Deutscher Bundestag 5. Wahlperiode

Drucksache V/4230

Der Bundesminister für Gesundheitswesen

I A 1 — 41900 — 1164/69

Bad Godesberg, den 19. Mai 1969

An den Herrn Präsidenten des Deutschen Bundestages

Betr.: Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten Bezug: Beschluß des Deutschen Bundestages vom 1. Juli 1966 — Drucksache V/784 —

Hiermit übersende ich den Bericht der Bundesregierung über die finanzielle Lage der Krankenanstalten in der Bundesrepublik Deutschland unter Bezugnahme auf den Beschluß des Deutschen Bundestages vom 1. Juli 1966 — Drucksache V/784 — in der vom Kabinett am 14. Mai 1969 beschlossenen Fassung.

Käte Strobel

Bericht der Bundesregierung

an den Deutschen Bundestag gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom 1. Juli 1966 (Drucksache V/784) *)

über die finanzielle Lage der Krankenanstalten in der Bundesrepublik

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1	Die derzeitige Krankenhausfinanzierung	6
1.1	Begriff der Krankenanstalten	6
1.2	Rechtliche Grundlagen und Praxis der Krankenhausfinanzierung \dots	6
1.2.1	Rechtliche Grundlagen	6
1.2.1.1	Ermittlung der Selbstkosten nach den Vorschriften der VO PR 7/54	6
1.2.1.2	Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze	8
1.2.2	Förderungsmaßnahmen der Länder	9
1.2.3	Beteiligung der Gemeinden und Gemeindeverbände an der Krankenhausfinanzierung	9
1.3	Finanzielle Lage der Krankenanstalten nach früheren Untersuchungen	9
1.3.1	Untersuchung des Bundesministers für Wirtschaft aus dem Jahre 1958	9
1.3.2	Analyse der finanziellen Lage der Krankenanstalten aus dem Jahre 1965	9
1.4	Folgerungen aus den früheren Untersuchungen	10
1.4.1	Entwurf einer Änderungsverordnung zur VO PR 7/54 des Bundesministers für Wirtschaft aus dem Jahre 1964	10
1.4.2	Entwurf einer Änderungsverordnung zur VO PR 7/54 des Bundesministers für Gesundheitswesen aus dem Jahre 1965	10
1.5	Der Beschluß des Deutschen Bundestages vom 1. Juli 1966	10
2	Vorbereitung, Grundlagen und Methode der Untersuchung	10
2.1	Vorbereitung der Untersuchung	. 10
2.2	Grundlagen der Untersuchung	11
2.3	Methode der Untersuchung	11
2.3.1	Verteilung und Rücklauf der Fragebogen	11
2.3.2	Maßnahmen zur Sicherung der Aussagefähigkeit des gesammelten Materials	11
2.3.3	Aufbereitung der statistischen Masse	12
2.3.3.1	Krankenanstalten im Bundesgebiet und Zahl der von der Untersuchung erfaßten Krankenanstalten und planmäßigen Betten a) Krankenanstalten und planmäßige Betten am 31. Dezember 1966 b) Zahl der durch die Untersuchung erfaßten Krankenanstalten und	10
0.000	Betten	12
2.3.3.2	Das Aufbereitungsprogramm	14

^{*)} siehe Anlage 1

		Seite
2.3.3.3	Gruppierung der Krankenanstalten	14
2.3.3.4	Bezugsgröße für Kosten und Erträge	15
3	Die Kostenunterdeckung (Defizit) der Akutkrankenanstalten im Jahre 1966	15
3.1	Vorbemerkung	15
3.2	Kostenunterdeckung I	16
3.2.1	Pflegetage und Vergleichstage	16
3.2.2	Kostenunterdeckung I im Bundesgebiet nach Trägern	16
3.2.3	Kostenunterdeckung I nach Ländern und Trägern, bezogen auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse	17
3.3	Kostenunterdeckung II	17
3.3.1	Allgemeines	17
3.3.2	Berechnung der Kostenunterdeckung II	18
3.3.3	Kostenunterdeckung II nach Ländern und Trägern, bezogen auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse	
	a) öffentlich-rechtliche Träger	19
	b) freigemeinnützige Träger	19
	c) private Träger	19
3.4	Kostenunterdeckung III	19
3.4.1	Allgemeines	19
3.4.2	Berechnung der Kostenunterdeckung III	20
3.4.3	Kostenunterdeckung III nach Ländern und Trägern, bezogen auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse	
	a) öffentlich-rechtliche Träger	20
	b) freigemeinnützige Träger	21
	c) private Träger	21
3.5	Kostenunterdeckung IV	21
3.5.1	Allgemeines	21
3.5.2	Berechnung der Kostenunterdeckung IV	21
3.5.3	Kostenunterdeckung IV nach Ländern und Trägern, bezogen auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse	
	a) öffentlich-rechtliche Träger	22
	b) freigemeinnützige Träger	22
	c) private Träger	22
4	Wertung des Ergebnisses	23
4.1	Wertung des Ergebnisses für das Jahr 1966	23
4.2	Wertung des Ergebnisses für das Jahr 1968	24
5	Finanzielle, rechtliche und organisatorische Voraussetzungen, die geschaffen werden können, um den Krankenanstalten die Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben zu ermöglichen	25
5.1	Vorbemerkung	25
5.2	Finanzielle und rechtliche Voraussetzungen	25
521	Defizitheseitigung unter Reihehaltung des gegenwärtigen Systems	25

		Seite
5.2.1.1	Wegfall aller öffentlichen Finanzhilfen (Kostendeckender Pflegesatz)	25
5.2.1.2	Beibehaltung der gegenwärtig geleisteten öffentlichen Finanzhilfen, Deckung der restlichen Kosten durch den Pflegesatz	26
5.2.1.3	Beibehaltung der Förderungsmaßnahmen der Länder, Fortfall der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse, Deckung der restlichen Kosten durch den Pflegesatz	27
5.2.2	Defizitbeseitigung unter Änderung der Grundlagen für die Krankenhausfinanzierung	28
5.2.2.1	Ubernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand ausschließlich der Instandhaltungskosten unter Beibehaltung der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse	28
5.2.2.2	Ubernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand ausschließlich der Instandhaltungskosten unter Fortfall der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse	29
5.2.2.3	Ubernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand einschließlich der Instandhaltungskosten unter Beibehaltung der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse	29
5.2.2.4	Übernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand einschließlich der Instandhaltungskosten unter Fortfall der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse	29
5.2.2.5	Ubernahme der Investitionskosten für lang- und mittelfristig nutzbare Anlagen durch die öffentliche Hand unter Beibehaltung der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse	29
5.2.2.6	Ubernahme der Investitionskosten für lang- und mittelfristig nutzbare Anlagen durch die öffentliche Hand unter Fortfall der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse	30
5.2.2.7	Übernahme der Investitionskosten für die langfristig nutzbaren Anlagen durch die öffentliche Hand unter Beibehaltung der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse	30
5.2.2.8	Ubernahme der Investitionskosten für die langfristig nutzbaren Anlagen durch die öffentliche Hand unter Fortfall der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse	30
5.2.2.9	Behandlung der "alten Last"	30
5.3	Grundsätze für die künftige Krankenhausfinanzierung und Krankenhausorganisation	30
6	Zur Frage der finanziellen, sozialpolitischen und gesundheitspolitischen Auswirkungen der s. Z. vorgeschlagenen Änderung der Bundespflegesatzverordnung	32
Anhan	g 1 (Tabellen 1 bis 7)	
	Tabellenwerk über die Kosten- und Ertragssituation der Kranken- anstalten aus verschiedener Sicht	34
Anhan	g 2 (Tabellen 1 bis 11)	
	Tabellenwerk über die Länderregelungen bei der Bemessung der Abschreibungen usw	42
Anhan	g 3 (Tabellen 1 bis 7)	
	Ubersicht über die Förderungsmaßnahmen der Länder im Jahre 1966 und während der Zeit von 1950 bis 1966	54

		Seite
Anlage	1	
*	Beschluß des Deutschen Bundestages	66
Anlage	2	
	Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954 mit Runderlaß betreffend Durchführung der Verordnung PR Nr. 7/54 usw.	67
Anlage	3	
	Auszug aus der schriftlichen Antwort der Bundesregierung zu der Großen Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik vom 12. Juni 1968 (Drucksache V/3008)	73
Anlage	4	
	Auszug aus dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes vom 18. November 1968 (Drucksache V/3515)	75
Anlage	5	
	Anschreiben des Bundesministers für Gesundheitswesen zum Fragebogen	77
Anlage	6	
	Fragebogen	79

1 Die derzeitige Krankenhausfinanzierung

1.1 Begriff der Krankenanstalten

1.1.1 Begriff der Krankenanstalten im Sinne der Verordnung

Nach der Verordnung PR 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954 (Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9. September 1954) ¹) § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 fallen unter den Begriff der Krankenanstalten

- a) Anstalten, in denen Kranke untergebracht und verpflegt werden und in denen durch (ständige) ärztliche Hilfeleistung erstrebt wird, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern;
- b) Entbindungsanstalten.

1.1.2 Unterscheidung nach der Trägerschaft

Nach der Trägerschaft werden die Krankenanstalten in öffentliche, freie gemeinnützige und private unterschieden.

- a) Offentliche Krankenanstalten sind solche, die von einer Gebietskörperschaft (z. B. Bund, Land, Kreis, Gemeinde), von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften (Arbeitsgemeinschaften, Zweckverbänden) sowie von Sozialversicherungsträgern betrieben oder von den genannten Trägern durch Hergabe von Geldmitteln überwiegend unterhalten werden. 37,6 v. H. aller Krankenanstalten sind öffentliche Krankenanstalten. Sie stellen rd. 55,0 v. H. der planmäßigen Betten ²) ³).
- b) Private Krankenanstalten sind Krankenanstalten, die als Erwerbsunternehmen auf Grund von § 30 der Reichsgewerbeordnung von einer höheren Verwaltungsbehörde konzessioniert sind. 26,9 v. H. aller Krankenanstalten sind in privater Hand. Sie stellen 8,5 v. H. der planmäßigen Betten 3).
- Freie gemeinnützige Krankenanstalten sind solche, die nicht öffentliche oder private Krankenanstalten sind. Träger sind im allgemeinen Kir-

chengemeinden, religiöse Gemeinschaften, kirchliche und private Stiftungen, gemeinnützige Vereine u. a.

35,5 v. H. aller Krankenanstalten werden von gemeinnützigen Trägern unterhalten. Sie stellen rd. 36,5 v. H. der vorhandenen planmäßigen Betten ²) ³).

1.2 Rechtliche Grundlagen und Praxis der Krankenhausfinanzierung

1.2.1 Rechtliche Grundlagen

Auf Grund der §§ 2 und 3 des Preisgesetzes vom 10. April 1948 (Gesetz- und Verordnungsblatt des Wirtschaftsrates des Vereinigten Wirtschaftsgebietes S. 27), zuletzt geändert durch § 37 des Gesetzes über die Investitionshilfe der gewerblichen Wirtschaft vom 7. Januar 1952 (BGBl. I S. 7) hat der Bundesminister für Wirtschaft die Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954 und einen Runderlaß betreffend Durchführung der o. a. Verordnung (beides Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9. September 1954) 1) erlassen. Die VO PR 7/54 ist eine Rahmenverordnung, auf deren Grundlage die zuständigen obersten Landesbehörden mit Ausnahme Baden-Württembergs und Bayerns Einzelverordnungen über Pflegesätze von Krankenanstalten erlassen haben.

1.2.1.1 Ermittlung der Selbstkosten nach den Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung (VO PR 7/54)

Allgemeines

Die Pflegesätze der Krankenanstalten unterliegen den Preisvorschriften bei Leistungen der Krankenanstalten

- a) für alle Personen, bei denen auf Grund gesetzlicher Vorschriften ein Sozialversicherungsträger oder ein Träger der Sozialhilfe für die Pflegesätze aufkommt, sowie für sonstige Personen, die einen gesetzlichen Anspruch auf Heilbehandlung haben;
- b) für Selbstzahler der dritten Pflegeklasse.

Nach § 3 VO PR 7/54 sollen bei der Genehmigung oder Festsetzung von Pflegesätzen, für die die Preisbildungsstellen der Länder zuständig sind, die Selbstkosten zugrunde gelegt werden, die unter Beachtung der Grundsätze einer sparsamen Wirtschaftsführung bei stationärer Behandlung entstehen.

Der Begriff "Selbstkosten" im Sinne der VO PR 7/54 ist in § 6 der VO definiert. Er stimmt nicht mit dem üblichen betriebswirtschaftlichen Kostenbegriff über-

i) im folgenden VO PR 7/54 genannt; VO PR 7/54 und Runderlaß s. Anlage 2

²⁾ Betten gelten als planmäßig, soweit sie den Richtlinien für den Bau und die Einrichtung von Krankenanstalten oder sonstigen Regelungen des Sitzlandes entsprechen. Darüber hinaus aufgestellte Betten werden als Zusatzbetten bezeichnet.

³⁾ Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Fachserie A Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesundheitswesen, III Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens 1966, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart und Mainz (im folgenden "Statistik" genannt) S. 7

ein, weil aus preis-, wirtschafts- und sozialpolitischen Gründen bestimmte Kostenarten nicht angesetzt werden dürfen. So sind z. B. die Verzinsung des Eigenkapitals und der Ansatz von Zinsen für Fremdkapital, das für die Beseitigung von Kriegsschäden und für die Deckung des Nachholbedarfs aufgenommen werden mußte, nicht zulässig. Zinsen für sonstiges Fremdkapital dürfen höchstens in Höhe des marktüblichen Zinssatzes der erststelligen Hypotheken der öffentlich-rechtlichen Kreditanstalten eingesetzt werden. Von den herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüssen 4) ist der Durchschnitt der Zuschüsse der jeweils letzten 5 Jahre von den Selbstkosten abzusetzen. Diese Betriebszuschüsse werden im wesentlichen von den Gemeinden geleistet. Die vorgeschriebene Absetzung der Betriebszuschüsse von den Kosten macht nach Auffassung der Gemeinden eine ständige Erneuerung der Zuschüsse notwendig, wenn die Liquidität der bezuschußten Krankenanstalt nicht gefährdet werden soll.

2. Absetzungen für Abnutzung (Abschreibungen)

Nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 der VO PR 7/54 gehören zu den Selbstkosten auch Absetzungen für Abnutzung des Anlagevermögens in angemessener Höhe. Eine Erläuterung zu dieser Frage enthält der Runderlaß zur VO PR 7/54 zu § 6 Abs. 1. Es heißt dort in Abschnitt 3:

- "... bei sonstigen Anlagegütern wird grundsätzlich vom Anschaffungswert auszugehen sein. Falls bei diesen zwischen den Anschaffungs- und Wiederbeschaffungswerten erhebliche Abweichungen bestehen, die nicht nur vorübergehend sind, wird bei der Berechnung der Abschreibungen der Wiederbeschaffungswert einer gleich leistungsfähigen Anlage berücksichtigt werden können, und zwar
- a) für Anlagegüter, die bereits am 20. Juni 1948 vorhanden waren, der Wiederbeschaffungswert am 30. August 1948 oder 30. August 1949, je nachdem, welcher dieser beiden Zeitpunkte zu dem niedrigeren Wiederbeschaffungswert führt;
- 4) Zuschüsse, die in öffentlichen (kommunalen) Haushalten als Betriebszuschüsse an die Krankenanstalt bezeichnet sind

b) für Anlagegüter, die nach dem 20. Juni 1948 beschafft wurden, der Wiederbeschaffungspreis im Zeitpunkt der Pflegesatzermittlung."

Die Berechnung von Absetzungen für Abnutzung (Abschreibungen) auf der Grundlage von Anschaffungs- oder Wiederbeschaffungswerten setzt eine entsprechende Anlagenbuchführung voraus, die bei mehr als der Hälfte der Krankenanstalten nicht vorhanden ist. Die Krankenanstalten sind nicht verpflichtet, eine solche zu führen. In der Praxis wurde deshalb eine technische Hilfsgröße zur Bestimmung der Abschreibungen wie folgt entwickelt: Die Krankenanstalten dürfen in die Kostenrechnung einen pauschalen Rücklagenbetrag je planmäßigem Bett einsetzen, der in seiner Höhe abhängig von der Größe und der Ausstattung der betreffenden Krankenanstalt ist 5). Hierfür werden die Krankenanstalten allgemein in 6 Gruppen = Wertklassen eingeteilt. Jeder dieser Gruppe entspricht ein bestimmter Wiederbeschaffungswert je planmäßigem Bett. Erstmals wurde eine solche Tabelle auf der Basis der Wiederbeschaffungswerte per 1. April 1955 erstellt, wobei die Wiederbeschaffungswerte mit 12500, 15 000, 17 500, 20 000, 22 500 und 25 000 DM angesetzt 6) und mit unwesentlichen Abwandlungen in fast allen Bundesländern bis Ende 1966 zugrunde gelegt wurden. Die nach dem 1. April 1955 eingetretenen Steigerungen der Wiederbeschaffungswerte blieben lange Zeit unberücksichtigt.

Erst im Dezember 1966 wurden die Pauschalwerte auf 18 000, 22 000, 26 000, 30 000, 35 000 und 40 000 DM erhöht. Die Erhöhungen werden zumeist zwischen den Preisbehörden der Länder abgesprochen. Eine bundesgesetzliche Regelung über die Höhe der Werte besteht nicht. Die Pauschalwerte, die der Berechnung der Abschreibung zugrunde gelegt werden, sind nicht in allen Ländern gleich und werden wie folgt angesetzt:

- Solbstkostenblatt für die Pflegesatzermittlung lt. VO PR 7/54 vom 11. Februar 1955. Diese Anmerkungen haben keine Verbindlichkeit erlangt. In der Praxis verfährt jedoch die Mehrzahl der Preisbildungsstellen der Länder nach der hier gegebenen Anleitung zur Ermittlung der Selbstkosten.
- 6) vgl. Gehrt-Schöne "Bundespflegesatzverordnung, Kommentar" 2. überarbeitete Auflage, S. 108, Verlag W. Kohlhammer

Wert- klasse	Baden- Württemberg, Bayern, Hessen, Rheinland- Pfalz, Saarland	Hamburg	Berlin (West)	Bremen	Niedersachsen	Nordrhein- Westfalen
0 1	} 40 000	40 000	39 000		40 000	25 000
2 3	35 000 30 000	35 00 0 30 0 00	32 000	43 250	36 000 32 000	22 500 20 000
4 5	26 000 12 000	26 000	30 000		28 000 22 000	17 500 15 000
6	18 000		24 000		18 000	12 500

Da der Wiederbeschaffungswert eines Bettes im Jahre 1966 — je nach Größe und Ausstattung der Anstalt — auf mindestens 30 000 bis 80 000 DM, im Durchschnitt auf 60 000 DM, geschätzt wurde, führt nach Meinung der Krankenanstalten auch der Ansatz dieser neuen Werte zu weiteren Substanzverlusten.

Der Berechnung der nach VO PR 7/54 in die Kostenrechnung der Krankenanstalten eingehenden Abschreibungen wird im allgemeinen ein Abschreibungssatz von 2,8 v. H. des pauschalen Wiederbeschaffungswertes eines Krankenhausbettes zugrunde gelegt.

Bei der erstmaligen Ermittlung des Abschreibungssatzes wurde in der Praxis davon ausgegangen, daß der Wert langfristiger Anlagen 70 v. H. des gesamten Anlagewertes betrage und deren Lebensdauer mit 100 Jahren anzunehmen sei. Die Lebensdauer der restlichen Anlagen schwanke zwischen 3 und 30 Jahren und liege im Mittel bei 14 Jahren. Der Abschreibungssatz von 2,8 v. H. ergibt sich daher als Mittelwert wie folgt:

$$\frac{70 \times 1^{0/0} + 30 \times 7^{0/0}}{100} = \frac{280}{100} = 2.8^{0/0}$$

In Schleswig-Holstein werden die Abschreibungen nicht nach Pauschalwerten, sondern bilanziell auf der Basis der Anschaffungswerte ermittelt.

Nordrhein-Westfalen hat es in seiner Landespflege-satzverordnung vom 3. Februar 1966 (VO NW PR 1/66 über die Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 3. Februar 1966 — GV.NW S. 57) bei den Bettenwerten der im Jahre 1955 ermittelten Skala belassen. Anstelle des allgemein üblichen Abschreibungssatzes von 2,8 v. H. können jedoch 3,5 v. H. des o. a. Pauschalwertes und zur Erhaltung des betriebsnotwendigen Vermögens auch höhere Abschreibungen eingesetzt werden. Auf diese Weise nähert sich der absolute Ansatz der Abschreibungen je planmäßigem Bett im Lande Nordrhein-Westfalen dem der übrigen Länder an. In Niedersachsen werden die Pauschalwerte zur Berücksichtigung der Landesförderung um 25 v. H. gekürzt 7).

3. Anpassungsrückstellung

Die sogenannte "Anpassungsrückstellung" soll es den Krankenanstalten ermöglichen, ihre Einrichtung der diagnostisch-therapeutischen Entwicklung anzupassen. Praktisch handelt es sich um eine zusätzliche Finanzierungsquote. Sie ist nach der Verordnung (§ 6 Abs. 1 Nr. 3) in Höhe eines Hundertsatzes der Absetzungen für Abnutzung (Abschreibungen) anzusetzen. Die Höhe der Anpassungsrückstellung ist nach der Struktur der Krankenanstalten zu bemessen. Als obere Grenze gelten in der Praxis 25 v. H. der angemessenen verbrauchsbedingten Abschreibungen.

Die Preisbildungsstellen der Länder erkennen die Anpassungsrückstellung überwiegend mit 10 v. H. der Abschreibungen an. ⁷)

4. Laufende Instandhaltung kurzlebiger Ersatz

Diese Position kann mit 50 v.H. der verbrauchsbedingten Abschreibungen als angemessen anerkannt und in die Kostenrechnung einbezogen werden. Die Praxis ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich. Im allgemeinen werden zwischen 40 v.H. und 50 v.H. der Abschreibungen angesetzt 7).

1.2.1.2. Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze

Vor der Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze sollen die Preisbildungsstellen der Länder darauf hinwirken, daß Verhandlungen zwischen den Krankenanstalten einerseits und den Sozialversicherungsträgern sowie den Sozialhilfeträgern andererseits stattfinden und eine Einigung über die Höhe des jeweiligen Pflegesatzes binnen angemessener Frist zustande kommt. Das Ergebnis der Verhandlungen ist im Falle der Einigung der Genehmigung der Pflegesätze zugrunde zu legen (VO PR 7/54 § 2 Abs. 3).

Kommt keine Einigung zustande, so sind die Kostenund Ertragslage der Krankenanstalten sowie die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der beteiligten Sozialversicherungsträger zu prüfen und bei der Festsetzung der Pflegesätze zu berücksichtigen (VO PR 7/54 § 2 Abs. 4). Damit erfährt der Grundsatz des § 3 VO PR 7/54, daß bei der Genehmigung oder Festsetzung von Pflegesätzen die Selbstkosten zugrunde gelegt werden sollen, zusätzlich zu den in § 6 enumerativ bestimmten Einschränkungen eine weitere - generelle - Einschränkung. Die notwendige Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger hat in der Vergangenheit um so mehr Bedeutung erlangt, je mehr sich die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der in § 389 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung (RVO) bestimmten Beitragsgrenze von 11 % näherten. Sie wirkte sich auch dahingehend aus, daß die notwendige Anpassung der pauschalen Werte je Bett an die echten Wiederbeschaffungswerte der Anlagen als Grundlage für die Berechnung der Abschreibungen in der Vergangenheit nur unzureichend und mit starker Verzögerung vorgenommen wurde.

Die Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger bei der Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze von Krankenanstalten ist somit zu einem wesentlichen Faktor der heutigen Problematik in der Pflegesatzgestaltung geworden.

Die meisten Länder machen entsprechend § 5 VO PR 7/54 von der Möglichkeit Gebrauch, für Gruppen gleichartiger Krankenanstalten Einheitssätze zu genehmigen oder festzusetzen. Im allgemeinen basieren die Einheitssätze auf Durchschnittswerten einer Gruppe, so daß die finanzielle Lage gleichartiger Krankenanstalten voneinander abweichen kann, je nachdem, ob eine Krankenanstalt mit ihren Kosten

⁷⁾ vgl. Anhang 2, Tabellen 1 bis 11, wo auch die abweichenden Länderregelungen (NRW u. a.) dargestellt sind.

über oder unter den Durchschnittswerten liegt. Liegt sie unter den Durchschnittswerten, so ist das nicht unbedingt gleichbedeutend mit Gewinn, weil auch die den Einheitssätzen zugrunde gelegten Kosten allen o. a. Einschränkungen unterworfen sind und damit unterhalb der realen Kosten liegen.

1.2.2 Förderungsmaßnahmen der Länder

Neben dem sich aus VO PR 7/54 ergebenden Rechtsanspruch der Krankenanstalten auf Erstattung der Kosten für die stationäre Behandlung unter Berücksichtigung der ebenfalls sich aus der Verordnung ergebenden Einschränkungen gibt es keinen weiteren Rechtsanspruch, durch den die Deckung der Restkosten gesichert wird.

Die Länder haben sich aber in immer stärkerem Maße der Krankenhausfinanzierung angenommen. Sie leisten, ohne durch ein spezielles Krankenhausfinanzierungsgesetz verpflichtet zu sein, seit 1950 im allgemeinen von Jahr zu Jahr steigende Finanzhilfen, die jedoch von Land zu Land große Unterschiede aufweisen 8). Die Förderungsmaßnahmen der Länder umfassen Investitionszuschüsse, Zins- und Tilgungszuschüsse für aufgenommenes Fremdkapital und langfristige Darlehen. Die Tatsache, daß diese Förderungsmaßnahmen seit 1950 im wesentlichen jährlich steigende Tendenz zeigen, läßt den Schluß zu, daß auch in Zukunft mit einem Engagement der Länder für die Krankenhausfinanzierung gerechnet werden kann. Der durch die einschränkenden Bestimmungen der VO PR sich rechnerisch ergebende Substanzverlust wird durch die Maßnahmen der Länder gemildert. Außerdem bedeutet die Gewährung von Zuschüssen und zinsgünstigen (zinslosen) Darlehen eine Entlastung der Krankenanstalten und der Krankenkassen um die Aufwendungen, die erforderlich wären, wenn Baugelder auf dem Kapitalmarkt zu marktmäßigen Zins- und Tilgungssätzen aufgenommen werden müßten.

1.2.3 Beteiligung der Gemeinden und Gemeindeverbände an der Krankenbausfinanzierung

Die Gemeinden und Gemeindeverbände leisten als Träger an ihre Krankenanstalten Betriebszuschüsse, mit denen u. a. auch die sich aus der Anwendung der VO PR 7/54 ergebenden Defizite in einem gewissen Rahmen abgefangen werden. Darüber hinaus haben die Gemeinden und Gemeindeverbände (ohne Stadtstaaten) im Jahresabschluß 1966 für Bauten (von Krankenhäusern, Entbindungs- und Wöchnerinnenheimen), große Instandsetzungen und Neuanschaffung von beweglichem Vermögen rd. 835 Millionen DM an Ausgaben ausgewiesen. Inwieweit es sich hier um Reininvestitionen handelt, die durch den Abschreibungsanteil über den Pflegesatz finanziert wurden, oder um Neuinvestitionen, konnte nicht ermittelt werden. Die Gesamtrechnung der Gemeinden und Gemeindeverbände ohne Stadtstaaten schließt für den Bereich der Krankenanstalten und Entbindungsheime gegenüber den Einnahmen mit Mehrausgaben in Höhe von rd. 857,5 Millionen DM ab.⁹)

1.3 Finanzielle Lage der Krankenanstalten nach früheren Untersuchungen

1.3.1 Untersuchung des Bundesministers für Wirtschaft aus dem Jahre 1958

Zur Vorbereitung einer Änderung der VO PR 7/54 hat der Bundesminister für Wirtschaft in Zusammenarbeit mit den Preibildungsstellen der Länder in den Jahren 1957/58 eine Fragenbogenaktion mit dem Ziele durchgeführt, festzustellen, in welchem Umfang s. Z. (1957) eine Kostenunterdeckung bei den deutschen Krankenanstalten gegenüber den in § 6 der VO PR 7/54 aufgeführten Selbstkosten bestand. Danach waren im Jahre 1957 von den Selbstkosten im Sinne der VO (eingeschränktes Selbstkostenprinzip) schätzungsweise Kosten in Höhe von rd. 480 Millionen DM ungedeckt. Von diesem Betrag wurden die herkömmlich geleisteten Betriebszuschüsse in Höhe von rd. 200 Millionen DM jährlich abgesetzt, so daß ein Defizit gegenüber den Selbstkosten gemäß VO PR 7/54 von rd. 280 Millionen DM verblieb.

1.3.2 Analyse der finanziellen Lage der Krankenanstalten aus dem Jahre 1965

Am 2. Juni 1965 legte der Bundesminister für Gesundheitswesen dem Bundeskabinett eine Untersuchung zur wirtschaftlichen Lage der Krankenanstalten im Jahre 1964 vor, die als Fortrechnung auf der Basis der Untersuchung des Bundesministers für Wirtschaft entwickelt worden war.

Da nach Auskunft der Preisbildungsstellen der Länder die Pflegesatzerhöhungen im allgemeinen die Steigerung der Betriebskosten aufgefangen hatten, ohne aber das in der o. a. Untersuchung festgestellte Defizit zu beseitigen, ging der Bundesminister für Gesundheitswesen weiterhin von einem Defizit von 280 Millionen DM (ohne das durch die gemeindlichen Betriebszuschüsse gedeckte Defizit von rd. 200 Millionen DM im Jahre 1957) aus. Darüber hinaus wurden in dieser Lageanalyse auch die Fehlbeträge erfaßt, die sich daraus ergaben, daß die Nutzungsdauer der langfristigen Anlagen gegenüber den modernen Erfordernissen zu hoch veranschlagt (100 Jahre) und die Wiederbeschaffungswerte aller Anlagegüter gegenüber den tatsächlichen Preisen zu niedrig angesetzt wurden.

Bei Annahme einer Nutzungsdauer von 50 Jahren für langfristige Anlagen und einer Annäherung der Wiederbeschaffungswerte je Bett an die realen Verhältnisse des Jahres 1964 wurde ein Defizit von 785 Millionen DM errechnet.

⁸⁾ vgl. Anhang 3 Tabellen 1 bis 7

Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Finanzen und Steuern, Reihe I Haushaltswirtschaft von Bund, Ländern und Gemeinden, II. Jahresabschlüsse, Kommunalfinanzen 1966, S. 108, Kohlhammer-Verlag

1.4 Folgerungen aus den früheren Untersuchungen

1.4.1 Entwurf einer Änderungsverordnung zur VO PR 7/54 des Bundesministers für Wirtschaft aus dem Jahre 1964

Auf Grund der Ergebnisse der Untersuchung aus dem Jahre 1958 legte der Bundesministers für Wirtschaft dem Bundeskabinett im April 1964 den Entwurf einer Verordnung zur Änderung der VO PR 7/54 vor. Durch die Änderungsverordnung sollten die bisher nicht berücksichtigungsfähigen Kosten in die Selbstkostenrechnung der Krankenanstalten einbezogen werden können, wobei allerdings auch weiterhin die Pflicht zur Absetzung der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse von den Kosten beibehalten werden sollte.

1.4.2 Entwurf einer Änderungsverordnung zur VO PR 7/54 des Bundesministers für Gesundheitswesen aus dem Jahre 1965

Nachdem seit Errichtung des Bundesministeriums für Gesundheitswesen die sachliche Zuständigkeit für die Krankenanstalten und damit auch gemäß § 3 Abs. 1 Satz 2 des Preisgesetzes die Zuständigkeit für die Erarbeitung von Vorschlägen auf dem Gebiete der preisrechtlichen Pflegesatzregelung auf dieses übergegangen war, legte im August 1965 der Bundesminister für Gesundheitswesen einen überarbeiteten Entwurf der Änderungsverordnung dem Bundeskabinett mit der o. a. Analyse der finanziellen Lage der Krankenanstalten vor. Nach dem Entwurf sollten die öffentlichen Investitionshilfen und weiterhin die herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse von den Kosten vor der Pflegesatzermittlung abgesetzt und im übrigen die Kosten durch den Pflegesatz gedeckt werden. Das Bundeskabinett verabschiedete diesen Entwurf nicht. Es wurde vielmehr für erforderlich gehalten, über strittige Fragen innerhalb der Bundesressorts selbst und mit den Ländern sowie den interessierten Verbänden Beratungen einzuleiten.

Der daraufhin an die Verbände versandte Entwurf einschließlich eines Ausführungserlasses führte zu umfangreichen Diskussionen vor allem über die finanziellen Auswirkungen der geplanten Änderungsverordnung auf die Krankenhausbenutzer und deren Kostenträger, die ihren Höhepunkt in einer Protestkundgebung der Sozialversicherungsträger im Januar 1966 fanden.

1.5 Der Beschluß des Deutschen Bundestages vom 1. Juli 1966 1°)

In seiner Sitzung vom 1. Juli 1966 (Drucksache V/784) beschloß deshalb der Deutsche Bundestag, die Bundesregierung um einen Bericht zu ersuchen, der folgende Teile enthält:

- eine Übersicht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten, und zwar differenziert
 - a) nach Ländern,
 - b) nach der Trägerschaft;
- eine Darstellung, welche rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden können, um den Krankenanstalten die Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben zu ermöglichen;
- einen Überblick über die gesundheitspolitischen, sozialpolitischen und finanziellen Auswirkungen der beabsichtigten Änderung der Bundespflegesatzverordnung.

2 Vorbereitung, Grundlagen und Methode der Untersuchung

2.1 Vorbereitung der Untersuchung

Das bei den Bundesressorts, den Preisbildungsstellen der Länder und dem Statistischen Bundesamt vorhandene statistische Material reichte nicht aus, um einen Überblick über die finanzielle Lage der Krankenanstalten in der vom Deutschen Bundestag geforderten Differenzierung nach Ländern und nach der Trägerschaft geben zu können. Die beteiligten Bundesressorts beschlossen deshalb, eine Befragung aller Krankenanstalten durchzuführen. Der hierfür notwendige Fragebogen wurde nach dem Beschluß des Deutschen Bundestages am 1. Juli 1966 in mehreren Besprechungen mit den beteiligten Bundesresorts, den obersten Landesgesundheitsbehör-

den, den Preisbildungsstellen der Länder und dem Statistischen Bundesamt entwickelt und danach den Bundesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Stellungnahme zugeleitet. Der schließlich im Dezember 1966 an alle Krankenanstalten versandte Fragebogen ¹¹) wurde in der vorliegenden Fassung vom Bundeskabinett am 17. November 1966 verabschiedet. Die Bundesressorts waren der Auffassung, daß der Fragebogen einerseits für das Informationsziel in seinem Umfang ausreichend, andererseits aber auch aus der Zielsetzung heraus den Kranken-

¹⁰⁾ s. Anlage 1

¹¹⁾ s. Anlage 6

anstalten zumutbar sei. Wünsche, den Fragebogen noch differenzierter und damit umfangreicher zu gestalten, konnten ebensowenig berücksichtigt werden, wie die Wünsche nach einem weniger umfangreichen, einfacheren Fragebogen.

In der Annahme, daß alle Krankenanstalten ausreichend an einem Erfolg der Befragung interessiert seien und in der Absicht, die Aktion ohne Verzögerung einzuleiten, wurde der Weg einer freiwilligen Beteiligung der Krankenanstalten gewählt und auf die Vorlage eines speziellen Gesetzes verzichtet. Ebenfalls begründet in der Absicht, wesentliche Verzögerungen zu vermeiden, mußte auf die in solchen Fällen üblichen Testuntersuchungen an Einzelobjekten verzichtet werden.

Die vom Deutschen Bundestag geforderte Differenzierung ließ auch einen Mikrozensus und damit eine planmäßige Auswahl der zu beteiligenden Krankenanstalten wegen der zu geringen statistischen Masse für die einzelnen Untersuchungsbereiche und wegen der damit fehlenden Repräsentation unzweckmäßig erscheinen.

Eine gewisse Verzögerung wurde bewußt dadurch in Kauf genommen, daß in die Untersuchung die Betriebsergebnisse des bei der Versendung der Fragebogen noch nicht abgelaufenen Geschäftsjahres 1966 einbezogen wurden. Es war bei dieser Entscheidung jedoch nicht vorauszusehen, daß sich der Rücklauf der Fragebogen bis September 1967 hinziehen würde.

2.2 Grundlagen der Untersuchung

Grundlagen der Untersuchung sind

- 1. Der Fragebogen (Anlage 6), der
 - a) einen rein statistischen Teil mit Fragen nach Anzahl der Betten und Anzahl und Art der Abteilungen,
 - b) einen Teil mit Fragen nach den Kosten und Erlösen auf der Grundlage der bei den Krankenhäusern üblichen Selbstkostenblätter und
 - einen Teil mit Fragen nach der Art, dem Verwendungszweck und dem Geber von Finanzierungshilfen

enthält.

2. Vergleich mit vorhandenen statistischen Unterlagen (s. Abschnitt 4).

2.3 Methode der Untersuchung

2.3.1 Verteilung und Rücklauf der Fragebogen

Die Fragebogen wurden über die obersten Landesgesundheitsbehörden, die ihrerseits mit den Lan-

deskrankenhausgesellschaften zusammenarbeiteten, an die Krankenanstalten zusammen mit einem besonderen Anschreiben (s. Anlage 5) verteilt. Die Krankenanstalten wurden gebeten, die Fragebogen sorgfältig auszufüllen und sie möglichst vollzählig über die Amtsärzte an die obersten Landesgesundheitsbehörden zu leiten.

2.3.2 Maßnahmen zur Sicherung der Aussagefähigkeit des gesammelten Materials

- a) Die Amtsärzte wurden von den obersten Landesgesundheitsbehörden beauftragt, die Angaben im statistischen Teil des Fragebogens zu prüfen, ungenaue und unrichtige Angaben zu berichtigen oder durch die Krankenanstalten berichtigen zu lassen und danach die geprüften Fragebogen an an die obersten Landesgesundheitsbehörden zurückzugeben.
- b) Die obersten Landesgesundheitsbehörden wurden vom Bundesminister für Gesundheitswesen gebeten, in Zusammenarbeit mit den Preisbildungsstellen der Länder die rücklaufenden Fragebogen mindestens stichprobenweise mit dem Ziel zu überprüfen, auffällige Fehler u. U. durch Rückfrage bei den betreffenden Krankenanstalten sofort zu beseitigen oder den Fragebogen zur Berichtigung zurückzugeben. Danach sollten die Fragebogen gesammelt an die Zweigstelle des Statistischen Bundesamtes in Berlin (West) geleitet werden.

Nachdem zu übersehen war, daß die unter Ziffer 13 des Fragebogens (S. 86 in Anlage 4) geforderten Auskünfte über die von anderer Seite geleisteten Finanzierungshilfen völlig unzureichend waren, was sowohl auf die fehlende Anlagenbuchführung als auch auf das für eine solche Untersuchung fehlende qualifizierte Personal zurückzuführen sein kann, wurden die zuständigen obersten Landesbehörden um detaillierte Angaben über Förderungsmaßnahmen der Länder gebeten. Diese Angaben der Länder wurden für die Ermittlung des Umfangs öffentlicher Förderungsmaßnahmen herangezogen (vgl. Anhang 3).

c) Bei der Zweigstelle des Statistischen Bundesamtes wurde eine Arbeitsgruppe zur Aufbereitung der statistischen Masse gebildet. Sie wurde beauftragt, zunächst eine Plausibilitätskontrolle an den zurückgegebenen Fragebogen durchzuführen. Die Kontrolle zielte darauf ab, Fragebogen, deren Angaben wesentlich von den Durchschnittsergebnissen der gesamten statistischen Masse abwichen, auszusondern, im Fragebogen enthaltene Kontrollfragen auszuwerten, alle Aufrechnungen nachzuprüfen und festgestellte Aufrechnungsfehler zu beseitigen.

2.3.3 Aufbereitung der statistischen Masse

2.3.3.1 Krankenanstalten im Bundesgebiet und Zahl der von der Untersuchung erfaßten Krankenanstalten und planmäßigen Betten

a) Krankenanstalten und planmäßige Betten am 31. Dezember 1966

Im Bundesgebiet einschließlich Berlin (West) wurden am 31. Dezember 1966 gezählt ¹²):

Träger der Krankenanstalt	Kranken- anstalten	planmäßige	Betten
	An	zahl	0/0
öffentlich-rechtliche	1 366	352 603	55,0
freie gemeinnützige	1 291	233 651	36,5
private	978	54 118	8,5
insgesamt	3 635	640 372	100,0

Die Struktur der planmäßigen Betten — bezogen auf die Trägergruppen — ist dabei unterschiedlich. Sie geht aus der nachstehenden Tabelle hervor ¹³):

	plan-	ľ	Davon % in			
Land	mäßige Betten ins- gesamt = 100	öffent- lichen Kra	freien gemein- nützi- gen	pri- vaten		
Baden-Württemberg	100	63,4	22,2	14,4		
Bayern	100	68,9	19,6	11,5		
Berlin (West)	100	56,1	35,0	8,9		
Bremen	100	71,4	22,8	5,8		
Hamburg	100	66,8	29,3	3,8		
Hessen	100	56,2	30,8	13,0		
Niedersachsen	100	5 7,3	31,1	11,5		
Nordrhein-						
Westfalen	100	38,2	60,4	1, 5		
Rheinland-Pfalz	100	39,5	5 0,6	10,0		
Saarland	100	68,9	29,1	2,1		
Schleswig-Holstein	100	71,3	23,7	5 ,0		
Bundesgebiet	100	55,0	36,5	8,5		

Mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz liegt der Anteil der Krankenanstalten öffentlich-rechtlicher Träger gemessen an der Bettenzahl über 55 v. H. Die freien gemeinnützigen Krankenanstalten fallen vor allem in Nordrhein-Westfalen, dem Land mit der größten Bettenzahl im Bundesgebiet, ins Gewicht.

Die Verteilung aller am 31. Dezember 1966 in der Bundesrepublik vorhanden gewesenen planmäßigen Betten sowohl insgesamt als auch für Akutkranke allein auf die Länder und auf je 10 000 Einwohner geht aus der folgenden Tabelle hervor ¹⁴):

	planmäßige Betten					
Land	insges	amt	darunter für Akutkranke			
Zunu	Anzahl	auf 10 000 Ein- wohner	Anzahl	auf 10 000 Ein- wohner		
Baden-						
Württemberg .	95 021	111,3	58 656	68,7		
Bayern	112 239	109,9	7 0 915	69,4		
Berlin (West)	32 267	147,6	22 941	105,0		
Bremen	7 016	93,6	5 790	77, 2		
Hamburg	19 917	107,8	16 589	89,8		
Hessen	5 8 7 06	112,0	32 044	61,2		
Niedersachsen	67 909	97,5	44 822	64,3		
Nordrhein- Westfalen	170 810	101,5	126 055	74,9		
Rheinland-Pfalz Saarland	39 937	110,5	24 709	68,4		
Schleswig-	11 120	98,2	9 130	80,6		
Holstein	25 430	102,9	13 619	55,1		
Bundesgebiet	640 372	107,1	425 270	71,1		

b) Zahl der durch die Untersuchung erfaßten Krankenanstalten und Betten

Von den 3635 vorhandenen Krankenanstalten reichten 1880, d. s. insgesamt 51,7 v. H., ausgefüllte Fragebogen zurück. Davon mußten bei den durchgeführten Kontrollen (vgl. Abschnitt 2.3.2) 661 Stück aussortiert werden, weil diese völlig unzureichend ausgefüllt waren oder von Sonderkrankenanstalten stammten, die sich in ihrer Gesamtheit in einem so geringen Umfang an der Untersuchung beteiligt hatten, daß das von den Krankenanstalten dieses Bereichs vorgelegte Material als unzureichend für die Gewinnung eines annähernd repräsentativen Ergebnisses angesehen werden mußte. Für einen wesentlichen Teil der Sonderkrankenanstalten tragen bereits jetzt überregionle Institutionen wie Länder, Landschaftsverbände. Landeswohlfahrtsverbände, Sozialversicherungsträger u. a. die Finanzverantwortung. Außerdem ist die apparative und personelle Ausstattung in diesen Krankenanstalten nicht so aufwendig wie in den Akutkrankenanstalten. Es liegen hier deshalb andere Voraussetzungen vor, so daß das Untersuchungsergebnis für den Bereich der Akutkrankenanstalten nicht ohne weiteres auf die Sonderkrankenanstalten übertragen werden kann. Die Untersuchung mußte sich deshalb auf die Akutkrankenanstalten beschränken.

¹²) Statistik a. a. O., S. 7

¹³⁾ Statistik a. a. O., S. 7 ff.

¹⁴⁾ Statistik a. a. O., S. 10

Die Zahl der durch die Untersuchung erfaßten Akutkrankenanstalten, d. h. der Krankenanstalten, die verwertbare Angaben geliefert hatten, betrug — getrennt nach Trägern — in v. H. der am 31. Dezember 1966 vorhandenen Krankenanstalten dieser Art

in der Gruppe der Anstalten öffentlichrechtlicher Träger mit 979 : 627 $\dots = 64,1 \text{ v.H.}$

in der Gruppe der Anstalten freier gemeinnützigerTräger mit 1033:534.. = 51,7 v. H.

Länderweise haben die in die Untersuchung einbezogenen Akut-Krankenanstalten folgende Anteile (berechnet nach den vorliegenden brauchbaren Fragebogen):

		öffentliche und freie ge-			
Land	insgesamt	öffentliche	freie ge- meinnützige	private	meinnützige zusammen
Baden-Württemberg	27,6	39,5	21,2	2,0	35,5
Bayern	48,4	66,3	29,4	14,4	57,6
Berlin (West)	52,3	100,0	69,5	_	80,7
Bremen	33,3	33,3	50,0	20,0	40,0
Hamburg	75,4	85,7	92,0	50,0	89,8
Hessen	70,4	89,9	7 7, 5	13,3	82,8
Niedersachsen	44,0	76,1	37,7	13,9	55,2
Nordrhein-Westfalen	55,3	76,5	54,6	16,3	58,5
Rheinland-Pfalz	58,6	87,8	58,0	5,9	65,4
Saarland	75,0	77,8	77,8	50,0	77,8
Schleswig-Holstein	36,8	66,6	43,8	2,5	60,4
Bundesgebiet	48,6	64,1	51,7	11,7	57,7

		öffentliche und freie ge-			
Land	insgesamt	öffentliche	freie ge- meinnützige	private	meinnützige zusammen
Baden-Württemberg	43,4	51,9	24,2	7,6	46,1
Bayern	62,9	78,4	26,4	21,5	65,6
Berlin (West)	73,9	100,0	61,6		79,7
Bremen	29,1	17,5	52,8	51,9	27,9
Hamburg	82, 0	78,4	95,0	57,3	83,2
Hessen	73,8	73,5	78,4	18,2	75,8
Niedersachsen	69,1	84,3	53,2	22,8	71,8
Nordrhein-Westfalen	70,3	77, 0	68,0	36,2	70,7
Rheinland-Pfalz	62,4	71,7	59,1	7,4	63,6
Saarland	74, 0	66,7	88,3	54,8	74,3
Schleswig-Holstein	45,2	51,4	40,7	2,6	49,2
Bundesgebiet	62,5	67,3	60,9	18,5	64,4

Die Zahl der durch die Untersuchung erfaßten planmäßigen Betten in Akutkrankenanstalten betrug getrennt nach Trägern — in v. H. der am 31. Dezember 1966 im Bundesgebiet vorhandenen Betten dieser Art

in der Gruppe der Anstalten öffentlich- rechtlichen Träger mit 226 018 : 151 973	=	67,3	v. H.
in der Gruppe der Anstalten freige- meinnütziger Träger mit 181 511 : 110 457		60,9	v. H.
in der Gruppe der Anstalten privater Träger mit 17 741 : 3274		18,5	v. H.
alle Gruppen zusammen mit 425 270 : 265 704	==	62,5	v. H.
bei den Gruppen der öffentlich-recht- lichen und der freigemeinnützigen Krankenanstalten mit 407 529:			
262 430	=	64,4	v.H.

Länderweise haben die in die Untersuchung einbezogenen planmäßigen Betten in Akutkrankenanstalten folgende Anteile (berechnet nach den vorliegenden brauchbaren Fragebogen). (Siehe Tabelle auf Seite 13 unten).

Aus vorstehenden Ausführungen ergibt sich, daß sich nur 48,6 v. H. aller Akutkrankenanstalten mit 62,5 v. H. aller planmäßigen Betten beteiligt haben. Besonders auffällig ist die geringe Beteiligung der privaten Krankenanstalten und die sehr unterschiedliche Beteiligung von Land zu Land sowie von Träger zu Träger. Die Gründe für diese Unterschiedlichkeiten lassen sich nur vermuten.

So dürfte die geringe Beteiligung der privaten Krankenanstalten u. a. auch darauf zurückzuführen sein, daß ein Teil dieser Krankenanstalten ohne Verlust arbeitet. Nicht zuletzt wird auch der Mangel an Personal, das für die Durchführung einer solchen Untersuchung qualifiziert wäre, nicht ohne Auswirkungen auf den Umfang der Beteiligung der Krankenanstalten aller Träger geblieben sein.

2.3.3.2 Das Aufbereitungsprogramm

In Zusammenarbeit mit Vertretern des Statistischen Bundesamtes entwickelten die beteiligten Bundesressorts ein Tabellenprogramm, nach dem das vorliegende Material bei der Zweigstelle des Statistischen Bundesamtes aufzubereiten war. Das Tabellenprogramm umfaßte 24 Haupttabellen, mit denen u. a. versucht werden sollte, die Kosten-Ertragssituation der Krankenanstalten in folgender Gliederung festzustellen:

- a) nach Krankenanstalten des Bundesgebietes insgesamt und getrennt nach Ländern, Trägern und Größenklassen,
- b) wie zu a) nach der Art der Krankenanstalt (Anstaltskrankenhaus / Belegkrankenanstalt),
- c) wie zu a) nach dem Zeitpunkt der Errichtung der Krankenanstalt (Altbau / Neubau),
- d) wie zu a) nach der Zweckbestimmung,

e) wie zu a) nach der Art der aufgenommenen Fälle (akut, Langzeit, gemischt).

Nach der Aufbereitung des Materials hat sich jedoch herausgestellt, daß die statistische Masse für die beabsichtigte Gliederung der Informationen in vielen Bereichen nicht ausreichte, um ein brauchbares Ergebnis zu erzielen. Es mußte deshalb auf die Erstellung eines Teiles der vorgesehenen Tabellen verzichtet und die Auswertung des Materials auf die Gliederung der Tabellen 1 bis 7 (Anhang 1) beschränkt werden.

2.3.3.3 Gruppierung der Krankenanstalten

Die Krankenanstalten wurden für die Zwecke dieser Untersuchung gruppiert:

- 1. regional (Bund, Länder)
- 2. nach dem Träger der Krankenanstalt,
- 3. nach der Größe.

Die im Krankenhauswesen übliche und auch in der Bundesstatistik getroffene Unterscheidung nach dem Träger in die drei Gruppen

öffentliche,

freie gemeinnützige und private Krankenanstalten

wurde in der Untersuchung beibehalten.

Um das Untersuchungsmaterial vergleichbar zu gestalten, sind für den Zweck dieser Untersuchung folgende 7 Größenklassen nach der Bettenzahl gebildet worden:

Größenklasse	mit Planbetten
0	1 000 und mehi
1	400 bis 999
2	300 bis 399
3	200 bis 299
4	150 bis 199
5	100 bis 149
6	0 bis 99

Vorstehende Größenklassen sind — z. T. unter Zusamenfassung mehrerer Gruppen — aus der Bundesstatistik ¹⁵) übernommen und den Wertklassen gleichgesetzt worden (vgl. im einzelnen Abschnitt 1.2.1.1 Nr. 2).

Die gewählte Kombination von Größen- und Wertklassen beruht auf der Erfahrung, daß zwischen der Bettenzahl in einer Krankenanstalt und der Anzahl der Fachabteilungen ein gewisser Zusammenhang besteht. Sie entspricht im wesentlichen der bei der Untersuchung des Bundesministers für Wirtschaft aus dem Jahre 1958 angewandten Einteilung. Sie wurde s. Z. nach Besprechung mit Vertretern der Länder vorgenommen und anhand der früheren Fragebogen von zwei Ländern überprüft. Unwesentliche Änderungen wurden nur zur Angleichung an die Bundesstatistik vorgenommen.

¹⁵⁾ Statistik a. a. O., S. 7

2.3.3.4 Bezugsgrößen für Kosten und Erträge

In der Mehrzahl der Krankenanstalten wird auch keine Kostenstellenrechnung geführt. Es ist deshalb auch nicht möglich, die auf die einzelnen Pflegeklassen entfallenden Kosten rechnungsmäßig getrennt zu erfassen. Da jedoch zur Kostenermittlung als Grundlage für die Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze in der allgemeinen (3) Pflegeklasse nur die Kosten, die hier für die stationäre Behandlung entstehen, herangezogen werden dürfen, wurde in der Praxis neben dem Bettenwert eine weitere technische Hilfsgröße entwickelt, durch die eine annähernd zutreffende Ausgliederung der Kosten für die 1. und 2. Pflegeklasse ermöglicht wernen soll. Diese technische Hilfsgröße wird als "Vergleichstag" bezeichnet. Die Anzahl der Vergleichstage einer Krankenanstalt ist die Summe der mit dem Multiplikator von durchschnittlich 1,0 vervielfältigten Pflegetage

der 3. Pflegeklasse, dem Multiplikator 1,5 vervielfältigten Pflege-

der 2. Pflegeklasse,

dem Multiplikator 2,0 vervielfältigten Pflegetage.

der 1. Pflegeklasse.

Hieraus ergibt sich gegenüber den Pflegetagen eine höhere Anzahl von Vergleichstagen, durch die die gesamten Kosten der Krankenanstalt zu teilen sind. Der auf den Vergleichstag entfallende Kostenanteil ist damit niedriger als der Kostenanteil, der bei der Teilung der Gesamtkosten nur durch die Anzahl der Pflegetage auf den Pflegetag entfallen würde.

Die Verwendung der Multiplikatoren wirkt sich wie folgt aus:

Kosten je Pflegetag der 3. Pflegeklasse

= Kosten je Vergleichstag

Kosten je Pflegetag der 2, Pflegeklasse

= Kosten je Vergleichstag x 1,5

Kosten je Pflegetag der 1. Pflegeklasse

Kosten je Vergleichstag x 2,0.

Geht man weiter davon aus, daß die Erträge in der 1. und 2. Pflegeklasse die Kosten decken, ist die

Differenz zwischen den gesamten Kosten und Erträgen einer Krankenanstalt allein der 3. Pflegeklasse zuzurechnen und daher durch die Pflegetage der 3. Pflegeklasse zu teilen. Es ergibt sich also für

die 1. Pflegeklasse : Erträge = Kosten die 2. Pflegeklasse : Erträge = Kosten

die 3. Pflegeklasse: Erträge

+ Defizit (-Uberschuß) = Kosten.

Bei dieser Methode ist vor allem umstritten, ob die Multiplikatoren in ihrem Verhältnis (1,0:1,5:2,0) richtig bestimmt sind. So ist in Diskussionen von Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung die Auffassung vertreten worden, daß die realen Werte für die 1. und 2. Pflegeklasse höher sein müßten, um alle Kosten dieser Bereiche zu erfassen. Die Vertreter der Krankenanstalten dagegen halten die Werte für zu hoch und folgern aus dieser Auffassung, daß die 1. und 2. Pflegeklasse einen Teil der Kosten der 3. Pflegeklasse mittragen würden. Nachweise für die Richtigkeit einer dieser Meinungen wurden bisher nicht erbracht. Nach Auffassung der Preisbildungsstellen der Länder treffen die Relationen unter Berücksichtigung der Pflegekosten einschließlich der Nebenkosten zu. Die Kosten der 1. und 2. Pflegeklasse werden allgemein durch die Erträge der 1. und 2. Pflegeklasse gedeckt.

Die Ungenauigkeiten, die sich — wie in jeder Pauschalrechnung — so auch hier ergeben, können in Kauf genommen werden. Bei dem relativ geringen Anteil der Pflegetage in der 1. und 2. Pflegeklasse an den Gesamtpflegetagen (0,7:8,8:90,5 bei öffentlichen und 1,2:10,2:88,6 bei den freien gemeinnützigen Krankenanstalten) sind auf die Pauschalierung zurückzuführende Abweichungen nicht so gravierend, daß sie Einfluß auf die Verwertbarkeit des Untersuchungsergebnisses haben könnten.

Andere Bezugsgrößen wie z.B. das planmäßige Bett oder der Pflegetag lassen eine Ausgliederung der Kosten und Erträge der 1. und 2. Pflegeklasse nicht zu. Sie sind deshalb als Grundlage für Kosten- und Ertragsvergleiche nicht gleichermaßen geeignet.

3 Die Kostenunterdeckung (Defizit) der Akutkrankenanstalten im Jahre 1966

3.1 Vorbemerkung

Unter Kostenunterdeckung wird die Differenz abgegrenzter Kosten zu den Erträgen verstanden. Die Kostenunterdeckung wird in diesem Abschnitt unter vier Aspekten dargestellt:

Kostenunterdeckung I

Als Kostenunterdeckung I wird in der Untersuchung verstanden die Differenz zwischen den Erträgen

aus allen Pflegeklassen einschließlich der Erträge aus Ambulanz in voller Höhe und den Kosten, die sich nach Verrechnung der Fremdkapitalzinsen in der nach VO PR 7/54 zulässigen Weise aber vor Abzug der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse ergeben, einschließlich der Kosten für Ambulanz. Kosten und Erträge für die Ambulanz ließen sich nicht ausgliedern. Da jedoch der Bereich der Ambulanz sowohl in den Kosten als auch in den

Erträgen enthalten ist, betrifft bei angenommener Gleichheit dieser Kosten und Erträge die Differenz zwischen den gesamten Kosten und Erträgen nur die stationäre Behandlung. Für die Positionen Abschreibungen, Anpassungsrückstellung, laufende Instandhaltung und kurzlebiger Ersatz wurden die in der Praxis üblichen Werte eingesetzt (vgl. Abschnitt 2.1.1 Nr. 2 bis 4). Die Ertrags- und Kostenanteile der 1. und 2. Pflegeklasse sind im Wege der Vergleichstagsrechnung (vgl. Abschnitt 2.3.3.5) ausgegliedert worden, so daß das Ergebnis nur die allgemeine 3. Pflegeklasse betrifft.

Kostenunterdeckung II

enthält die Kostenunterdeckung I zuzüglich der Mindereinnahmen, die durch den pauschalen Ansatz zu niedriger Wiederbeschaffungswerte für das planmäßige Bett als Abschreibungsgrundlage entstehen.

Kostenunterdeckung III

enthält Kostenunterdeckung II nach Abzug der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse.

Kostenunterdeckung IV

enthält die Kostenunterdeckung III nach Abzug der Investitionsförderungsmaßnahmen der öffentlichen Hand.

Die Ergebnisse zu I bis IV beziehen sich auf das Rechnungsjahr 1966.

3.2 Kostenunterdeckung I

3.2.1 Pflegetage und Vergleichstage

Von den in die Auswertung insgesamt einbezogenen rd. 85 Millionen Pflegetagen in Akutkrankenanstalten entfielen auf

öffentliche Krankenanstalten	Pflegetage 48,4 Millionen
freie gemeinnützige Krankenanstalten	35,6 Millionen
private Krankenanstalten	1,0 Millionen
insgesamt	85,0 Millionen

Das sind 61,8 v. H. der in den Akutkrankenanstalten geleisteten 137,5 Millionen Pflegetage ¹⁶).

Aus der Untersuchung ergeben sich für diese Pflegetage bei den Krankenanstalten

	Verg	gleichstage
öffentlich-rechtlicher Träger	53,0	Millionen
freier gemeinnütziger Träger	39,4	Millionen
privater Träger	1,2	Millionen
insgesamt	93,6	Millionen
Umgerechnet auf die Gesamtheit der im Bereich der Akutkrankenanstalten		
		.1 . 1
	Verg	gleichstage
öffentliche Krankenanstalten	•	Millionen
freie gemeinnützige	•	, ,
	75,8	, ,
freie gemeinnützige	75,8 63,4	Millionen

3.2.2 Kostenunterdeckung I im Bundesgebiet nach Trägern

Als Summe aller sich aus den Fragebogen ergebenden Defizite errechnete sich für die mit 93,6 Millionen Vergleichstagen beteiligten 1219 Krankenanstalten ein Gesamtdefizit von rd. 822,9 Millionen DM. Je Vergleichstag ergibt sich hieraus eine Unterdeckung von 822,9:93,6 = 8,79 DM, die sich nach den Untersuchungsergebnissen auf die Krankenanstalten der verschiedenen Träger wie folgt verteilen: öffentliche je Vergleichstag..... = 12,76 DM

je Vergleichstag =	3,65 DM
private je Vergleichstag =	1,99 DM
gewogener Durchschnitt ie Vergleichstag	8 79 DM

freie gemeinnützige

Unter der Voraussetzung, daß die je Vergleichstag ermittelte durchschnittliche Kostenunterdeckung der beteiligten Krankenanstalten auch dem Durchschnitt aller Krankenanstalten entspricht, ergeben sich umgerechnet auf die Gesamtzahl der Vergleichstage des Jahres 1966 in absoluten Beträgen bei den Akutkrankenanstalten

Milli	one	en DM
öffentlich-rechtlicher Träger (75,8 Millionen DM $ imes$ 12,76 DM)	=	967,2
freier gemeinnütziger Träger (63,4 Millionen DM $ imes$ 3,65 DM)	=	231,4
private Träger 6,0 Millionen DM $ imes$ 1,99 DM)	=	11,9
zusammen	=	1210,5

¹⁶⁾ Statistik a. a. O. S. 13

3.2.3 Kostenunterdeckung I nach Ländern und Trägern, bezogen auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse

		Träger		
Land	öffent- lich- recht- liche	freie gemein- nützige	private	alle Träger
	DM	DM	DM	DM
1	2	3	4	5
Baden-Württemberg	9,06	4,35	1,83	8,45
Bayern	11,58	4,45	7, 73	10,95
Berlin (West)	30,95	5,23		22,87
Bremen	24,57	10,08	2,74	15,94
Hamburg	31,04	6,38	0,73	22,11
Hessen	20,31	5,61	0,76	13,79
Niedersachsen	14,62	5,31	3,01	11,65
Nordrhein-				
Westfalen	16,24	4,13	+3,53	7,97
Rheinland-Pfalz	14,67	3,78	2,29	8,35
Saarland	15,97	6,04	12,83	11,93
Schleswig-Holstein .	9,40	4,69	2,34	8,64
Bundesgebiet	14,81	4,37	2,51	9,82

3.3 Kostenunterdeckung II

3.3.1 Allgemeines

Bei den bisherigen Überlegungen sind die Selbstkosten im Sinne von § 6 VO PR 7/54 den Erträgen gegenübergestellt worden. Es wurden die hier vorgeschriebenen Einschränkungen beim Ansatz der Abschreibungen für kriegszerstörte, aber wiederaufgebaute Anlagen (Ansatz des Anschaffungswertes auf der Basis des Jahres 1938) sowie die Einschränkung bei der Anrechenbarkeit von Zinsen für Fremdkapital berücksichtigt. Der Einfluß, den diese beiden Kostenelemente auf das Ergebnis im Sinne einer Erhöhung des Defizits gegenüber den Kosten im Sinne von § 6 der VO PR 7/54 haben würden, konnte mangels genauer Angaben nicht ermittelt werden. Es erscheint jedoch die Annahme gerechtfertigt, daß diese Kosten im Rahmen der gesamten Kostenunterdeckung I von 1,2 Mrd. DM einen Satz von etwa 2 v. H. nicht überschreiten. So hat z. B. der Bundesminister für Wirtschaft im Jahre 1958 bei Ansatz der damaligen Pauschalwerte auch für die kriegszerstörten und wiederhergestellten Anlagen anstelle des Anschaffungswertes aus dem Jahre 1938 einen Differenzwert von lediglich rd. 15 Millionen DM ermittelt.

Anders verhält es sich mit den Berechnungsrundlagen für die Abschreibungen usw.

Wie bereits unter Abschnitt 1.2.1.1 Nr. 2 dargestellt wurde, läßt die VO PR 7/54 in § 6 Abs. 1

Nr. 2 bei der Berechnung der Selbstkosten den Ansatz angemessener Abschreibungen zu, als deren Grundlage grundsätzlich der Anschaffungswert der Güter angesehen werden soll. Gemäß Runderlaß zur VO PR 7/54 zu § 6 Abs. 1 (vgl. Abdruck des Runderlasses in Anlage 2 zu dem Bericht) ist es zulässig, bei dauerhaftem Abweichen der Anschaffungswerte von den Wiederbeschaffungswerten gleich leistungsfähiger Anlagen den Ansatz der letzeteren als angemessen anzusehen.

Zur Erhaltung der Substanz und der erreichten Leistungsfähigkeit der Krankenanstalten reichen jedoch die im Jahre 1966 in der Praxis der Preisbildungsstellen der Länder zügelassenen Pauschalwerte für das einzelne Bett (vgl. Abschnitt 1.2.1.1 Nr. 2) oder der Anschaffungswert wie in Schleswig-Holstein als Grundlage für die Berechnung der pauschalen Absetzungen für Abnutzung usw. nicht aus.

Bereits für das Jahr 1962 wurden in einer Studie ¹⁷) für die sechs Wertklassen Wiederbeschaffungswerte je Bett ermittelt, die mit 54 000 DM, 46 000 DM, 40 000 DM, 35 000 DM, 30 000 DM und 24 000 DM bereits um durchschnittlich 100 % über den Pauschalwerten von 12 500 DM bis 25 000 DM aus dem Jahre 1955 lagen und in allen Wertklassen die im Jahre 1966 üblichen Pauschalsätze von 18 000 DM bis 40 000 DM übertrafen. Von 1962 bis 1966 ist aber die Steigerung der Wiederbeschaffungswerte weiter fortgeschritten. In einigen veröffentlichen Berechnungen wurde bereits von Anschaffungswerten zwischen 40 000 und 90 000 DM, im Durchschnitt 70 000, ausgegangen. Andere Veröffentlichungen gingen von einem Durchschnittswert von 60 000 DM aus 18). Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß diese Werte im Jahre 1966, auf das sich die Untersuchung bezieht, zwar in einigen Gebieten bei besonders gut ausgestatteten Krankenanstalten zutrafen, in anderen Gebieten aber auch weit unterschritten wurden. In die Untersuchung wurden deshalb 30 000 bis 80 000 DM, im gewogenen Durchschnitt etwa 60 000 DM, eingesetzt. Bei einem Ansatz von höheren Bettenwerten würde das in der Untersuchung festgestellte Defizit für je 10 000 DM Mehrwert je Bett und im Durchschnitt um rd. 230 Millionen DM höher zu veranschlagen sein.

Aber auch die bisher gebräuchliche Annahme einer 100jährigen Nutzungsdauer langfristiger Anlagen entspricht ebenfalls nicht mehr den heutigen Verhältnissen. Das Gesetz zur Neuregelung der Absetzungen für Abnutzung bei Gebäuden vom 16. Juni 1964 (BGBl. I S. 353) setzt die steuerliche Mindestabschreibung auf 2 v. H. fest, was einer Nutzungsdauer von 50 Jahren entspricht.

17) Schlieder, Die Auswirkungen der Krankenhauspflegesätze auf die Krankenkassen, eine zusammengefaßte Darstellung der Verhältnisse im Bundesgebiet (Bayerischer Prüfungsverband öffentliche Kassen)

¹⁸⁾ W. Adam, "Krankenhausfinanzierungsprobleme", Zeitschrift "Das Krankenhaus", Heft 11/1966, S. 441 ff.; Bundesverband der Ortskrankenkassen, Stellungnahme der Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger zur geplanten Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 21. 1. 1966, Tabelle 1; Dr. W. Auerbach, "Krankenhauspolitik und Krankenhausbedarfsplanung" in Soziale Sicherheit, Heft 6 und 7 aus 1968

Die Untersuchung kann sich deshalb nicht auf die Feststellung des Defizits beschränken, das sich aus der Anwendung und Handhabung der VO PR 7/54 und der Länderpflegesatzverordnungen ergibt.

Auch der zusätzliche Substanzverlust, der sich aus der Differenz zwischen der Verwendung zu geringer pauschaler Bettenwerte als Berechnungsgrundlage für die Abschreibungen usw. und den durchschnittlichen tatsächlichen Wiederbeschaffungswerten von 30 000 DM, 40 000 DM, 50 000 DM, 60 000 DM, 70 000 DM und 80 000 DM ergibt, muß in die Betrachtung einbezogen werden. (Über Einzelheiten der Berechnung und über die einzelnen Länderregelungen s. Anhang 2, Tabellen 1 bis 11.)

Die Reduzierung der Nutzungsdauer langfristiger Anlagen von 100 Jahren auf 50 Jahre machte eine Neuberechnung des durchschnittlichen Satzes für die jährlichen Abschreibungen (lang-, mittel- und kurzfristige Güter) erforderlich. Hierbei wurde das Ergebnis früherer Untersuchungen zugrunde gelegt ¹⁹), nach denen von einem Abschreibungssatz von 4,68 v. H. der gesamten Errichtungs- und Einrichtungskosten eines Krankenhauses auszugehen ist. In diesem Abschreibungssatz sind

a) langfristig nutzbare

Teile mit 35 v. H.

aller Anlagen und einer durchschnittlichen

Nutzungsdauer von 50 Jahren

b) mittelfristig nutzbare

Teile mit

42 v. H.

aller Anlagen und einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von

25 Jahren

c) kurzfristig nutzbare Teile mit

23 v. H.

aller Anlagen und einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von 10 Jahren

berücksichtigt worden. Der durchschnittliche Abschreibungssatz ergibt sich daraus wie folgt:

$$\frac{35\times2+42\times4+23\times10}{100} = \frac{468}{100} = 4,68.$$

Darüber hinaus wird eine Instandhaltungsquote von 0,8 v. H. des Anlagewertes als ausreichend angesehen, so daß der Gesamtsatz mit 5,48 v. H. 19) gegenüber bisher je nach Länderregelung zwischen 4 und 7 v. H. anzusetzen ist.

Bei der Bewertung der langfristig nutzbaren Anlagen nach Wiederbeschaffungswerten sind auch die Krankenanstalten einbezogen worden, deren Gebäude vor 1916 errichtet worden sind und bei Annahme einer fünfzigjährigen Nutzungsdauer bereits abgeschrieben sein müßten. Für die Einbeziehung waren folgende Gründe maßgebend: Durch die bisherige

Annahme einer hundertjährigen Nutzungsdauer sind die langfristig nutzbaren Anlagen tatsächlich nicht voll abgeschrieben. Außerdem konnten auch diese Krankenanstalten durch die Regelung der Krankenhauspflegesätze nach dem Preisrecht keine entsprechenden Erneuerungsrücklagen bilden. Zur Erhaltung des gegenwärtigen Bettenbestandes und zur Anpassung des gesamten Krankenhauswesens an die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik ist es aber notwendig, in die unter Abschnitt 3.3.2 berechneten Abschreibungen auch die alten Krankenanstalten einzubeziehen, zumal die sich aus den Abschreibungen ergebenden Beträge auf der Basis der Wiederbeschaffungswerte Rationalisierungen (u. a. Beseitigung des konstenungünstigen Pavillon-Systems) ermöglichen sollen.

Es kann angenommen werden, daß etwa 40 v. H. der vorhandenen Akutbetten (rd. 160 000) vor 1916 errichtet wurden ²⁰). Hieraus ergibt sich unter den obigen Voraussetzungen (35 v. H. des Wiederbeschaffungswertes von 60 000 DM für 160 000 Betten bei einer Nutzungsdauer von 50 Jahren) ein nicht rein betriebswirtschaftlich zu begründender Mehransatz von rd. 67 Millionen DM.

Da jedoch bei der Berechnung der Abschreibungen nach Wiederbeschaffungswerten in dieser Untersuchung auf den bisher üblichen Ansatz von Anpassungsrückstellungen, der gerade für veraltete Krankenanstalten von Bedeutung ist, verzichtet wird, würde dieser Mehransatz insgesamt nur etwa 50 Millionen DM betragen.

3.3.2 Berechnung der Kostenunterdeckung II

Die Kostenunterdeckung II ergibt sich somit als Summe aus dem Defizit, das sich errechnet

- a) aus den einschränkenden Bestimmungen der VO PR 7/54 und
- b) aus der Verwendung zu niedriger Ausgangswerte f\u00fcr die Berechnung der Abschreibungen usw.

Träger	Kosten- unter- deckung I Millionen	Minder- einnahmen wegen des Ansatzes zu geringer Pauschal- werte (Abschrei- bungen usw.) Millionen DM 21)	Kosten- unter- deckung II Millionen DM
öffentlich- rechtliche freie gemein-	967,2	388,0	1 355,2
nützige private	231,4 11,9	318,3 28,8	549,7 40,7
zusammen	1 210,5	735,1	1 945,6

- 20) vgl. Eichhorn: "Die Kosten der Vorhaltung und der Anlagefinanzierung von Krankenhäusern", in "Das Krankenhaus", Beilage Heft 1/64, W. Kohlhammer Verlag
- ²¹) Zusammenstellung nach Ländern s. Vorblatt zu Anhang 2; Aufgliederung nach Ländern und innerhalb der Länder nach Trägern s. Anhang 2, Tabellen 1 bis 11

¹⁹⁾ vgl. Eichhorn, "Die Kosten der Vorhaltung und der Anlagefinanzierung von Krankenhäusern", in "Das Krankenhaus", Beilage Heft 1/64, W. Kohlhammer Verlag

Das gesamte Defizit bei den Krankenanstalten (Kostenunterdeckung II beträgt damit vor dem Abzug öffentlicher finanzieller Leistungen rd. 2 Mrd. DM.

3.3.3 Kostenunterdeckung II nach Ländern und Trägern, bezogen auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse

a) öffentlich-rechtliche Träger

Land	Kosten- unter- deckung I DM	Minder- einnahmen wegen des Ansatzes zu geringer Abschrei- bungen usw, DM	Kosten- unter- deckung II (Spalte 2 + Spalte 3)
1	2	3	4
Baden- Württemberg	9,06	5,70	14,76
Bayern	11,58	5,46	17,04
Berlin (West)	30,95	5,99	36,94
Bremen	24,57	4,88	29,45
Hamburg	31,04	5,89	36,93
Hessen	20,31	5,74	26,05
Niedersachsen	14,62	7,24	21,86
Nordrhein- Westfalen	16,24	6,55	22,79
Rheinland-Pfalz	14,67	5,06	19,73
Saarland	15,97	6,17	22,14
Schleswig-Holstein	9,40	5,59	14,99
Bundesgebiet	14,81	5,94	20,75

b) freie gemeinnützige Träger

Land	Kosten- unter- deckung I DM	Minder- einnahmen wegen des Ansatzes zu geringer Abschrei- bungen usw. DM	Kosten- unter- deckung II (Spalte 2 + Spalte 3)
1	2] 3	4
Baden- Württemberg	4,35	5,60	9,95
Bayern	4,45	5,74	10,19
Berlin (West)	5,23	6,08	11,31
Bremen	10,08	5,06	15,14
Hamburg	6,38	5,89	12,27
Hessen	5,61	5,60	11,21
Niedersachsen	5,31	6,90	12,21
Nordrhein-	4.40	6.00	40.50
Westfalen	4,13	6,39	10,52
Rheinland-Pfalz	3,78	5,04	8,82
Saarland	6,04	6,11	12,15
Schleswig-Holstein	4,69	6,06	10,75
Bundesgebiet	4,37	6,02	10,39

c) private Träger *)

Land	Kosten- unter- deckung I DM	Minder- einnahmen wegen des Ansatzes zu geringer Abschrei- bungen usw. DM	Kosten- unter- deckung II (Spalte 2 + Spalte 3)
1	2	3	4
Baden-			
Württemberg	1,83	5,60	7,43
Bayern	7,73	5,74	13,47
Berlin (West)			-
Bremen	2,74	5,06	7,80
Hamburg	0,73	5,89	6,62
Hessen	0,76	5,60	6,36
Niedersachsen	3,01	6,90	9,91
Nordrhein-			
Westfalen	+ 3,53	6,39	2,86
Rheinland-Pfalz	2,29	5,04	7,33
Saarland	12,83	6,11	18,94
Schleswig-Holstein	2,34	6,06	8,40
Bundesgebiet	2,51	6,02	8,53

^{*)} Bei einer Beteiligung der privaten Krankenanstalten an der Untersuchung von nur 11,7 v. H. ist der Aussagewert der vorstehenden Ergebnisse für diesen Bereich entsprechend gering.

3.4 Kostenunterdeckung III

3.4.1 Aligemeines

Nach § 6 Abs. 1 VO PR 7/54 sind die Selbstkosten einer Krankenanstalt die mit einer stationären Krankenhausbehandlung verbundenen Kosten nach Abzug der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse.

Nach der Praxis der überwiegenden Zahl der Preisbildungsstellen der Länder sind unter herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüssen solche Zuschüsse zu verstehen, die in öffentlichen (kommunalen) Haushalten als Betriebszuschüsse an die Krankenanstalt bezeichnet sind.

Von den Selbstkosten im Sinne der VO PR 7/54 ist vor der Pflegesatzermittlung der Durchschnittsbetrag der in den letzten fünf Jahren geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse abzusetzen. Dies führt zu einer Verminderung der anrechenbaren Selbstkosten je Pflegetag und damit auch zu einem die tatsächlichen Selbstkosten nicht deckenden Pflegesatz. Einmal gewährte und im Haushalt als solche ausgewiesene Betriebszuschüsse haben zur Folge, daß bei ihrem Wegfall die Selbstkosten der Krankenanstalten noch bis zu fünf Jahren nach der Einstellung um den jeweiligen Durchschnittsbetrag zu kürzen sind. Wegen der hierdurch entstehenden Deckungslücke kann die Zahlung der Betriebszuschüsse nicht ohne

Schwierigkeiten für die Krankenanstalten eingestellt werden.

Die Fragen nach den Betriebszuschüssen waren in vielen Fällen wenig sachgerecht ausgefüllt, so daß sich die Ergebnisse in diesem Falle auf die Angaben nur eines Teiles der in die Untersuchung einbezogenen Krankenanstalten stützen können. Die Hochrechnung der Angaben über die Betriebszuschüsse aus den in dieser Hinsicht verwertbaren Fragenbogen ergibt für die Krankenanstalten öffentlicher Träger einen Gesamtbetrag von 534 Millionen DM. Nach Mitteilung des Deutschen Städtetages betrugen die Betriebszuschüsse der Gemeinden an die kommunalen Krankenanstalten rd. 560 Millionen DM, so daß das Untersuchungsergebnis dennoch annähernd gesichert erscheint. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, daß der sich aus der Untersuchung ergebende Betrag von 534 Millionen DM den Durchschnitt der letzten Jahre darstellt, während die nach den Angaben des Deutschen Städtetages gezahlten 560 Millionen DM als der Betrag zu werten ist, der im Jahre 1966 gezahlt wurde. In die Untersuchung wurden deshalb 560 Millionen DM eingestellt. Für die Krankenanstalten freier gemeinnütziger Träger ergab die Hochrechnung rd. 80 Millionen DM. Es besteht jedoch keine Möglichkeit, dieses Ergebnis mit Angaben aus anderen Quellen zu vergleichen. Aus Ländermitteilungen geht jedoch hervor, daß neben den kommunalen Betriebszuschüssen weitere rd. 90 Millionen DM an Betriebszuschüssen aus Landesmitteln geleistet worden sind. Nach Mitteilungen der Länder und des Deutschen Städtetages wurden somit im Jahre 1966 insgesamt 560 und 90 = 650 Millionen DM herkömmlicher Betriebszuschüsse geleistet, denen 534 und 80 = 614 Millionen DM (Differenz etwa 6 v. H.) aus der Auswertung der Fragebogen gegenüberstehen. Der Untersuchung wurden die Angaben der Länder und Gemeinden für das Jahr 1966 zugrunde gelegt.

3.4.2 Berechnung der Kostenunterdeckung III

Das als Kostenunterdeckung II bezeichnete Defizit der Krankenanstalten ergibt sich einerseits aus den Mindereinnahmen der Krankenanstalten gegenüber den Kosten, die nach der VO PR 7/54 und den Landespflegesatzverordnungen der Pflegesatzermittlung zugrunde gelegt werden dürfen und andererseits aus der Anwendung von Werten als Grundlage für die Abschreibungen, bei denen eine Substanzerhaltung der Krankenanstalten nicht sichergestellt werden kann.

Nicht berücksichtigt wurden bisher die Zuschüsse aus öffentlichen Haushalten, die zumindest das Defizit der Krankenanstalten (nicht aber den Verlust kommunaler Träger!) mindern. Die herkömmlich geleisteten Betriebszuschüsse sind nach VO PR 7/54 vor der Pflegesatzermittlung von den Kosten abzuziehen. Daraus ergibt sich für das Bundesgebiet folgendes Bild:

Träger	Kosten- unter- deckung II	herkömm- liche Betriebs- zuschüsse	Kosten- unter- deckung III
	Mil	lionen	DM
öffentlich- rechtliche	1 355,2	560,0	795,2
freie gemein- nützige	549,7	90,0	459,7
private	40,7	_	40,7
zusammen	1 945,6	650,0	1 295,6

Damit beträgt das Defizit bei den Krankenanstalten nach Abzug der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse (Kostenunterdeckung III) rd. 1,296 Mrd. DM.

3.4.3 Kostenunterdeckung III nach Ländern und Trägern, bezogen auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse

a) öffentlich-rechtliche Träger

Land	Kosten- unter- deckung II DM	herkömm- liche Betriebs- zuschüsse *) DM	Kosten- unter- deckung III (Spalte 2 Spalte 3) DM
1	2	3	4
Baden- Württemberg	14,76	4,73	10,03
Bayern	17,04	6,45	10,59
Berlin (West)	36,94	21,63	15,31
Bremen	29,45	9,18	20,27
Hamburg	36,93	15,64	21,29
Hessen	26,05	9,32	16,73
Niedersachsen	21,86	7,80	14,06
Nordrhein- Westfalen	22,79	8,14	14,65
Rheinland-Pfalz	19,73	5,83	13,90
Saarland	22,14	7,74	14,40
Schleswig-Holstein	14,99	5,77	9,22
Bundesgebiet	20,75	8,58	12,17

*) Die Angaben über die herkömmlich geleisteten Betriebszuschüsse waren in einem Teil der sonst verwertbaren Fragebogen unzureichend. Dieser Teil mußte ausgesondert werden (etwa 15 v. H. der sonst einbezogenen Vergleichstage). Der Repräsentationsgrad ist deshalb gegenüber dem der Gesamtuntersuchung entsprechend geringer.

b) freie gemeinnützige Träger

Land	Koste n - unter- deckung II DM	herkömm- liche Betriebs- zuschüsse *) DM	Kosten- unter- deckung III (Spalte 2 % Spalte 3) DM
1	2	3	4
Baden- Württemberg	9,95	1,80	8,15
Bayern	10,19	0,74	9,45
Berlin (West)	11,31	0,56	10,75
Bremen	15,14	1,87	13,27
Hamburg	12,27	1,47	10,80
Hessen	11,21	5,38	5,83
Niedersachsen	12,21	3,44	8,77
Nordrhein- Westfalen	10,52	0,67	9,85
Rheinland-Pfalz	8,82	0,51	8,31
Saarland	12,15	3,88	8,27
Schleswig-Holstein	10,75	3,47	7,28
Bundesgebiet	10,39	1,51	8,88

^{*)} s. Vermerk zur Tabelle für öffentlich-rechtliche Träger. Der Anteil der nicht einbezogenen Vergleichstage beträgt hier $49~\rm v.~H.$

c) private Träger

liegen keine verwertbaren Angaben vor.

3.5 Kostenunterdeckung IV

3.5.1 Allgemeines

Im Gegensatz zu der durch VO PR 7/54 § 6 Abs. 1 vorgeschriebenen Behandlung der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse (Absetzung von den Kosten vor der Pflegesatzermittlung) besteht nach dem geltenden Recht für die Behandlung der Finanzierungshilfen aus öffentlicher Hand, die keine Betriebszuschüsse sind, keine entsprechende Vorschrift. So führt die Hergabe von Finanzierungshilfen zu einer Milderung der Folgen, die aus dem Ansatz zu geringer Grundwerte für die Berechnung der Abschreibungen usw. entstehen.

Der Berechnung der Kostenunterdeckung III liegen die echten Wiederbeschaffungswerte für Anlagegüter der Krankenanstalten zugrunde. Zur Ermittlung der realen finanziellen Lage der Krankenanstalten müssen deshalb die als Zuschüsse gewährten Finanzierungshilfen der Länder von dem bisher ermittelten Defizit abgezogen werden ²²).

Die vom Lande Nordrhein-Westfalen gewährten Darlehen sind mit einem Satz von 1 v. H. zu tilgen. Bei Ablauf der Nutzungsdauer der langfristigen Anlagen (50 Jahre) sind daher die Darlehen nur zur Hälfte getilgt. Der Rest muß voraussichtlich zur Vermeidung von Kumulationen in echte Zuschüsse umgewandelt werden.

Bei der Berechnung des Ergebnisses werden deshalb für das Land Nordrhein-Westfalen die für das Jahr 1966 ermittelten Darlehensbeträge zur Hälfte in die echten Zuschüsse einbezogen.

3.5.2 Berechnung der Kostenunterdeckung IV

Von dem nach Abzug der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse verbleibenden Defizit (Kostenunterdeckung III) sind, um zu einem abschließenden Ergebnis zu gelangen, die Finanzierungshilfen (Zuschüsse) für den Bau und die Einrichtung von Krankenanstalten abzuziehen, die aus Landeshaushalten stammen:

Träger -	Kosten- unter- deckung III	Zuschüsse ein- schließlich der Zins- und Til- gungs- zuschüsse aus Landes	Darlehen haushalten	Kosten- unter- deckung IV vor Abzug der Darlehen, aber nach Abzug der Zuschüsse					
		Millionen DM							
öffentlich- rechtliche	795,2	27 3,9	29,7	521,3					
freie gemein- nützige	459,7	178,4	72,2	281,3					
private*)	40,7			40,7					
insgesamt	1 295,6	452,3	101,9	843,3					

*) für private Krankenanstalten liegen keine Meldungen vor

Das Defizit bei der stationären Behandlung in der 3. Pflegeklasse der Akutkrankenanstalten nach Abzug der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse und der Finanzierungszuschüsse (bzw. Teilen der als Darlehen gewährten Finanzierungshilfen) verbleibende Gesamtdefizit beträgt damit rd. 840 Mio DM.

²²) Die in den einzelnen Ländern geleisteten Finanzierungshilfen s. Anhang 3 Tabelle 1, 2 und 4 bis 7; eine zusammenfassende Übersicht über die Förderungsmaßnahmen der Länder s. Anhang 3 Tabelle 3.

3.5.3 Kostenunterdeckung IV nach Ländern und Trägern, bezogen auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse

a) öffentlich-rechtliche Träger

		1	l Vaatan	I A O w.d
Land	Kosten- unter- deckung III DM	Zuschüsse aus Landes- haus- halten DM	Kosten- unter- deckung IV (Spalte 2 // Spalte 3) DM	Außerdem gewährte Darlehen aus Landes- haus- halten DM
1	2	3	4	5
Baden- Württem-				
berg	10,03	1,69	8,34	-
Bayern	10,59	1,37	9,58	0,60
Berlin (West) *)	15,31	12,26	3,05	
Bremen *)	20,27	10,72	9,55	
Hamburg *)	21,29	23,68	+2,39	
Hessen	16,73	5,41	11,32	-
Nieder- sachsen	14,06	2,54	11,52	
Nordrhein- Westfalen .	14,65	2,62	12,03	1,95
Rheinland- Pfalz	13,90	2,25	11,65	
Saarland	14,40	8,80	5,60	
Schleswig- Holstein	9,22	2,13	7,09	
Bundesgebiet .	12,17	4,20	7,97	0,46

^{*)} Finanzierung für Bau und Errichtung aus Landes- bzw. Staatshaushalt

Es wurden außerdem an nicht aus Landesmitteln stammenden öffentlichen Finanzierungshilfen, umgerechnet auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse in Akutkrankenanstalten, gemeldet (vgl. Anhang 3, Tabelle 1);

Bayern = 0,33 DM davon Darlehen — DM Hamburg = 0,17 DM davon Darlehen — DM Hessen = 5,20 DM davon Darlehen 2,96 DM

b) freie gemeinnützige Träger

Land	Kosten- unter- deckung III DM	Zuschüsse aus Landes- haus- halten	Kosten- unter- deckungn IV (Spalte 2 % Spalte 3) DM	Außerdem gewährte Darlehen aus Landes- haus- halten DM
1	2	3 4		5
Baden- Württem- berg	8,15	3,02	5,13	
_		0,02		0.05
Bayern	9,45	4.40	9,45	0,95
Berlin (West) .	10,75	4,12	6,63	-
Bremen	13,27	5,90	7,37	
Hamburg	10,80	2,33	8,47	
Hessen	5,83	3,18	2,65	0,13
Nieder- sachsen	8,77	1,75	7,02	_
Nordrhein- Westfalen .	9,85	4,38	5,47	2,62
Rheinland- Pfalz	8,31	4,80	3,51	
Saarland	8,27	0,16	8,11	2,22
Schleswig- Holstein	7,28	0,47	6,81	
Bundesgebiet .	8,88	3,37	5,51	1,37

Es wurden außerdem an nicht aus Landesmitteln stammenden öffentlichen Finanzierungshilfen, umgerechnet auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse in Akutkrankenanstalten, gemeldet (vgl. Anhang 3, Tabelle 2):

Bayern = 1,67 DM davon Darlehen — Hamburg = 0,29 DM davon Darlehen 0,29 DM Hessen = 2,89 DM davon Darlehen 2,26 DM Niedersachsen = 0,82 DM davon Darlehen 0,82 DM

c) private Träger

liegen keine verwertbaren Angaben vor.

4 Wertung des Ergebnisses

4.1 Wertung des Ergebnisses für das Jahr 1966

Das Ergebnis stützt sich auf die Angaben der in die Untersuchung einbezogenen Krankenanstalten. Die Angaben wurden den in Abschnitt 2.3.2 dargestellten Maßnahmen (Prüfungen) zur Sicherung der Aussagefähigkeit des gesammelten Materials unterworfen. Fehler wurden vor allem bei den rein statistischen Angaben (Anzahl der planmäßigen Betten, Aufteilung der Betten nach Pflegeklassen), bei Angaben über die Abschreibungsgrundlagen, bei den Angaben über die Landesförderung und in der Aufrechnung festgestellt. Zum Teil wurden die Fragebogen zur Berichtigung an die Krankenanstalten zurückgegeben, zum Teil bei der Zweigstelle Berlin (West) des Statistischen Bundesamtes berichtigt. Unrichtige Angaben über die Abschreibungsgrundlagen und die aus Landesmitteln gewährten Finanzierungshilfen blieben unschädlich, weil zu diesen Fragen die Länder in einem besonderen Fragebogen Stellung genommen hatten und sowohl bei der Berechnung der Abschreibungen als auch bei der Feststellung der Höhe von Zuschüssen und Darlehen aus Landeshaushalten auf diese Angaben der Länder zurückgegriffen werden konnte.

Außerdem wurde der Entwurf des Berichtes mit Vertretern der obersten Landesgesundheitsbehörden, der obersten Landessozialbehörden und der Wirtschaftsministerien der Länder besprochen.

Weitergehende Prüfungen waren nicht möglich, weil weder der Bundesregierung noch den beteiligten Länderbehörden das hierfür notwendige zusätzliche qualifizierte Personal zur Verfügung stand.

Da sich etwa nur die Hälfte aller Akutkrankenanstalten, auf die ca. 62 v. H. der Pflegetage des Jahres 1966 entfielen, an der Untersuchung beteiligt haben, erhebt sich die Frage, ob das gewonnene Material für die Gesamtheit der Akutkrankenanstalten als repräsentativ angesehen werden kann.

Mit großer Wahrscheinlichkeit muß diese Frage in bezug auf die privaten Krankenanstalten verneint werden. Die relativ geringe Beteiligung mit 11,7 v.H. aller privaten Krankenanstalten und etwa 18,4 v. H. der Pflegetage dieses Bereichs läßt die Deutung zu, daß bei dem größeren Teil der privaten Krankenanstalten keine Notsituation besteht. Die unter Abschnitt 3.2.2 ausgewiesene Kostenunterdeckung, die ebenfalls durch Umrechnung der gelieferten Angaben auf alle privaten Krankenanstalten ermittelt worden ist, muß deshalb kritisch betrachtet und entsprechend gewertet werden. Dies gilt, soweit die Ergebnisse der privaten Krankenanstalten für sich allein zu beurteilen sind. Werden sie in die Gesamtbetrachtung einbezogen, haben sie mit rd. 12 Millionen DM einen Anteil von nur 1 v. H. am gesamten Defizit von 1210 Millionen DM (Abschnitt 3.2.2). Die Auswirkungen auf die Durchschnittsrechnungen in Anhang 1 Tab. 1 bis 3 sind damit so gering, daß sie ohne Beeinträchtigung der Verwertbarkeit der übrigen Ergebnisse vernachlässigt werden können.

Für den Bereich der öffentlichen Krankenanstalten konnte das Ergebnis der Untersuchung mit den Aussagen der amtlichen Statistik verglichen werden ²³). Zu diesem Zweck wurden aus den statistisch nachgewiesenen Ausgaben und Erlösen diejenigen ausgegliedert, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung stehen. Außerdem wurden anstelle der tatsächlichen Investitionsausgaben und der Ausgaben für die Instandhaltung als reale Kosten der Anlagenutzung die Abschreibungen usw. eingesetzt, die sich anteilmäßig aus Anhang 2 Tabelle 1 bis 11, Spalte 8 für die öffentlichen Krankenanstalten ergeben.

Im einzelnen ergibt der Vergleich der Kostenunterdeckung II der vorliegenden Untersuchung (Abschnitt 3.3.2) mit den Angaben der amtlichen Statistik folgendes:

²³⁾ Statistisches Bundesamt, Finanzen und Steuern, Reihe 1, Haushaltswirtschaft von Bund, Ländern und Gemeinden, II. Jahresabschlüsse, Kommunalfinanzen 1966, S. 108/109; Anteil der öffentlichen Akutkrankenanstalten in den einzelnen Ländern s. Statistik a. a. O. S. 7

	Kostenunte	erdeckung	Unterschied		
Land	bei Verwendung von Angaben aus der amt- lichen Statistik Millionen DM	nach Abschnitt 3.3.2 dieser Untersuchung Millionen DM	absolut Millionen DM	in v. H. (Spalte 2 = 100)	
1	2	3	4	5	
Baden-Württemberg	164,075	169,237	5,162	3,1	
Bayern	222,720	249,307	26,587	12,0	
Hessen	145,008	133,575	-11,433	- 7,9	
Niedersachsen	137,744	152,510	14,766	10,7	
Nordrhein-Westfalen	206,085	235,917	29,832	14,4	
Rheinland-Pfalz	45,572	47,844	2,272	5,0	
Saarland	29,900	35,403	5,503	18,4	
Schleswig-Holstein	44,693 *)	42,243	- 2,450	- 5,5	
Stadtstaaten	251,715	289,217	37,502	14,9	
Bundesgebiet	1 247,512	1 355,253	107,741	8,6	

^{*)} Entsprechend der Praxis in Schleswig-Holstein wurden hier die realen Instandhaltungskosten eingesetzt.

Die Ergebnisse der Untersuchung liegen damit im Bundesdurchschnitt um etwa 8,6 v. H. über den Ergebnissen der amtlichen Statistik. Es ist jedoch zu berücksichtigen, daß in der amtlichen Statistik die Akutbereiche der Universitätskliniken nicht enthalten sind, während das Untersuchungsergebnis diese enthält. Nimmt man die in Universitätskliniken für Akutkranke geleisteten Pflegetage mit 10 v. H. der Pflegetage in Akutkrankenanstalten an, was aufgrund der Bettenrelation (226 018: 22 000) richtig erscheint, würde das Ergebnis der Untersuchung im Bundesdurchschnitt um etwa 1,4 v.H. (+8.6 v. H. % 10 v. H.) niedriger liegen als das Ergebnis der amtlichen Statistik. Die durchschnittliche Abweichung liegt damit insgesamt unter 2 v. H., so daß das Ergebnis der Untersuchung (Kostenunterdeckung II) für die Krankenanstalten öffentlichrechtlicher Träger als annähernd gesichert angesehen werden kann.

Aus dem Vergleich des Untersuchungsergebnisses im Bereich der öffentlichen Krankenanstalten mit den Aussagen der amtlichen Statistik ergibt sich kein Anhalt für die Annahme, daß die von Land zu Land unterschiedliche Beteiligung der Krankenanstalten an der Untersuchung (Abschnitt 2.3.3.1 Buchstabe b) auch zu wesentlichen Unterschieden in der Aussagefähigkeit der Ergebnisse geführt hat. Insbesondere ist die Differenz zwischen den Angaben der amtlichen Statistik und dem Untersuchungsergebnis auch bei Ländern mit einer relativ geringen Quote an brauchbaren Fragebogen (z. B. Baden-Württemberg) nicht wesentlich größer als die bundesdurchschnittliche Abweichung.

Für die freien gemeinnützigen Krankenanstalten gibt es keine amtliche Statistik, die ähnliche Ver-

gleiche wie bei den öffentlichen Krankenanstalten zuließe. Durch die Untersuchung wird jedoch die Annahme bestätigt, daß die freien gemeinnützigen Krankenanstalten allgemein mit einem geringeren Defizit arbeiten als die öffentlichen Krankenanstalten (vgl. Abschnitt 3.3.3, 3.4.3 und 3.5.3).

Die durch Hochrechnung ermittelte Kostenunterdeckung I von 4,37 DM je Pflegetag in den freien
gemeinnützigen Krankenanstalten erscheint nicht
überhöht. Die Annahme, daß sich im allgemeinen
nur die Krankenanstalten an der Untersuchung beteiligt hätten, die mit Defizit arbeiten, findet im
Untersuchungsergebnis keine Stütze. Auch wurde
von den Vertretern der Preisbehörden der Länder
in den Stellungnahmen zu dem Bericht eine solche
Annahme für unbegründet gehalten. Insgesamt ergab sich kein Anhalt dafür, daß die Angaben der
freien gemeinnützigen Krankenanstalten weniger
repräsentativ sein könnten, als dies für die öffentlichen Krankenanstalten zutrifft.

4.2 Wertung des Ergebnisses für das Jahr 1968

Durch Pflegesatzerhöhungen, die im Verordnungswege in den Jahren 1967 und 1968 von den zuständigen Landesbehörden durchgeführt wurden, konnten nach Angaben der Länder die laufenden Lohnund Gehaltssteigerungen sowie die wesentlichsten Steigerungen bei den Sachkosten im allgemeinen aufgefangen werden. Diese Aussage gilt ohne Einschränkungen für Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und das Saarland sowie mit ge-

ringfügigen Einschränkungen für die übrigen Bundesländer 24).

Es kann also davon ausgegangen werden, daß von den Kosten für die stationäre Behandlung in Akutkrankenanstalten insgesamt rd. 1,946 Mrd. DM (Kostenunterdeckung II) durch den Pflegesatz nicht gedeckt werden. Von diesem Defizit verbleiben nach Abzug der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse rd. 1,296 DM (Kostenunterdekkung III) und nach Abzug der Zuschüsse (und der Hälfte der zinsfreien Darlehen mit einer Tilgungsrate von 1 v. H.) aus Landesmitteln noch rd. 840 Millionen DM (Kostenunterdeckung IV). Es kann weiter davon ausgegangen werden, daß bei Aufrecht-

erhaltung der Finanzhilfen der Gemeinden und Länder mindestens in der im Jahre 1966 gewährten Höhe 840 Millionen DM jährlich zusätzlich notwendig sein werden, um die gegenwärtige Anzahl der Akutbetten zu erhalten und im Laufe der nächsten Jahre die noch bestehende Überalterung des Bettenbestandes zu beseitigen und auch die überalterten Krankenanstalten zu modernisieren.

Eine Bettenzuwachsrate für den zu erwartenden Bevölkerungszuwachs ²⁵) ist noch nicht berücksichtigt. Inwieweit eine solche Bettenzuwachsrate einkalkuliert werden muß, wird davon abhängen, ob durch gezielte Maßnahmen wie Rationalisierung des Arbeitsablaufs in Krankenanstalten, sachgerechte Gestaltung der Krankenhausfinanzierung u. a. eine Senkung der Verweildauer erreicht werden kann, und auf diese Weise Bettenkapazitäten für die Dekkung des sich aus dem Bevölkerungswachstum der nächsten Jahre ergebenden Bedarfs zu gewinnen sind. Die Frage bedarf jedoch noch weiterer eingehender Erörterungen.

5 Finanzielle, rechtliche und organisatorische Voraussetzungen, die geschaffen werden können, um den Krankenanstalten die Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben zu ermöglichen.

5.1 Vorbemerkung

Die Frage, welche finanziellen, rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen geschaffen werden können, um den Krankenanstalten die Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben zu ermöglichen, hängt von grundsätzlichen Vorentscheidungen ab, die die Auswahl unter den verschiedenen Möglichkeiten beeinflussen und beschränken. Es werden deshalb zunächst verschiedene in der Diskussion befindliche Modelle in ihren finanziellen und rechtlichen Auswirkungen dargestellt.

Bei den folgenden Modellrechnungen (Abschnitt 5.2.1 bis 5.2.2.8) wird von dem für das Jahr 1966 ermittelten Fehlbetrag ausgegangen und entsprechend der Feststellungen in Abschnitt 4.2 angenommen, daß die Kostenunterdeckung bis zum Jahre 1968 unverändert geblieben ist, weil Kostensteigerungen im allgemeinen durch Ertragssteigerungen, die auf Pflegesatzerhöhungen zurückzuführen sind, kompensiert werden konnten. Die relative Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenkassen wurde ebenfalls auf der Basis der Beitragseinnahmen in Höhe von 17,7 Mrd. DM im Jahre 1966 26) berechnet. Die Steigerung der Beitragseinnahmen bei der gesetzlichen Krankenversicherung um 6,2 v.H. auf 18,8 Mrd. DM im Jahre 1967²⁷) blieb unberücksichtigt, so daß die im folgenden ermittelte relative Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenkassen bei unverändertem Defizit in der Kosten-Ertragsrechnung der Krankenanstalten in den Jahren 1967

und 1968 nicht höher sein kann, als sie für das Jahr 1966 ermittelt wurde.

5.2 Finanzielle und rechtliche Voraussetzungen

Folgende Möglichkeiten der Krankenhausfinanzierung stehen zur Diskussion:

- a) Pflegesätze, die sowohl die Kosten der stationären Versorgung als auch die Abschreibungen der Anlagen enthalten (kostendeckende Pflegesätze),
- b) Pflegesätze, die nur einen näher zu bestimmenden Teil der Kosten enthalten unter gleichzeitiger Übernahme der nicht durch den Pflegesatz gedeckten Kosten durch die öffentliche Hand (teilkostendeckende Pflegesätze).

5.2.1 Defizitbeseltigung unter Beibehaltung des gegenwärtigen Systems

5.2.1.1 Wegfall aller öffentlichen Finanzhilfen (Kostendeckender Pflegesatz)

a) Finanzielle Voraussetzungen

Eine Deckung sämtlicher Kosten durch den Pflegesatz setzt voraus, daß alle bestehenden Einschränkungen, die dem Ausgleich der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses entgegenstehen (insbesondere Anrechnung der herkömmlichen Betriebszuschüsse, Festsetzung von Betten-

²⁴) Soweit Angaben von den Länderbehörden geliefert wurden, sind die Pflegesatzerhöhungen der Jahre 1967/ 1968 im Anschluß an die Erläuterungen zu den Tabellen 1 bis 11 in Anhang 2 vermerkt worden.

²⁵⁾ vgl. Vorausschätzung der Bevölkerung für die Jahre 1966 bis 2000 in Wirtschaft und Statistik 11/1966 S. 677

²⁶) Arbeits- und Sozialstatistische Mitteilungen 3/68, S. 75

²⁷) Arbeits- und Sozialstatistische Mitteilungen 3/69, S. 74

werten unter dem Wiederbeschaffungswert sowie Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der beteiligten Sozialversicherungsträger), aufgehoben werden.

Da das Defizit unter diesen Voraussetzungen rd. 1,946 Mrd. DM beträgt (Abschnitt 3.3.2), würden die Benutzer bzw. die Kostenträger mit diesem Betrag zusätzlich belastet werden. Das bedeutet, daß der Pflegesatz der 3. Pflegeklasse um rd. 15,80 DM angehoben werden müßte 28) 29). Die gesetzlichen Krankenkassen müßten mit einer Mehrbelastung von 1,1 Mrd. DM (rd. 58 v. H. der Pflegetage der 3. Pflegeklasse), die übrigen Sozialversicherungsträger von rd. 0,4 Mrd. DM (rd. 20 v. H. der Pflegetage der 3. Pflegeklasse) rechnen. Bei einer Beitragseinnahme der gesetzlichen Krankenkassen von 17,7 Mrd. DM im Jahre 1966 30) würde diese Mehrbelastung eine Betragserhöhung von rd. 0,6 v. H. des durchschnittlichen Grundlohnes oder rd. 6,2 v. H. der Beiträge (folgend . . ./. . . v. H.) notwendig machen.

b) Rechtliche Voraussetzungen

Bei einer Lösung, die eine Deckung sämtlicher Kosten der Krankenhausversorgung über den Pflege-

- ²⁸) Die Mehrbelastung des Pflegetages von rd. 15,80 DM ergibt sich als Quotient aus dem gesamten Fehlbetrag von 1,946 Mrd. DM und der Anzahl der Pflegetage der allgemeinen (3.) Pflegeklasse von 123,3 Millionen (123,3 Millionen Pflegetage werden auch allen folgenden Modellen zugrunde gelegt).
- ²⁹) Im Jahre 1966 betrug der durchschnittliche Pflegesatz in der allgemeinen (3.) Pflegeklasse etwa 32 DM; für das Jahr 1968 wird er auf rd. 40 DM geschätzt.
- Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen 3/68, S. 75. Die Summe der Beiträge ergibt sich aus
 - a) Beiträgen für versicherungspflichtige Mitglieder

12.135 Millionen DM

- Beiträgen für versicherungsberechtigte Mitglieder
- 3,002 Millionen DM
- Beiträge für versicherungspflichtige Rentner
- 2,412 Millionen DM
- d) Beiträge für andere Gruppen
- 0.132 Millionen DM

17,681 Millionen DM

Bei der Berechnung der Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenkassen wurde von einem fiktiven Beitragssatz von durchschnittlich 10 v.H. ausgegangen. Dieser gilt aber nur für versicherungspflichtige Mitglieder. Für andere Gruppen werden ermäßigte Beiträge erhoben, so daß der effektive Durchschnittssatz etwas unter 10 v. H. liegt. Aus Gründen der Vereinfachung wurde die sich ergebende geringe Differenz bei der Untersuchung nicht berücksichtigt.

- ³¹) § 389 RVO
 - (1) Decken bei einer Ortskrankenkasse auch elf vom Hundert des Grundlohns als Beiträge die Regelleistungen nicht, so können die Beiträge nur auf übereinstimmenden Beschluß der Arbeitgeber und Versicherten in der Vertreterversammlung noch weiter erhöht werden.
 - (2) Andernfalls veranlaßt das Oberversicherungsamt, vorbehaltlich des § 268, daß die Kasse mit anderen Ortskrankenkassen vereinigt wird. Ist das nicht möglich oder reichen trotz der Vereinigung die Beiträge für die Regelleistungen nicht aus, so hat der Gemeindeverband die erforderliche Beihilfe aus eigenen Mitteln zu leisten. Solange dies geschieht, kann er einem Vertreter das Amt des Kassenvorsitzenden übertragen.

satz vorsieht, müßten die in der VO PR 7/54 enthaltenen einschränkenden Bestimmungen aufgehoben werden. In erster Linie bedeutet dies, daß diejenigen Bestimmungen, die eine volle Anrechnung der bei sparsamer Wirtschaftsführung entstehenden Selbstkosten einer Krankenanstalt ausschließen oder einschränken, aufgehoben werden müssen. Dies betrifft sowohl die Anrechnung herkömmlich geleisteter Betriebszuschüsse als auch die vorgeschriebene Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger bei der Festsetzung von Pflegesätzen. Weiterhin müßte ausgeschlossen werden, daß fiktive Bettenwerte durch die Landespflegesatzverordnungen oder im Rahmen von Einzelbewertungen durch die Preisbildungsstellen der Länder unter den tatsächlichen Wiederbeschaffungswerten festgesetzt Rechtsgrundlage für eine derartige Regelung bietet wie bisher das Preisrecht. Ob dabei auf die Dauer derartige Regelungen auf die preisrechtlichen Ermächtigungen gestützt werden können, die vom Verfassungsgericht als eine auslaufende Nachkriegsregelung angesehen worden sind (BVerfGE 8, 274), müßte bei Erlaß einer solchen Regelung noch geprüft werden; verfassungsrechtlich ist eine Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes nach Artikel 74 Nr. 11 GG (Recht der Wirtschaft) gegeben.

Da bei dieser Lösung für die gesetzlichen Krankenkassen eine Beitragserhöhung von 0,6 v. H./6,2 v. H. notwendig werden würde (vgl. oben, Abschnitt 5.2.1.1 Buchstabe a), würden im Bereich zahlreicher Ortskrankenkassen, die bisher mit ihren Beiträgen an der im Gesetz grundsätzlich festgelegten Beitragsgrenze liegen oder diese bereits erreicht haben, die sich aus § 389 RVO ergebenden Folgen eintreten 31).

Inwieweit solche Auswirkungen durch Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflußt werden können, wird bei den Überlegungen für die Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung zu prüfen sein.

Eine Erweiterung der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes wäre bei dieser Lösung nicht erforderlich.

5.2.1.2 Beibehaltung der gegenwärtig geleisteten öffentlichen Finanzhilfen, Deckung der restlichen Kosten durch den Pflegesatz

a) Finanzielle Voraussetzungen

Diese Möglichkeit schließt sich am engsten an das gegenwärtig bestehende System an. Die erheblichen finanziellen Auswirkungen, die sich aus der Lösung über kostendeckende Pflegesätze ergeben, würden in diesem Fall durch die Weitergewährung der Finanzhilfen von Ländern und Gemeinden gemildert. Von dem gesamten Defizit in Höhe von rd. 1,946 Mrd. DM würde von den Benutzern bzw. den Kostenträgern nur derjenige Teil zu übernehmen sein, der nach Abzug dieser Finanzhilfen in Höhe von rd. 0,650 Mrd. DM Betriebszuschüssen und rd. 0,452 Mrd. DM Investitionshilfen ³²) (insgesamt rd. 1,1 Mrd. DM) verbleibt, also rd. 0,840 Mrd. DM. In diesem Falle würde der durchschnittliche Pflegesatz um rd. 6,80 DM angehoben werden müssen. Die gesetzlichen Krankenkassen müßten mit einer Mehrbelastung von rd. 0,487 Mrd. DM, die übrigen Sozialversicherungsträger von rd. 0,168 Mrd. DM rechnen. Diese Mehrbelastung würde bei den gesetzlichen Krankenkassen eine Beitragserhöhung von rd. 0,27 v. H./2,7 v. H. notwendig machen.

b) Rechtliche Voraussetzungen

Auch bei dieser Lösung müßten sämtliche einschränkenden Bestimmungen der VO PR 7/54 sowie Einschränkungen, die sich aus den Landespflegesatzverordnungen und deren Anwendung in der Praxis ergeben, entfallen. Darüberhinaus müßte jedoch sichergestellt werden, daß die gegenwärtig gezahlten Finanzhilfen der Länder und Gemeinden einschließlich der herkömmlich geleisteten Betriebszuschüsse auch in Zukunft weitergezahlt werden. In rechtlich verbindlicher Form läßt sich dies über das Preisrecht nicht sicherstellen, sondern es bedürfte einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung. Diese bundesgesetzliche Regelung kann nicht auf Artikel 74 Nr. 11 GG gestützt werden, da die Gewährung von Finanzhilfen durch die öffentliche Hand nicht zum Recht der Wirtschaft gehört. Die Artikel 73 bis 75 des Grundgesetzes in der zur Zeit geltenden Fassung bieten für eine solche Regelung keine Grundlage. Um sie für Länder und Gemeinden verbindlich zu machen, müßte also eine neue Gesetzgebungskompetenz für den Bund geschaffen werden, die als Grundlage für eine entsprechende gesetzliche Regelung dienen könnte. Hinzu kommt, daß der Bund im Einvernehmen mit den Ländern aus verfassungsrechtlichen Gründen eine Angleichung der z. Z. unterschiedlich gewährten Finanzhilfen anstreben müßte. Dies könnte durch Bezug der Finanzhilfen z. B. auf das Krankenbett, die Einwohnerzahl o. a. erreicht werden. Der von der Bundesregierung eingebrachte Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes (Drucksache V/3515), der vom Bundestag in der Finanzreform inzwischen beschlossen worden ist, und durch den dem Bund die Gesetzgebungskompetenz für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze eingeräumt werden soll, würde für eine entsprechende gesetzliche Regelung eine verfassungsrechtliche Grundlage bieten. Ohne diese gesetzliche Regelung und die Bereitstellung entsprechender Mittel erscheint es nicht möglich, diese Lösung zu verwirklichen, da bei der Finanzlage einer Reihe von Ländern und Gemeinden damit gerechnet werden müßte, daß die bisher gewährten Finanzhilfen der öffentlichen Hand in Zukunft nicht oder nicht mehr in dem bisherigen Umfang gewährt werden würden. Angesichts einer Erhöhung der Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen von rd. 0,27 v. H./2,7 v. H. würden die Folgen, die sich aus § 389 RVO ergeben (s. Abschnitt 5.2.1.1 Fußnote 31), wahrscheinlich für eine geringere Anzahl von Kassenbereichen eintreten als in dem Fall, in dem sämtliche Kosten der Krankenhausversorgung über den Pflegesatz gedeckt werden müßten.

5.2.1.3 Beibehaltung der Förderungsmaßnahmen der Länder, Fortfall der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse, Deckung der restlichen Kosten durch den Pflegesatz

a) Finanzielle Voraussetzungen

Gegen die Beibehaltung der Betriebszuschüsse sind insbesondere von den Gemeinden Bedenken erhoben worden. Eine Neuordnung der Krankenhausfinanzierung muß berücksichtigen, daß die Gemeinden, die ohnehin durch die Beteiligung an den Investitionskosten und durch ihre Trägerschaft von kommunalen Krankenanstalten einen entscheidenden Anteil an der Krankenhausversorgung tragen, durch die ständige Zahlung von Betriebskostenzuschüssen zusätzlich belastet werden. Daher ist es notwendig, auch die finanziellen Auswirkungen zu prüfen, die sich aus der Entlastung der Gemeinden von den herkömmlich geleisteten Betriebszuschüssen ergeben.

Werden die herkömmlich geleisteten Betriebszuschüsse außer Ansatz gelassen, so ergibt sich die Mehrbelastung für die Benutzer bzw. die Kostenträger aus der Differenz zwischen dem Gesamtdefizit in Höhe von rd. 1,946 Mrd. DM und den von den Ländern geleisteten Zuschüssen in Höhe von rd. 0,452 Mrd. DM, so daß die zusätzlichen Belastungen rd. 1,5 Mrd. DM ausmachen würden. Der durchschnittliche Pflegesatz würde um rd. 12,10 DM erhöht werden müssen. Die gesetzlichen Krankenkassen müßten mit einer Mehrbelastung von rd. 0,870 Mrd. DM, die übrigen Sozialversicherungsträger von rd. 0,300 Mrd. rechnen. Dies würde bei den gesetzlichen Krankenkassen eine Beitragserhöhung von rd. 0,49 v. H./4,9 v. H. notwendig machen.

b) Rechtliche Voraussetzungen

Bei dieser Lösung ergeben sich gegenüber den vorhergehenden Lösungen in rechtlicher Beziehung keine wesentlichen Besonderheiten. Der Wegfall der einschränkenden Bestimmungen im Preisrecht, die einer vollen Kostendeckung entgegenstehen, müßte auch hier durch eine Anderung der VO PR 7/54 sichergestellt werden. Die weitere Gewährung der Förderungsmaßnahmen der Länder könnte in rechtlich verbindlicher Form ebenfalls nur durch eine entsprechende bundesgesetzliche Regelung bestimmt werden, wobei auch hier eine Angleichung der z. Z. unterschiedlich gewährten Finanzhilfen angestrebt werden müßte. Für eine solche gesetzliche Regelung durch den Bund wäre ebenfalls eine Erweiterung der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes notwendig. Da bei dieser Lösung eine Beitragserhöhung der gesetzlichen Krankenkassen von rd. 0,49 v. H./ 4,9 v. H. notwendig erscheint, muß auch hier auf die sich aus § 389 RVO ergebenden Folgen verwiesen werden (vgl. Abschnitt 5.2.1.1, Fußnote 31).

³²⁾ Zuschüsse einschließlich der Darlehensteile, die nach Ablauf der Nutzungsdauer der langfristigen Anlagen noch nicht getilgt sein werden (50 v. H. der Darlehen des Landes Nordrhein-Westfalen).

5.2.2 Defizitbeseitigung unter Änderung der Grundlagen für Krankenhausfinanzierung

Die vorstehenden Lösungsmöglichkeiten gehen davon aus, daß die gesamten Kosten, die durch die Bereithaltung von Krankenanstalten und ihre Benutzung entstehen, im Prinzip vom Benutzer bzw. den Kostenträgern zu tragen sind. An dieser Feststellung ändert auch nichts die Tatsache, daß sowohl zu den Investitionen als auch zu den Betriebskosten von der öffentlichen Hand Finanzhilfen geleistet werden. Diese Finanzhilfen werden nämlich nicht vorwiegend in Anerkennung der Vorhaltung von Krankenanstalten als öffentlicher Aufgabe geleistet, sondern sie sollen als subsidiäre Hilfe sich ergebende Deckungslücken schließen. Sie werden deshalb auch ohne Rechtsverpflichtung der öffentlichen Hand gewährt.

Wird dagegen die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbetten als öffentliche Aufgabe angesehen ³³), kommt als eine der möglichen Lösungen in Betracht, Kosten, die die Bereithaltung einer Krankenanstalt betreffen, durch Finanzhilfen der öffentlichen Hand in vollem Umfang zu finanzieren. Sie würden dann nicht mehr im Pflegesatz erscheinen und daher weder vom Benutzer noch von den Kostenträgern erstattet werden müssen.

Unter den gesamten Kosten für die Bereithaltung von Krankenanstalten sind im Rahmen dieses Berichts alle Kosten zu verstehen, die durch Nutzung der lang-, mittel- und kurzfristig nutzbaren Anlagegüter im Sinne der Erläuterungen unter Abschnitt 3.3.1 (S. 17) entstehen. Unter Benutzungskosten werden die Kosten verstanden, die durch Inanspruchnahme der stationären Behandlung entstehen und nicht Kosten der Bereithaltung sind.

Der Begriff "Kosten der Bereithaltung" ist als technische Hilfsgröße anzusehen, die es erlaubt, die folgenden Modelle zu quantifizieren. Er ist nicht dem in der Diskussion befindlichen Begriff "Vorhaltungskosten" gleichzusetzen, über dessen Abgrenzung von den sogenannten "Benutzungskosten" weitere Verhandlungen zwischen den Beteiligten zu führen sein werden.

An der Grenze zwischen beiden Kostenarten stehen die Instandhaltungskosten. Es erscheint möglich, die Instandhaltungskosten den Kosten der Bereithaltung von Krankenanstalten zuzurechnen. Die Entscheidung, ob diese Instandhaltungskosten in den Pflegesatz aufgenommen oder den Kosten der Bereithaltung zugerechnet werden sollen, wird deshalb von den finanziellen Auswirkungen her getroffen werden müssen. Ebenfalls nach diesen Kriterien werden Modelle zu beurteilen sein, in denen nur die Kosten für die mittelfristig- und langfristig oder allein die-

83) So schriftliche Antwort der Bundesregierung zu der Großen Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik vom 12. Juni 1968 (Drucksache V/3008, S. 11); Sozialenquête S. 247 bis 255; jenigen für die langfristig nutzbaren Anlagen nicht in den Pflegesatz eingehen.

Die nachfolgenden Berechnungen beziehen sich deshalb

- a) auf die Übernahme der Bereithaltungskosten ohne Instandhaltungskosten durch die öffentliche Hand,
- b) auf die Übernahme der Bereithaltungskosten einschließlich der Instandhaltungskosten durch die öffentliche Hand,
- c) auf die Übernahme abgegrenzter Teile der Bereithaltungskosten auf die öffentliche Hand.

Unabhängig davon müssen in allen Fällen die finanziellen Auswirkungen dargestellt werden, die entstehen, wenn weiterhin Betriebszuschüsse in der gegenwärtigen Höhe gezahlt werden, oder wenn diese aus den bereits dargelegten Gründen entfallen sollten.

5.2.2.1 Übernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand ausschließlich der Instandhaltungskosten unter Beibehaltung der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse

a) Finanzielle Voraussetzungen

Das im Jahre 1966 im Bereich der Akutkrankenanstalten vorhandene Anlagevermögen betrug bei einem Bestand von rd. 425 000 Betten und einem Wiederbeschaffungswert von 60 000 DM je Bett insgesamt 25,5 Mrd. DM. Bei einer 50jährigen Nutzungsdauer der langfristigen Anlagen (bisher 100 Jahre) und einem durchschnittlichen Abschreibungssatz von 4,68 v. H. für alle Anlagen (vgl. Abschnitt 3.3.2) müßten daher zur Erhaltung der Bettenkapazität jährlich rd. 1,2 Mrd. DM an Finanzhilfen durch die öffentliche Hand für Investitionen in Krankenanstalten aufgebracht werden. Unter dieser Voraussetzung würde die gegenwärtige Belastung für den Benutzer bzw. den Kostenträger, sofern Betriebszuschüsse in unveränderter Höhe fortgezahlt werden, sich nicht verändern. Das Gesamtdefizit von rd. 1,946 Mrd. DM würde in diesem Fall in Höhe von rd. 1,2 Mrd. durch Investitionshilfen und in Höhe von 0,1 Mrd. DM durch Übernahme des Zinsendienstes für das von bestehenden Krankenanstalten aufgenommene Fremdkapital insgesamt 1,3 Mrd. DM, von der öffentlichen Hand und in Höhe von rd. 0,650 Mrd. DM, durch Betriebszuschüsse gedeckt.

b) Rechtliche Voraussetzungen

Kennzeichnend für dieses und die folgenden Modelle ist, daß sich die öffentliche Hand durch Übernahme der gesamten oder eines Teiles der Bereithaltungskosten von Krankenanstalten, die in Übereinstimmung mit den Krankenhausplanungen der Länder errichtet oder betrieben werden, an der Krankenhausfinanzierung beteiligt.

Eine gesetzliche Regelung, durch die die Beteiligung der öffentlichen Hand an der Krankenhausfinanzierung bestimmt wird, muß deshalb die Verpflichtung aussprechen, daß öffentliche Mittel — entsprechend der Entscheidung für ein Modell — entweder für die gesamten Investitionen der Errichtung und der Erst-

Stellungnahme der Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger zur s. Z. geplanten Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 21. Januar 1966, S. 11.

ausstattung sowie für die Wiederbeschaffung der mittel- und kurzfristigen Investitionen oder für Teile davon bereitzustellen sind.

Eine solche gesetzliche Regelung kann auf die gegenwärtig vorhandenen Gesetzgebungszuständigkeiten des Bundes nicht gestützt werden. Es bedarf vielmehr auch hier einer Erweiterung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes, wie sie von der Bundesregierung im Entwurf eines Gesetzes zur Anderung des Grundgesetzes (Drucksache V/3515) vorgeschlagen worden ist. Die Einzelheiten eines Gesetzentwurfs, der sich auf diese neue verfassungsrechtliche Grundlage stützen könnte, müßten den weiteren Verhandlungen zwischen Bund und Ländern und in den parlamentarischen Körperschaften überlassen bleiben. Hierbei stellt sich allerdings die Frage, ob bei einer solchen Regelung auf eine Beteiligung des Bundes an der Krankenhausfinanzierung in Zukunft verzichtet werden kann. Dies ist eine Frage, die zum Fragenkreis der Finanzreform und der mittelfristigen Finanzplanung gehört und dort mitentschieden werden muß. Des weiteren müßte auch entschieden werden, ob bei den Trägern von Krankenanstalten auch in Zukunft eine angemessene eigene finanzielle Beteiligung vorausgesetzt werden soll.

Darüber hinaus wäre eine Pflegesatzregelung erforderlich, um eine Deckung der Kosten einer sparsam wirtschaftenden Krankenanstalt sicherzustellen, die im Bereich der stationären Behandlung entstehen und nicht durch öffentliche Finanzierungen gedeckt werden.

5.2.2.2 Übernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand ausschließlich der Instandhaltungskosten unter Fortfall der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse

a) Finanzielle Voraussetzungen

Die entfallenden rd. 0,650 Mrd. DM Betriebszuschüsse müßten in den Pflegesatz eingehen. Dadurch würde der durchschnittliche Pflegesatz um rd. 5,30 DM angehoben werden müssen. Die gesetzlichen Krankenkassen müßten mit einer Mehrbelastung von rd. 0,377 Mrd. DM, die übrigen Sozialversicherungsträger mit einer Mehrbelastung von rd. 0,130 Mrd. DM rechnen. Das würde für die gesetzlichen Krankenkassen eine Beitragserhöhung von rd. 0,2 v. H./2 v. H. notwendig machen.

b) Rechtliche Voraussetzungen Wie zu Abschnitt 5.2.2.1

5.2.2.3 Übernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand einschließlich der Instandhaltungskosten unter Beibehaltung der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse

a) Finanzielle Voraussetzungen

Über den Betrag von rd. 1,3 Mrd. DM hinaus (einschließlich des Zinsendienstes) wären in diesem Falle von der öffentlichen Hand weitere rd. 0,2 Mrd. DM an Instandhaltungskosten aufzubringen. Bei Fortzahlung der bisher geleisteten Betriebszuschüsse

würde es für den Benutzer zu einer Entlastung um rd. 0,2 Mrd. DM kommen. Andererseits könnten aber in dieser Höhe auch die Betriebszuschüsse entlastet werden, ohne daß die Benutzungskosten sich gegenüber dem gegenwärtigen Stand erhöhen.

b) Rechtliche Voraussetzungen

Wie zu Abschnitt 5.2.2.1

5.2.2.4 Übernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand einschließlich der Instandhaltungskosten unter Fortfall der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse

a) Finanzielle Voraussetzungen

In diesem Falle wäre vom Benutzer bzw. den Kostenträgern derjenige Betrag zu übernehmen, der nach Abzug der von der öffentlichen Hand gewährten Finanzhilfen (Investitionen, Instandhaltungskosten und Zinsendienst) vom Gesamtdefizit in Höhe von 1,9 Mrd. DM mit rd. 0,450 Mrd. DM verbleibt. Hierdurch ergäbe sich eine Steigerung des durchschnittlichen Pflegesatzes um rd. 3,70 DM.

Die gesetzlichen Krankenkassen müßten mit einer Mehrbelastung von rd. 0,260 Mrd. DM, die übrigen Sozialversicherungsträger mit einer Mehrbelastung von rd. 0,090 Mrd. DM rechnen.. Das würde für die gesetzlichen Krankenkassen eine Beitragserhöhung von rd. 0,15 v. H./1,5 v. H. notwendig machen.

b) Rechtliche Voraussetzungen

Wie zu Abschnitt 5.2.2.1

5.2.2.5 Übernahme der Investitionskosten für die lang- und mittelfristig nutzbaren Anlagen durch die öffentliche Hand unter Beibehaltung der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse

a) Finanzielle Voraussetzungen

Der jährliche Investitionsbedarf beträgt für die 425 000 Akutbetten bei einem durchschnittlichen Bettenwert von 60 000 DM und einem Abschreibungssatz von 4,68 v. H. = rd. 1,2 Mrd. DM (vgl.)Abschnitt 5.2.2.1). Es entfallen entsprechend der Aufgliederung in Abschnitt 3.3.1 von dem gesamten Investitionswert von 25,5 Mrd. DM auf die langfristig nutzbaren Anlagen 0,7 v. H., = 179 Millionen DM und auf die mittelfristig nutzbaren Anlagen 1,68 v. H. = 428 Millionen DM insgesamt rd. 607 Millionen DM. Von dem gesamten Defizit in Höhe von 1,946 Mrd. DM müssen die Benutzer oder ihre Kostenträger also den Betrag übernehmen, der nach Abzug von 0,607 Mrd. DM öffentlicher Investitionen und 0.650 Mrd. DM herkömmlich geleisteter öffentlicher Betriebszuschüsse mit rd. 689 Millionen DM verbleibt. Hierdurch ergäbe sich eine Steigerung des durchschnittlichen Pflegesatzes um rd. 5,60 DM. Die gesetzlichen Krankenkassen müßten mit einer Mehrbelastung von rd. 0,400 Mrd. DM, die übrigen Sozialversicherungsträger mit einer Mehrbelastung von rd. 0,138 Mrd. DM rechnen. Das würde für die gesetzlichen Krankenkassen eine Beitragserhöhung von rd. 0,23 v. H./2,3 v. H. notwendig machen.

b) Rechtliche Voraussetzungen Wie zu Abschnitt 5.2.2.1

5.2.2.6 Übernahme der Investitionskosten für lang- und mittelfristig nutzbare Anlagen durch die öffentliche Hand unter Fortfall der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse

a) Finanzielle Voraussetzungen

In diesem Falle wäre vom Benutzer oder den Kostenträgern derjenige Betrag zu übernehmen, der nach Abzug der von der öffentlichen Hand übernommenen Finanzierung der lang- und mittelfristig nutzbaren Anlagen vom Gesamtdefizit in Höhe von 1,946 Mrd. DM mit rd. 1,340 Mrd. DM verbleibt. Hierdurch ergäbe sich eine Steigerung des durchschnittlichen Pflegesatzes um rd. 10,90 DM. Die gesetzlichen Krankenkassen müßten mit einer Mehrbelastung von rd. 0,777 Mrd. DM, die übrigen Sozialversicherungsträger mit einer Mehrbelastung von rd. 0,268 Mrd. DM rechnen. Das würde für die gesetzlichen Krankenkassen eine Beitragserhöhung von rd. 0,44 v. H./4,4 v. H. notwendig machen.

b) Rechtliche Voraussetzungen Wie zu Abschnitt 5.2.2.1

5.2.2.7 Übernahme der Investitionskosten für die langfristig nutzbaren Anlagen durch die öffentliche Hand unter Beibehaltung der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse

a) Finanzielle Voraussetzungen

Vom Benutzer oder den Kostenträgern ist derjenige Betrag zu übernehmen, der nach Abzug der von der öffentlichen Hand übernommenen Finanzierung der langfristig nutzbaren Anlagen (179 Millionen DM) und der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse (650 Millionen DM) vom Gesamtdefizit in Höhe von 1,946 Mrd. DM mit 1,117 Mrd. verbleibt. Hierdurch ergäbe sich eine Steigerung des durchschnittlichen Pflegesatzes um rd. 9 DM. Die gesetzlichen Krankenkassen müßten mit einer Mehrbelastung von rd. 0,648 Mrd. DM und die übrigen Sozialversicherungsträger mit einer Mehrbelastung von rd. 0,223 Mrd. DM rechnen. Das würde für die gesetzlichen Krankenkassen eine Beitragserhöhung von rd. 0,37 v. H./3,7 v. H. notwendig machen.

b) Rechtliche Voraussetzungen Wie zu Abschnitt 5.2.2.1

5.2.2.8 Übernahme der Investitionskosten für die langfristig nutzbaren Anlagen durch die öffentliche Hand unter Fortfall der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse

a) Finanzielle Vorausseizungen

Vom Benutzer oder den Kostenträgern ist derjenige Betrag zu übernehmen, der nach Abzug der von der öffentlichen Hand übernommenen Finanzierung der lagnfristig nutzbaren Anlagen (179 Millionen DM) vom Gesamtdefizit in Höhe von 1,946 Mrd. DM mit 1,767 Mrd. DM verbleibt. Hierdurch ergäbe sich eine Steigerung des durchschnittlichen Pflegesatzes um rd. 14,30 DM. Die gesetzlichen Krankenkassen müßten mit einer Mehrbelastung von rd. 1,025 Mrd. DM und die übrigen Sozialversicherungsträger mit einer Mehrbelastung von rd. 0,353 Mrd. DM rechnen. Das würde für die gesetzlichen Krankenkassen eine Beitragserhöhung von rd. 0,58 v. H./5,8 v. H. notwendig machen

b) Rechtliche Voraussetzungen

Wie zu Abschnitt 5.2.2.1

5.2.2.9 Behandlung der "alten Last"

Diese Regelungen stellen auf die volle oder teilweise Finanzierung neuer Vorhaben ab. Damit die bereits errichteten Krankenanstalten gegenüber den Neubauten nicht benachteiligt werden und deren Pflegesätze nicht höher festgesetzt werden müssen, muß die Tilgung der Kapitalmarktmittel, die in der Vergangenheit zur Durchführung von Investitionen für Krankenanstalten aufgenommen wurden (sogenannte "alte Last"), von der öffentlichen Hand insoweit übernommen werden, als sie - je nach Modell - in die Anlagen investiert worden sind, deren Kosten ebenfalls von der öffentlichen Hand getragen werden. Dies erfordert im Falle der vollen Übernahme der Bereithaltungskosten Finanzhilfen der öffentlichen Hand in Höhe von rd. 0,200 Mrd. DM (geschätzt) zusätzlich 34) 35).

5.3 Grundsätze für die künftige Krankenhausfinanzierung und Krankenhausorganisation

Das Ergebnis der Untersuchung zeigt, daß die bisherige Regelung der Krankenhausfinanzierung durch teilkostendeckende Pflegesätze auf der Basis der Bundespflegesatzverordnung und — in den einzelnen Ländern unterschiedliche — Finanzhilfen der öffentlichen Hand in der Vergangenheit nicht befriedigt hat. Die bisherige Auffassung aller mit der Krankenhausfinanzierung befaßten Stellen wird damit bestätigt. Die Schaffung einer rechtlich gesicherten Ordnung der Krankenhausfinanzierung ist deshalb eine dringliche Aufgabe. Mit einer solchen Ordnung sollten auch die strukturellen Änderungen eingeleitet werden, die nach den modernen Erkenntnissen Voraussetzung für ein bedarfsgerecht gegliedertes Krankenhaussystem sind.

Wie in Abschnitt 5.2 dargestellt wurde, stehen grundsätzlich folgende Möglichkeiten der Krankenhausfinanzierung zur Diskussion:

- a) Pflegesätze, die sowohl die Kosten der stationären Versorgung als auch die Abschreibungen der Anlagen enthalten (vollkostendeckende Pflegesätze);
- b) Pflegesätze, die nur einen näher zu bestimmenden Teil der Kosten enthalten unter gleichzeitiger Übernahme der nicht durch den Pflegesatz gedeckten Kosten durch die öffentliche Hand (teilkostendeckende Pflegesätze).

Wenn die Krankenhauskosten voll den Benutzern angelastet werden würden, müßten nach der Untersuchung die in der Vergangenheit ständig gestiegenen Pflegesätze, die derzeit im Durchschnitt etwa 40 DM pro Tag betragen, um rd. 15,80 DM erhöht werden. Das aber hätte zur Folge, daß die bereits jetzt geleisteten Finanzhilfen der öffentlichen Hand entfallen würden und die entsprechenden Beträge von den Benutzern oder deren Kostenträgern aufgebracht werden müßten. Nach allen Erfahrungen der Vergangenheit besteht kein Zweifel, daß eine solche Lösung politisch nicht zu verwirklichen ist. Außerdem können vollkostendeckende Pflegesätze bei der gegenwärtigen Struktur der Krankenhausversorgung im Bundesgebiet auch zu Fehlinvestitionen führen.

Für die Neuordnung soll von den Grundsätzen ausgegangen werden, die die Bundesregierung bereits mehrfach erklärt hat ³⁶), wobei zu berücksichtigen ist, daß dies mit zusätzlichen Belastungen der öffentlichen Hand und auch mit Belastungsverschiebungen verbunden sein wird. Dabei müssen die historisch gewachsene Gliederung der Krankenhausträger nach öffentlichen, freien gemeinnützigen und privaten sowie die Unabhängigkeit und die Entscheidungsfreiheit aller dieser Krankenhausträger berücksichtigt werden.

Die Krankenhausversorgung muß wirtschaftlich sein und dem Gebot einer rationellen Personalverwendung entsprechen.

Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit eines Krankenhaussystems hängen u.a. von der richtigen Relation der Bettenzahl zu der zu versorgenden Bevölkerung, von einem zweckmäßigen Standort, einer sachgerechten Gliederung der bestehenden Krankenanstalten und von einer zweckmäßigen Organisation der einzelnen Anstalt ab. Was die Bettenzahl betrifft, steht die Bundesrepublik Deutschland mit 107,1 Krankenhausbetten je 10 000 Einwohner, wovon 71,1 Betten in Akut-Krankenanstalten stehen 37), im internationalen Vergleich an einer der ersten Plätze sowohl von der Gesamtzahl als auch von der Anzahl der Akutbetten her gesehen. Aus dieser Sicht dürfte es kein Problem des Bettenmangels geben. Dennoch ist es oft schwer, an bestimmten Orten für eine notwendige Einweisung das hierfür erforderliche Bett mit der entsprechenden Behandlungsmöglichkeit in einer Krankenanstalt zu finden.

34) Adam: "Krankenhausfinanzierungsprobleme in "Das Krankenhaus" 11/66 S. 443 Die demographische Entwicklung, der Wandel der Sozialstruktur, der sprunghafte Anstieg der Lebenserwartung, die wachsende Fülle diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten im Rahmen der medizinischen Wissenschaft, die gesundheitliche Aufklärung und ein daraus resultierendes stärkeres Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung haben in der Vergangenheit zu einem ständig steigenden Bedarf an Krankenhausbetten geführt. Übertragbare Krankheiten werden heute mit Erfolg behandelt und fordern eine zusätzliche Bereitstellung von Betten. Ein weiterer Bettenbedarf ergibt sich aus dem Anwachsen von Herz-Kreislaufkrankheiten, der Häufung bösartiger Geschwülste, der Vermehrung der Unfälle, der Zunahme der Stoffwechselkrankheiten und der seelischen Krankheiten und der mit der verlängerten Lebenserwartung einhergehenden Alterspflegefälle. Aus dem Anstieg der je für 10 000 Einwohner zur Verfügung stehenden Betten — etwa 20 im Jahre 1880 und 107 im Jahre 1966 — läßt sich der Bedeutungswandel der Krankenanstalten mit aller Deutlichkeit ablesen. Aus dem mittelalterlichen Hospital ist heute ein komplizierter Organismus mit einer wichtigen sozialen Funktion geworden. In weit stärkerem Maße als früher müssen sich die Krankenanstalten heute — entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik — den ständig steigenden Anforderungen anpassen. Dieser Trend und die Tatsache, daß das Anlagevermögen aller Krankenanstalten mit etwa 40 Mrd. DM zu veranschlagen ist, läßt die Ausmaße der Probleme erkennen.

Die Entwicklung vom Hospitalwesen zur heutigen Krankenhausform, d. h. von der Armenpflege zum modernen diagnostischen und therapeutischen Zentrum ist bis vor etwa mehr als zwei Jahrzehnten mangels sachgerechter und der Raumordnung entsprechender Planung im allgemeinen unorganisch vor sich gegangen. Dieser Mangel hat dazu geführt, daß in der Bundesrepublik eine regional unterschiedliche qualitative und quantitative Krankenhausversorgung besteht, daß in manchen Krankenanstalten technische Apparaturen und Vorrichtungen angeschafft und installiert wurden, die nicht voll ausgenutzt werden können. Krankenanstalten sind im Einzugsbereich bereits bestehender Krankenanstalten errichtet worden. Ein Wettbewerb um Personal sowie mangelhafte Ausnutzung der Kapazität beider Krankenanstalten kann die Folge sein. Das aber ist bei den finanziellen Dimensionen, um die es hier geht, und bei der Lage am Arbeitsmarkt für medizinische Hilfskräfte eine nicht zu vertretende Entwicklung. Aufbau und Organisation des heutigen Krankenhauswesens entsprechen in vielen Fällen wegen der historisch bedingten unorganischen Entwicklung nicht den modernen internationalen Erkenntnissen.

Wenn die Krankenanstalten in Zukunft ihre Aufgabe zufriedenstellend erfüllen sollen, so muß im Bedarfsfalle jeder Bundesbürger unabhängig von seinem Wohnort und seiner sozialen Stellung die seinem speziellen Fall qualitativ und quantitativ entsprechende Behandlung in einer Krankenanstalt erhalten.

³⁵⁾ Da nach VO PR 7/54 keine Tilgungsbeträge für Fremdkapital in die Selbstkosten einbezogen werden dürfen (§ 6 Abs. 2 Nr. 6), muß bei Finanzierung der Investitionen durch die öffentliche Hand diese zwar die gesamte "alte Last" übernehmen. Eine Entlastung der Benutzer tritt aber nur hinsichtlich der Zinsen für das aufgenommene Fremdkapital ein.

³⁶⁾ Schriftliche Antwort der Bundesregierung zur Großen Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik vom 12. Juni 1968 (Drucksache V/3008, S. 11, Auszug s. Anlage 3); Entwurf eines . . . Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes (Drucksache V/3515, S. 5/6 und 15/16, Auszug s. Anlage 4).

³⁷) Statistik a. a. O. S. 10

Dies trifft sowohl auf die bedarfsgerechte Gliederung der Krankenanstalten insgesamt als auch auf die innere Organisation der einzelnen Krankenanstalt zu.

Die Art der Krankenhausfinanzierung mit der derzeitigen Pflegesatzregelung und der Beteiligung der öffentlichen Hand an der Krankenhausfinanzierung ohne rechtliche Verpflichtung weder dem Grunde noch der Höhe nach - bringt Unsicherheit in die Wirtschaftsführung der Krankenanstalten. In dem Pauschalsystem des Pflegesatzes liegt ein Anreiz für die Verlängerung der Verweildauer; sie liegt im internationalen Vergleich relativ hoch (28,6 Tage in allen Krankenanstalten, 19,5 Tage in Akutkrankenanstalten). Durch die Pflegesatzregelung werden die ersten — leistungsintensiven — Krankenhaustage mit dem gleichen Satz vergütet wie die folgenden, weniger leistungsintensiven Krankenhaustage. Das kann dazu führen, daß die Verweildauer des Patienten über die medizinisch gebotene Mindestzeit ausgedehnt wird, um die kostenintensiven ersten Tage ausgleichen zu können. Die Senkung der Verweildauer um einen Tag würde allein im Bereich der Akutkrankenanstalten zu einer Freistellung von rund 20 000 Betten führen. Die Behebung des Bettenmangels und der Mängel in der Krankenhausversorgung sind damit nicht allein eine Frage fehlender Neubauten, sondern auch eine Frage des Wandels der Organisationsform und der bisherigen Finanzierungsform sowie der Senkung der Verweildauer. Eine Analyse und Statistik der Funktionsabläufe in der Krankenanstalt zur Grundlegung künftiger Gestaltung des Krankenhauswesens ist in Angriff genommen worden. Ein entsprechendes Forschungsvorhaben wird vom Bundesministerium für Gesundheitswesen finanziert.

Da die Krankenhausfinanzierung in den vergangenen Jahren von den Bundesländern mit erheblichen finanziellen Hilfen unterstützt worden ist, bedarf jede grundlegende Lösung der finanziellen, strukturellen und organisatorischen Probleme der sorgfältigen Erörterung zwischen der Bundesregierung und den Bundesländern und allen sonstigen Beteiligten. Die Bundesregierung wird deshalb in den nächsten Monaten auf der Grundlage der Krankenhausenquête und ihrer Ergebnisse in Verhandlungen mit den Ländern sowie mit der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft, den Krankenkassen-Verbänden und den übrigen Beteiligten eintreten. Dabei werden die dargestellten Lösungsmöglichkeiten auf der Grundlage der o. a. Grundsätze auf ihre Realisierungsmöglichkeiten zu prüfen und die mit der Finanzreform und mit der Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung zusammenhängenden Proble· me zu berücksichtigen sein.

Die Bundesregierung wird die Frage prüfen, ob und inwieweit bis zur gesetzlichen Neuordnung der Krankenhausfinanzierung im Rahmen einer Lösung, die den gesellschaftlichen, sozialen und finanziellen Erfordernissen einer bedarfsgerecht gegliederten Krankenhausversorgung Rechnung trägt, auch eine Änderung der Bundespflegesatzverordnung herbeigeführt werden muß (s. auch Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik, Drucksache V/3008, S. 11 in Anlage 3 zu diesem Bericht).

Zur Frage der finanziellen, sozialpolitischen und gesundheitspolitischen Auswirkungen der s. Z. vorgeschlagenen Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundesregierung beabsichtigt nicht, die s. Z. vorgesehene Fassung einer Änderungsverordnung zur Bundespflegesatzverordnung zu erlassen. Es wird deshalb von der erbetenen Stellungnahme zu den finanziellen, sozialpolitischen und gesundheitspolitischen Auswirkungen des ursprünglichen Entwurfs abgesehen.

Tabellenanhang

Anhang 1, Tabelle 1

Kosten- und Ertragslage der Krankenanstalten nach Ländern und Trägern, bezogen auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse

	öffent	lich rech Träger	tliche	freie gemeinnützige Träger		ützige	private Träger		ger	alle Träger			
Land	Kosten im Sinne der VOPR 7/54 DM	Erträge DM	Kosten- unter- deckung I DM	Kosten im Sinne der VOPR 7/54 DM	Erträge DM	Kosten unter- deckung I DM	Kosten im Sinne der VOPR 7/54 DM	Erträge DM	Kosten- unter- deckung I DM	Kosten im Sinne der VOPR 7/54 DM	Erträge DM	Kosten- unter- deckung I DM	
D-d											-		
Baden- Württemberg .	48,56	39,50	9,06	44,06	39,71	4,35	33,25	31,42	1,83	47,86	39,41	8,45	
Bayern	40,49	28,91	11,58	31,62	27,17	4,45	33,38	25,65	7,73	39,57	28,62	10,95	
Berlin (West)	63,47	32,52	30,95	39,81	34,58	5,23	_			55,74	32,87	22,87	
Bremen	56,76	32,19	24,57	47,48	37,40	10,08	41,43	38,69	2,74	50,86	34,92	15,94	
Hamburg	63,70	32,66	31,04	43,80	37,42	6,38	37,99	37,26	0,73	55,77	33,66	22,11	
Hessen	54,90	34,59	20,31	38,31	32,70	5,61	30,41	29,65	0,76	47,33	33,54	13,79	
Niedersachsen	49,60	34,98	14,62	39,10	33,79	5,31	30,02	27,01	3,01	46,10	34,45	11,65	
Nordrhein- Westfalen	53,71	37,47	16,24	37,71	33,58	4,13	41,31	44,84	+3,53	42,82	34,85	7,97	
Rheinland-Pfalz .	48,36	33,69	14,67	34,78	31,00	3,78	25,51	23,22	2,29	40,43	32,08	8,35	
Saarland	51,17	35,20	15,97	38,18	32,14	6,04	37,25	24,42	12,83	45,50	33,57	11,93	
Schleswig- Holstein	44,89	35,49	9,40	38,28	33,59	4,69	30,53	28,19	2,34	43,70	35,06	8,64	
Bundesgebiet	49,12	34,31	14,81	37,75	33,38	4,37	35,02	32,51	2,51	44,15	34,33	9,82	

Vorstehende Tabelle weist die Kosten- und Ertragslage der Krankenanstalten auf der Grundlage der nach VO PR 7/54 berechenbaren Kosten aus.

Besonders augenfällig ist bei den vorstehenden Ergebnissen, daß

a) die Kostenunterdeckung I (vgl. Abschnitt 3.2), die sich ohne Berücksichtigung etwaiger Zuschüsse ergibt, bei den Akutkrankenanstalten öffentlich rechtlicher Träger je Pflegetag der 3. Pflegeklasse wesentlich höher als bei den Krankenanstalten freier gemeinnütziger Träger ist,

b) in der Gruppe der öffentlichen Krankenanstalten wiederum die Stadtstaaten mit Abstand an der Spitze stehen, während sich die Fehlbeträge in den übrigen Krankenanstalten im wesentlichen im Rahmen des Bundesdurchschnitts halten.

Anhang 1, Tabelle 2

Kosten- und Ertragslage der Krankenanstalten nach Ländern und Art der Krankenanstalt, bezogen auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse

	Anstalt	skranker	nhäuser	Belegk	rankenar	ıstalten	alle Kra	ankenans	kenanstalten *)	
Land	Kosten im Sinne der VOPR 7/54 DM	Erträge DM	Kosten- unter- deckung I DM	Kosten im Sinne der VOPR 7/54 DM	Erträge DM	Kosten- unter- deckung I DM	Kosten im Sinne der VOPR 7/54 DM	Erträge DM	Kosten- unter- deckung I DM	
Baden-Württemberg	49,09	40,27	8,82	32,18	28,49	3,69	47,86	39,41	8,45	
Bayern	41,94	30,01	11,93	23,93	20,26	3,67	39,57	28,62	10,95	
Berlin (West)	55,98	32,94	23,04	34,58	30,25	4,33	55,74	32,87	22,87	
Bremen	50,86	34,92	15,94				50,86	34,92	15,94	
Hamburg	55,77	33,66	22,11				55,77	33,66	22,11	
Hessen	51,23	35,06	16,17	32,37	27,80	4,57	47,33	33,54	13,79	
Niedersachsen	46,88	34,89	11,99	31,75	27,17	4,58	46,10	34,45	11,65	
Nordrhein-Westfalen	43,43	35,24	8,19	27,21	24,70	2,51	42,82	34,85	7,97	
Rheinland-Pfalz	42,98	33,05	9,93	32,84	29,03	3,81	40,43	32,08	8,35	
Saarland	46,03	33,68	12,35	33,53	31,74	1,79	45,50	33,57	11,93	
Schleswig-Holstein	44,98	36,06	8,92	32,74	26,74	6,—	43,70	35,06	8,64	
Bundesgebiet	45,58	34,15	11,43	29,38	25,42	3,96	44,15	34,33	9,82	

^{*)} einschließlich privater Träger

Vorstehende Tabelle weist die Kosten- und Ertragslage der Krankenanstalten auf der Grundlage der nach VO PR 7/54 berechenbaren Kosten aus.

Erwartungsgemäß weisen die reinen Beleganstalten einen geringeren Kostensatz je Pflegetag der 3. Pflegeklasse aus als die Anstaltskrankenhäuser, wobei die Vergütung für Arzte in den Anstaltskrankenhäusern mit durchschnittlich 10 bis 13 v. H. der Gesamtkosten je Pflegetag anzusetzen sind.

Der Anteil der geleisteten Pflegetage in den Belegkrankenanstalten ist mit 8,8 v. H. aller in Akutkrankenanstalten aufgekommenen Pflegetage so gering, daß ein nennenswerter Einfluß auf den Gesamtdurchschnitt der Kosten je Pflegetag in der 3. Pflegeklasse nicht festgestellt werden kann.

Vorstehende Feststellungen treffen für alle Bundesländer gleichermaßen zu.

Anhang 1, Tabelle 3

Kosten- und Ertragslage der Krankenanstalten nach Ländern, Trägern und dem Zeitpunkt der Errichtung, bezogen auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse

		öffent	lich rech Träger	tliche	freie ç	gemeinn Träger	ützige	pri	vate Trä	ger
Land —	Altbau Neubau	Kosten im Sinne der VOPR 7/54 DM	Erträge DM	Kosten- unter- deckung I	Kosten im Sinne der VOPR 7/54 DM	Erträge DM	Kosten- unter- deckung I DM	Kosten im Sinne der VOPR 7/54 DM	Erträge DM	Kosten- unter- deckung I DM
T. T	A 1/1	40.20	20.01	0.55	45,53	40,12	5,41	35,18	33,33	1,85
Baden-Württemberg	Altbau	49,36 47,34	39,81 39,04	9,55 8,30	45,53	39,07	2,86	30,72	28,91	1,81
							,	,		
Bayern	Altbau	35,03	27,19	7,84	28,46	23,61	4,85	33,88	25,69	8,19
	Neubau	43,58	29,88	13,70	33,32	29,10	4,22	31,09	26,30	4,79
Berlin (West)	Altbau	63,61	32,56	31,05	39,53	34,42	5,11		_	
	Neubau	60,52	31,26	29,26	41,86	35,74	6,12		_	
Bremen	Altbau	_			49,16	37,21	11,95	_	_	
	Neubau	56,76	32,19	24,57	46,45	37,50	8,95	41,43	38,69	2,74
Hamburg	Altbau	63,70	32,67	31,03	43,56	36,51	7,05	37,93	36,60	1,33
	Neubau			_	44,21	39,55	4,66	38,10	37,47	0,63
Hessen	Altbau	50,14	34,34	15,80	34,51	31,12	3,39	29,52	29,46	0,06
Tiessen	Neubau	57,98	34,79	23,19	40,14	33,47	6,67	31,12	29,79	1,33
NI: a danca chaon	Altbau	50,82	35,27	15.55	38,78	34,49	4,29	30,96	25,73	5,23
Niedersachsen	Neubau	48,51	34,74	13,77	39,36	33,22	6,14	29,66	27,57	2,09
NI 1.1 i TATantfalan	Altbau	54,56	37,44	17,12	37,75	33,71	4,04	37.88	40 04	+2,16
Nordrhein-Westfalen	Neubau	1	37,49	14,98	37,64	•	4,26	45,30	•	+5,13
			•					25,51	23,22	
Rheinland-Pfalz	Altbau		34,39	13,73 15,50	34,68	•	•	23,31	23,22	2,23
	Neubau	48,67	33,17		,	•	·			
Saarland	Altbau	51,15		15,64	37,36		-	07.05		10.00
	Neubau	51,21	34,64	16,57	40,05	31,79	8,26	37,25	24,42	12,83
Schleswig-Holstein	Altbau	45,40	35,96	9,44	31,55		4,93	30,53	28,19	2,34
	Neubau	44,06	34,72	9,34	40,14	35,51	4,63			
Bundesgebiet	Altbau	50,93	33,91	17,02	37,58	33,20	4,38	34,62	30,54	4,08
	Neubau		33,38						34,10	1,41

Ein deutlicher Kostenvorteil des Neubaus gegenüber dem Altbau läßt sich nur bei den öffentlichen Krankenanstalten im Bundesdurchschnitt mit einem Verhältnis von 50,93:46,61 DM feststellen. Die Kostenunterschiede bei den frei gemeinnützigen und privaten Krankenanstalten zwischen Altbau und Neubau lassen — jedenfalls im Bundesdurchschnitt — keinen Kostenvorteil des Neubaus gegenüber dem Altbau erkennen. Die Aussagen für die einzelnen Bundesländer sind sehr unterschiedlich. Die vorstehende Tabelle läßt deshalb keine allgemeingültigen Aussagen zu.

Kosten- und Ertragslage der Krankenanstalten *) nach Ländern und Zweckbestimmung der Anstalten, bezogen auf den Pflegetag der 3. Pflegeklasse

	ohne	kenansta abgegre abteilun	nzte	mit	nkenansta abgegren habteilun	zten	Fachkrankenanstalten			
Land	Kosten im Sinne der VOPR 7/54	Erträge	Kosten- unter- deckung I	Kosten im Sinne der VOPR 7/54	Erträge	Kosten- unter- deckung I	Kosten im Sinne der VOPR 7/54	Erträge	Kosten- unter- deckung I	
	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	
Baden-Württemberg	28,84	25,49	3,35	49,17	40,36	8,81	39,86	33,42	6,44	
Bayern	24,77	20,26	4,51	42,94	30,34	12,60	31,13	26,83	4,30	
Bremen	41,43	38,69	2,74	52,34	35,20	17,14	44,86	29,11	15,75	
Hamburg	38,37	38,41	+0.04	56,88	33,45	23,43	51,51	35,85	15,66	
Hessen	32,58	30,10	2,48	48,26	33,99	14,27	41,22	28,90	12,32	
Niedersachsen	39,65	27,62	12,03	47,14	34,88	12,26	38,64	33,80	4,84	
Nordrhein-Westfalen	23,50	21,82	1,68	43,06	35,11	7,95	46,27	35,62	10,65	
Rheinland-Pfalz	33,94	26,87	7,07	41,02	32,46	8,56	31,25	27,10	4,15	
Schleswig-Holstein	33,06	27,41	5,65	44,19	35,39	8,80	49,17	39,51	9,66	
Saarland	20,51	21,83	+1,32	45,45	33,75	11,70	47,82	31,83	15,99	
Berlin (West)	36,78	31,96	4,82	56,33	33,07	23,26	52,90	31,81	21,09	
Bundesgebiet	28,47	23,97	4,50	45,03	33,88	11,15	42,09	32,32	9,77	

^{*)} einschließlich privater Träger

Vorstehende Tabelle weist die Kosten- und Ertragslage der Krankenanstalten auf der Grundlage der nach VO PR 7/54 berechenbaren Kosten aus.

Es zeigt sich, daß die Kosten je Pflegetag in den Anstalten mit abgegrenzten Fachabteilungen am höchsten sind. Das Ergebnis läßt die Prognose zu, daß mit fortschreitender Spezialisierung und Gliederung der Krankenanstalten weitere Kostensteigerungen im Bereich der stationären Krankenhausbehandlung zu erwarten sein werden. Im wesentlichen sind die Verhältnisse in allen Bundesländern gleich.

Gliederung der Kosten nach Kostenarten unterteilt nach Ländern und Größenklassen auf der Basis der in der Praxis angewandten Pauschalwerte als Grundlage für die Abschreibungen usw., bezogen auf den Vergleichstag **)

	Grö	ßenklass	e von 0	bis 99 B	etten	Größe	enklasse	von 100	bis 149	9 Betten	
	v	. H. der G	esamtkost	en		v	. H. der G	esamtkost	en		
Land	Per- sonal- kosten	Pau- schale Posten (Ab- schrei- bungen usw.)	Sach- kosten	Zinsen für Fremd- kapital	Per- sonal- kosten absolut	Per- sonal- kosten	Pau- schale Posten (Ab- schrei- bungen usw.)	Sach- kosten	Zinsen für Fremd- kapital	Per- sonal- kosten absolut	
	v. H.	v. H.	v. H.	v. H.	DM	v. H.	v. H.	v. H.	v. H.	DM	
Baden-Württemberg	52,0	11,8	34,4	1,8	16,02	57,4	10,1	29,8	2,7	24,06	
Bayern	51,2	13,5	33,5	1,8	12,15	54,3	11,4	32,3	2,0	16,74	
Berlin (West)	59,3	10,6	28,6	1,5	20,60	64,2	10,8	23,0	2,0	22,35	
Bremen						56,4	18,1	25,4	0,1	22,46	
Hamburg	66,2	11,6	21,4	8,0	30,59	56,0	9,4	33,3	1,3	23,67	
Hessen	55,7	9,8	33,4	1,1	17,46	55,9	11,9	29,9	2,3	19,10	
Niedersachsen	60,7	8,4	29,4	1,5	18,71	59,1	7,3	30,9	2,7	21,53	
Nordrhein-Westfalen .	52,9	10,9	34,6	1,6	15,89	57,2	10,7	30,2	1,9	20,67	
Rheinland-Pfalz	52,2	11,0	35,0	1,8	16,81	52,9	10,6	32,9	3,6	17,97	
Saarland	56,0	9,2	34,1	0,7	20,16	58,2	12,0	29,2	0,6	18,83	
Schleswig-Holstein	58,1	9,3	30,9	1,7	20,62	59,5	10,2	27,8	2,5	20,48	
Bundesgebiet	54,6	11,0	32,9	1,5	16,06	55,7	10,7	31,3	2,3	19,42	
Bundesgebiet *)	50,2	17,2	31,2	1,4	16,06	50,9	18,9	28,2	2,0	19,42	

^{*)} Gliederung der Kosten nach Kostenarten auf der Basis der Wiederbeschaffungswerte zwischen 40 000 und 80 000 DM je Bett als Grundlage für die Abschreibungen usw., bezogen auf den Vergleichstag

Die allgemein vertretene Auffassung, daß die Personalkosten in den Krankenanstalten zwischen 50 und 60 v. H. der gesamten Kosten liegen und damit den Hauptteil der Kosten ausmachen, wird durch die vorstehenden Tabellen bestätigt. Der Personalkostenanteil ist in den Krankenanstalten mit über 400 planmäßigen Betten — also den großen Krankenanstalten — am höchsten. Die pauschalen Posten wie Abschreibungen usw. erreichen bei den Krankenanstalten mittlerer Größe (200 bis 400 Betten) die höchsten Werte und sinken danach wieder bis auf 20 v. H. der Gesamtkosten ab.

^{**)} ohne private Träger

Größe	nklasse	von 150	bis 199	Betten	Größe	enklasse	von 200	bis 299	Betten	Größe	enklasse	von 300	bis 399	Betten	Größe	enklsse	von 400	bis 999 l	Betten	Größenklasse von 1000 und mehr Betten				r Betten
v	H. der G	esamtkost	ten		v	. H. der G	esamtkosi	ten		v	. H. der G	esamtkost	en		v	.H. er G	esamtkost	en		v	. H. der G	esamtkost	en	
Per- sonal- kosten v. H.	Pau- schale Posten (Ab- schrei- bungen usw.) v. H.	Sach- kosten v. H.	Zinsen für Fremd- kapital v. H.	Per- sonal- kosten absolut	Per- sonal- kosten v. H.	Pau- schale Posten (Ab- schrei- bungen usw.) v. H.	Sach- kosten v. H.	Zinsen für Fremd- kapital v. H.	Per- sonal- kosten absolut	Per- sonal- kosten v. H.	Pau- schale Posten (Ab- schrei- bungen usw.) v. H.	Sach- kosten v. H.	Zinsen für Fremd- kapital v. H.	Per- sonal- kosten absolut	Per- sonal- kosten v. H.	Pi-scule Poten (Ab-schei-burgen usr.) v.H.	Sach- kosten v. H.	Zinsen für Fremd- kapital v. H.	Per- sonal- kosten absolut	Per- sonal- kosten v. H.	Pau- schale Posten (Ab- schrei- bungen usw.) v. H.	Sach- kosten v. H.	Zinsen für Fremd- kapital v. H.	Per- sonal- kosten absolut
56,3	10,5	31,7	1,5	23,22	56,4	10,7	29,8	3,1	24,49	56,8	11,3	29,6	2,3	25,28	59 ,0	15,6	28,0	1,4	28,65	60,6	10,9	26,7	1,8	32,71
55,0	12,2	29,0	3,8	17,95	54,5	11,7	32,2	3,6	20,06	53,1	14,2	29,3	3,4	18,87	58, 1	1:,2	26,1	3,6	23,41	58,7	10,3	28,4	2,6	32,50
63,0	10,3	26,1	0,6	22,57	71,2	8,2	20,4	0,2	33,56	70,5	6,2	23,0	0,3	36,40	72,6	1,0	21,4	0,03	42,96	74,8	6,1	19,1	0,0	46,05
54,2	5,3	36,6	3,9	22,45	_		_			57,4	11,8	27,1	3,7	28,20	57,5	1:,3	23,6	7,6	28,34	_	_			
54,7	10,5	32,6	2,2	23,52	57,3	10,7	29,3	2,7	24,17	61,3	14,1	23,7	0,9	33,95	62,0	13,5	22,5	0,0	34,19	62,2	15,0	22,8	_	39,49
56,8	10,9	29,1	3,2	22,00	56,7	11,2	29,6	2,5	22,16	55,8	11,7	28,6	3,9	25,14	57,8	8,8	28,2	5,2	34,24		_			_
60,8	8,0	27,8	3,4	23,87	61,2	8,1	26,6	4,1	25,72	59,2	9,3	28,5	3,0	25,12	63,4	8,6	25,5	2,5	30,23	68,0	6,8	24,2	1,0	37,33
55,7	11,5	31,5	1,3	19,54	57,6	11,2	29,7	1,5	21,48	57,0	11,9	29,6	1,5	21,60	59,0	11,1	28,6	1,3	25,18	64,9	8,7	24,2	2,2	42,78
55,0	12,0	31,6	1,4	18,46	52,1	12,4	33,0	2,5	18,98	55,3	12,4	30,2	2,1	23,04	61,6	10,3	26,2	1,9	31,02	_	_			_
59,1	9,2	28,7	3,0	25,85	61,4	10,6	26,8	1,2	24,33	62,0	10,2	27,0	0,8	27,43	63,6	9,2	27,2		33,86		_			_
65,5	6,6	26,7	1,2	27,57	63,3	8,1	27,5	1,1	26,90	62,6	9,8	25,9	1,7	28,75	65,6	8,0	25,5	0,9	32,26	_	_			
56,6	10,8	30,4	2,2	20,43	57,9	10,7	29,1	2,3	22,51	58,3	11,3	28,5	1,9	24,51	61,4	10,1	26,5	2,0	29,46	63,6	10,0	25,0	1,4	38,58
49,8	22,0	26,3	1,9	20,43	49,8	23,8	24,5	1,9	22,51	49,4	25,2	23,8	1,6	24,51	51,1	24,9	22,3	1,7	29,46	56,1	21,3	21,4	1,2	38,58

Abhängigkeit der Kosten vom Ausnutzungsgrad der Krankenanstalten, gegliedert nach Ländern und Trägern, bezogen auf den Vergleichstag *)

	Ausnutzungsgrad der Krankenanstalten in v. H.													
		öi	ffentlich-	rechtlich	ne Träge	r			fr	eie gem	einnützi	ge Träge	er	
Land	bis 60 v. H. DM	61 bis 74 v. H. DM	75 bis 84 v. H. DM	85 bis 89 v H. DM	90 bis 94 v. H. DM	95 bis 99 v. H. DM	100 und mehr **) DM	bis 60 v. H. DM	61 bis 74 v. H. DM	75 bis 84 v. H. DM	85 bis 89 v. H. DM	90 bis 94 v. H.	95 bis 99 v. H. DM	100 und mehr '') DM
Baden- Württem-	24.62	45 10	E0 71	E1 62	44,45	40,65	41,56		40,79	39,60	48,43	38,34	43,53	53,49
berg	31,63	-	50,71	51,63	·	•			•	•	•		•	•
Bayern	19,93	26,62	34,65	33,80	36,53	34,10	30,07		22,91	27,21	29,67	26,14	26,65	20,29
Berlin (West) .	_	_	56,73	65,41	61,57	68,15	61,53			39,92	39,92	40,5 3	39,66	39,43
Bremen	_	44,86			_		58,67				49,16	46,45		
Hamburg		68,97	61,13	56,51						45,	44,22	42,97	43,03	44,90
Hessen	_	57,39	48,16	62,54	49,41	57,58	53,31	_	31,02	39,08	40,07	39,29	41,23	32,58
Nieder- sachsen	59,51	52,67	47,10	48,78	51,21	53,28	49,72	40,10	33,45	40,32	35,53	43,69	34,30	34,55
Nordrhein- Westfalen .	_	31,54	55,80	58,39	48,71	48,71	47,97	23,97	32,96	37,85	39,63	37,72	36,27	36,32
Rheinland- Pfalz	_	48,43	45,92	48,29	51,19	_		32,77	30,20	36,13	35,09	35,78	31,16	30,21
Saarland		50,65	56,28	52,23	46,67	_			_	38,71	37,70	37,43	38,42	
Schleswig- Holstein		34,34	45,76	47,30	44,71	37,74	41,20		_	33,59	37,54	42,86	26,78	31,71
Bundesgebiet	54,17	53,53	48,99	51,94	46,87	48,47	46,22	29,62	32,74	38,01	38,97	38,76	35,75	36,43

^{*)} ohne private Träger

Die Erwartung, daß die Kosten einer Krankenanstalt in jedem Falle mit steigendem Ausnutzungsgrad je Leistungseinheit fallen, wird durch die Untersuchung im Bundesdurchschnitt nur bei den öffentlichen Krankenanstalten und nur in der Tendenz erkennbar, wobei das Wiederansteigen der Kosten bei einem Belegungsgrad von 85 bis 89 v. H. nicht erklärt werden kann. Bei den freien gemeinnützigen Krankenanstalten steigen die Kosten — jedenfalls im Bundesdurchschnitt — mit zunehmendem Belegungsgrad von 60 bis 95 v. H. der Kapazität an und sinken erst bei einer darüber hinausgehenden Be-

legung. Auf welche Ursachen diese Erscheinung, die im wesentlichen auch bei der länderweisen Betrachtung erkennbar wird, zurückzuführen ist, läßt sich ohne eine besondere Untersuchung der Kostenstrukturen im einzelnen nicht erläutern. Ein Belegungsoptimum konnte weder im Bundesdurchschnitt noch bei länderweiser Betrachtung ermittelt werden. Es könnte für die öffentlichen Krankenanstalten bei einem Belegungsgrad zwischen 75 und 94 v. H. vermutet werden. 70 v. H. aller Pflegetage sind in Krankenanstalten dieser Belegungsgrade aufgekommen. Die für die Untersuchung gegebenen Möglichkeiten reichten nicht aus, um grundlegende Daten für die Klärung dieser Frage liefern zu können.

^{**)} bei aufgestellten Zusatzbetten

Abhängigkeit der Kosten vom Ausnutzungsgrad der Krankenanstalten, gegliedert nach Größenklassen und Trägern, bezogen auf den Vergleichstag*)

	Ausnutzungsgrad der Krankenanstalten in v. H.													
Größenklasse		fr	eie gem	einnützi	ge Träge	er		öffentlich-rechtliche Träger						
Betten	bis 60 v. H. DM	61 bis 74 v. H. DM	75 bis 84 v. H. DM	85 bis 89 v. H. DM	90 bis 94 v. H. DM	95 bis 99 v. H. DM	100 und mehr **) DM	bis 60 v. H. DM	61 bis 74 v.¦H. DM	75 bisi 84 v. H. DM	85 bis 89 v₄ H. DM	90 bis 94 v. H. DM	95 bis 99 v. H. DM	100 und mehr **) DM
0 bis 99	42,10	30,91	28,22	27,53	30,78	30,13	30,34	35,49	26,05	27,81	29,91	33,05	35,07	29,30
100 bis 149		36,	40,23	41,99	35,03	33,89	32,34	21,75	35,07	37,21	35,07	35,81	33,39	32,71
150 bis 199		52,10	38,13	42,91	40,56	34,25	38,21	_	33,29	34,42	36,14	35,88	35,38	37,29
200 bis 299	65,29	41,63	46,72	42,64	42,63	48,56	48,26	-	34,89	37,60	36,93	39,50	34,86	38,71
300 bis 399		60,65	49,69	50,09	44,65	52,62	37,68	_		39,80	40,90	38,65	33,71	36,39
400 bis 999		63,87	50,55	56,90	50,48	62,74	57,02	_	36,79	40,88	43,80	40,57	41,46	40,32
1000 und mehr		69,65	65,01	62,62	59,71	44,10	-	_	_			_		_
Bundesgebiet	54,17	53,53	48,99	51,94	46,87	48,47	46,22	29,62	32,74	38,01	38,97	38,76	35,75	36,43

Die für Anhang 1, Tabelle 6 gemachten Einschränkungen gelten auch hier. Es erscheint jedoch bedeutsam, daß die Kosten je Leistungseinheit bei jedem Belegungsgrad mit zunehmender Größe der Krankenanstalt steigen.

^{*)} ohne private Träger
**) bei aufgestellten Zusatzbetten

Anhang 2

In den folgenden Tabellen wird die Mindereinnahme der Krankenanstalten berechnet, die durch den Ansatz zu geringer Werte für die Berechnung der Abschreibungen entsteht, soweit es sich um Betten der 3. Pflegeklasse handelt. Für die Ermittlung des Anteils der Betten in der dritten Pflegeklasse an der Gesamtbettenzahl in den einzelnen Ländern wurde der Bundesdurchschnitt zugrunde gelegt. Die in der Praxis der einzelnen Ländern angewendeten Methoden und Werte sind aus den Erläuterungen zu den einzelnen Tabellen zu ersehen. Für das Bundesgebiet ergibt sich folgendes Bild (Die Zuschüsse und Darlehen der Länder sind nicht in diese Berechnung einbezogen. Sie sind in Anhang 3 Tabelle 1 und 2 besonders dargestellt):

	Mindereinnahmen durch Ansatz zu geringer Basis- werte für die Berechnung der Abschreibungen und der notwendigen Aufwendungen für die Instandhaltung bei Krankenanstalten									
Land	öffent- lich-recht- licher Träger Millionen DM	frei- gemein- nütziger Träger Millionen DM	privater Träger Millionen DM	aller Träger zusam- men Millionen DM	im Durch- schnitt je Bett DM					
Baden-Württemberg	67,7	18,0	5,9	91,6	1 744					
Bayern	82,3	26,5	6,6	115,4	1 819					
Berlin	24,8	17,4	3,1	45,3	2 215					
Bremen	6,1	2,4	0,4	8,9	1 744					
Hamburg	17,1	6,8	1,0	24,9	1 676					
Hessen	30,0	22,5	1,6	54,1	1 888					
Niedersachsen	51,7	34,4	4,9	91,0	2 273					
Nordrhein-Westfalen	69,3	159,4	2,5	231,2	2 054					
Rheinland-Pfalz	12,6	21,5	8,0	34,9	1 594					
Saarland	10,1	5,5	0,2	15,8	1 928					
Schleswig-Holstein	16,3	3,9	1,8	22,0	1 806					
Bundesgebiet	388,0	318,3	28,8	735,1	1 937					

Baden-Württemberg

Wertklasse	bisheriger Bettenwert (pauschal) in DM	Wieder- beschaffungs- wert je Bett in DM	Anzahl der Betten in Akut- kranken- anstalten	Gesamt- investition nach bisherigen Pauschal- werten in Millionen DM (Spalte 2 × Spalte 4)	Höhe der Ab- schreibungen usw. auf der Basis der Pauschal- werte 1966 (4,9 v. H. von Spalte 5) Millionen DM	Gesamt- investition nach pauschalen Wieder- beschaffungs- werten (Spalte 3 × Spalte 4) Millionen DM	Höhe der Abschreibungen auf der Basis der Wiederbeschaffungswerte 1966 in Millionen DM (4,68 + 0,8 v. H. von Spalte 7)	Minder- einnahme durch zu geringe Pauschalwerte (Spalte 8 % Spalte 6) Millionen DM
1	2	3	4	5	6	7	8	9
· I	40 000	80 000	18 335	733,4	_	1 466,8		_
II	35 000	70 000	8 422	294,8		589,5	_	
III	30 000	60 000	8 054	241,6		483,2		
IV	26 000	50 000	6 646	172,8		332,3		
V	22 000	40 000	7 274	160,0		290,9		
VI	18 000	30 000	9 925	178,7		297,8	_	
_	_	_	58 656	1 781,3	87,3	3 460,5	189,6	102,3

Durchschnittliche Mindereinnahme je Bett und Jahr: 1744 DM

Anteil öffentlich-rechtlicher Träger insgesamt		avon entfallen auf die 3. Pflegeklasse		= 67,7 Millionen DM
Anteil freigemeinnütziger Träger insgesamt		avon entfallen auf die 3. Pflegeklasse		= 18,0 Millionen DM
Anteil privater Träger insgesamt	•	avon entfallen auf die 3. Pflegeklasse		= 5,9 Millionen DM
zusammen	102,3 Millionen DM		insgesamt	91,6 Millionen DM

Erläuterungen

1. Bettenwerte

Als Grundlage für die Berechnung der Abschreibungen werden in Baden-Württemberg folgende pauschale Bettenwerte für sechs Wertklassen zugrunde gelegt: 40 000, 35 000, 30 000, 26 000, 22 000, 18 000.

2. Quoten für Abschreibung, Instandhaltung, Anpassungsrückstellung

4. Seit 1966 vorgenommene Pflegesatzerhöhungen

Einzelmitteilungen liegen nicht vor.

Die seit 1966 eingetretenen Kostensteigerungen konnten aufgefangen werden.

Bayern

Wertklasse	bisheriger Bettenwert (pauschal) in DM	Wieder- beschaffungs- wert je Bett in DM	Anzahl der Betten in Akut- kranken- anstalten	Gesamt- investition nach bisherigen Pauschal- werten in Millionen DM (Spalte 2 × Spalte 4)	Höhe der Ab- schreibungen usw. auf der Basis der Pauschal- werte 1966 (4,38 v. H. von Spalte 5) Millionen DM	Gesamt- investition nach pauschalen Wieder- beschaffungs- werten (Spalte 3 X Spalte 4) Millionen DM	Höhe der Abschreibungen auf der Basis der Wieder- beschaffungs- werte 1966 in Millionen DM (4.68 + 0.8 v. H. von Spalte 7)	Minder- einnahme durch zu geringe Pauschalwerte (Spalte 8 % Spalte 6) Millionen DM
1	2	3	4	1 5	6	7	8	9
I	40 000	80 000	20 035	801,4		1 602,8		_
II	35 000	70 000	5 351	187,3		374,5		-
III	30 000	60 000	13 483	404,5		809,0	_	
IV	26 000	50 000	8 665	224,3		433,2	_	
V	22 000	40 000	9 473	208,4		378,9		
VI	18 000	30 000	13 908	250,3		417,2	_	
	_		70 915	2 077,2	91,0	4 015,6	220,0	129,0

Durchschnittliche Mindereinnahme je Bett und Jahr: 1819 DM

		3. Pflegeklasse	rd. 85 v. H. =	6,6 Millionen DM
Anteil privater Träger insgesamt	7,8 Millionen DM, o	lavon entfallen auf die		
Anteil freigemeinnütziger Träger insgesamt		lavon entfallen auf die 3. Pflegeklasse		26,5 Millionen DM
Anteil öffentlich-rechtlicher Träger insgesamt		lavon entfallen auf die 3. Pflegeklasse	rd. 90 v. H. =	82,3 Millionen DM

usammen ... 129,0 Millionen DN

insgesamt ... 115,4 Millionen DM

Erläuterungen

1. Bettenwerte

In Bayern werden die Pflegesätze im Einzelverfahren festgesetzt oder genehmigt. Bei Krankenanstalten mit Vermögensbuchführung werden die Anschaffungswerte der Anlagen, bei denen ohne Vermögensbuchführung (etwa 90 v. H.) folgende Bettenwerte zugrunde gelegt:

40 000, 35 000, 30 000, 26 000, 22 000, 18 000.

Um auch die geringe Zahl der Krankenanstalten mit Vermögensbuchführung in die Rechnung einbeziehen zu können, wurde angenommen, daß die o. a. auf besonderen Ermittlungen beruhenden Werte im Durchschnitt den Anschaffungswerten der Jahre ab 1950 entsprechen und gleichermaßen auf die Krankenanstalten mit und ohne Vermögensbuchführung zutreffen.

2. Quoten für Abschreibung, Instandhaltung, Anpassungsrückstellung

Bei Annahme einer hundertjährigen Nutzungsdauer für langfristige Anlagen wird

ein durchschnittlicher Abschreibungssätz von	2,8	v. H.
eine Instandhaltungsquote von $\ldots\ldots\ldots$	1,3	v. H.
eine Anpassungsrückstellung von	0,28	v. H.
zusammen	4,38	v.H.
des pauschalen Bettenwertes angesetzt.		

- 4. Seit 1966 vorgenommene Pflegesatzerhöhungen

Ausmaß stark unterschiedlich. Es bewegt sich — auf die Pflegesätze von 1966 bezogen — nach stichprobenweiser Überprüfung zwischen 8 v. H. und 31 v. H. und liegt im Durchschnitt bei 20 v. H.

Berlin

Wertklass e	bisheriger Bettenwert (pauschal) in DM	Wieder- beschaffungs- wert je Bett in DM	· Anzahl der Betten in Akut- kranken- anstalten	Gesamt- investition nach bisherigen Pauschal- werten in Millionen DM (Spalte 2 × Spalte 4)	Höhe der Ab- schreibungen usw. auf der Basis der Pauschal- werte 1966 in Millionen DM (siehe Erläu- terungen)	Gesamt- investition nach pauschälen Wieder- beschaffungs- werten (Spalte 3 × Spalte 4) Millionen DM	Höhe der Ab- schreibungen auf der Basis der Wieder- beschaffungs- werte 1966 in Millionen DM (4,68 v. H. von Spalte 7)	Minder- einnahme durch zu geringe Pauschalwerte (Spalte 8 % Spalte 6) Millionen DM
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	39 000	80 000	13 447	524,4	16,2	1 075,6		
II	32 000	70 000	2 521	80,7		176,4		
III	32 000	60 000	3 316	106,1		198,9		
IV	30 000	50 000	1 217	36,5	7,6	60,9		
V	30 000	40 000	812	24,4		32,5		
VI	24 000	30 000	1 628	39,1		48,8		_
			22 941	811,2	23,8	1 593,1	74,6	50,8

Durchschnittliche Mindereinnahme je Bett und Jahr: 2215 DM

	ıu.		V. 11. ~		1.11111011011	
Anteil privater Träger insgesamt 3,7 Millionen DM, davon entfallen auf die 3. Pflegeklasse	-4	85	vH -	= 31	Millionen	DM
Anteil freigemeinnütziger davon entfallen auf die Träger insgesamt	rd.	89	v. H. =	= 17,4	Millionen	DM
Anteil öffentlich-rechtlicher davon entfallen auf die Träger insgesamt	rd.	90	v. H. =	= 24,8	Millionen	DM

zusammen ... 50,8 Millionen DM

insgesamt ... 45,3 Millionen DM

Erläuterungen

1. Bettenwerte

Als Grundlage für die Berechnung der Abschreibungen werden in Berlin folgende pauschale Bettenwerte für sechs Wertklassen zugrunde gelegt:

39 000, 32 000, 32 000, 30 000, 30 000, 24 000.

2. Quoten für Abschreibung, Instandhaltung, Anpassungsrückstellung

Bei Annahme einer hundertjährigen Nutzungsdauer für langfristige Anlagen wird ein durchschnittlicher Abschreibungssatz von 2,8 v. H. in der höchsten Gruppe und 2,4 v. H.

in den übrigen Gruppen und eine Anpassungsrückstellung von 0,28 v. H. in der höchsten und in den übrigen Gruppen..... 0,24 v. H.

in den übrigen Gruppen des pauschalierten Bettenwertes angesetzt.

Die Quote für die Instandhaltung wird nach dem Durchschnitt der Instandhaltungsausgaben der letzten fünf Jahre ermittelt.

3. Durch den Ansatz zu geringer Bettenwerte gegenüber den heutigen, geschätzten Wiederbeschaffungswerten je planmäßigem Bett ergibt sich für Berlin vor der Berücksichtigung von Zuschüssen eine Mindereinnahme bei den Krankenhausträgern von jährlich 50,8 Millionen DM. Die Besonderheiten bei der Ermittlung der Instandhaltungsquote wurden in dieser Rechnung berücksichtigt.

4. Seit 1966 vorgenommene Pilegesatzerhöhungen

Am 1. Oktober 1967 um durchschnittlich ca. 4,— DM; seitdem sind weitere Kostensteigerungen zum größten Teil durch Neufestsetzung von Pflegesätzen aufgefangen worden, zumal die Vertragsparteien eine Gleitklausel vereinbart haben, nach der Personalkostenerhöhungen sich sofort im Pflegesatz niederschlagen sollen.

Bremen

Wertklasse	bisheriger Bettenwert (pauschal) in DM	Wieder- beschaffungs- wert je Bett in DM	Anzahl der Betten in Akut- kranken- anstalten	Gesamt- investition nach bisherigen Pauschal- werten in Millionen DM (Spalte 2 × Spalte 4)	Höhe der Ab- schreibungen usw. auf der Basis der Pauschal- werte 1966 in Millionen DM (siehe Erläu- terungen)	Gesamt- investition nach pauschalen Wieder- beschaffungs- werten (Spalte 3 X Spalte 4) Millionen DM	Höhe der Abschreibungen auf der Basis der Wiederbeschaffungswerte 1966 in Millionen DM (4,68 + 0,8 v. H. von Spalte 7)	Minder- einnahme durch zu geringe Pauschalwerte (Spalte 8 X Spalte 6) Millionen DM
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I		80 000	3 766			301,3		
II		70 000	1 291			90,4		
III	ca. ϕ	60 000	425	250,4	13,5	25,5		
IV	43 250	50 000	180			9,0		
V		40 000	_					
VI		30 000	128			3,8		
			5 790	250,4	13,5	430,0	23,6	10,1

Durchschnittliche Mindereinnahme je Bett und Jahr: 1744 DM

Anteil öffentlich-rechtlicher Träger insgesamt	davon entfallen auf die 6,8 Millionen DM, 3. Pflegeklasse	rd. 90 v. H. = 6.1 Millionen DM
Anteil freigemeinnütziger	davon entfallen auf die	Tal bo vitti oji rimionom biri
Träger insgesamt	2,8 Millionen DM, 3. Pflegeklasse	rd. 89 v. H. $= 2.4$ Millionen DM
Anteil privater Träger insgesamt	0,5 Millionen DM, davon entfallen auf die	rd. 85 v. H. = 0,4 Millionen DM
zusammen	10,1 Millionen DM 3. Pflegeklasse	insgesamt 8,9 Millionen DM

Erläuterungen

1. Bettenwerte

Im Lande Bremen gibt es keine allgemeinen Wertklassen Die Pflegesätze werden im Einzelverfahren festgesetzt oder genehmigt. Die Bettenwerte wurden in der Vergangenheit in nachgewiesener Höhe anerkannt bzw. individuell geschätzt. Seit mehreren Jahren werden jedoch die Pflegesätze im Lande Bremen nicht mehr festgesetzt, sondern aufgrund entsprechender Vereinbarungen zwischen den Krankenanstalten und den Krankenkassen lediglich genehmigt.

Als durchschnittlicher Bettenwert wird von Bremen ein Betrag zwischen 43 194 DM und 43 330 DM angegeben. In die Berechnung ist deshalb ein Durchschnittsbetrag von 43 250 DM eingesetzt worden.

2. Quoten für Abschreibung, Instandhaltung, Anpassungsrückstellung

Im Falle einer Festsetzung von Pflegesätzen werden folgende Sätze anerkannt:

Abschreibung	4,0 v. H. der Bettenwerte
Instandhaltung	1,0 v. H. der Bettenwerte
Anpassungsrückstellung	0,4 v.H. der Bettenwerte

zusammen 5,4 v. H. der Bettenwerte.

 Bei Pauschalierung aller Werte unter Berücksichtigung der Besonderheiten im Lande Bremen ergibt sich vor der Berücksichtigung von Zuschüssen eine Mindereinnahme bei den Krankenhausträgern von jährlich 10,1 Millionen DM.
 Davon entfallen auf die Betten

8,9 Millionen DM.

4. Seit 1966 vorgenommene Pflegesatzerhöhungen Einzelmitteilungen liegen nicht vor.

der 3. Pflegeklasse

Hamburg

Wertklasse	bisheriger Bettenwert (pauschal) in DM	Wieder- beschaffungs- wert je Bett in DM	Anzahl der Betten in Akut- kranken- anstalten	Gesamt- investition nach bisherigen Pauschal- werten in Millionen DM (Spalte 2 × Spalte 4)	Höhe der Abschreibungen usw. auf der Basis der Pauschal- werte 1966 in Millionen DM (siehe Euläu- terungen)	Gesamt- investition nach pauschalen Wieder- beschaffungs- werten (Spalte 3 × Spalte 4) Millionen DM	Höhe der Ab- schreibungen auf der Basis der Wieder- beschaffungs- werte 1966 in Millionen DM (Spalte 3 × Spalte 4) Millionen DM	Minder- einnahme durch zu geringe Pauschalwerte Millionen DM
1	2	3	4	[5	6	7	8	9
I	40 000	80 000	10 159	406,4	27,4	812,7		**************************************
II	35 000	70 000	2 648	92,7		185,3	_	_
III	30 000	60 000	1 598	47,9		95,9		_
IV	26 000	50 000	326	196,4	9,1	16,3	_	_
v		40 000	635			25,4	_	
VI		30 000	1 223			36,9		
	_	<u> </u>	16 589	602,8	36,5	1 172,5	64,3	27,8

Durchschnittliche Mindereinnahme je Bett und Jahr: 1676 DM

Anteil öffentlich-rechtlicher Träger insgesamt	davon entfallen auf die 19,0 Millionen DM, 3. Pflegeklasse rd. 90 v. H. = 17,1 Millionen DM
Anteil freigemeinnütziger Träger insgesamt	davon entfallen auf die 7,6 Millionen DM, 3. Pflegeklasse rd. 89 v. H. = 6,8 Millionen DM
Anteil privater Träger insgesamt	1,2 Millionen DM, davon entfallen auf die 3. Pflegeklasse rd. 85 v. H. = 1,0 Millionen DM

27,8 Millionen DM zusammen ...

insgesamt ... 24,9 Millionen DM

Erläuterungen

1. Bettenwerte

Als Grundlage für die Berechnung der Abschreibungen werden in Hamburg folgende pauschale Bettenwerte für vier Wertklassen zugrunde gelegt: 40 000, 35 000, 30 000, 26 000.

2. Quoten für Abschreibung, Instandhaltung, Anpassungsrückstellung

Bei Annahme einer hundertjährigen Nutzungsdauer für langfristige Anlagen wird ein durchschnittlicher Abschreibungssatz von 4,5 v. H. bei Wertklasse I und von 2,8 v. H. bei den übrigen Wertklassen, eine Instandhaltungsquote von 1,8 v. H. bei Wertklasse I und von 1,4 v.H. bei den übrigen Wertklassen, eine Anpassungsrückstellung von 0,45 v. H. bei Wertklasse I und von 0,7 v. H. bei den übrigen Wertklassen

zusammen 4,9 v. H.

bei den übrigen Wertklassen und 6,75 v. H. bei Wertklasse I angesetzt.

3. Durch den Ansatz zu geringer Bettenwerte gegenüber dem heutigen, geschätzten Wiederbeschaffungswert je planmäßigem Bett ergibt sich für Hamburg vor der Berücksichtigung von Zuschüssen eine Mindereinnahme bei den Krankenhausträgern von jährlich 27,8 Millionen DM.

Davon entfallen auf die Betten der 3. Pflegeklasse

24,9 Millionen DM.

4. Seit 1966 vorgenommene Pflegesatzerhöhungen Einzelmitteilungen liegen nicht vor.

Die seit 1966 eingetretenen Kostensteigerungen konnten aufgefangen werden bei den freien gemeinnützigen Krankenanstalten. Demgegenüber sind die Betriebszuschüsse für die öffentlichen Krankenanstalten weiterhin gestiegen.

Hessen

Wertklasse	bisheriger Bettenwert (pauschal) in DM	Wieder- beschaffungs- wert je Bett in DM	Anzahl der Betten in Akut- kranken- anstalten	Gesamt- investition nach bisherigen Pauschal- werten in Millionen DM (Spalte 2 × Spalte 4)	Höhe der Ab- schreibungen usw. auf der Basis der Pauschal- werte 1966 (siehe Erläu- terungen) in Millionen DM	Gesamt- investition nach pauschalen Wieder- beschaffungs- werten in Millionen DM (Spalte 3 × Spalte 4)	Höhe der Abschreibungen auf der Basis der Wiederbeschaffungswerte 1966 in Millionen DM (4,68 + 0,8 v. H. von Spalte 7)	Minder- einnahme durch zu geringe Pauschalwerte (Spalte 8 % Spalte 6) in Millionen DM
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	40 000	80 000	14 066	562,6	_	1 125,2		
II	35 000	70 000	2 425	84,9		169,8		
III	30 000	60 000	5 673	170,2		340,4	_	
IV	26 000	50 000	3 677	95,6		183,5		
V	22 000	40 000	2 402	52,8		96,1		_
VI	18 000	30 000	3 801	68,4		114,0	_	
-			32 044	1 034,5	50,7	2 029,0	111,2	60,5

Durchschnittliche Mindereinnahme je Bett und Jahr: 1888 DM

zusammen	60. Millionen DM		 54.1 Millionen DM
Anteil privater Träger insgesamt	1,9 Millionen DM, da	von entfallen auf die 8. Pflegeklasse	16 Millionen DM
Anteil freigemeinnütziger Träger insgesamt	da [.] 25,3 Millionen DM, 3	von entfallen auf die 3. Pflegeklasse	22,5 Millionen DM
Anteil öffentlich-rechtlicher Träger insgesamt	da 33,3 Millionen DM, 3	von entfallen auf die 3. Pflegeklasse	30,0 Millionen DM

insgesamt ... 54,1 Millionen 1

Erläuterungen

1. Bettenwerte

Als Grundlage für die Berechnung der Abschreibungen werden in Hessen folgende pauschale Bettenwerte für sechs Wertklassen zugrunde gelegt:

40 000, 35 000, 30 000, 26 000, 22 000, 18 000.

2. Quoten für Abschreibung, Instandhaltung, Anpassungsrückstellung

 Durch den Ansatz zu geringer Bettenwerte gegenüber den heutigen geschätzten Wiederbeschaffungswerten je planmäßigem Bett ergibt sich für Hessen vor der Berücksichtigung von Zuschüssen eine Mindereinnahme bei den Krankenhausträgern von jährlich 60,5 Millionen DM. Davon entfallen auf die Betten der 3. Pflegeklasse 54,1 Millionen DM.

- Seit 1966 vorgenommene Pflegesatzerhöhungen
 Mit Wirkung vom 1. Februar 1967 um 10 v. H.

 Mit Wirkung vom 1. März 1967 um 1 v. H. bis 10 v. H.
- 5. Quoten für Abschreibungen ab 1. Januar 1969 ... 3,925 v. H. der Bettenwerte Quote für Instandhaltung ab 1. Januar 1969 1,0 v. H. der Bettenwerte Quote für Anpassungsrückstellung ab 1. Januar 1969 0,4 v. H. der Bettenwerte

insgesamt 5,325 v. H. der Bettenwerte

Die seit 1966 eingetretenen Kostenerhöhungen konnten aufgefangen werden.

Niedersachsen

Wertklasse	bisheriger Bettenwert (pauschal) in DM siehe Erläu- terungen	Wieder- beschaffungs- wert je Bett in DM	Anzahl der Betten in Akut- kranken- anstalten	Gesamt- investition nach bisherigen Pauschal- werten in Millionen DM (Spalte 2 × Spalte 4)	Höhe der Ab- schreibungen usw. auf der Basis der Pauschal- werte 1966 (siehe Erläu- terungen) in Millionen DM	Gesamt- investition nach pauschalen Wieder- beschaffungs- werten (Spalte 3 × Spalte 4) Millionen DM	Höhe der Abschreibungen auf der Basis der Wiederbeschaffungswerte 1966 in Millionen DM 4,68 + 0,8 v. H. von Spalte 7)	Minder- einnahme durch zu geringe Pauschalwerte (Spalte 8 % Spalte 6) Millionen DM
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	30 000	80 000	16 328	489,8	_	1 306,2		
II	27 000	70 000	6 319	170,6	-	442,3		_
III	24 000	60 000	7 420	178,0		445,2		
IV	21 000	50 000	4 878	102,4	_	243,9		
V	16 500	40 000	3 738	61,7		149,5		
VI	13 500	30 000	6 139	82,9		184,2		
	-		44 822	1 085,4	50,0	2 771,3	151,9	101,9

Durchschnittliche Mindereinnahme je Bett und Jahr: 2273 DM

n DM
n DM
n DM
31

zusammen ... 101.9 Millionen DM insgesamt ... 91,0 Millionen DM

Erläuterungen

1. Bettenwerte

Als Grundlage für die Berechnung der Abschreibungen werden in Niedersachsen folgende pauschale Bettenwerte für 6 Wertklassen zugrunde gelegt:

40 000, 36 000, 32 000, 28 000, 22 000, 13 000.

Bei der Pflegesatzbemessung werden diese Werte zur Berücksichtigung der Landeshilfe um 25 v. H. gekürzt und mit

30 000, 27 000, 24 000, 21 000, 16 500, 13 500

eingesetzt. Diese Werte müssen auch in Spalte 2 der Tabelle 7 eingesetzt werden.

2. Quoten für Abschreibung, Instandhaltung, Anpassungsrückstellung

Bei Annahme einer hundertjährigen Nutzungsdauer für langfristige Anlagen wird ein durchschnittlicher Abschreibungssatz von 2,8 v. H. des gekürzten Bettenwertes,

eine Instandhaltungsquote von durchschnittlich 1,15 des ungekürzten Bettenwertes = .. 1,53 v. H. des gekürzten Bettenwertes und eine

Anpassungsrückstellung von 0,28 v. H. des gekürzten Bettenwertes

 $zusammen \ \dots \ 4,61 \ v. \ H.$ des gekürzten Bettenwertes eingesetzt

3. Durch den Ansatz zu geringer Bettenwerte gegenüber den heutigen, geschätzten Wiederbeschaffungswerten je planmäßigem Bett ergibt sich für Niedersachsen vor der Berücksichtigung von Zuschüssen eine Mindereinnahme bei den Krankenhausträgern von jährlich 101,9 Millionen DM.

Davon entfallen auf die Betten

der 3. Pflegeklasse 91,0 Millionen DM.

4. Seit 1966 vorgenommene Pilegesatzerhöhungen

Mit Wirkung vom 1. April 1967 um durchschnittlich rd. 7 v. H.

Mit Wirkung vom 1. Januar 1968 um durchschnittlich rd. 8 v. H.

Mit Wirkung vom 1. Januar 1969 um durchschnittlich rd. 10 v. H.

Die seit 1966 eingetretenen Kostenerhöhungen konnten aufgefangen werden.

Nordrhein-Westfalen

Wertklasse	bisheriger Bettenwert (pauschal) in DM	Wieder- beschaffungs- wert je Bett in DM	Anzahl der Betten in Akut- kranken- anstalten	Gesamt- investition nach bisherigen Pauschal- werten in Millionen DM (Spalte 2 × Spalte 4)	Höhe der Ab- schreibungen usw. auf der Basis der Pauschal- werte 1966 (siehe Erläu- terungen) in Millionen DM	Gesamt- investition nach pauschalen Wieder- beschaffungs- werten (Spalte 3 X Spalte 4) Millionen DM	Höhe der Abschreibungen auf der Basis der Wiederbeschaffungswerte 1966 in Millionen DM (4,68 + 0,8 v. H. von Spalte 7)	Minder- einnahme durch zu geringe Pauschalwerte (Spalte 8 % Spalte 6) Millionen DM
1	2	3	4	5	6	7	8	1 9
I	25 000	80 000	50 546	1 263,7		4 043,7	_	
II	22 500	70 000	17 785	400,2	_	1 244,9		_
III	20 000	6 0 000	26 403	528,6	_	1 584,1		
IV	17 500	50 000	11 494	201,1		574,7		
V	15 000	40 000	8 578	128,6		343,1	_	_
VI	12 500	30 000	11 249	140,6	_	337,5	_	_
_	_		126 055	2 662,8	186,4	8 128,0	445,4	259,0

Durchschnittliche Mindereinnahme je Bett und Jahr: 2054 DM

zucammon	250 0 Millionan DM	inggenerat 021.0 Millian DM
Anteil privater Träger insgesamt	2,9 Millionen DM, o	lavon entfallen auf die 3. Pflegeklasse rd. 85 v. H. = 2,5 Millionen DM
Anteil freigemeinnütziger Träger insgesamt		lavon entfallen auf die 3. Pflegeklasse rd. 89 v. H. = 159,4 Millionen DM
Anteil öffentlich-rechtlicher Träger insgesamt		lavon entfallen auf die 3. Pflegeklasse rd. 90 v. H. = 69,3 Millionen DM

zusammen ... 259,0 Millionen DM insgesamt ... 231,2 Millionen DM

Erläuterungen

1. Bettenwerte

Als Grundlage für die Berechnung der Abschreibungen werden in Nordrhein-Westfalen folgende pauschale Bettenwerte für sechs Wertklassen zugrunde gelegt: 25 000, 22 500, 20 000, 17 500, 15 000, 12 500.

2. Quoten für Abschreibung, Instandhaltung, Anpassungsrückstellung

Es wird ein durchschnittlicher Abschrei-	
bungssatz von	3,5 v. H.
eine Instandhaltungsquote von	2,8 v. H.
und eine Anpassungsrückstellung von	0,7 v. H.
zusammen	7,0 v. H.

des pauschalen Bettenwertes angesetzt.

3. Durch den Ansatz zu geringer Bettenwerte gegenüber den heutigen, geschätzten Wiederbeschaffungswerten je planmäßigem Bett ergibt sich für Nordrhein-Westfalen vor der Berücksichtigung von Zuschüssen eine Mindereinnahme bei den Krankenhausträgern von jährlich 259,0 Millionen DM. Davon entfallen auf die Betten der 3. Pflegeklasse 231,2 Millionen DM.

4. Seit 1966 vorgenommene Pflegesatzerhöhungen

Mit Wirkung vom 20. Dezember 1966 um 4 v. H. bis 5 v. H. Mit Wirkung vom 9. Januar

1968 um 3 v. H. Mit Wirkung vom 4. Februar

1969 um 8 v. H. bis 10 v. H. Außerdem wurden mit Wirkung vom 4. Februar 1969

die Bettenwerte auf 15 000; 18 000; 22 000; 25 000; 30 000 und 33 000 DM erhöht.

Die seit 1966 eingetretenen Kostensteigerungen konnten im wesentlichen aufgefangen werden.

Rheinland-Pfalz

Wertklasse	bisheriger Bettenwert (pauschal) in DM	Wieder- beschaffungs- wert je Bett in DM	Anzahl der Betten in Akut- kranken- anstalten	Gesamt- investition nach bisherigen Pauschal- werten in Millionen DM (Spalte 2 × Spalte 4)	Höhe der Ab- schreibungen usw. auf der Basis der Pauschal- werte 1966 (siehe Erläu- terungen) in Millionen DM	Gesamt- investition nach pauschalen Wieder- beschaffungs- werten (Spalte 3 × Spalte 4) Millionen DM	Höhe der Abschreibungen auf der Basis der Wiederbeschaffungswerte 1966 in Millionen DM (4,68 + 0,8 v. H. von Spalte 7)	Minder- einnahme durch zu geringe Pauschalwerte (Spalte 8 × Spalte 6) Millionen DM
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	40 000	80 000	4 945	197,8	_	395,6	_	
II	35 000	70 000	4 311	150,9		301,8		
III	30 000	60 000	6 162	184,9		369,7		•
IV	26 000	50 000	3 447	89,6		172,3		*****
V	22 000	40 000	2 915	64,1		116,6		
VI	18 000	30 000	2 929	52,7		87,8	_	_
			24 709	740,0	40,0	1 443,8	79,1	39,1

Durchschnittliche Mindereinnahme je Bett und Jahr: 1594 DM

Zusammen	39.1 Millionen DM		insgesamt	34.9 Millionen DM
Anten privater frager insgesamt	o,s willionen bwi,	3. Pflegeklasse		0,8 Millionen DM
Anteil privater Träger insgesamt	0.0 Millionen DM	davon entfallen auf die		
Anteil freigemeinnütziger Träger insgesamt		davon entfallen auf die 3. Pflegeklasse		= 21,5 Millionen DM
Träger insgesamt	·	3. Pflegeklasse		= 12,6 Millionen DM
Anteil öffentlich-rechtlicher	44036311 734	davon entfallen auf die		40.0.3.600

Erläuterungen

1. Bettenwerte

Als Grundlage für die Berechnung der Abschreibungen werden in Rheinland-Pfalz folgende pauschale Bettenwerte für die sechs Wertklassen zugrunde gelegt:

40 000, 35 000, 30 000, 26 000, 22 000, 18 000.

2. Quoten für Abschreibung, Instandhaltung, Anpassungsrückstellung

Es wird ein durchschnittlicher Abschrei-	
bungssatz von	4,0 v.H.
eine Instandhaltungsquote von	1,0 v.H.
und eine Anpassungsrückstellung von	0,4 v. H.
zusammen	5,4 v. H.
des pauschalierten Bettenwertes angesetzt.	

3. Durch den Ansatz zu geringer Bettenwerte gegenüber den heutigen, geschätzten Wiederbeschaffungswerten je planmäßigem Bett ergibt sich für Rheinland-Pfalz vor der Berücksichtigung von Zuschüssen eine Mindereinnahme bei den Krankenhausträgern von jährlich 39,1 Millionen DM Davon entfallen auf die Betten der 3. Pflegeklasse 34,9 Millionen DM.

4. Seit 1966 vorgenommene Pflegesatzerhöhungen

Mit Wirkung vom 1. Januar 1968 um durchschnittlich	27 v. H.
Mit Wirkung vom 1. April 1968 um durchschnittlich	9,5 v. H.
Mit Wirkung vom 1. Januar 1969 um	7,64 v. H.

Die seit 1966 eingetretenen Kostenerhöhungen konnten aufgefangen werden.

Saarland

Wertklasse	bisheriger Bettenwert (pauschal) in DM	Wieder- beschaffungs- wert je Bett in DM	Anzahl der Betten in Akut- kranken- anstalten	Gesamt- investition nach bisherigen Pauschal- werten in Millionen DM (Spalte 2 × Spalte 4)	Höhe der Ab- schreibungen usw. äuf der Basis der Pauschal- werte 1966 (siehe Erläu- terungen) in Millionen DM	Gesamt- investition nach pauschalen Wieder- beschaffungs- werten (Spalte 3 × Spalte 4) Millionen DM	Höhe der Ab- schreibungen auf der Basis der Wieder- beschaffungs- werte 1966 in Millionen DM (4,68 + 0,8 v. H. von Spalte 7)	Minder- einnahme durch zu geringe Pauschalwerte (Spalte 8 % Spalte 6) Millionen DM
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	40 000	80 000	2 628	105,1	_	210,2	_	_
II	35 000	70 000	1 957	68,5	_	136,9		_
III	30 000	60 000	2 875	86,3		172,5		
IV	26 000	50 000	671	17,4		33,5		
V	22 000	40 000	394	8,7		15,7		
VI	18 000	30 000	605	10,9	_	18,2		_
		_	9 130	296,9	14,5	587,0	32,1	17,6

Durchschnittliche Mindereinnahme je Bett und Jahr: 1928 DM

Anteil öffentlich-rechtlicher	davon entfallen a	uf die
Träger insgesamt	11,2 Millionen DM, 3. Pflegeklasse	rd. 90 v. H. = 10,1 Millionen DM
Anteil freigemeinnütziger Träger insgesamt	davon entfallen a 6,2 Millionen DM, 3. Pflegeklasse	uf die rd. 89 v. H. = 5.5 Millionen DM
Anteil privater Träger insgesamt	0,2 Millionen DM, davon entfallen a 3. Pflegeklasse	uf die rd. 85 v.H. = 0,2 Millionen DM
zusammen	17,6 Millionen DM	insgesamt 15,8 Millionen DM

Erläuterungen

1. Bettenwerte

Als Grundlage für die Berechnung der Abschreibungen werden im Saarland folgende pauschale Bettenwerte für die sechs Wertklassen zugrunde gelegt:

40 000, 35 000, 30 000, 26 000, 22 000, 18 000.

2. Quoten für Abschreibung, Instandhaltung, Anpassungsrückstellung

Bei Annahme einer hundertjährigen Nutzungsdauer für langfristige Anlagen wird ein durchschnittlicher Abschreibungssatz von	2,8 v. H.
eine Instandhaltungsquote von	1,4 v. H.
und eine Anpassungsrückstellung von \dots	0,7 v. H.
zusammen	4,9 v. H.
des pauschalierten Bettenwertes angesetzt.	

3. Durch den Ansatz zu geringer Bettenwerte gegenüber den heutigen, geschätzten Wiederbeschaffungswerten je planmäßigem Bett ergibt sich für das Saarland vor der Berücksichtigung von Zuschüssen eine Mindereinnahme bei den Krankenhausträgern von jährlich 17,6 Millionen DM.

Davon entfallen auf die Betten der 3. Pflegeklasse 15,8 Millionen DM.

4. Seit 1966 vorgenommene Pflegesatzerhöhungen

Mit Wirkung vom 1. April 1966 um durchschnittlich 1,50 je Pflegetag

Mit Wirkung vom 20. Dezember 1966 um rd. 17 v. H. Mit Wirkung vom 24. Mai 1968 um 4,5 v. H.

Die seit 1966 eingetretenen Kostenerhöhungen konnten aufgefangen werden.

Schleswig-Holstein

Wertklasse	bisheriger Bettenwert (pauschal) in DM	Wieder- beschaffungs- wert je Bett in DM	Anzahl der Betten in Akut- kranken- anstalten	Gesamt- investition nach bisherigen Pauschal- werten in Millionen DM (Spalte 2 × Spalte 4)	Höhe der Ab- schreibungen usw. auf der Basis der Pauschal- werte 1966 (siehe Erläu- terungen) in Millionen DM	Gesamt- investition nach pauschalen Wieder- beschaffungs- werten (Spalte 3 × Spalte 4) Millionen DM	Höhe der Ab- schreibungen auf der Basis der Wieder- beschaffungs- werte 1966 in Millionen DM (siehe Erläu- terungen)	Minder- einnahme durch zu geringe Werte (Spalte 8 % Spalte 6) Millionen DM
1	! 2	3	4	5	6	7	8	9
I	40 000	80 000	5 224	208,9		417,9	_	_
II	35 000	70 000	2 528	88,4		176,9	-	
III	30 000	60 000	1 456	43,7		87,3		_
IV	26 000	50 000	1 404	36,5	_	70,2	_	
V	22 000	40 000	824	18,1		32,9	_	
VI	18 000	30 000	2 183	39,3	<u></u>	65,4	_	_
	_		13 619	434,9	15,2	850,6	39,8	24,6

Durchschnittliche Mindereinnahme je Bett und Jahr: 1806 DM

Zusammon	24.6 Millionen DM		incoocamt	220 Millionen DM
Anteil privater Träger insgesamt	2,1 Millionen DM,	davon entfallen auf die 3. Pflegeklasse		1,8 Millionen DM
Anteil freigemeinnütziger Träger insgesamt		davon entfallen auf die 3. Pflegeklasse		3,9 Millionen DM
Anteil öffentlich-rechtlicher Träger insgesamt		davon entfallen auf die 3. Pflegeklasse		16,3 Millionen DM

zusammen ... 24.6 Millionen DM insgesamt ... 22,0 Millionen DM

Erläuterungen

1. Bettenwerte

In Schleswig-Holstein werden die Abschreibungen buchhalterisch auf der Basis der Anschaffungspreise ermittelt. Eine Einbeziehung der Krankenanstalten Schleswig-Holsteins in die Untersuchung wäre auf diese Weise nicht möglich. Es wurden deshalb die bundesweit üblichen Pauschalwerte von

40 000, 35 000, 30 000, 26 000, 22 000, 18 000

eingesetzt, um die sich aus der Differenz zwischen Anschaffungswert und Wiederbeschaffungswert ergebenden Substanzverluste ermitteln zu können. Hierbei wird von der Annahme ausgegangen, daß diese Werte den Durchschnitt der Anschaffungswerte seit 1950 darstellen. Die durch die Pauschalierung sich ergebenden Fehlerquellen müssen in Kauf genommen werden.

2. Quoten für Abschreibung, Instandhaltung, Anpassungsrückstellung

Bei Annahme einer hundertjährigen Nutzungsdauer für langfristige Anlagen wird ein durchschnittlicher Abschreibungssatz von 2,8 v. H. und eine Anpassungsrückstellung von 0,7 v. H.

zusammen 3,5 v. H.

der Anschaffungswerte (in der Untersuchung ebenfalls pauschaliert) angesetzt.

Die Aufwendungen für Instandhaltung wurden nach dem tatsächlichen buchhalterischen Aufwand eingesetzt. Deshalb enthalten sowohl Spalte 6 und Spalte 8 der Tabelle 11 keinen Instandhaltungsaufwand.

3. Durch den Ansatz nur der Anschaffungswerte, die gegenüber den heutigen, geschätzten Wiederbeschaffungswerten erheblich geringer sind, ergibt sich gegenüber dem Substanzerhaltungsprinzip (Bewertung zu Wiederbeschaffungswerten) vor der Be-rücksichtigung von Zuschüssen eine Mindereinnahme bei den Krankenhausträgern von jährlich

24,6 Millionen DM.

Davon entfallen auf die Betten der 3. Pflegeklasse 22,0 Millionen DM.

4. Seit 1966 vorgenommene Pflegesatzerhöhungen

Viermal ohne nähere Angaben.

Die seit 1966 eingetretenen Kostensteigerungen konnten im wesentlichen aufgefangen werden.

Aus öffentlichen Mitteln gewährte Finanzierungshilfen an Krankenanstalten öffentlich-rechtlicher Träger

(aus Landeshaushalten) 1966

	Anzahl der Betten am 31. Dezember 1966 ¹)				ließlich der uschüsse ²)	Darlehen		
Land	insgesamt	in Akut- kranken- anstalten	insgesamt Millionen DM	je Bett DM	für Betten in Akut- kranken- anstalten Millionen DM	insgesamt Millionen DM	je Bett DM	für Betten in Akut- kranken- anstalten Millionen DM
Baden-Württemberg	60 198	43 139	28,0	465	20,1			_
Bayern	77 325	50 217	31,7	410	20,6	13,8	179	9,0
Berlin (West) 3)	18 089	12 404	74,1	4 097	50,8			
Bremen	5 007	3 881	17,2	3 440	13,4			
Hamburg	13 307	11 315	80,9	6 078	68,8	_	_	
Hessen	33 022	17 619	53,0	1 605	28,3	_		
Niedersachsen	38 936	25 271	27,9	717	18,1			
Nordrhein-Westfalen	65 180	37 445	12,0	184	6,9	72,0	1 105	41,4 4)
Rheinland-Pfalz	15 758	8 871	10,0	635	5,6			
Saarland	7 660	5 833	18,9	2 466	14,4			
Schleswig-Holstein	18 121	10 023	11,2	618	6,2		_	
Bundesgebiet	352 603	226 018	364,9	_	253,2			
Es wurden außerdem an	n nicht au	s Landesm	itteln stan	nmenden	öffentlicher	ı Finanzie	rungshilfe	n ausgew.
Bayern			7,5	97	4,9			
Hamburg			0,6	45	0,5			
Hessen			22,0	666	11,7	29,1	881	15,5

¹⁾ Statistik a. a. O., S. 7

 ²⁾ Die Zins- und Tilgungszuschüsse wurden unter Zuwendungen erfaßt, weil z. T. keine getrennten Angaben vorlagen.
 3) Investitionsfinanzierung aus Landesmitteln. Mangels Angaben wurde der in Anhang 2 Tabelle 3 ermittelte Betrag

Wegen der geringen Tilgungsquote von nur 1 v. H. jährlich im Lande Nordrhein-Westfalen wird die Hälfte der Darlehen (20,7 Millionen DM) als Zuschuß gewertet.

Aus öffentlichen Mitteln gewährte Finanzierungshilfen an Krankenanstalten freigemeinnütziger Träger

(aus Landeshaushalten) 1966

	Anzahl der Betten am 31. Dezember 1966 ¹)				ließlich der uschüsse ²)	Darlehen			
Land	insgesamt	in Akut- kranken- anstalten	insgesamt Millionen DM	je Bett DM	für Betten in Akut- kranken- anstalten Millionen DM	insgesamt Millionen DM	je Bett DM	für Betten in Akut- kranken- anstalten Millionen DM	
Baden-Württemberg	21 110	11 555	17,8	843	9,7				
Bayern	22 027	16 405		-	_	5,9	268	4,4	
Berlin (West)	11 295	8 845	15,0	1 328	11,8				
Bremen	1 601	1 601	2,8	1 750	2,8				
Hamburg	5 845	4 549	3,1	530	2,4	_	_		
Hessen	18 069	13 406	17,2	952	12,8	0,7	39	0,5	
Niedersachsen	21 152	17 025	10,8	511	8,7				
Nordrhein-Westfalen	103 090	87 174	52,0	504	43,9	154,4	1 498	130,6 ³)	
Rheinland-Pfalz	20 198	15 296	27,0	1 337	20,5	•		_	
Saarland	3 231	3 231	0,2	50	0,2	2,0	620	2,0	
Schleswig-Holstein	6 033	2 424	0,8	133	0,3		_		
Bundesgebiet	233 651	181 511	146,7		113,1	163,0		137,5	
Es wurden außerdem aı	n nicht au	s Landesm	nitteln stan	nmenden	öffentlicher	ı Finanzie	rungshilfe	n ausgew.	
Bayern			10,4	472	7,7				
Hamburg						0,4	68	0,3	
Hessen			3,2	177	2,4	12,2	67 5	9,1	
Niedersachsen						5,1	241	4,1	

Statistik a. a. O., S. 7
 Die Zins- und Tilgungszuschüsse wurden unter Zuwendungen erfaßt, weil z. T. keine getrennten Angaben vorlagen.

³⁾ Wegen der geringen Tilgungsquote von nur 1 v. H. jährlich wird die Hälfte der Darlehen (65,3 Millionen DM) im Lande Nordrhein-Westfalen als Zuschuß gewertet.

Zusammenfassende Übersicht über die Förderungsmaßnahmen der Länder

Land	Krankenhausträger *)	Krankenhäuser, Bau und Errichtung
Baden-Württemberg	kommunal freigemeinnützig privat	Zuschüsse (zwischen 20 und 40 % der zuschußfähigen Kosten,
Bayern	kommunal freigemeinnützig privat	Darlehen (zinsfrei, Tilgung in 20 Jahresraten, 0,2 $^{0}/_{0}$ Verwaltungskosten); Zuschüsse
Berlin	kommunal freigemeinnützig	Finanzierung aus Landeshaushalt Zuschüsse (bis 100 % der Gesamtfinanzierungs- kosten)
Bremen	kommunal freigemeinnützig	Finanzierung aus Stadthaushalt Darlehen bzw. Zins- und Tilgungszuschüsse der Stadtgemeinde im Rahmen der verfügbaren Haus- haltsmittel
Hamburg	staatlich freigemeinnützig	Finanzierung aus Staatshaushalt Art und Umfang der Zuwendungen unterschiedlich, zum Teil Annuitätszuschüsse
Hessen	kommunal freigemeinnützig privat	Zuschüsse (in der Regel 50 % der förderungsfähigen Gesamtkosten. Untere Grenze $33^1/3$ % — obere Grenze $66^2/3$ %)
Niedersachsen	kommunal freigemeinnützig	 Zuschüsse a) Neu-, Um- und Erweiterungsbauten in der Regel 35 %, in besonderen Fällen höhere Zuschüsse b) Maßnahmen zur Modernisierung und Rationalisierung der Einrichtungen in der Regel höchstens 25 %
Nordrhein-Westfalen	kommunal freigemeinnützig Knappschafts- krankenhäuser nur freigemeinnützig	Darlehen (bis zu 70 % der Bau- und Baunebenkosten — zinsfrei, 1 % Tilgung, 0,12 % Verwaltungskostenzuschlag) ferner Landeszuschüsse für Einrichtung Landesbürgschaften für zweitstellige Hypotheken Kapitaldienstzuschüsse (Tilgungszuschüsse bis zur Höhe von jährlich 5 % des Ursprungskapitals für fünf Jahre) Zuschüsse für Anlauf- und Umstellungskosten Zuschüsse zur Ablösung von Belastungen auf nicht mehr nutzbaren Altbauteilen Zuschüsse an die Landschaftsverbände zur Auf- nahme von Darlehen für Baumaßnahmen der Lan- deskrankenhäuser in Höhe von 5 % des jeweiligen Restkapitals auf die Dauer von 10 Jahren

^{*)} In die Landesförderung einbezogene Krankenhausträger.
Private Krankenhausträger werden nur dann gefördert, wenn sie nach § 30 GeWO konzessioniert sind, wenn sie auf gemeinnütziger Basis arbeiten und wenn die Baumaßnahmen einem dringenden öffentlichen Bedürfnis entsprechen.

Land	Krankenhausträger *)	Krankenhäuser, Bau und Errichtung
Rheinland-Pfalz	kommunal freigemeinnützig privat	Zuschüsse im Durchschnitt 50 % der Gesamtkosten; im Höchstfall bis zu 60 %
Saarland	kommunal freigemeinnützig privat	Zuschüsse zwischen 50 und $66^2/3~^0/o$ der Gesamtkosten für den Bau und in der Regel 50 $^0/o$ der Einrichtungskosten
Schleswig-Holstein	kommunal freigemeinnützig	Zuschüsse bis zu 30 % der Gesamtbaukosten Zuschüsse bis zu 40 % der Gesamtbaukosten Belegkrankenhäuser erhalten die Mittel als Darlehen keine Beteiligung an Einrichtungskosten

Zuschüsse einschließlich der Zins- und Tilgungsbeihilfen ¹) an Krankenanstalten öffentlich-rechtlicher Träger aus Landeshaushalten

in Millionen DM 1950 bis 1966

Land				,	Jahr			
Lunu	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Baden-Württemberg				0,830	0,797	1,118	2,568	1,592
Bayern						1,417	1,199	1,477
Berlin (West) ²)								
Bremen 2)								
Hamburg ²)								•
Hessen	0,433	1,695	1,737	3,374	3,447	2,815	4,402	5,688
Niedersachsen	2,516	2,012	2,131	2,405	1,894	1,593	1,941	4,572
Nordrhein-Westfalen						6,000		3,350
Rheinland-Pfalz	0,215	0,173	0,171	0,139	0,172	0,202	0,327	0,474
Saarland	0,085	0,255	19,821	17,865	17,695	29,434	5,650	5,080
Schleswig-Holstein	2,138	1,780	2,012	1,900	1,792	2,772	3,426	5,436
Bundesgebiet					_	_	_	_
Es wurden außerdem an i	nicht aus	s Landesn	nitteln sta	mmenden	öffentliche	n Zuschüs	sen ausgew	iesen:
Bayern	0,572	0,603	0,587	0,391	0,535	2,377	1,227	0,856
Hamburg								
Hessen	0,430	1,028	0.532	0.458	1,235	1,244	1,236	1,291

¹⁾ Zuschüsse und Schuldendienstbeihilfen mußten zusammen erfaßt werden, weil diese Finanzierungshilfen in einigen Landesmitteilungen nicht getrennt ausgewiesen worden sind.

²⁾ Bau und Errichtung werden aus Landesmitteln finanziert; Aufgliederung nach Jahren fehlt; für Berlin liegen auch keine Angaben über den Gesamtbetrag vor.

³⁾ Schuldendienstbeihilfen sind nicht nach Jahren aufgegliedert.

⁴⁾ einschließlich eines geschätzten Betrages für das Jahr 1966

				Jahr					insgesamt
1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	
2,269	3,157	4,248	3,804	11,797	16,138	25,955	25,500	28,000	127,773
2,277	2,084	2,344	2,919	10,138	13,343	18,963	20,603	31,659	108,423
								50,800	_
								17,145	165,604
								80,928	791,725
9,458	9,183	8,890	14,424	21,353	38,966	46,811	47,457	53,026	274,149
4,504	5,073	3,735	7,975	14,261	14,771	21,168	20,945	27,970	139,466
3,350	3,350	4,300	5,700	6,200	4,200	5,400	8,500	12,000	62,350
0,677	0,886	1,093	7,094	5,076	9,101	6,720	1,492	3,041 7,000 ³)	37,053 98,692
5,080	4,000	2,500	5,300	5,300	3,500	3,500	4,500	18,878	148,497
6,737	7,367	4,799	9,329	9,906	9,805	10,740	12,745	11,189	103,873
_		_	_		_		_		2 057,605
1 700	0.000	1 044	0.670	4 200	5.004	C 04C	7.450	7.450	40.055
1,790	2,022	1,244	2,673	4,392	5,834	6,846	7,453	7,453	46,855
4 004	4 400	4.055	0.00	0.444	E 000	0.000		22.22.	14,308
1,301	1,438	1,875	2,667	2,411	5,066	8,672	22,017	22,031	74,932

Zuschüsse einschließlich der Zins- und Tilgungsbeihilfen aus Landeshaushalten 1) an Krankenanstalten freigemeinnütziger Träger

in Millionen DM 1950 bis 1966

,				Jahr				
Land	1950	1951	1952	1953	1954	1955 1956	1956	1957
Baden-Württemberg				0,830	0,797	1,118	2,568	1,592
Bayern								
Berlin (West) 2)								
Bremen 2)								
Hamburg ²)								,
Hessen	0,470	0,211	1,502	1,396	1,958	2,156	2,163	2,145
Niedersachsen	2,394	1,988	1,869	1,906	1,883	1,913	2,866	3,401
Nordrhein-Westfalen						10,000		9,350
Rheinland-Pfalz	0,576	0,227	0,340	0,479	0,564	0,685	0,707	1,309
Saarland								
Schleswig-Holstein				0,110	0,040	0,040	0,210	0,325
Bundesgebiet				_				
Es wurden außerdem an	nicht aus	Landesmit	teln stamm	ienden öffe	entlichen	Zuschüsse	n ausgewi	esen:
Bayern	1,980	1,196	0,959	1,660	2,007	2,009	3,200	3,128
Berlin								
Hessen	0,491	0,341	1,673	1,710	1,734	1,454	1,670	1,437

¹) Zuschüsse und Schuldendienstbeihilfen mußten zusammen erfaßt werden, weil diese Finanzierungshilfen in einigen Landesmitteilungen nicht getrennt ausgewiesen worden sind.

²) Aufgliederung nach Jahren fehlt.
 ³) einschließlich eines geschätzten Betrages für das Jahr 1966

insgesamt	Jahr									
	1966	1965	1964	1963	1962	1961	1960	1959	1958	
91,107	17,794	17,001	17,304	10,759	7,866	3,804	4,248	3,157	2,269	
0,725	_	0,450	0,200	0,075						
77,603	15,000									
27,728	2,798									
44,913	3,080									
97,750	17,170	14,980	14,867	14,930	11,940	3,986	3,442	2,308	2,127	
73,872	10,774	6,839	7,267	10,153	7,561	3,728	2,474	3,150	3,706	
238,950	52,000	39,500	31,000	23,800	20,400	18,400	14,300	10,350	9,850	
119,029	27,029	23,589	18,360	12,979	10,004	15,737	3,157	1,984	1,303	
0,150	0,150									
6,230	0,823	0,761	0,735	0,509	0,468	0,355	0,683	0,726	0,445	
778,057	_			-				-		
69,551 ⁸)	10,435	10,435	6,668	5,805	4,613	5,153	3,006	2,863	4,524	
0,904										
38,293	3,102	2,848	4,387	6,723	3,269	2,186	2,013	1,575	1,680	

Darlehen an Krankenanstalten öffentlich-rechtlicher Träger aus Landeshaushalten

in Millionen DM 1950 bis 1966

				Jal	ır			
Land	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1955 1956	
Baden-Württemberg						0,270	0,325	
Bayern					1,067	4,157	4,534	6,160
Berlin (West) 1)								
Bremen ¹)								
Hamburg 1)								
Hessen								0,336
Niedersachsen								
Nordrhein-Westfalen								12,029
Rheinland-Pfalz								
Saarland					•			
Schleswig-Holstein								
Bundesgebiet		_		_	_		_	-
Es wurden außerdem an	nicht aus	Landesm	itteln stam	menden öf	fentlichen	Darlehen	ausgewie	sen:
Bayern	0,010	0,528	0,140	0,070		_	0,080	0,070
Hessen	8,426	3,563	3,801	6,265	6,803	9,095	4,146	9,216

Bau und Errichtung werden aus Landesmitteln finanziert
 einschließlich eines geschätzten Betrages für das Jahr 1966

	Jahr										
1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	insgesamt		
0,270	0,458	0,085	0,200	0,780	_		_		2,388		
7,447	8,304	8,450	12,764	11,919	13,872	17,092	17,327	13,796	126,889		
									_		
								-			
0,464	1,132		0,050	0,050	1,118	0,342	0,192	_	3,684		
22,101	2,960	17,187	11,674	27,591	21,705	35,181	46,135	73,832	270,395		
									_		
									2.050		
									2,959		
_		_		_	_			_	406,315		
_	0,250	0,016		2,000	1,520	0,195	0,012	0,012	4,903 ²)		
11,653	38,750	26,547	39,703	25,697	36,609	27,489	43,732	29,030	330,525		
								1			

Darlehen an Krankenanstalten freigemeinnütziger Träger aus Landeshaushalten

in Millionen DM 1950 bis 1966

				Jah	ır			
Land	1950	1951	1952	1953	1954	1955	5 1956 195	
Baden-Württemberg						0,270	0,325	_
Bayern								
Berlin (West) 1)								
Bremen								
Hamburg 1)								
Hessen	0,048	_	0,011	0,130	0,050	0,610	0,196	0,265
Niedersachsen								
Nordrhein-Westfalen								17,866
Rheinland-Pfalz								
Saarland								
Schleswig-Holstein 1)								
Bundesgebiet	_	_						-
Es wurden außerdem an	nicht aus	Landesmit	teln stamı	nenden öf	fentlichen	Darlehen a	ausgewies	en:
Berlin								
Hamburg								
Hessen	2,159	1,564	3,054	3,056	5,128	6,102	9,569	7,580
Niedersachsen								

¹⁾ Aufgliederung nach Jahren fehlt

²) In der Mitteilung des Landes Nordrhein-Westfalen sind für das Jahr 1950 weitere 116,940 Millionen DM ausgewiesen, für die eine Aufgliederung nach Trägern fehlt.

	Jahr									
insgesamt	1966	1965	1964	1963	1962	1961	1960	1959	1958	
2,128		_			0,520	0,200	0,085	0,458	0,270	
32,358	5,863	6,077	4,798	4,885	3,003	3,063	2,045	2,624		
10,755	_									
3,234	_									
4,256	0,649	1,190	0,158	0,143	0,206	0,360	_	0,130	0,110	
998,712 2	154,383	197,868	269,973	133,475	73,782	51,138	45,589	35,120	19,518	
2,000	2,000									
1,382		•								
1 054,825	_								_	
	1									
1,200	!									
0,400										
167,100	12,262	20,350	17,519	15,587	13,830	10,314	10,551	12,094	16,381	
21,300	5,144	3,068	2,927	3,516	1,775	4,275	0,602			

Anlage 1

Deutscher Bundestag
5. Wahlperiode

Drucksache V/784

Mündlicher Bericht

des Ausschusses für Wirtschaft und Mittelstandsfragen (15. Ausschuß)

über den Antrag der Fraktion der SPD

— Drucksache V/314 —

betr. Pflegesätze von Krankenhäusern und den Antrag der Fraktionen der CDU/CSU, FDP — Drucksache V/389 —

betr. finanzielle Situation der Krankenhäuser

Berichterstatter: Abgeordneter Russe (Bochum)

Antrag des Ausschusses

Der Bundestag wolle beschließen:

Die Bundesregierung wird ersucht,

mit Rücksicht auf den vom Bundesminister für Gesundheitswesen erstellten Entwurf einer Verordnung zur Anderung der Bundespflegesatzverordnung zunächst dem Bundestag einen schriftlichen Bericht vorzulegen, der folgende Teile enthält:

- eine Übersicht über die finanzielle Lage der Krankenhäuser, und zwar differenziert
 - a) nach Ländern,
 - b) nach der Trägerschaft;
- eine Darstellung, welche rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden können, um den Krankenhäusern die Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben zu ermöglichen;
- 3. einen Überblick über die gesundheitspolitischen, sozialpolitischen und finanziellen Auswirkungen der beabsichtigten Änderung der Bundespflegesatzverordnung.

Bonn, den 29. Juni 1966

Der Ausschuß für Wirtschaft und Mittelstandsfragen

Brand

Russe (Bochum)

Stelly. Vorsitzender

Berichterstatter

Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten

Vom 31. August 1954

(Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9. September 1954)

Runderlaß betreffend Durchführung der Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954

(Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9. September 1954)

Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten

vom 31. August 1954

Auf Grund des § 2 des Preisgesetzes vom 10. April 1948 (WiGBl. S. 27) / 3. Februar 1949 (WiGBl. S. 14) / 21. Januar 1950 (BGBl. S. 7) / 8. Juli 1950 (BGBl. S. 274) / 25. September 1950 (BGBl. S. 681) / 23. Dezember 1950 (BGBl. S. 824) und 29. März 1951 (BGBl. I S. 223) in der sich aus § 37 des Gesetzes über die Investitionshilfe der gewerblichen Wirtschaft vom 7. Januar 1952 (BGBl. I S. 7) ergebenden Fassung wird verordnet:

I. Anwendungsbereich

§ 1

- (1) Krankenanstalten im Sinne dieser Verordnung sind:
 - Anstalten, in denen Kranke untergebracht und verpflegt werden und in denen durch ärztliche Hilfeleistung erstrebt wird, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern;
 - 2. Entbindungsanstalten.
- (2) Die auf Grund dieser Verordnung genehmigten oder festgesetzten Pflegesätze gelten für Leistungen der Krankenanstalten
 - für alle Personen, bei denen auf Grund gesetzlicher Vorschriften ein Sozialversicherungsträger oder ein Fürsorgeverband für die Pflegesätze aufkommt, sowie für sonstige Personen, die einen gesetzlichen Anspruch auf Heilbehandlung haben. Sozialversicherungsträger im Sinne dieser Vorschrift sind die Krankenkassen nach § 225 der Reichsversicherungsordnung, die Seekrankenkasse, die Ersatzkassen, die Träger der Invaliden- und der Angestelltenversicherung, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sowie die Knappschaften;
 - 2. für Selbstzahler der dritten Pflegeklasse.

II. Grundsätze

§ 2

- (1) Die Pflegesätze der Krankenanstalten unterliegen für die in § 1 Abs. 2 bezeichneten Personen den Preisvorschriften. Sie werden für diesen Personenkreis von den Preisbindungsstellen der Länder genehmigt oder festgesetzt. Die bei Inkrafttreten dieser Verordnung zulässigen Pflegesätze gelten bis zu einer anderweitigen Regelung auf Grund dieser Verordnung weiter als Höchstpreise.
- (2) Die Pflegesätze sind für alle in § 1 Abs. 2 bezeichneten Personen einheitlich zu genehmigen oder festzusetzen. Abweichend hiervon können besondere Regelungen für folgende Personenkreise getroffen werden:
 - für Personen, die nicht der Sozialversicherung unterliegen, nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung vom 7. August 1953 (BGBl. I S. 866) versorgt werden oder nicht Fürsorgeempfänger sind, aber einen gesetzlichen Anspruch auf Heilbehandlung haben;
 - 2. für Selbstzahler der dritten Pflegeklasse.
- (3) Die Preisbildungsstellen sollen bei Verfahren zur Genehmigung oder Festsetzung von Pflegesätzen darauf hinwirken, daß eine Einigung der Krankenanstalten mit den Sozialversicherungsträgern und Fürsorgeverbänden binnen angemessener Frist zustande kommt; das Ergebnis ist der Genehmigung oder Festsetzung zugrunde zu legen.
- (4) Kommt eine Einigung binnen angemessener Frist nicht zustande, so ist die Kosten- und Ertragslage der Krankenanstalten und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der beteiligten Sozialversicherungsträger, bei diesen im Benehmen mit der Aufsichtsbehörde, zu prüfen und bei der Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze zu berücksichtigen.

§ 3

Bei der Genehmigung oder Festsetzung von Pflegesätzen sollen unbeschadet des § 5 die Selbstkosten (§ 6) zugrunde gelegt werden.

§ 4

Werden Arztkosten oder Nebenkosten gesondert berechnet, so ist dies bei der Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze zu berücksichtigen. Die Landesregierungen können bis zum Erlaß einer bundesrechtlichen Regelung bestimmen, welche Kosten als Arzt- oder Nebenkosten anzusehen sind.

8 5

Für Gruppen gleichartiger Krankenanstalten, die nach einheitlichen Gesichtspunkten (z. B. nach ärztlicher Besetzung und medizinisch-technischer Einrichtung) zusammengefaßt sind, können Einheitssätze genehmigt oder festgesetzt werden.

III. Selbstkosten

§ 6

- (1) Selbstkosten im Sinne dieser Verordnung sind unbeschadet des § 7 die mit einer stationären Krankenhausbehandlung bei sparsamer Wirtschaftsführung verbundenen Kosten nach Abzug der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse; hierbei haben die Betriebszuschüsse der letzten fünf Jahre vor der Festsetzung oder Genehmigung von Pflegesätzen als Bemessungsgrundlage zu dienen. Zu den Selbstkosten im Sinne dieser Verordnung zählen auch:
 - Zinsen für Fremdkapital mit dem tatsächlichen Aufwand, höchstens aber mit dem marktüblichen Zinssatz der erststelligen Hypotheken der öffentlich-rechtlichen Kreditanstalten; ferner gehören hierzu die Zinsen für Fremdmittel, die aus der Zeit vor Eintritt der Kriegsschäden herrühren, unter Berücksichtigung aller Ermäßigungsmöglichkeiten;
 - Absetzungen für Abnutzung in angemessener Höhe, jedoch nicht für den zerstörten Anlagewert; soweit solche zerstörten Anlagewerte wiederhergestellt werden, gilt als Abschreibungsgrundlage der vergleichbare Anschaffungswert von 1938;
 - 3. Rückstellungen zur Anpassung an die diagnostisch-therapeutische Entwicklung in Höhe eines Hundertsatzes der Absetzungen für Abnutzung.
 - (2) Nicht zu berücksichtigen sind:
 - Zinsen für Fremdkapital, das verwendet wird:
 - a) für die Beseitigung von Kriegsschäden,
 - b) für die Deckung des Nachholbedarfs,
 - c) für Einrichtungen, die nicht den in § 1
 Abs. 2 bezeichneten Personen dienen;
 - Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über einen normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen;

- Mehrkosten infolge nicht nur vorübergehender Minderbelegung der Anstalt, insbesondere auch infolge von Maßnahmen nach § 24 der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. Dezember 1938 (RGBl. I S. 1721);
- Aufwendungen, die nicht unmittelbar der Krankenversorgung dienen, insbesondere für Beratungsstellen, für Wohlfahrtseinrichtungen des Betriebes;
- Zinsen für Eigenkapital (einschließlich Baukostenzuschüsse und sonstige verlorene Zuwendungen);
- 6. Tilgungsbeträge für Fremdkapital.

§ 7

Der kostenrechnerische Abzug der herkömmlich geleisteten Betriebszuschüsse nach § 6 Abs. 1 darf bei der Festsetzung oder Genehmigung von Pflegesätzen nicht dazu führen, daß der nach den Vorschriften dieser Verordnung zulässige Pflegesatz gleichartiger freier gemeinnütziger Krankenanstalten unterschriften wird.

IV. Schlußbestimmungen

§ 8

- (1) Die Verordnung tritt am Tage nach ihrer Verkündung in Kraft.
- (2) Mit dem gleichen Tage treten die Anordnung PR Nr. 140/48 über Pflegesätze der Kranken- und Heilanstalten und sonstigen pflegerischen Anstalten aller Art vom 18. Dezember 1948 (VfWMBl. II S. 199) sowie der Runderlaß Nr. 30/48 der Verwaltung für Wirtschaft vom 18. Dezember 1948 betr. Richtlinien für die Behandlung von Anträgen auf Erhöhung von Pflegesätzen der Kranken- und Heilanstalten und sonstigen pflegerischen Anstalten aller Art, insbesondere Alters-, Kinder-, Blinden- und Krüppelheime (VfWMBl. II S. 202) außer Kraft.
- (3) Zuwiderhandlungen gegen § 2 Abs. 1 Satz 3 sowie gegen Genehmigungen und Festsetzungen nach § 2 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 werden nach den Straf- und Bußgeldvorschriften des Wirtschaftsstrafgesetzes 1954 vom 9. Juli 1954 (BGBl. I S. 175) geahndet.

Bonn, den 31. August 1954

— I B 4 — Y5c — 6811/54 —

Der Bundesminister für Wirtschaft

In Vertretung M.d.W.d.G.b. Westrick

Runderlaß betreffend Durchführung der Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten

Vom 31. August 1954

(Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9. September 1954)

I.

Die besonders gelagerten Verhältnisse der Kranken- und Heilanstalten, die in der Regel eine Preisbildung nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht zulassen, haben dazu geführt, daß die Pflegesätze weiterhin den Preisvorschriften unterworfen sind. Für die Länder des früheren Vereinigten Wirtschaftsgebietes galten bisher die Bestimmungen der Anordnung PR Nr. 140/48 vom 18. Dezember 1948 (VfWMBl. II S. 199) und des hierzu ergangenen Runderlasses Nr. 30/48 vom 18. Dezember 1948 (VfWMBl. II S. 202). In der französischen Zone ergab sich bisher die Aufrechterhaltung der Preisvorschriften aus folgenden gesetzlichen Maßnahmen:

Rheinland-Pfalz: Landesgesetz über die Preisbildung (Preisbildungsgesetz) vom 15. Februar 1949 (GVBl. Nr. 11 S. 61),

Baden: Landesverordnung des Badischen Ministeriums der Wirtschaft und Arbeit über die Preisbildung und Preisüberwachung nach der Geldreform vom 28. Oktober 1948 (Bad. GVBl. Nr. 39 vom 19. November 1948, S. 195),

Württemberg-Hohenzollern: Anordnung des Wirtschaftsministeriums von Württemberg-Hohenzollern über die Preisbildung und Preisüberwachung nach der Geldreform vom 12. August 1948 (Amtliche Bekanntmachung des Wirtsch-Min. Preisaufsichtsstelle Nr. 12 vom 20. August 1948, S. 59).

Wegen dieser unterschiedlichen Rechtslage war bisher selbst in grundsätzlichen Fragen nicht immer eine einheitliche Auffassung vorhanden. Die vorliegende Verordnung schafft einheitliche Voraussetzungen und trägt gleichzeitig dem Erfordernis der Anpassung an die veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse in gewissem Umfange Rechnung.

Ħ

Im einzelnen bemerke ich zu der Verordnung folgendes:

Zu§1

Absatz 1

Nummer 1

Der Anwendungsbereich der Verordnung ist bewußt weit gezogen. Grundsätzlich fallen unter Absatz 1 Nr. 1 alle Anstalten, in denen Kranke untergebracht, verpflegt und ärztlich betreut werden, also auch Kuranstalten, Sanatorien und sonstige unter ärztlicher Aufsicht stehende pflegerische Anstalten, wie insbesondere Krüppelheime u. ä. Dagegen fallen nicht unter den Geltungsbereich Altersheime, Internate, Jugendheime, Erziehungsanstalten usw., in denen Personen zu anderen als Heilzwecken untergebracht werden.

Nummer 2

Auch der Begriff der Entbindungsanstalten ist weit auszulegen.

Absatz 2

Nach dem Personenkreis beschränkt sich der Geltungsbereich auf

- Personen, die einen gesetzlichen Anspruch auf Heilbehandlung haben. Hierunter fallen alle Personen, bei denen auf Grund der gesetzlichen Vorschriften ein Sozialversicherungsträger oder ein Fürsorgeverband für die Pflegesätze aufkommt; die einen gesetzlichen Anspruch auf Heilbehandlung haben, u. a. auch Strafgefangene;
- 2. die Selbstzahler der dritten Pflegeklasse.

Für die Einbeziehung dieser Kategorie ist der Gesichtspunkt maßgebend, daß eine mit der Freistellung möglicherweise verbundene Erhöhung der Pflegesätze die Grundlagen der Beitragskalkulation der privaten Krankenversicherung erschüttern und erhebliche Nachteile für einen Teil der Privatversicherten mit sich bringen würde. Auf die Möglichkeit, abweichende Regelungen gemäß § 2 Abs. 2 dieser Verordnung einzuführen, wird besonders hingewiesen.

Zu § 2

Absatz 1

Zur Klarstellung der Rechtslage, die sich aus der Aufhebung der zur Zeit geltenden Preisvorschriften gemäß § 7 Abs. 2 der Verordnung ergibt, mußte bestimmt werden, daß die bei Inkrafttreten dieser Verordnung zulässigen Pflegesätze, also im früheren Vereinigten Wirtschaftsgebiet auch die zwischen dem Inkrafttreten der Preisfreigabeanordnung vom 25. Juni 1948 (WiGBl. S. 61) und dem Inkrafttreten der Anordnung PR Nr. 140/48 in freier Vereinbarung zustande gekommenen Pflegesätze, bis zu einer anderweitigen Regelung weiterhin als Höchstsätze gelten.

Des weiteren ist bestimmt worden, daß die Pflegesätze den allgemeinen Preisvorschriften unterworfen sind, also auch den Vorschriften der Verordnung über das Verbot von Preiserhöhungen vom 26. November 1936 — Preisstopverordnung — (RGBl. I S. 955), so daß sie nur mit Genehmigung der Preisbildungsstellen der Länder erhöht oder festgesetzt werden dürfen. Die Verordnung läßt dahingestellt sein, ob Pflegesätze von den Preisbildungsstellen als Höchstpreise, Festpreise, Rahmenpreise oder Mindestpreise festgesetzt werden. Einer entsprechen-

den Klarstellung bedurfte es in der Verordnung nicht, weil die Ermächtigung des § 2 des Preisgesetzes für die Preisbehörden ausreicht, ihnen also die Möglichkeit gibt, selbst eine Entscheidung über die Art des festzusetzenden Preises zu treffen. Von dem Recht, Pflegesätze auch als Festpreise zu genehmigen oder festzusetzen, sollte aber nur ausnahmsweise nach Abwägung aller Umstände Gebrauch gemacht werden, z. B. dann, wenn zu erwarten steht, daß wegen des Höchstpreischarakters der Pflegesätze in aller Regel eine Unterschreitung der genehmigten Sätze gefordert wird.

Absatz 2

Soweit sich aus § 2 nichts anderes ergibt, bleibt es den Ländern (Preisbildungsstellen) überlassen, das Verfahren der Genehmigung und Festsetzung von Pflegesätzen im einzelnen zu regeln. Für dieses Verfahren werden die Bestimmungen des bisherigen Runderlasses Nr. 30/48, soweit sie sich bewährt haben, als Richtlinie gelten können.

Werden abweichende Regelungen für Selbstzahler der dritten Pflegeklasse oder für sonstige Personen, die nicht der Sozialversicherung unterliegen, getroffen, so werden diese zweckmäßigerweise von den bisherigen Relationen der Pflegesätze dieser Gruppe zu den Pflegesätzen der Sozialversicherungsträger auszugehen haben.

Absatz 3

In allen Fällen soll vor der Genehmigung oder Festsetzung auf eine Einigung der Parteien binnen angemessener Frist hingewirkt werden, da in der eigenverantwortlichen Mitwirkung der Vertragsparteien in der Regel auch eine hinreichende Gewähr für das Zustandekommen eines angemessenen Pflegesatzes liegt. Als angemessene Frist wird im allgemeinen eine Frist von einem Monat vom Tage nach Einreichung des sachlich begründeten Antrages zu gelten haben. Das Ergebnis der Einigungsverhandlungen ist der Entscheidung der Preisbildungsstelle zugrunde zu legen. Damit soll zum Ausdruck kommen, daß die Preisbildungsstelle an das Einigungsergebnis zwar insoweit gebunden ist, als die allgemeinen preispolitischen Grundsätze dies gestatten, das Ergebnis aber nicht in jedem Falle und vorbehaltlos für ihre Entscheidung zwingend ist.

Absatz 4

Unter der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Träger der Sozialversicherung ist u. a. auch die Kosten- und Ertragslage zu verstehen. Da die Aufsichtsbehörden häufig bereits auf Grund ihrer Aufsichtstätigkeit über Material verfügen werden, aus dem die wirtschaftlichen Verhältnisse der Sozialversicherungsträger ersichtlich sind, sollen aus Gründen der Arbeitsersparnis für alle Beteiligten Untersuchungen im Benehmen mit der Aufsichtsbehörde der Sozialversicherungsträger erfolgen.

Zu§3

Für die Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze sollen die Selbstkosten bestimmend sein. Die-

ser Gesichtspunkt ist als tragender Grundsatz der Verordnung, unbeschadet der Begriffserläuterung der Selbstkosten in Abschnitt III § 6, vorangestellt worden. Unberührt von diesem Grundsatz bleibt eine etwaige Festsetzung der Pflegesätze nach der Kostenlage gleichartiger Anstalten durch Einstufung in bestimmte Gruppen gemäß § 5 der Verordnung.

Zu§4

In der Verordnung ist davon ausgegangen worden, daß regelmäßig durch die Pflegesätze die gesamten Krankenhausleistungen einschließlich Arzt- oder Nebenkosten abgegolten werden. Werden Arzt- oder Nebenkosten (ganz oder teilweise) gesondert berechnet, so sind die Pflegesätze um die Kostenbestandteile zu senken, die bei einer pauschalierten Berechnung in die Pflegesätze eingerechnet werden

Solange bundesrechtlich nicht weitere Vorschriften über die Ermittlung der Selbstkosten im einzelnen erlassen sind, können die Länder nach § 4 Satz 2 von sich aus bestimmen, welche Kosten als Arztoder Nebenkosten nach § 4 Satz 1 anzusetzen sind. Es soll u. a. erreicht werden, daß den Fortschritten der therapeutischen Entwicklung, z. B. durch die besondere Abgeltung hochwertiger Medikamente neben dem Pflegesatz, Rechnung getragen werden kann. Soweit bisher durch den Pflegesatz Arzt- und Nebenkosten mit abgegolten worden sind, ist mit der Vorschrift des § 4 Satz 2 jedoch nicht eine allgemeine Änderung des bisherigen Verfahrens beabsichtigt.

Zu§5

Die Einstufung gleichartiger Krankenanstalten in bestimmte Gruppen zur Festsetzung einheitlicher Pflegesätze setzt voraus, daß die Krankenanstalten nach ihrer Ausstattung und Leistungsfähigkeit (ärztliche Besetzung und medizinisch-technische Einrichtung) vergleichbar sind. Das Selbstkostenprinzip wird auch in diesen Fällen grundsätzlich zu wahren sein, sofern dem nicht zwingende preispolitische Gesichtspunkte im einzelnen Falle entgegenstehen.

Zu § 6

Bei der Ermittlung des Krankenhauspflegesatzes ist nicht von den Selbstkosten schlechthin, sondern den für die Aufrechterhaltung des Betriebes nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten unbedingt notwendigen Selbstkosten auszugehen, wobei dem gemeinnützigen Zweck von Krankenhäusern im Rahmen der öffentlichen Gesundheitspflege Rechnung zu tragen ist. Hierdurch soll ein echter Leistungswettbewerb jedoch nicht ausgeschaltet werden. Ein Ansatz für Gewinn und Wagnis muß aber ausscheiden.

Absatz 1

Zu den Selbstkosten gehören in erster Linie die Kosten für die Verpflegung und die unmittelbare Krankenhausbehandlung, einschließlich des medizinischen Sachbedarfs sowie die der Aufrechterhaltung eines geordneten Betriebes dienenden Betriebskosten, wie z. B. Kosten für Personal, Heizung, Strom, Wasser, Reinigung u. ä., ferner die nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten anrechenbaren Kosten für die laufende Unterhaltung des sächlichen Anlagevermögens (Gebäude, Wirtschaftsinventar, Wäsche usw.), für die durch normale Abnutzung entstandene Wertminderung der Anlagen (Abschreibungen), ferner Rückstellungen zur Anpassung an die diagnostisch-therapeutische Entwicklung, Versicherungsleistungen für Unfall-, Haftpflicht- und Sachversicherungen, etwaige Aufwendungen für Miete, Pacht und Nutzungsvergütung, die sog. Kostensteuern wie Grundsteuer, Gewerbesteuer, Kraftfahrzeugsteuer, Umsatzsteuer (nicht dagegen Körperschafts- und Einkommensteuer) und schließlich die Verzinsung für das Fremdkapital in Höhe des tatsächlichen Aufwandes, höchstens aber mit dem marktüblichen Zinssatz der erststelligen Hypotheken der öffentlich-rechtlichen Kreditanstalten.

Rückstellungen zur Anpassung an die diagnostischtherapeutische Entwicklung sind ihrer Natur nach zweckgebunden; sie werden daher auch schon mit Rücksicht auf die erforderliche Verwendungskontrolle auf einem Sonderkonto zu verbuchen sein.

Aufwendungen in angemessenem Umfange für Pensionseinrichtungen der Ärzte und anderer Gefolgschaftsmitglieder sind Bestandteil der Personalkosten.

Bei der Berechnung der verbrauchsbedingten Abschreibungen gilt als Abschreibungsgrundlage zerstörter Gebäude und Anlagen, die wiederhergestellt werden, der vergleichbare Anschaffungswert von 1938; bei sonstigen Anlagegütern wird grundsätzlich vom Anschaffungswert auszugehen sein. Falls bei diesen zwischen den Anschaffungs- und Wiederbeschaffungswerten erhebliche Abweichungen bestehen, die nicht nur vorübergehend sind, wird der Berechnung der Abschreibungen der Wiederbeschaffungswert einer gleich leistungsfähigen Anlage berücksichtigt werden können, und zwar

- a) für Anlagegüter, die bereits am 20. Juni 1948 vorhanden waren, der Wiederbeschaffungswert am 30. August 1948 oder 30. August 1949, je nachdem, welcher dieser beiden Zeitpunkte zu dem niedrigeren Wiederbeschaffungswert führt;
- b) für Anlagegüter, die nach dem 20. Juni 1948 beschafft wurden, der Wiederbeschaffungspreis im Zeitpunkt der Pflegesatzermittlung.

Die Absetzungen für Abnutzung müssen dem tatsächlichen Werteverzehr im Rahmen des Geltungsbereiches der Verordnung gerecht werden und gleichfalls dem Grundsatz einer sparsamen Wirtschaftsführung entsprechen. Für Gebäude und Einrichtungen, die nicht dem in § 1 Abs. 2 bezeichneten Personenkreis dienen, dürfen Ansätze für Abschreibungen der Pflegesatzermittlung nicht zugrunde gelegt werden.

Absatz 2

I.

Keine Berücksichtigung bei der Selbstkostenermittlung dürfen finden

- 1. Zinsen für Fremdkapital, das für die Beseitigung von Kriegsschäden, für die Deckung des Nachholbedarfs und für Einrichtungen verwendet wird, die nicht den in § 1 Abs. 2 bezeichneten Personen dienen. Werden z. B. Abteilungen für Patienten der zweiten Pflegeklasse eingerichtet, so müssen die Kosten hierfür bei der Ermittlung der Selbstkosten ausgesondert werden.
- 2. Aufwendungen für wissenschaftliche Forschungsarbeit und wissenschaftliche Lehrtätigkeit, die über einen normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen, also außerhalb der Bedürfnisse eines stationären Krankenhausbetriebes liegen.
- 3. Mehrkosten infolge nicht nur vorübergehender Minderbelegung der Anstalt. Hierzu gehört zunächst eine ständige Unterschreitung der wirtschaftlichen Kapazität, z. B. wenn die Bettenzahl eines Krankenhauses weit über den durchschnittlichen Jahresbedarf hinausgeht. Ferner gehört hierzu aber auch die aufgrund gesetzlicher Vorschriften besonders vorzuhaltende Kapazität, z. B. aufgrund von § 24 der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.
- 4. Aufwendungen, die nicht unmittelbar der Krankenversorgung dienen, wie z. B. Beratungsstellen, Polikliniken, Wohlfahrtseinrichtungen, Freitische, Spenden u. ä.; hierunter fällt auch die Ausbildung betriebsfremder Personen im Rahmen der öffentlichen Gesundheitspflege, soweit sie nicht zur Berufsausbildung gehört.
- Zinsen für Eigenkapital einschließlich etwaiger Baukostenzuschüsse und sonstiger verlorener Zuwendungen.
- 6. Tilgungsbeträge für Fremdkapital, da die Tilgung von Fremdkapital aus den in § 6 Abs. 1 Nr. 2 aufgeführten Absetzungen für Abnutzung aufzubringen ist.
- Einmalige Wertberichtigungen, wie z. B. Sonderabschreibungen wegen besonderer Wertminderung oder Wertberichtigungen wegen besonderer Werterhöhungen, Verluste bei Geldanlagen, Kassendifferenzen u. ä.

II.

Hinsichtlich der Zuschüsse von Anstaltsträgern oder von Dritten gilt folgendes:

Für die Bemessung des Pflegesatzes sind Betriebszuschüsse insoweit zu berücksichtigen, als sie schon bisher regelmäßig geleistet sind. Aus dem Erfordernis der Regelmäßigkeit der Zuschüsse ergibt sich, daß es sich nicht um einmalige Zuschüsse, z. B. zur Errichtung oder Erweiterung eines Krankenhauses oder zur Anschaffung von medizinisch-technischen Einrichtungen, handeln darf. Die Regelmäßigkeit setzt vielmehr die fortlaufende Leistung von Rechnungsjahr zu Rechnungsjahr — wenn auch in unterschiedlichem Umfange — voraus. Einmalig geleistete Zuschüsse scheiden aus der Kostenbeurteilung der Pflegesätze in jedem Falle aus. Es ist also bei der Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze grundsätzlich davon auszugehen, daß die herkömmlichen Zuschüsse, insbesondere zur Erzielung eines gleichen Preisniveaus mit vergleichbaren Anstalten, in vollem Umfange aufrechterhalten bleiben. Diesem Gesichtspunkt ist bei den der Genehmigung oder Festsetzung vorausgehenden Einigungsverhandlungen besondere Bedeutung zu schenken, und es ist auf die Aufrechterhaltung der Zuschüsse bei den in Betracht kommenden Stellen eindringlich hinzuwirken.

Zu § 7

In Ergänzung zu den Vorschriften des § 6 wird die Abzugsfähigkeit der regelmäßig geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse bei der Festsetzung von Pflegesätzen für kommunale Anstalten begrenzt; ein Abzug derartiger Zuschüsse darf demnach nur insoweit erfolgen, als eine Angleichung an den Stand der Pflegesätze der karitativen Anstalten nicht behindert wird.

Zu§8

Absatz 3

§ 8 Abs. 3 enthält die Verweisung gemäß § 2 Abs. 2 des Wirtschaftsstrafgesetzes. Diese Verweisung umfaßt auch Zuwiderhandlungen gegen die aufgrund dieser Verordnung von den Preisbildungsstellen der Länder zu erlassenden Preisvorschriften und Verfügungen. Das Wirtschaftsstrafgesetz 1954 ist daher auch insoweit anwendbar gemacht. Dessen ungeachtet erscheint es zweckmäßig, daß die Preisbildungsstellen auch in die von ihnen aufgrund dieser Verordnung zu erlassenden Preisvorschriften und Verfügungen einen Hinweis auf die Straf- und Bußgeldvorschriften des Wirtschaftsstrafgesetzes aufnehmen.

III.

Es entspricht den bisherigen Gepflogenheiten, daß die Länder zur Unterrichtung des Bundesministers für Wirtschaft ihre Anordnungen auf dem Gebiete des Pflegesatzwesens regelmäßig bekanntgeben. Um darüber hinaus dem Bundesminister für Wirtschaft einen allgemeinen Überblick über die bisher ergangenen allgemeinen Regelungen der Länder zu geben, werden diese Regelungen zweckmäßigerweise nach Inkrafttreten der Verordnung dem Bundesminister für Wirtschaft mitzuteilen sein. Die Verordnung stellt hinsichtlich der Höhe des Pflegesatzes eine Grundsatzregelung dar, die in Einzelheiten, insbesondere was den Begriff der Selbstkosten bei sparsamer Wirtschaftsführung anbetrifft, möglicherweise noch einer Ergänzung bedarf. Der Bundesminister für Wirtschaft hat in Aussicht genommen, im Einvernehmen mit dem Bundesminister des Innern und dem Bundesminister für Arbeit demnächst noch Richtlinien für die Ermittlung der Selbstkosten bei Krankenhäusern zu erlassen, sobald die Vorarbeiten hierzu abgeschlossen sein werden.

Bonn, den 31. August 1954

IB4 — Y5c — 6811/54

Der Bundesminister für Wirtschaft M.d.W.d.G.b. Westrick

Auszug aus der schriftlichen Antwort der Bundesregierung zu der Großen Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik vom 12. Juni 1968

(Drucksache V/3008, S. 11)

,Zu d)

Krankenhausversorgung

Die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbetten ist eine öffentliche Aufgabe. Sie umfaßt die Deckung des Bedarfs und die Sorge für eine Ausstattung, die den modernen Anforderungen an die medizinisch-technische Einrichtung für Diagnostik und Therapie und an die Besetzung mit ärztlichem und pflegerischem Personal gerecht wird.

Diese Aufgabe ist trotz hervorragender Leistungen vieler Krankenhausträger und trotz außerordentlicher finanzieller und sonstiger Bemühungen einer Reihe von Ländern und Gemeinden zur Zeit nicht überall befriedigend gelöst. Mehr als ein Drittel aller in der Bundesrepublik vorhandenen Krankenhausbetten befindet sich in Krankenhäusern, die aus der Zeit vor 1920 stammen; sie sind also überaltert. Regional bestehen starke Unterschiede in der Krankenhausstruktur und in der Bettenkapazität, so daß diese mancherorts nicht dem Bedarf des Einzugsgebietes entspricht. Darüber hinaus muß der Bettenbedarf den vorausschaubaren Veränderungen der Bevölkerungsziffern und der Bevölkerungsstruktur angepaßt werden.

Nach der Pflegesatzverordnung des Bundes werden bestimmte Krankenhausbenutzer oder deren Kostenträger aus gesundheits-, wirtschafts- und sozialpolitischen Gründen nicht mit den vollen Krankenhauskosten belastet. Deshalb sieht die Pflegesatzverordnung vor, daß näher bezeichnete Kosten bei der Pflegesatzfestsetzung nicht berücksichtigungsfähig und die herkömmlich geleisteten Betriebszuschüsse von den Kosten abzusetzen sind. Darüber hinaus werden in der Praxis weniger als die Wiederbeschaffungswerte je Bett als Abschreibungsgrundlage eingesetzt. Außerdem ist neben der Kostenund Ertragslage der Krankenanstalten die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger bei der Bemessung des Pflegesatzes zu berücksichtigen. Insgesamt können aus diesen Gründen mit den Erlösen aus den Pflegesätzen die bei sparsamer Wirtschaftsführung der Krankenanstalten entstehenden Selbstkosten nicht voll gedeckt werden. Dies beeinträchtigt ihre Liquidität und führt zu Substanzverlusten, sofern diese nicht von den Trägern oder Dritten durch Zuschüsse aufgefangen werden. Die Kostendeckung ist sehr unterschiedlich wegen der unterschiedlichen Höhe des Pflegesatzes, der öffentlichen Betriebszuschüsse und der stark voneinander abweichenden Finanzierungshilfen der Länder und Gemeinden. Die Folge ist ein gesundheitspolitisch nicht zu vertretendes Gefälle in der Krankenhausversorgung. Bereits 1962 hat der Bundesrat eine bundesgesetzliche Vorschrift für erforderlich gehalten, "durch welche die Finanzverantwortung für die Krankenhaus-Vorhaltekosten geregelt wird". Er hat dabei außerdem gefordert, "sicherzustellen, daß die Pflegesätze der allgemeinen 3. Klasse für alle Patienten nach einheitlichen Grundsätzen festgelegt werden".

Die Lösung des Problems kann nicht in einem voll kostendeckenden Pflegesatz gefunden werden, bei dem das gegenwärtig bestehende Defizit der Krankenanstalten in vollem Umfange vom Benutzer zu tragen wäre. Dies würde eine sozialpolitisch wie auch konjunkturpolitisch nicht vertretbare Erhöhung der Beiträge zu den gesetzlichen Krankenkassen zur Folge haben. Voll kostendeckende Pflegesätze erscheinen aber auch deshalb bedenklich, weil sie zu Fehlinvestitionen führen können.

Es müssen vielmehr zusätzliche Wege zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gefunden werden, die generell dem Grundsatz Rechnung tragen, daß die Bereitstellung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe der allgemeinen Daseinsvorsorge ist. Der hohe Investitions- und Personalaufwand macht es dabei notwendig, daß jedes derartige System der Krankenhausfinanzierung verbunden wird mit langfristigen, ordnenden und koordinierenden Planungen der Länder, die untereinander für das gesamte Bundesgebiet abgestimmt werden, in der die Grundsätze für die Errichtung, Modernisierung und Erweiterung einer bedarfsgerecht gegliederten Krankenhausversorgung festgelegt sind. Nur so können die notwendigen Investitionen der nächsten Jahre gesichert werden, um den wachsenden Bedarf an medizinischen Leistungen optimal zu decken.

Ob und wieweit der Bund bei der Finanzierung von Krankenhausbauten mitwirken soll, gehört zum Fragenkreis der Finanzreform. Im übrigen hat die Bundesregierung beschlossen, eine Verfassungsänderung einzubringen, durch die dem Bund die Gesetzgebung über die "wirtschaftliche Sicherung der Krankenhausversorgung" eingeräumt werden soll, um die Maßnahmen der Länder auf diesem Gebiet koordinieren zu können. Auf der Grundlage dieser erweiterten Zuständigkeit beabsichtigt die Bundesregierung gesetzgeberische Maßnahmen, durch die eine bessere und gleichmäßigere Krankenhausversorgung im gesamten Bundesgebiet erreicht werden soll. Im Interesse einer langfristigen und dauerhaften Neuordnung ist anzustreben, daß öffentliche Finanzierungshilfen für den Bau von Krankenhäusern auch hinsichtlich der Höhe verbindlich festgelegt werden. Damit kann auch ein Beitrag zur Entlastung der freien Träger und der Gemeinden geleistet werden. Das gilt besonders für die Städte, die gegenwärtig einen relativ hohen Teil ihres Steueraufkommens für Investition und Betrieb ihrer Krankenhäuser aufwenden müssen.

Im Zusammenhang mit einer Neuregelung der Krankenhausfinanzierung sind nähere Bestimmungen über die Kostenfaktoren zu treffen, die bei der Festsetzung des Pflegesatzes zu berücksichtigen sind. Dies ist schon deshalb notwendig, weil die Art und die Höhe der Krankenhausfinanzierung in Wechselbeziehung zur Gestaltung des Pflegesatzes steht.

Die grundlegende Neuordnung der Krankenhausfinanzierung muß einhergehen mit einer Verstärkung der Bemühungen, durch andere Maßnahmen, z. B. innere Rationalisierung und Abkürzung der Verweildauer, zu einer Entlastung der Benutzer und damit der Sozialversicherungsträger zu gelangen.'

Auszug aus dem Entwurf eines . . . Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes vom 18. November 1968

(Drucksache V/3515)

Begründung zur Grundgesetzänderung "wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze"

(Drucksache V/3515, S. 5/6)

,Zu § 1 Nr. 2

Dem Bund steht gegenwärtig nur die Möglichkeit zu, über das Preisrecht die Entgelte für Krankenhausleistungen zu regeln. Die Verantwortung des Bundes für die einheitliche Regelung der Krankenhauspflegesätze ist auch von den Ländern betont worden. Der Bundesrat hat bereits 1962 (Drucksache 342/62 ---Beschluß — zu § 417 Abs. 3 des Entwurfs eines Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes) eine bundesgesetzliche Vorschrift für erforderlich gehalten, "durch welche die Finanzverantwortung für die Krankenhaus-Vorhaltekosten geregelt wird". Er hat dabei außerdem gefordert, "sicherzustellen, daß die Pflegesätze der allgemeinen dritten Klasse für alle Patienten nach einheitlichen Grundsätzen festgelegt werden". Die sachlich gebotene einheitliche systematische Regelung dieser Pflegesätze ist jedoch nicht möglich, wenn bei Investitionskosten und sonstigen maßgebenden Faktoren der Selbstkosten der Krankenanstalten von Land zu Land erhebliche Unterschiede bestehen. Dadurch muß es zwangsläufig zu sehr unterschiedlichen Defiziten bei den einzelnen Krankenanstalten trotz der durch die Pflegesatzverordnung des Bundes festgelegten einheitlichen Grundsätze kommen.

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhausversorgung und ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser sind vordringliche gesundheitspolitische Aufgaben. Über kostendekkende Pflegesätze ist diese Sicherung wegen der damit verbundenen Belastung für die Benutzer, einschließlich der sozialen Krankenversicherung, nicht möglich. Sie würde eine Erhöhung der Beitragssätze bei den sozialen Krankenkassen notwendig machen, und das wäre sowohl sozialpolitisch als auch konjunkturpolitisch nicht tragbar.

Mehr als ein Drittel aller Krankenhausbetten muß als überaltert und in vielen Fällen unmodern und unrationell gelten.

Die Anerkennung der Verantwortung des Bundes für die Pflegesätze der Krankenanstalten schließt aber notwendigerweise die Konsequenz ein, daß dem Bund zur Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse in diesem gesundheitspolitisch wichtigen Bereich auch ein Einfluß auf diejenigen Faktoren eingeräumt wird, die die Kostenlage der Krankenanstalten und damit die wirtschaftliche

Sicherung der Krankenhausversorgung bestimmen. Hierzu bedarf es einer entsprechenden Erweiterung der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes.'

2. Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates betr. Grundgesetzänderung "wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze"

(Drucksache V/3515, S. 15/16)

,Zu § 1 Nr. 2 (Artikel 74 Nr. 19 a GG)

Dem Vorschlag des Bundesrates, § 1 Nr. 2 des Entwurfs zu streichen, vermag die Bundesregierung aus nachstehenden Gründen nicht zu folgen:

a) Es trifft zu, daß sich die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser in den letzten Jahren besorgniserregend verschlechtert hat. Dazu haben neben anderen Ursachen auch die einschränkenden Bestimmungen der Verordnung VO PR 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954 beigetragen.

Der Auffassung des Bundesrates, daß es Aufgabe der Sozialleistungsträger sei, die Kosten - einschließlich der Investitionskosten — für die notwendige Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten oder der Sozialhilfeempfänger voll zu tragen, kann die Bundesregierung nicht uneingeschränkt zustimmen. Bei einer grundlegenden Neuordnung der Krankenhausfinanzierung muß vielmehr geprüft werden, ob und in welchem Umfange die Kosten in den Pflegesatz aufzunehmen sind oder von der öffentlichen Hand getragen werden müssen. Bei den Beratungen über die mehrjährige Finanzplanung des Bundes (BT-Drucksache V/3299 Nr. 31) ist die Bundesregierung allerdings zu dem Ergebnis gelangt, daß der Bund keine Mittel für die Krankenhausfinanzierung bereitstellen kann, weil die Voraussetzungen gegenwärtig nicht vorliegen. Eine Mitwirkung des Bundes an der Krankenhausfinanzierung gehört im übrigen zum Fragenkreis der Finanzreform.

Im übrigen sprechen wirtschaftliche, soziale, gesundheits- und gesellschaftspolitische Gründe gegen die Festsetzung von kostendeckenden Krankenhauspflegesätzen für die sozialen Leistungsträger und für einen großen Teil der nicht sozialversicherten Patienten in der 3. Pflegeklasse, zumal für die Zukunft auch durch die Entwicklung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und Techniken mit einem

weiteren überdurchschnittlichen Ansteigen der Benutzerkosten zu rechnen sein wird.

- b) Eine Lösung des Problems kann durch die Neuordnung der Bundespflegesatzverordnung nicht erreicht werden, ohne daß entschieden ist, welche Kosten in den Pflegesatz aufzunehmen sind oder von der öffentlichen Hand getragen werden müssen. Dabei muß sichergestellt werden, daß einem Substanzverlust der Krankenhäuser Einhalt geboten wird, der überdies durch unterschiedliche Förderungsmaßnahmen in den einzelnen Ländern äußerst differenziert ist. Eine solche Regelung, "durch welche die Finanzverantwortung für die Krankenhausvorhaltekosten geregelt wird", hat der Bundesrat in der Vergangenheit selbst für notwendig gehalten (vgl. BR-Drucksache 342/62, Beschluß zu § 417 des Entwurfs eines KVNG).
- c) Die Möglichkeit der Subventionierung der gesetzlichen Krankenkassen kommt schon deswegen nicht in Betracht, weil dann die öffentliche Hand die Vorhaltung von Krankenhäusern nicht beeinflussen könnte. Eine Subventionierung der gesetzlichen Krankenkassen wäre darüber hinaus systemfremd. Sie würde zudem nur einzelne Gruppen von Krankenhauspatienten begünstigen, nicht aber insbesondere Selbstzahler der 3. Pflegeklasse. Das würde zu einer ungleichen Behandlung der Krankenhausbenutzer führen.
- d) Durch die zu erlassenden Bundesgesetze soll kein nivellierender Einfluß auf die Kostenfaktoren der Krankenhäuser ausgeübt werden. Das ist in der Begründung der Bundesregierung auch nicht zum Ausdruck gebracht. Es sollen lediglich die Pflegesätze der allgemeinen (3.) Pflegeklasse für alle Patienten nach einheitlichen Grundsätzen festgelegt werden. Dazu gehören Bestimmungen darüber, welche Kosten in den Pflegesatz aufgenommen und welche durch die öffentliche Hand finanziert werden sollten, ohne daß Einfluß auf die aus regionalen, lokalen und strukturellen Gründen unterschiedliche Höhe der einzelnen Kosten genommen werden soll.
- e) Die Bundesregierung hat keine Bedenken dagegen, wenn dem weiteren Gesetzgebungsverfahren folgende Fassung der Nummer 19 a (§ 1 Nr. 2 des Entwurfs) zugrunde gelegt wird:
 - "19 a. die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze".

Dieser Vorschlag entspricht der Fassung, die der Ausschuß für Gesundheitswesen des Bundesrates in seiner 34. Sitzung (Niederschrift vom 27. Juni 1968 — G 7134, Seite 19/20) beschlossen hat und berücksichtigt die vom Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik des Bundesrates in seiner 270. Sitzung (Niederschrift vom 26. Juni 1968 — AS — 0100 — Nr. 24/68, Seite 4 Nr. 2) hierzu vorgeschlagene Änderung.

Der Bundesminister für Gesundheitswesen

532 Bad Godesberg, den 13. Dezember 1966 Deutschherrenstraße 87

An alle Krankenanstalten in der Bundesrepublik Deutschland

Sicher werden Sie sich an die Diskussionen erinnern, die die Vorarbeiten an einer Änderungsverordnung zur Bundespflegesatzverordnung in der Öffentlichkeit auslösten. Weit voneinander abweichende Angaben über die finanziellen Auswirkungen der beabsichtigten Maßnahme wurden veröffentlicht und die Frage der Beteiligung der öffentlichen Hand an den Kosten für die Errichtung und Unterhaltung der Krankenanstalten erneut aufgeworfen. Der Deutsche Bundestag sah sich deshalb veranlaßt, die Bundesregierung zu ersuchen,

"mit Rücksicht auf den vom Bundesminister für Gesundheitswesen erstellten Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung zunächst dem Bundestag einen schriftlichen Bericht vorzulegen, der folgende Teile enthält:

- 1. Eine Übersicht über die finanzielle Lage der Krankenhäuser, und zwar differenziert
 - a) nach Ländern
 - b) nach Trägerschaft;
- 2. eine Darstellung, welche rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden können, um den Krankenhäusern die Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben zu ermöglichen;
- 3. einen Überblick über die gesundheitspolitischen, sozialpolitischen und finanziellen Auswirkungen der beabsichtigten Änderung der Bundespflegesatzverordnung".

Dieser Bericht, die Darstellungen und Überblicke können nur durch Ihre aktive Mitarbeit entstehen. Zu diesem Zweck übersende ich Ihnen einen Fragebogen in dreifacher Ausfertigung, von denen eine Ausfertigung für Ihre Akten bestimmt ist. Die beiden anderen Ausfertigungen geben Sie bitte ausgefüllt an den für Sie zuständigen Amtsarzt zurück. Haben Sie Ihren Sitz in Berlin, Bremen oder Hamburg, leiten Sie die ausgefüllten Formulare bitte unmittelbar an die Senatoren für Gesundheitswesen bzw. die Gesundheitsbehörden.

Über den Umfang des Fragebogens sowohl als auch über die Fragestellung im einzelnen ist viel diskutiert worden. Einerseits erfordert der sehr weitgehende Berichtsauftrag des Bundestages auch eine sehr weitgehende Information, die die gesamte Kosten- und Ertragslage der Krankenanstalten betrifft. Eine Beschränkung der Untersuchung allein auf die allgemeine (3.) Pflegeklasse würde nicht ausreichen, um den Auftrag des Deutschen Bundestages zu erfüllen. Sie würde außerdem der Bedeutung, die der Bundestag dem Bericht für die Vorbereitung einer weitergehenden Regelung des Krankenhausfinanzierungsproblems beimißt, nicht gerecht werden können. Andererseits ist der Bundesregierung die schwierige Personallage in den Krankenanstalten bekannt. Sie war deshalb bemüht, nur die unumgänglich notwendigen Fragen zu stellen. Sie werden feststellen, daß die Zifferngruppen 5., 6., 10., 11. und 12. im wesentlichen das übliche Selbstkostenblatt mit einigen notwendigen Änderungen enthalten. Ein weiterer — sicher nicht unwesentlicher — Teil der Antworten zu den Fragengruppen 1. bis 4. läßt sich aus den jährlich für die Statistik zu treffenden Feststellungen gewinnen.

Ich möchte Sie deshalb bitten, sich der Erkenntnis nicht zu verschließen, daß die umfangreichen Untersuchungen und die damit verbundenen Arbeiten notwendig sind. Jede Krankenanstalt, die — aus welchen Gründen auch immer — die Fragebogen nicht ausfüllt, gefährdet den Erfolg der Aktion. Geringe Beteiligung beeinträchtigt die Aussagefähigkeit des Berichts. Ein unzureichender Bericht aber wird nichts zur Lösung des Problems der Krankenhausfinanzierung beitragen können. Im Interesse aller Krankenanstalten wäre ich für eine sorgfältige Beantwortung der Fragen und eine termingerechte Weiterleitung der ausgefüllten Fragebogen an die obengenannten Stellen bis zum 28. Februar 1967 dankbar.

Mit freundlichem Gruß

K. Strobel



Fragebogen

zur Untersuchung der finanziellen Lage der Krankenanstalten ¹) *)

1.	Allgemeine Angaben	
1.1.	Name der Krankenanstalt	
1.2.	Anschrift	•••••
1.3.	Land (z. B. Bayern, Bremen usw.)	••••••
1.4.	Träger der Krankenanstalt ²)	
1.4.1.	öffentlich-rechtlich ³)	<u>")</u>
1.4.2.	freigemeinnützig 4)	Ц
1.4.3.	privat ⁵)	
1.5.	Rechtsform der Krankenanstalt (z. B. Stiftung, sonstige BGB oder HGB Rechtsform)	
1.5.1.	Wer ist zur Deckung eines Defizits verpflichtet?	•••••
1.6.1.	Anstaltskrankenhaus	
1.6.2.	Belegkrankenanstalt 6)	
1.7.1.	Neubau	
1.7.2.	Altbau	
1.8.	Zweckbestimmung der Krankenanstalt	
1.8. 1.8.1.	Zweckbestimmung der Krankenanstalt Allgemeine Krankenanstalt ohne abgegrenzte Fachabteilungen	
	Allgemeine Krankenanstalt ohne abgegrenzte Fach-	
1.8.1.	Allgemeine Krankenanstalt ohne abgegrenzte Fachabteilungen	
1.8.1. 1.8.2.	Allgemeine Krankenanstalt ohne abgegrenzte Fachabteilungen Allgemeine Krankenanstalt mit abgegrenzten Fachabteilungen	
1.8.1. 1.8.2. 1.8.3.	Allgemeine Krankenanstalt ohne abgegrenzte Fachabteilungen Allgemeine Krankenanstalt mit abgegrenzten Fachabteilungen Fachkrankenanstalt Die Krankenanstalt gehört zur Gruppe (bei Gruppen-	
1.8.1. 1.8.2. 1.8.3. 1.9.1.	Allgemeine Krankenanstalt ohne abgegrenzte Fachabteilungen Allgemeine Krankenanstalt mit abgegrenzten Fachabteilungen Fachkrankenanstalt Die Krankenanstalt gehört zur Gruppe (bei Gruppeneinteilung nach der Landespflegesatzverordnung) Gegebenenfalls Preisstufe nach der Landespflegesatz-	
1.8.1. 1.8.2. 1.8.3. 1.9.1. 1.9.2.	Allgemeine Krankenanstalt ohne abgegrenzte Fachabteilungen Allgemeine Krankenanstalt mit abgegrenzten Fachabteilungen Fachkrankenanstalt Die Krankenanstalt gehört zur Gruppe (bei Gruppeneinteilung nach der Landespflegesatzverordnung) Gegebenenfalls Preisstufe nach der Landespflegesatzverordnung Angaben über die Krankenanstalt bzw. die Fach-	
1.8.1. 1.8.2. 1.8.3. 1.9.1. 1.9.2.	Allgemeine Krankenanstalt ohne abgegrenzte Fachabteilungen Allgemeine Krankenanstalt mit abgegrenzten Fachabteilungen Fachkrankenanstalt Die Krankenanstalt gehört zur Gruppe (bei Gruppeneinteilung nach der Landespflegesatzverordnung) Gegebenenfalls Preisstufe nach der Landespflegesatzverordnung Angaben über die Krankenanstalt bzw. die Fachabteilungen und Betten	
1.8.1. 1.8.2. 1.8.3. 1.9.1. 1.9.2. 2.	Allgemeine Krankenanstalt ohne abgegrenzte Fachabteilungen Allgemeine Krankenanstalt mit abgegrenzten Fachabteilungen Fachkrankenanstalt Die Krankenanstalt gehört zur Gruppe (bei Gruppeneinteilung nach der Landespflegesatzverordnung) Gegebenenfalls Preisstufe nach der Landespflegesatzverordnung Angaben über die Krankenanstalt bzw. die Fachabteilungen und Betten Zahl der Normalbetten 7) am 31. 12. 1966 insgesamt 8) Zahl der Normalbetten im Durchschnitt des Jahres	
1.8.1. 1.8.2. 1.8.3. 1.9.1. 1.9.2. 2. 2.1.1. 2.1.2.	Allgemeine Krankenanstalt ohne abgegrenzte Fachabteilungen Allgemeine Krankenanstalt mit abgegrenzten Fachabteilungen Fachkrankenanstalt Die Krankenanstalt gehört zur Gruppe (bei Gruppeneinteilung nach der Landespflegesatzverordnung) Gegebenenfalls Preisstufe nach der Landespflegesatzverordnung Angaben über die Krankenanstalt bzw. die Fachabteilungen und Betten Zahl der Normalbetten 7) am 31. 12. 1966 insgesamt 8) Zahl der Normalbetten im Durchschnitt des Jahres 1966 8) Zahl der zusätzlich aufgestellten Betten am 31. 12.	

^{*)} Erläuterungen zu diesem und den folgenden Punkten s. letzte Seite
**) Zutreffendes bitte ankreuzen

2.4. Normalbetten in der Fachkrankenanstalt bzw. in den Fachabteilungen am 31. 12. 1966

Fachkrankenanstalt	Fachkrankenanstalt bzw. Fachabteilung unter der Leitung eines hauptamtlichen oder nebenamtlichen Arztes				Belegabteilungen ⁸)				
bzw. Fachabteilung für	Zahl der Ab-	Betten in der Pflegeklasse			Zahl der	Betten in der Pflegeklasse			
	teilungen	3.	2.	1.	Ab- teilungen	3.	2.	1.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Krankenanstalten bzw. Abteilungen für Akutkranke									
Innere Krankheiten						•••••			
Infektionskrankheiten vorwieg, für Erwachsene									
Kinder			***************************************			***************************************			
Säuglings- und Kinderkrankheiten							••••		
Chirurgie							••••		
Neurochirurgie									
Orthopädie						***************************************			
Gynäkologie und Geburtshilfe		***************************************							
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten				***************************************		···········			
Augenkrankheiten								***************************************	
Haut- und Geschlechtskrankheiten		••••••				······		•••••	
Röntgen- und Strahlenheilkunde								***************************************	
Neurologie						•••••			
Sonstige Fachabteilungen				•••••	***************************************	***************************************			
Krankenanstalten bzw. Abteilungen für Langzeitkranke						1			
Tuberkulose vorwieg, für Erwachsene				***************************************					
Kinder				***************************************				***************************************	
Psychiatrie					•••••				
Chronisch-Kranke einschl. geriatrische Kliniken								***************************************	
Sonstige Fachabteilungen *)				<u></u>			<u></u>		
Insgesamt								***************************************	
2.5. Zahl der Normalbetten im Durch- schnitt des Jahres 1966									

^{*)} z. B. Rheuma-, Beobachtungs-, Rehabilitationskrankenanstalt bzw. Abteilung.

3.	Angaben über den Ausnutzungsgrad der Betten im Jahre 1966		
3.1.	Pflegetage 9) 10) im Jahre 1966 insgesamt		
3.1.1.	davon in der 2. und 1. Klasse		
3.2.1.	Ausnutzungsgrad bezogen auf alle Normalbetten 11)		
3.2.2.	Ausnutzungsgrad bezogen auf die Summe von Normalbetten und Zusatzbetten ¹²)		•••••••
3.3.1.	Zahl der Zugänge an Patienten im Jahre 1966		********
3.3.1.1.	davon in der 2. und 1. Klasse		•••••
3.3.2.	Zahl der Abgänge an Patienten im Jahre 1966 einschließlich der Todesfälle		
3.3.2.1.	davon in der 2. und 1. Klasse		
4.	Nebenkosten		
4.1.	Dürfen neben dem Pflegesatz auch Nebenkosten berechnet werden?	ja/nein	
4.1.1.	Höhe eines etwaigen Nebenkostenpauschales		
4.1.1.1.	je Pflegetag ¹³) in der allgemeinen (3.) Klasse		DM
4.1.1.2.	in der 2. Klasse		DM
4.1.1.3.	in der 1. Klasse		DM
4.2.	Dürfen Nebenkosten einzeln berechnet werden?	ja/nein	
4.2.1.	Höhe des Erlöses der einzeln berechnungsfähigen Nebenkosten		
4.2.1.1.	je Pflegetag in der allgemeinen (3.) Klasse		DM
4.2.1.2.	in der 2. Klasse		DM
4.2.1.3.	in der 1. Klasse		DM
4.3.	Besteht bei Selbstzahlern in der 3. Klasse ein Liquidationsrecht des Chefarztes?	ja/nein	

5. Selbstkosten im Geschäftsjahr 1966 14)

	Kostenarten	Buchhalterischer Aufwand ohne Sonderbetriebe	Berichtigungen soweit nicht unter 5.6. berücksichtigt	Bereinigte Kosten im Sinne der Bundespflegesatz- verordnung	DM je Pflegetag		
		DM ohne Pfennig					
	1	<u> 2</u>	3	4	5		
5.1.	Personalkosten 15)						
5.1.1.	Ärztlicher Dienst				••••••		
5.1.2.	Pflegedienst				•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••		
5.1.3.	Medtechn. Dienst						
5.1.4.	Klinisches Hauspersonal						
5.1.5.	Wirtschaftsdienst						
5.1.6.	Instandhaltungsdienst						
5.1.7.	Verwaltungsdienst						
5.1.8.	Sonderdienste						
	Summe 5.1.				<u></u>		
5.2.	Sachkosten ¹⁶)						
5.2.1.	Lebensmittel						
5.2.2.	Medizinischer Bedarf						
5.2.3.	Wasser, Energie, Brennstoffe			***************************************			
5.2.4.	Wirtschaftsbedarf				•••••		
5.2.5.	Verwaltungsbedarf				•••••		
5.2.6.	Miete und Pacht						
5.2.7.	Steuern, Abgaben, Versicherungen				•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••		
5.2.8.	Lauf, Instandhaltung, kurzlebiger Ersatz*)						
5.2.9.	Abschreibung ')				•••••		
5.2.10.	Sonderabschreibung *)						
5.2.11.	Anpassungsrückstellungen						
5.2.12.	Sonstiges			<u></u>			
	Summe 5.2.						
5.3.	Zinsen für Fremdkapital						
5.4.	Kostenänderungen		•••••	***************************************			
5.5. B	rutto-Gesamtkosten (5.1. bis 5.4.)						

^{*)} Nach den jeweiligen Landesregelungen im Jahre 1966

5.6. Kostenabzüge

	Kostenarten	Buchhalterischer Aufwand ohne Sonderbetriebe	Berichtigungen soweit nicht unter 5.1. bis 5.5. berücksichtigt	Bereinigte Kosten im Sinne der Bundespflegesatz- verordnung	DM je Pflegetag	
				ne Pfennig		
	1	2	3	4	5	
5.6.1.	Wissenschaftliche Forschung und Lehre (§ 6,2 Ziff. 2)					
5.6.2.	Aufwendungen, die nicht unmittelbar der Krankenversorgung dienen (§ 6,2 Ziff. 4)	<u></u>		<u></u>		
5.6.3.	Summe der Kostenabzüge (5.6.1 $+$ 5.6.2.)					
5.7.	Brutto-Gesamtkosten (Ziff. 5.5)				***************************************	
	davon ab					
5.8.	Kostenabzüge (Ziff. 5.6.3)					
5.9.	Netto-Gesamtkosten					
6.	Erlöse im Geschäftsjahr 1966 ¹⁷)					
6.1.1.	Sachbezüge des Personals (freie Station)		I	DM .		
	Rückvergütungen und Erstattungen ¹⁸)					
6.1.2.	Miete und Pacht					
6.1.3.	•					
6.1.4.	Hilfsbetriebe					
6.1.5.	Sonstige Erlöse					
6.1.6.	Summe der Erlöse zu Ziff. 6.1.1. bis 6.1.5				DM	
6.2.	Ambulanz (100 %)				DM	
6.3.1.	Erlöse aus Pflegesätzen der allgemeinen Pflegeklasse	(3.) 19)	I	DM		
6.3.2.	Erlöse aus Nebenleistungen in der allgem (3.) Pflegeklasse einschließlich Infektions- und Zuschlägen	d Tbc-	I	DΜ		
6.3.3.	Erlöse aus Pflegesätzen der 1. und 2. Pflegekl	asse	I	OM		
6.3.4.	Erlöse aus Nebenleistungen in der 1. und 2. Iklasse	Pflege-	I	DM		
6.3.5.	Summe der Erlöse aus Pflegesätzen und Nebe	nleistungen (Zif	f. 6.3.1. bis 6.3.4.)		DM	
6.4.1.	Erlöse aus Abgaben ²⁰) der liquidationsberech 3. Pflegeklasse	tigten Ärzte un	d Belegärzte in	der	DM	
6.4.2.	dto. in der 1. und 2. Pflegeklasse				DM	
6.5.	Summe der Erlöse insgesamt (Ziff. 6.1.6. $+$ 6	5.2. + 6.3.5. + 6	6.4.1. + 6.4.2.) .		DM	

6.6.	Herkömmlicher Betriebszuschuß 21) im Sinne von § 6 Abs. 1 VOPR 7/54			
6.6.1.	tatsächlicher Betriebszuschuß			
	im Jahre 1961DM			
	1962DM			
	1963 DM			
	1964 DM			
	1965DM nachrichtlich: im Jahre 1966		DM	
6.6.2.	Summe 61/65			
6.6.3.	zu berücksichtigender Betriebszuschuß (Ziff. 6.6.2.:5)		DM	
7.	Geschäftsergebnis			
7.1.1.	Summe der Erlöse (Ziff. 6.5)	DM		
	davon ab			
7.1.2.	Netto-Gesamtkosten (Ziff. 5.9.)		DM	
7 .1.3.	Unterdeckung (—) / Uberdeckung (+) vor Abzug des herkömmlichen Betriebszuschusses		DM	
	davon ab			
7.2.1.	herkömmlicher Betriebszuschuß (Ziff. 6.6.3.)		DM	
7.2.2.	Unterdeckung (—) / Uberdeckung (+) nach Abzug des herkömmlichen Betriebszuschusses		DM	
8.	Grundlagen für die Ermittlung der kalkulatorischen Kosten	31. 12. 65	31. 12. 66	
8.1.	Absetzung für Abnutzung (AfA)			
8.1.1.	Welcher Bettenwert ²²) liegt der AfA zugrunde?			
8.1.2.	Durchschnittlicher AfA-Satz in v. H. des Bettenwertes			
8.1.3.	Absoluter Betrag je Bett und Jahr (ggf. der Betrag der bilanziellen AfA)			
8.1.4.	Gesamtabrechnung je Jahr (Ziff. 8.1.3. $ imes$ 2.1.2.)			
8.2.	Laufende Instandhaltung, kurzlebiger Ersatz			
8.2.1.	Welcher v. HSatz ²³) des Bettenwertes liegt zugrunde?			
8.2.2.	Absoluter Betrag je Bett und Jahr			
8.2.3.	Gesamtbetrag (auch wenn nicht mit Pauschalbeträgen gerechnet wurde) je Jahr (bei Pauschalbeträgen Ziff. 8.2.2. \times Ziff. 2.1.2.)			
			l	

	Deuts	scher Bun	destag —	- 5. Wahl	periode		Drucksac	he V/4230			
8.3.	Anpassungsrückstellung						31. 12. 65	31. 12. 66			
8.3.1.	Welcher v. HSatz des Bettenwer	tes liegt :	zugrunde?								
8.3.2.	Absoluter Betrag je Bett und Ja	hr				· · · · · · · · <u>-</u>	······				
8.3.3.	Gesamtbetrag je Jahr (bei Pausch	Gesamtbetrag je Jahr (bei Pauschalbeiträgen Ziff. 8.3.2. $ imes$ Ziff. 2.1.2.)									
9.	Der Anstalt seit dem 1. 1. 1950 gev	vährte Fin	anzierung	shilfen ²⁴)							
9.1.	Zuschüsse	• • • • • • • •						DM			
9.2.	Darlehen							DM			
9.3.	Zins- und Tilgungszuschüsse							DM			
9.4.	Nachrichtlich: Eigenmittel	am 31. 12.	. 1966					DM			
10.	Errechnung der Kosten der 1. und Pflegeklasse	Pflege-	Umrechn	Ver- gleichs-		sten leichstag		ler 1. und			
		tage	Faktor	tage	Pf	DM	2. Pfle	geklasse			
10.1.1.	2. Klasse Erwachsene							er Vergleichs- je Vergleichs-			
10.1.2.	2. Klasse Kinder							DM			
10.1.3.	1. Klasse Erwachsene						=	DM			
10.1.4.	1. Klasse Kinder										
10.1.5.	gesunde Neugeborene	()*)									
10.2	Gesamt-Selbstzahler			<u></u>							
10.3.	Gesamt 3. Klasse										
10.4.	Summe 1., 2., 3. Klasse										

^{*)} Die eingeklammerten Pflegetage werden in der Gesamtspalte nicht mit addiert

11.	Basiskosten für die Pflegesatzbe 3. Pflegeklasse	rechnung u	ınd Verore	inungssel	bstkosten	für die			
11.1.	Netto-Gesamtkosten (Ziff. 5.9.) .						DM		
11.1.1.	Erlösabzüge (Ziff. 6.1.6.)					DM			
11.1.2.	Herkömmlich geleistete Betriebsz	uschüsse (Z	Ziff. 6.6.3.)	***************************************		DM			
11.1.3.	Ambulanz ²⁵)	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		***************************************		DM			
11.1.4.	Abzug für Minderbelegung lt. So	nderrechnu	ng			DM			
11.2.	Abzüge insgesamt (Summe Ziff.	11.1.1. bis 1	11.1.4.)				DM		
11.3.	Basiskosten für die Pflegesatzber		DM						
	davon ab								
11.4.	Kosten der 1. und 2. Pflegeklasse	e (Ziff. 10 1	etzte Spal	te)			DM		
11.5.	Verordnungsselbstkosten insgesa DM)	amt (= pro	Vergleich	stag in d	er 3. Pfleg	eklasse	DN		
	davon ab								
11.6.	Erlöse aus Nebenleistungen 3. K	lasse (Ziff.	6.3.2.)				DM		
11.7.	Verordnungsselbstkosten netto	•••••		•••••			DM		
12.	Aufteilung von 11.7.								
	Pflegeklasse	Berech- nungstage	Umrechn Faktor	Ver- gleichs- tage	Pflegesatz bei Faktor 1	Auf- teilung DM	Tatsächlicher Pflegesatz DM		
12.1.1.	3. Kl. Erwachsene Sozialvers.								
12.1.2.	3. Kl. Erwachsene Selbstzahler								
12.1.3.	3. Kl. Kinder Sozialvers.								
12.1.4.	3. Kl. Kinder Selbstzahler								
12.1.5.	gesunde Neugeborene	()*)		<u></u>	<u></u>				
12.2.	Gesamt 3. Pflegeklasse	<u></u>		<u></u>					
*) Die eine	geklammerten Pflegetage werden in der Go	esamtspalte n		ert.		Fü	r die Richtigkeit:		

13. Tabellarische Übersicht der Finanzierungshilfen, gegliedert nach Verwendungszweck, Geldgeber, Jahr und Finanzierungsweise*)

	Verwendungszweck und Geldgeber	Jahr	Zuschüsse DM	Darlehens- summe DM	Darlehen Tilgung %	Zinssatz %	Zins- zuschüsse DM	Tilgungs- zuschüsse DM	Aussetzung der Tilgung DM / Zeitraum
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I.	Grundstückskosten								
1.	Land								
2.	Gemeinde oder Gemeindeverband .								
3.	sonst, öffentlrechtl. Geldgeber								
	(wer?)								
4.	sonst. Geldgeber (wer?)								

^{*)} Ist eine Aufgliederung nach Verwendungszweck nicht möglich, so sind die Finanzierungshilfen nach Jahr der Hergabe und Geldgeber gegliedert unter III. einzutragen. Die Überschrift "Einrichtungskosten" ist dann zu streichen.

Drucksache V/4230

		Verwendungszweck und Geldgeber	Jahr 2	Zuschüsse DM	Darlehens- summe DM	Darlehen Tilgung //	Zinssatz	Zins- zuschüsse DM	Tilgungs- zuschüsse DM	Aussetzung der Tilgung DM / Zeitraum	Drucksache V/4230
_	II.	Gebäudekosten									V/42
	1.	Land									30
	2.	Gemeinde oder Gemeindeverband .									Deutsche
(10)	3.	sonst. öffentlrechtl. Geldgeber (wer?)									r Bundestag —
	4.	sonst. Geldgeber (wer?)									Deutscher Bundestag — 5. Wahlperiode
		\									

		Verwendungszweck und Geldgeber	Jahr	Zuschüsse DM	Darlehens- summe DM	Darlehen Tilgung %	Zinssatz %	Zins- zuschüsse • DM	Tilgungs- zuschüsse DM	Aussetzung der Tilgung DM / Zeitraum
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
	III.	Einrichtungskosten								
	1.	Land		·						
	2.	Gemeinde oder Gemeindeverband .								
(11)	3.	sonst. öffentlrechtl. Geldgeber (wer?)								
	4.	sonst. Geldgeber (wer?)								
		·								
o O										

Deutscher Bundestag — 5. Wahlperiode

Erläuterungen zum Fragebogen zur Untersuchung der finanziellen Lage der Krankenanstalten

1) Die Erhebung erstreckt sich auf sämtliche der geschlossenen Krankenfürsorge (Anstaltsbehandlung) dienenden Krankenanstalten jeder Größe, die während des Kalenderjahres 1966 in Betrieb waren.

Krankenanstalten im Sinne dieser Erhebung sind:

- a) Anstalten, in denen Kranke untergebracht sind, verpflegt werden und in denen durch ständige ärztliche Hilfeleistung erstrebt wird, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern.
- b) Entbindungsanstalten/-heime mit mindestens 10 Betten.
- In die Erhebung nicht einzubeziehen sind:
- a) Anstalten, in denen nur eine ärztliche Überwachung ohne regelmäßige ärztliche Behandlung stattfindet (z. B. Anstalten zur Unterbringung Gesunder, Erholungsbedürftiger, Gebrechlicher, tuberkulosegefährdeter Kinder, ferner Anstalten, die vorwiegend der Erziehungs- oder Wirtschaftsfürsorge dienen wie Waisenhäuser, Mütter- und Wöchnerinnenheime ohne Einbindungseinrichtungen, Entbindungseinrichtungen, Entbindungsheime unter der Betreuung von Hebammen ohne regelmäßige ärztliche Behandlung, Asyle, Altersheime, die erwerbsunfähigen alten Personen ohne wesentliche Krankheitserscheinungen dauernd Obdach und Verpflegung geben.
- b) Sanatorien usw. der Sozialversicherungsträger.
- 2) Krankenanstalten mit mehreren Trägern rechnen zu der Gruppe, die überwiegend beteiligt ist oder überwiegend die Geldlasten trägt. In Zweifelsfällen kann die Mitgliedschaft bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege oder bei einem Gemeindeversicherungsverband einen Anhaltspunkt für die Zugehörigkeit zu der einen oder anderen Gruppe geben.
- 3) Offentlich-rechtliche Krankenanstalten im Sinne der Erhebung sind solche, die von einer Gebietskörperschaft (z. B. Bund, Land, Kreis, Gemeinde), von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften (Arbeitsgemeinschaften, Zweckverbänden) betrieben werden. Ferner rechnen hierzu Krankenanstalten, die von den genannten Trägern durch Hergabe von Geldmitteln überwiegend unterhalten werden.
- 4) Als freigemeinnützig (karitativ) sind die Krankenanstalten zu bezeichnen, die nicht öffentlich-rechtlich oder privat sind.
- 5) Private Krankenanstalten sind Anstalten, die als Erwerbsunternehmen auf Grund von § 30 Reichsgewerbeordnung von einer höheren Verwaltungsbehörde konzessioniert sind.
- 6) Als Beleganstalten (Belegabteilungen) zählen Krankenanstalten (Abteilungen), in denen der Anstaltsträger den aufgenommenen Kranken lediglich Unterbringung, Verpflegung und Pflege gewährt und den sogenannten "Kleinen Pflegesatz" in Rechnung stellt. Die ärztliche Versorgung hingegen wird von den sogenannten "Belegärzten" durchgeführt, die unmittelbar liquidieren. Wird der "Große Pflegesatz" in Rechnung gestellt, ist die Krankenanstalt (Abteilung) unter Ziffer 2.4 Sp. 2 bis 5 zu erfassen.
- 7) Betten gelten als Normalbetten, soweit sie den Richtlinien für den Bau und die Einrichtung von Krankenanstalten oder sonstigen Regelungen des Sitzlandes entsprechen. Betten für Neugeborene bei Anstaltsentbindung fallen nicht unter diesen Begriff.
- 8) Ohne Betten für Neugeborene.
- 9) Die Pflegetage sind nach Mitternachtsbeständen zu ermitteln.
- 10) Ohne die Pflegetage für Neugeborene.
- $\frac{\text{11) Pflegetage (Ziff. 3.1.)} \times \text{100}}{\text{Anzahl der Normalbetten (Ziff. 2.1.2. \times 365)}} = \dots \quad \text{v. H}$

¹²) Pflegetage (Ziff, 3.1.) \times 100

.. v. H.

- Anzahl aller Betten (Ziff. 2.3. \times 365)
- 13) Falls in den einzelnen Abteilungen unterschiedliche Pauschalen erhoben werden, ist das durchschnittliche Pauschale anzugeben.
- 14) Geschäftsjahr = Kalenderjahr bzw. Rechnungsjahr 1966. Als Anhalt für die Beantwortung der Fragengruppe 5 können die Anmerkungen zum Selbstkostenblatt für die Pflegesatzermittlung (veröffentlicht im Kommentar zur Bundespflegesatzverordnung Gehrt/Schöne, W. Kohlhammer Verlag Stuttgart und Köln 1955 S. 74 ff.) dienen.
- 15) Hier dürfen nur der tatsächliche Aufwand oder die tatsächlichen Ausgaben für in der Anstalt angestelltes Personal einschließlich anteiliger Personalkosten zentraler Stellen wie z. B. Stadtkämmerer, Rechnungsprüfungsamt usw. eingesetzt werden. Der Ansatz von fiktiven Personalkosten (für unbesetzte Stellen, kalkulatorische Personalkosten für Ordensschwestern und Diakonissen u. a.) ist nicht zulässig.

Es sind die Bruttogehälter einschließlich des Wertes der freien Station einzusetzen.

Wenn der Instandhaltung und dem kurzlebigen Ersatz Normalbeträge auf der Grundlage von normierten Bettenwerten zugrunde liegen, müssen von den Gesamtpersonalkosten die effektiven Personalkosten für den Instandhaltungsdienst abgesetzt werden.

Wenn landwirtschaftliche Erzeugnisse (z.B. Gemüse, Obst, Fleisch) unter den Lebensmittelsachkosten kalkulatorisch zu Tagespreisen bewertet worden sind, müssen von den Gesamtpersonalkosten die effektiven Personalkosten für die landwirtschaftlichen Arbeitskräfte abgesetzt werden.

- 16) Interne Verrechnungskosten anderer Dienststellen (z. B. anteilige Verwaltungskosten für die Stadtkämmerei, das Rechnungsprüfungsamt usw.) dürfen nur angesetzt werden, soweit die Beträge auch an diese Dienststellen abgeführt werden.
- ¹⁷) Geschäftsjahr = Kalenderjahr bzw. Rechnungsjahr 1966.
- 18) Hier sind die Erlöse aus Abgaben der liquidationsberechtigten Ärzte und Belegärzte in der 3. Pflegeklasse nicht zu erfassen (s. Erläuterungen unter Nr. 20).
- 19) Soweit eine getrennte Angabe der Erlöse nach Pflegeklassen und sonstigen Erlösen nicht möglich ist, sind die Gesamterlöse anzugeben.
- 20) Wird eine solche Abgabe für die Benutzung der Betten und der Ambulanz nicht oder in unzureichender Höhe gefordert, sind dem Runderlaß des früheren Reichsministers des Innern vom 29. Juli 1938 (RMBliV Sp. 1277) entsprechend 20 v. H. der betreffenden Honorare als Erlös auszuweisen.
- 21) Der Zuschuß mit einem entsprechenden Hinweis ist auch dann anzusetzen, wenn die Rechtsform der Anstalt geändert wurde.
- 22) Hier ist der durch die Landespflegesatzverordnung vorgeschriebene Wert (z. B. normierter Bettenwert, Anschaffungswert einzusetzen.
- 23) Wenn nicht mit Pauschalbeträgen gerechnet wurde, ist unter den Ziffern 8.2.1 und 8.2.2 kein Betrag einzusetzen.
- 24) Hierunter sind nur die Gesamtbeträge aus den Spalten 3, 4, 7 und 8 der tabellarischen Übersicht unter Ziffer 13 einzutragen. Die Aufgliederung ist in der Übersicht vorzunehmen.
- 25) Hier ist der Betrag einzusetzen, der der Landesregelung entspricht.