zu gewährleisten. Die Finanzierung von Investitionen über die Pflegesätze darf nicht gegen die Ziele der Krankenhausplanung verstoßen; liegt ein Verstoß vor, kann die zuständige Landesbehörde einem Investitionsvertrag widersprechen mit der Folge, daß der Vertrag unwirksam wird.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift gibt, auch im Interesse ihrer bundeseinheitlichen Anwendung, dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Möglichkeit, nähere Einzelheiten zum Abschluß von Investitionsverträgen durch Rechtsverordnung zu regeln.

Zu Nummer 22 (Änderung des § 19 — Empfehlungen)

Gemeinsame Empfehlungen der Bundesverbände der Krankenhausträger und der Krankenkassen sind zwar bislang noch nicht zustande gekommen. Dennoch ist die Beibehaltung der Vorschrift in ihrem Kern erforderlich. Sie soll der Selbstverwaltung den notwendigen Rückhalt geben, die insbesondere für die Vereinbarung der Pflegesätze wichtigen Maßstäbe für den Personalbedarf und die Sachkosten der Krankenhäuser in eigener Verantwortung zu entwickeln.

Der neue Absatz 1 Satz 2 entspricht im wesentlichen dem bisherigen Absatz 4 Satz 1. Er erstreckt die enge Zusammenarbeit auf Ärzteschaft und Arbeitgeber, um deren Kenntnisse und Erfahrungen ebenfalls einzubeziehen. Im übrigen werden die Vorschriften des § 19 durch die Streichung von Absatz 1 Satz 2 sowie Absatz 3 und Absatz 4 Satz 2 auf ihren wesentlichen Kern reduziert.

In Absatz 2 ist die bisherige Kompetenz der Bundesregierung, im Nichteinigungsfall eine Rechtsverordnung zu erlassen, durch eine Schiedsstellenlösung ersetzt worden, die dem Selbstverwaltungsgedanken besser entspricht. Wegen der organisatorischen Einzelheiten ist auf die Schiedsstellenregelung des § 18a verwiesen. Das bedeutet u. a., daß auch hier die näheren Verfahrensvorschriften entsprechend § 18a Abs. 4 durch Rechtsverordnung bestimmt werden.

Zu Nummer 23 (Einfügung des § 19a — Beirat für Pflegesatzfragen)

Zu Absatz 1

Bisher hat der Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach § 7 Abs. 1 KHG, dem die für Krankenhausfragen zuständigen Bundes- und Landesbehörden angehören, Abstimmungs-, Koordinierungs- und Beratungsaufgaben wahrgenommen, die sich aus der Durchführung des KHG ergeben. Auch nach Auflösung der Mischfinanzierung besteht weiterhin ein Koordinierungsbedarf, jedenfalls im Bereich der Gestaltung der Pflegesätze und für Einzelfragen des Pflegesatzrechts. Es hätte deshalb nahegelegen,

den bisherigen Bund-Länder-Ausschuß in einen Pflegesatzausschuß umzuwandeln. Die Bundesregierung hat von einem entsprechenden Vorschlag abgesehen, nachdem die Mehrzahl der Länder eine gesetzliche Verankerung eines solchen Ausschusses nicht als zwingend erforderlich angesehen hat. Die notwendige Koordinierung kann nach Auffassung der Länder auch auf der Grundlage einer freiwilligen Zusammenarbeit sichergestellt werden.

Demgegenüber hat die Bundesregierung den Wünschen der bisher im Beirat nach § 7 Abs. 4 KHG vertretenen Organisationen entsprochen und einen Beirat auch weiterhin im Gesetz vorgesehen, auch deshalb, weil der Beirat nach § 7 Abs. 4 ebenfalls gute Arbeit geleistet hat. Die Aufgabenstellung des Beirats wurde auf Pflegesatzfragen beschränkt. Zu seinen Mitgliedern sollen neben Vertretern der bisher im Beirat nach § 7 Abs. 4 vertretenen Organisationen auch Vertreter der beteiligten Bundesministerien, der privaten Krankenversicherung und der sonstigen Berufsverbände der im Krankenhaus Beschäftigten gehören.

Zu Absatz 2

Die näheren Einzelheiten zur Zusammensetzung und zum Verfahren des Beirats sollen aus Gründen der Zweckmäßigkeit in einer Rechtsverordnung geregelt werden, die der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt.

Zu Nummer 24 (Änderung des § 20 — Nichtanwendung von Pflegesatzvorschriften)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Neufassung des § 5.

Zu Nummer 25 (Neufassung der Überschrift zum 4. Abschnitt — „4. Abschnitt Sonstige Vorschriften“)

Durch die Auflösung der Mischfinanzierung entfällt der bisherige 4. Abschnitt „Finanzhilfen des Bundes“. Alle weiteren Vorschriften des KHG sind im 4. Abschnitt unter „Sonstige Vorschriften“ zusammengefaßt.

Zu Nummer 26 (Streichung der §§ 21 bis 26)

Mit der Aufhebung der Vorschriften über die Finanzhilfen des Bundes an die Länder wird die Konsequenz aus der von den Ländern seit längerem geforderten Auflösung der Mischfinanzierung im Krankenhausbereich gezogen. Die öffentliche Förderung der Krankenhausinvestitionen im Rahmen des dualen Systems nach § 4 Satz 1 Nr. 1 ist künftig allein Aufgabe der Länder. Diese erhalten nach Maßgabe des Artikels 3 vom Bund einen Ausgleich für den Wegfall der Finanzhilfen.

Auch nach Auflösung der Mischfinanzierung verbleiben, ohne daß es einer besonderen gesetzlichen Regelung bedarf, Forschungsaufgaben für den Krankenhausbereich beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Seinen zur Ausfüllung der

Gesetzgebungskompetenzen aus Artikel 74 Nr. 12 und Nr. 19a GG ihm obliegenden Aufgaben und seiner politischen Verantwortung für die Sozialversicherung, vor allem für die Beitragsentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, kann er nur gerecht werden, wenn er die Möglichkeit hat, in grundsätzlichen Fragen des Pflegesatzrechts und der Krankenhausversorgung zu forschen sowie neue, auf mehr Wirtschaftlichkeit zielende Lösungen zu entwickeln und in Modellmaßnahmen zu erproben. Dabei handelt es sich um Aufgaben, die finanzverfassungsrechtlich dem Bund zuzuordnen sind.

Die im vorliegenden Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung vorgeschlagenen Regelungen zur Verbesserung des Pflegesatzrechts sind lediglich ein Einstieg. Die Beratungen und Vorschläge verschiedener Expertengruppen zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, insbesondere der vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung eingesetzten Beratergruppe, haben gezeigt, daß darüber hinaus neue Entgeltformen entwickelt und praktisch erprobt werden müssen, wenn den Krankenhäusern vermehrt Anreize zu wirtschaftlicher Betriebsführung und zu volkswirtschaftlich sinnvollem Verhalten gegeben werden sollen. Diese Entgeltformen bedürfen einer flankierenden Absicherung durch Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die ebenfalls noch zu entwickeln sind. Ebenso sind Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser einschließlich der Personalausstattung zu erarbeiten, die Grundlage für Empfehlungen der Selbstverwaltungspartner nach § 19 KHG sein können.

Zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung sowie zu ihrer sinnvollen Verzahnung mit dem ambulanten Leistungsbereich müssen alternative Versorgungsformen in Modellmaßnahmen gefördert und erprobt sowie durch eine Begleitforschung bewertet werden. Dazu sind neben Forschungs- auch Modellmittel erforderlich. Bei Engpässen in Teilbereichen der Krankenhausversorgung, wie sie z. B. für Herzoperationen und Schwerstbrandverletzte noch bestehen, können Untersuchungen zum überregionalen Bedarf an solchen Leistungen und entsprechende Modelle dazu beitragen, diese Engpässe schneller zu erkennen und zu beheben.

Die Bundesregierung wird die für die Wahrnehmung dieser Aufgaben und die für die Abwicklung noch nicht abgeschlossener Forschungsvorhaben nach dem bisherigen § 26 notwendigen Mittel zur Verfügung stellen. Über die Höhe der für Forschungszwecke und Modellmaßnahmen bereitzustellenden Mittel ist im Rahmen der jährlichen Haushaltsbewilligungen zu entscheiden.

Zu Nummer 27 (Streichung der Überschrift zum 5. Abschnitt)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung der Überschrift des 4. Abschnitts.

Zu Nummer 28 (Neufassung des § 27 — Zuständigkeitsregelung)

Die Zuständigkeitsregelung galt bisher schon für die Mitwirkung der Landesverbände der Krankenkassen an der Krankenhausplanung. Im Zuge der Erweiterung der Selbstverwaltungsrechte gilt sie nun neben § 7 auch für die Aufgaben, die sich aus den §§ 18 a und 18 b ergeben.

Der bisherige § 27 ist, soweit seine Ermächtigungen nicht in § 16 übernommen wurden, entbehrlich.

Zu Nummer 29 (Änderung des § 28 — Auskunftspflicht und Statistik)

Die Streichung in Absatz 1 Nummer 2 und die Neufassung der Nummer 3 folgen aus dem Wegfall der §§ 21 bis 26.

Zu Nummer 30 (Neufassung des § 29 — Übergangsvorschriften)

Zu Absatz 1

Nach § 12 wird das Nähere zur Förderung künftig durch Landesrecht bestimmt. Nach Absatz 1 gelten für die Übergangszeit bis zum Inkrafttreten des Landesrechts die entsprechenden Vorschriften des 2. Abschnitts in der bisherigen Fassung weiter.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt sicher, daß für den Übergang der Förderung auf die Bundesländer im Interesse der Verwaltungsvereinfachung und einer klaren Abgrenzung der Ausgabenverantwortung uneingeschränkt das Kassenprinzip gilt. Eine Abrechnung der Finanzhilfen zwischen Bund und Ländern erfolgt letztmals für das Jahr 1982.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift dient dem Vertrauensschutz für die vor dem 1. August 1984 angeschafften Großgeräte (vgl. die Begründung zu § 17 Abs. 3 Nr. 3).

Zu Absatz 4

Die Vorschrift gewährleistet, daß der geltende § 18 bis zum 31. Dezember 1985 weitergilt; bis dahin gelten auch die entsprechenden Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung weiter.

Zu Nummer 31 (Streichung des § 30 — Übergangsvorschrift für das Pflegesatzverfahren)

Die Streichung ist erforderlich, um eine Anwendung des geänderten Pflegesatzrechts nicht unnötig zu verzögern.

Zu Artikel 2

Ablösung der Mischfinanzierung

Die in der Regierungserklärung vom 5. Mai 1983 angekündigte Auflösung von Mischfinanzierungen entspricht einer langjährigen Forderung der Länder. Sie wurde für den Krankenhausbereich erstmals Mitte der 70er Jahre erhoben, als durch das Haushaltsstrukturgesetz 1975 die Finanzhilfen des Bundes für die Krankenhausinvestitionen der Länder erheblich gekürzt wurden. Die seither immer nachhaltiger gestellte Forderung der Länder nach Entflechtung der Mischfinanzierung wurde im Grundsatz auch von der SPD/FDP-geführten Bundesregierung anerkannt. Sie hat im Frühjahr 1981 gemeinsam mit den Ländern eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe der Finanzminister zum Abbau der Mischfinanzierung eingesetzt. Die Forderung der Länder nach einem zügigen Abbau der Mischfinanzierung wurde zuletzt in der Besprechung der Regierungschefs von Bund und Ländern am 7. Juni 1984 mit Nachdruck wiederholt.

Die Bundesregierung ist sich mit den Ländern weitgehend darin einig, daß es im Interesse der föderativen Ordnung, der Stärkung der Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Länder sowie der Gestaltungsmöglichkeiten der Landesparlamente notwendig ist, die Aufgaben- und Ausgabenverantwortung zwischen Bund und Ländern wieder klar zu trennen.

Hierzu ist erforderlich, die Gewährung von Finanzhilfen nach Artikel 104 a Abs. 4 GG schrittweise auf das unabdingbar notwendige Maß zu beschränken.

Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf soll in einem ersten Schritt die Mischfinanzierung im Krankenhausbereich beseitigt werden. Die bisherigen Finanzhilfen des Bundes nach dem 4. Abschnitt des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) werden ab 1. Januar 1985 eingestellt. Der im Gesetzentwurf vorgesehene Abbau der Finanzhilfen des Bundes macht einen finanziellen Ausgleich zwischen Bund und Ländern notwendig. Dieser Ausgleich soll in Artikel 2 dadurch herbeigeführt werden, daß die Länder ab 1. Januar 1985 vom Bund jährlich einen Betrag von 972 Mio. DM erhalten, und zwar gemäß Artikel 104 a Abs. 3 GG über eine Erhöhung der Bundesanteile an folgenden Geldleistungsgesetzen:

- Wohnungsbau-Prämiengesetz,
- Wohngeldgesetz,
- Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen.

Der jährliche Ausgleichsbetrag liegt zwar um rund 70 Mio. DM über den derzeitigen Finanzhilfen des Bundes, entspricht aber mit 972 Mio. DM den gegenwärtigen Ansätzen der Finanzplanung des Bundes.

Zu Nummer 1 (Änderung des Wohnungsbau-Prämiengesetzes)

Die Änderung des § 7 des Wohnungsbau-Prämiengesetzes bewirkt, daß der Bund die Wohnungsbauprämie, die zur Zeit je zur Hälfte von Bund und Ländern finanziert wird, vom Rechnungsjahr 1985 an in voller Höhe zu zahlen hat.

Zu Nummer 2 (Änderung des Wohngeldgesetzes)

Die Aufwendungen für das Wohngeld werden nach § 34 des Wohngeldgesetzes zur Zeit je zur Hälfte von Bund und Ländern getragen. Vom Rechnungsjahr 1985 an erstattet der Bund den Ländern auf ihre Hälfte einen jährlichen Festbetrag von 282 Mio. DM, der nach dem in § 34 Abs. 2 festgelegten Schlüssel auf die Länder verteilt wird.

Zu Nummer 3 (Änderung des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen)

Durch die Neufassung des § 10 Abs. 1 des Gesetzes entfällt künftig die Verpflichtung der Länder, die Hälfte der Aufwendungen für die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen mitzufinanzieren. Die entstehenden Aufwendungen werden ab dem Rechnungsjahr 1985 vom Bund allein getragen.

Zu Nummer 4 (Änderung der Aufwendungserstattungs-Verordnung)

Die Änderung des § 10 Abs. 1 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen macht entsprechende Folgeänderungen in § 1 Abs. 2 sowie in § 4 der Aufwendungserstattungs-Verordnung erforderlich.

Zu Artikel 3

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Zu Nummer 1 (Änderung des § 371)

Die bisherige Regelung über die Versorgung der Versicherten in Krankenhäusern, nach der Universitätskliniken und in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern eine Vorrangstellung eingeräumt ist, wird geändert. Grundsätzlich soll jedes Krankenhaus unabhängig von seiner im Krankenhausplan ausgewiesenen Stellung nur aufgrund eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen die Berechtigung zur Durchführung der Krankenhauspflege für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung erlangen. Eine ähnliche Regelung hat bis zur Änderung des § 371 im Zusammenhang mit der Verabschiedung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes im Jahre 1977 gegolten. Ziel der Neuregelung ist es, die Wirtschaftlichkeit der Krankenhauspflege im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abzusichern und den Krankenkassen

sen die Möglichkeit zu geben, in Einzelfällen auf den Abbau unwirtschaftlicher nicht bedarfsgerechter Kapazitäten Einfluß zu nehmen (Absatz 1).

Absatz 2 sieht vor, daß die Bereiterklärung des Krankenhauses von den Landesverbänden der Krankenkassen aus drei Gründen abgelehnt werden kann, nämlich wegen fehlenden Bedarfs, mangelnder Leistungsfähigkeit oder mangelnder Wirtschaftlichkeit. Anders als im geltenden Recht ist den Landesverbänden auch die Möglichkeit eingeräumt, die Ablehnung auf bestimmte Versorgungseinheiten, z. B. einzelne Abteilungen des Krankenhauses, zu beschränken (Absatz 6). Die Landesverbände sind bei ihrer Entscheidung jedoch an zustimmende Erklärungen im Rahmen ihrer Beteiligung an der Aufstellung von Krankenhausplänen und Investitionsprogrammen gebunden. Auf diese Weise soll verhindert werden, daß sich die Kassen bei ihren Entscheidungen nach § 371 in Widerspruch zu ihrem früheren Verhalten im Rahmen der Krankenhausplanung setzen. Sie haben bei ihren Entscheidungen mit den Landesbehörden eng zusammenzuarbeiten, damit die notwendige Verzahnung zur Krankenhausplanung gewährleistet ist.

Nach Absatz 5 ist die Kündigung eines zwischen dem Krankenhaus und den Landesverbänden bestehenden Versorgungsvertrages zulässig. Die Kündigungsgründe sind entsprechend Absatz 2 auf die Tatbestände beschränkt, die zur Ablehnung der Bereiterklärung berechtigen. Haben die Landesverbände der Krankenkassen zuvor der Aufnahme des betreffenden Hauses in den Krankenhausplan und das Investitionsprogramm zugestimmt, so können sie eine Kündigung wegen mangelnden Bedarfs erst nach Ablauf einer Dreijahresfrist aussprechen. Auf diese Weise sollen die Krankenkassen für einen entsprechenden Zeitraum an den Krankenhausplan gebunden sein, ehe sie auch unabhängig von der Weiterentwicklung der Landesplanung auf eingetretene Änderungen in einer Versorgungsregion reagieren können. Um die Kündigung in Fällen mangelnder Leistungsfähigkeit oder unwirtschaftlicher Leistungserbringung auf eine gesicherte Grundlage zu stellen, ist vorgeschrieben, daß ein neutrales Fachgutachten eingeholt wird. Ferner muß dem Krankenhaus eine angemessene Frist zur Behebung der Mängel eingeräumt worden sein.

Absatz 3 entspricht mit redaktionellen Änderungen dem bisherigen Absatz 3.

Durch die Regelung in Absatz 4 wird der Besitzstand der heute an der Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmenden Krankenhäuser insoweit gewahrt, als für sie der Abschluß von Versorgungsverträgen unterstellt wird.

Wegen der Eröffnung des Rechtswegs gegen die Entscheidung der Landesverbände vgl. § 374 Abs. 5.

Die Regelung in Absatz 7 entspricht dem geltenden Recht und betrifft die Besonderheiten der Betriebskrankenkassen der Verwaltungen und Betriebe des Bundes.

Zu Nummer 2 (Änderung des § 372)

Die Ergänzung in Absatz 2 Nr. 1 soll die Möglichkeit schaffen, Regelungen zu treffen, nach denen Notwendigkeit und Dauer der Krankenhauspflege durch von den Krankenkassen beauftragte Ärzte überprüft werden können.

Die Änderung in Absatz 6 ist eine redaktionelle Folgeregelung zu den Änderungen des § 371.

Zu Nummer 3 (Änderung des § 373)

Die Änderung in Absatz 1 Satz 3 bereinigt ein redaktionelles Versehen der bisherigen Fassung.

Zu Nummer 4 (Änderung des § 374)

Die Ergänzung in Absatz 5 dient der Klarstellung hinsichtlich des Rechtswegs bei Rechtsstreitigkeiten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern aus den Vertragsbeziehungen nach den §§ 371 bis 374 RVO.

Zu Nummer 5 (Änderung des § 405 a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung der §§ 4 und 17 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Zu Artikel 4

Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Im Hinblick auf die zahlreichen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes empfiehlt sich eine deklaratorische Neufassung durch Neubekanntmachung.

Zu Artikel 5

Berlin-Klausel

Die Vorschrift enthält die notwendige Berlin-Klausel.

Zu Artikel 6

Inkrafttreten

Das Gesetz erfordert neben ergänzenden landesrechtlichen Regelungen auch organisatorische Maßnahmen der Selbstverwaltungsorganisationen, insbesondere zur Umsetzung der §§ 17, 18 und 18 a KHG. Absatz 2 bestimmt daher insoweit ein Inkrafttreten erst am 1. Januar 1986. Im übrigen kann das Gesetz am 1. Januar 1985 in Kraft treten.

05.10.84

Stellungnahme

des Bundesrates

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung
der Krankenhausfinanzierung

Der Bundesrat hat in seiner 541. Sitzung am 5. Oktober 1984
gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem
Gesetzentwurf wie aus der Anlage ersichtlich Stellung zu nehmen.

Anlage

S t e l l u n g n a h m e

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der
Krankenhausfinanzierung

Der Bundesrat begrüßt, daß der von der Bundesregierung vorgelegte Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung wichtige Neuregelungen enthält, die auch vom Bundesrat unterstützt werden.

Der Bundesrat unterstützt die Zielsetzung des Gesetzentwurfes, wonach die Mischfinanzierung zwischen Bund und Ländern im Krankenhausbereich aufgelöst und die Gestaltungsmöglichkeiten der Länder bei der Krankenhausplanung und der öffentlichen Förderung von Krankenhäusern ausgeweitet werden sollen. Dabei geht er davon aus, daß ausreichende Finanzmittel zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und zur Herstellung wirtschaftlicher Betriebsstrukturen bereitgestellt werden.

Der Bundesrat begrüßt auch die Bestrebungen, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege stärker in die Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen einzubeziehen.

Der Bundesrat unterstützt alle Maßnahmen, die geeignet sind, diese Ziele zu erreichen, insbesondere

1. Wegfall der bisherigen Finanzhilfen des Bundes an die Länder für die öffentliche Förderung von Krankenhäusern bei entsprechender Erhöhung des Bundesanteils an anderen Geldleistungsgesetzen,

2. bundesrechtliche Vorgaben hinsichtlich der Beteiligungsrechte der Krankenkassenverbände und Krankenhausorganisationen, insbesondere eine stärkere Mitwirkung der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen an der Krankenhausplanung,
3. Stärkung der Selbstverwaltung bei der **Pflegesatzermittlung**,
4. Schaffung von Anreizen zu einer wirtschaftlicheren Betriebsführung, insbesondere durch
 - Vereinbarung der Pflegesätze für künftige Zeiträume,
 - Übergang zu stärker leistungsorientierten Entgelten,
 - Zulassung von Gewinn- und Verlustmöglichkeiten,
 - Ermächtigung zur Einführung neuer Vergütungsarten in der Bundespflegesatzverordnung.

In wichtigen Regelungen vermag jedoch der Bundesrat den Vorstellungen der Bundesregierung zur Erreichung der Ziele des Gesetzentwurfes nicht zu folgen. Dies gilt insbesondere für

- die in § 4 vorgesehene Finanzierungsregelung, wonach die Leistungen des Krankenhauses nur noch "angemessen" vergütet werden sollen,
- die Änderung des § 17 Abs. 1, wonach die Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser sowie die Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen sind,
- die zu weitgehende bundesrechtliche Festlegung der Investitionsförderung, die den Ländern entgegen der Zielsetzung des Gesetzentwurfes zu geringen Gestaltungsspielraum einräumt,
- die vorgesehene Änderung des § 371 RVO, die mit der Kompetenz und Verantwortung der Länder für die Krankenhausversorgung nicht zu vereinbaren ist,
- die Verlagerung von Kosten solcher Ergänzungsbeschaffungen in die Investitionsförderung nach § 9, die bisher aus den Pauschalen nach § 10 oder aus dem Pflegesatz zu finanzieren waren.

Seine Vorstellungen hat der Bundesrat in einem eigenen Gesetzentwurf niedergelegt und beschlossen, diesen gemäß Artikel 76 Abs. 1 des Grundgesetzes beim Deutschen Bundestag einzubringen (Drucksache 363/84 (Beschluß)).

Der Bundesrat fordert die unmittelbar Beteiligten, die Krankenhäuser und die Krankenkassen auf, miteinander partnerschaftlich und vertrauensvoll zu kooperieren, um die stationäre Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch leistungsfähigen und sparsam wirtschaftenden Krankenhäusern unter Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger dauerhaft **zu gewährleisten. Ungeachtet dessen müssen die** Kostendämpfung im Gesundheitswesen und die Beitragsstabilität vorrangiges Ziel bleiben.