

Vorblatt

Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Gesetzentwurf der Bundesregierung)

A. Problem

Die gegenwärtig gezahlten Pflegesätze decken nicht die Selbstkosten sparsam wirtschaftender Krankenhäuser. Durch laufende jährliche Defizite in einer Größenordnung von nahezu einer Milliarde DM können die notwendigen Modernisierungen und Ersatzbauten von Krankenhäusern in dem für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen erforderlichen Umfang nicht mehr vorgenommen werden. Eine volle Kostendeckung über die Pflegesätze erscheint aus sozialpolitischen Gründen nicht vertretbar.

B. Lösung

Der Entwurf geht davon aus, daß die Finanzierung der Bereitstellung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe ist. Die Investitionskosten sollen deshalb mit öffentlichen Mitteln gefördert werden, während durch teilkostendeckende Pflegesätze die Benutzungskosten gedeckt werden sollen. Zu den Aufwendungen der Länder soll der Bund für einen Teil der geförderten Investitionen Finanzhilfen nach Artikel 104 a Abs. 4 des Grundgesetzes gewähren.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Die Aufwendungen der Länder werden bei Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Juli 1971 für 1971 auf rund 1,1 Milliarden DM für 1972 auf 2,19, für 1973 auf 2,2 und für 1974 auf 2,22 Milliarden DM geschätzt. Für Finanzhilfen in Höhe von 300 Millionen DM für 1971, 636 Millionen DM für 1972, 656 Millionen DM für 1973 und 675 Millionen DM für 1974 sind im Finanzplan des Bundes für die Jahre 1970 bis 1974 eingestellt: für 1971 9 Millionen DM, für 1972 55 Millionen DM, für 1973 120 Millionen DM und für 1974 186 Millionen DM.

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
I/4 (III/2) — 23300 — Kr 2/71

Bonn, den 25. Februar 1971

An den Herrn
Präsidenten des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes
zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze — KHG —

mit Begründung (Anlage 1). Ich bitte, die Beschlußfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit.

Der Bundesrat hat in seiner 361. Sitzung am 29. Januar 1971 gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus der Anlage 2 ersichtlich Stellung zu nehmen. Im übrigen erhebt der Bundesrat gegen den Gesetzentwurf keine Einwendungen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der Gegenäußerung (Anlage 3) dargelegt.

Brandt

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes
zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur
Regelung der Krankenhauspflegesätze — KHG —

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

1. ABSCHNITT

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Grundsatz

Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

§ 2

Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Krankenhäuser

Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können,

2. Investitionskosten

- a) die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter,
- b) die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter);

zu den Investitionskosten gehören nicht die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs und ihrer Finanzierung,

3. für die Zwecke dieses Gesetzes den Investitionskosten gleichstehende Kosten

- a) die Entgelte für die Nutzung der in Nummer 2 bezeichneten Anlagegüter,
- b) die Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten,
- c) die Zinsen, die Tilgung und die Verwaltungskosten von Darlehen, soweit sie zur Finanzierung der in Nummer 2 sowie in Buchstaben a und b bezeichneten Kosten aufgewandt worden sind,

- d) die in Nummer 2 sowie in Buchstaben a bis c bezeichneten Kosten, soweit sie gemeinschaftliche Einrichtungen der Krankenhäuser betreffen,

4. Pflegesätze

die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen im Krankenhaus.

§ 3

Anwendungsbereich

Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf

1. Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist,
2. Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug,
3. Polizeikrankenhäuser,
4. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter oder Angestellten.

2. ABSCHNITT

Förderung der Krankenhäuser

§ 4

Förderungsgrundsätze

(1) Die Krankenhäuser werden nach Maßgabe dieses Gesetzes durch Übernahme von Investitionskosten öffentlich gefördert. Dabei müssen die Förderung nach diesem Gesetz und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses decken.

(2) Anlauf- und Umstellungskosten sind in die Förderung einzubeziehen, wenn ohne ihre Übernahme die Aufnahme oder Fortführung des Betriebs gefährdet wäre. Unter den in Satz 1 bezeichneten Voraussetzungen können die Kosten des Erwerbs von Grundstücken oder ihrer Finanzierung sowie die Miete und Pacht von Grundstücken in die Förderung einbezogen werden.

(3) Nach diesem Gesetz werden nicht gefördert

1. Krankenhäuser, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz vom 1. September 1969 (Bundesgesetzbl. I S. 1556) in der Fassung des Gesetzes zur Änderung des Hochschulbauförderungsgesetzes vom 3. September 1970 (Bundesgesetzbl. I S. 1301) gefördert werden,
2. Krankenhäuser, die die Voraussetzungen der Gemeinnützigkeitsverordnung vom 24. Dezember 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1592) nicht er-

füllen; ein Krankenhaus kann jedoch gefördert werden, wenn die Gemeinnützigkeitsverordnung nur deshalb nicht anwendbar ist, weil es keine Körperschaft ist,

3. Einrichtungen in Krankenhäusern,
 - a) soweit die Voraussetzungen nach § 2 Nr. 1 nicht vorliegen, insbesondere Einrichtungen für Personen, die als Pflegefälle gelten,
 - b) für Personen, die im Maßregelvollzug auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind,
4. Tuberkulosekrankenhäuser,
5. Krankenhäuser, deren Träger ein nicht bereits in § 3 Nr. 4 genannter Sozialleistungsträger ist, soweit sie nicht nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
6. Versorgungskrankenhäuser,
7. Kurkrankenhäuser, soweit die Anwendung dieses Gesetzes nicht bereits nach § 3 Nr. 4 ausgeschlossen ist,
8. die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, insbesondere Ausbildungsstätten, Personalwohnungen und Personalwohnheime,
9. Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften vorgehalten oder unterhalten werden, sowie Einrichtungen, für die auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften eine Verpflichtung zur öffentlichen Förderung besteht,
10. Einrichtungen, soweit sie durch die besonderen Bedürfnisse des Zivilschutzes bedingt sind.

(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, daß die Förderung nach diesem Gesetz auch den in Absatz 3 Nr. 2 bis 8 bezeichneten Krankenhäusern und Einrichtungen gewährt wird, soweit dies zur Erreichung des in § 1 bezeichneten Zweckes notwendig ist.

(5) Die sonstige öffentliche Förderung von Krankenhäusern bleibt unberührt, insbesondere Förderungsmaßnahmen zur Senkung unzumutbarer Belastungen der Krankenhausbenutzer durch die Pflegesätze.

§ 5

Art der Förderung

Zur Förderung nach § 4 Abs. 1 werden den Krankenhäusern Zuschüsse gewährt. An Stelle von Zuschüssen kann der Schuldendienst (Verzinsung, Tilgung und Verwaltungskosten) von Darlehen gewährt werden, die für Investitionskosten aufgenommen worden sind.

§ 6

Krankenhausbedarfsplanung

(1) Die Länder stellen Krankenhausbedarfspläne sowie für den Zeitraum der mehrjährigen Finanz-

planung des Bundes auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne Programme zur Durchführung des Krankenhausbaus und deren Finanzierung auf. In den Programmen ist der voraussichtliche Bedarf an Finanzierungsmitteln für die Errichtung von Krankenhäusern und die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter anzugeben. Die mehrjährigen Programme sind jährlich der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten. Bis zum 1. Oktober eines jeden Jahres wird von den Ländern für das darauffolgende Kalenderjahr ein Krankenhausbauprogramm (Jahreskrankenhausbauprogramm) aufgestellt. Ferner ist der Bedarf an Finanzierungsmitteln für die Wiederbeschaffung von mittel- und kurzfristigen Anlagegütern und für Instandhaltung und Instandsetzung (§ 10) anzugeben.

(2) Vor der endgültigen Aufstellung der mehrjährigen Programme berät der Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser darüber, wie die Krankenhausbedarfspläne und die Programme zu ihrer Durchführung so aufeinander abgestimmt werden können, daß für das Gebiet der Bundesrepublik ein Gesamtprogramm entsteht, welches dem in § 1 bezeichneten Zweck dieses Gesetzes entspricht, sowie die vorgeschlagenen Maßnahmen und ihre Finanzierung. Entsprechendes gilt für die Anpassung und Fortführung der Programme.

§ 7

Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

(1) Beim Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird ein Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gebildet, dem die beteiligten Bundesressorts und die zuständigen obersten Landesbehörden angehören. Der Ausschuß hat die durch einzelne Beratungsgegenstände Betroffenen zu beteiligen. Den Vorsitz führt der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit.

(2) Dem Ausschuß obliegen neben der Beratung und Koordinierung in allen Angelegenheiten, die der Förderung des in § 1 genannten Zwecks dienen, insbesondere die sich aus § 6 Abs. 2 und § 22 Abs. 2 ergebenden Aufgaben sowie die Abstimmung der allgemeinen Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser. Er kann weiter alle Fragen beraten, die sich im Zusammenhang mit der Pflegesatzregelung nach §§ 16 bis 19 und aus der Durchführung des Gesetzes ergeben, insbesondere auch mit dem Ziel, die Durchführung des Gesetzes zwischen Bund und Ländern abzustimmen.

(3) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit erläßt die Geschäftsordnung des Ausschusses und führt die Geschäfte.

(4) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit bildet durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen Beirat, der dem

Ausschuß nach Absatz 1 für Fragen im Zusammenhang mit den allgemeinen Grundsätzen für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser und mit der Pflegesatzregelung zur Seite steht. Dem Beirat gehören fünf Vertreter der Krankenhausträger, fünf Vertreter der Sozialleistungsträger und zwei Vertreter der Ärzteschaft an. In der Rechtsverordnung kann das Nähere über das Verfahren des Beirats geregelt und vorgesehen werden, daß der Beirat Sachverständige, insbesondere aus den Krankenhausberufen, zu beteiligen hat.

§ 8

Voraussetzungen der Förderung

(1) Krankenhäuser werden nach diesem Gesetz nur gefördert, soweit und solange sie in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes (§ 6) aufgenommen sind und wenn die zuständige Landesbehörde ihre Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan und im Falle der Förderung nach § 9 die Aufnahme in das Jahreskrankenhausbauprogramm festgestellt hat. Krankenhäuser mit weniger als 100 planmäßigen Betten werden nach § 9 nur gefördert, wenn sie in die Krankenhausbedarfsplanung ausdrücklich als zur Versorgung der Bevölkerung auf Dauer erforderlich aufgenommen worden sind. Die Feststellung nach Satz 1 kann mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausbedarfsplanung des Landes erforderlich ist.

(2) Anderen Krankenhäusern kann die Förderung nach den §§ 10 bis 12 zur Vermeidung von Härten in dem hierdurch gebotenen Umfang für eine begrenzte Übergangszeit, jedoch nicht über einen Zeitraum von zehn Jahren, gewährt werden, wenn damit die Umstellung auf andere Aufgaben erleichtert wird.

§ 9

Förderung der Errichtung von Krankenhäusern und des Ergänzungsbedarfs

(1) Für Krankenhäuser, die nach Inkrafttreten dieses Gesetzes errichtet werden, sind auf Antrag Fördermittel in Höhe der im Zusammenhang mit der Errichtung entstehenden und nachzuweisenden förderungsfähigen Investitionskosten zu bewilligen, wenn die in § 8 Abs. 1 bezeichneten Voraussetzungen und die für die Förderung mit Landesmitteln geltenden Voraussetzungen vorliegen und die gesamte Finanzierung entsprechend den Grundsätzen der Landesförderung gesichert ist. Es sind nur die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigten Kosten zu berücksichtigen.

(2) Absatz 1 gilt für Krankenhäuser, die teilweise nach Inkrafttreten des Gesetzes errichtet werden, nur hinsichtlich der nach diesem Zeitpunkt entstandenen Investitionskosten nach Maßgabe der Feststellung im Jahreskrankenhausbauprogramm.

(3) Absatz 1 gilt entsprechend für die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese über die übliche

Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht. Dies gilt auch für Krankenhäuser, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes errichtet worden sind, soweit die Kosten dieser Ergänzung nach Maßgabe der Feststellung im Jahreskrankenhausbauprogramm erst nach diesem Zeitpunkt entstanden sind.

§ 10

Förderung der Wiederbeschaffung von Anlagegütern und der Instandhaltung und Instandsetzung

(1) Für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern, deren Nutzung sich erfahrungsgemäß auf einen Zeitraum von mehr als drei Jahren und bis zu fünfzehn Jahren erstreckt (kurzfristige Anlagegüter), werden auf Antrag Fördermittel als pauschale jährliche Abgeltung in Höhe von 2,8 vom Hundert des Bettenwertes bewilligt.

(2) Für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern, deren Nutzung sich erfahrungsgemäß auf einen Zeitraum von mehr als fünfzehn Jahren und weniger als dreißig Jahren erstreckt (mittelfristige Anlagegüter), werden auf Antrag Fördermittel als pauschale jährliche Abgeltung in Höhe von 1,3 vom Hundert des Bettenwertes bewilligt. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß die sich aus Satz 1 ergebenden Fördermittel an Stelle einer Pauschale im Einzelantragsverfahren bewilligt werden, soweit dies der Anpassung an den Zeitpunkt der tatsächlichen Wiederbeschaffung dient; dabei kann vorgesehen werden, daß die auf den wiederbeschafften Gegenstand entfallenden Fördermittel bereits vor dem nach Satz 1 maßgebenden Zeitraum bewilligt werden.

(3) Für Instandhaltung und Instandsetzung von Anlagegütern werden auf Antrag Fördermittel als pauschale jährliche Abgeltung in Höhe von 1,23 vom Hundert des Bettenwertes bewilligt.

(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die in den Absätzen 1 bis 3 bezeichneten Vomhundertsätze zu ändern, soweit dies zur Anpassung an eine wesentliche Änderung des Verhältnisses der langfristigen, mittelfristigen und kurzfristigen Anlagegüter zueinander oder an eine wesentliche Änderung ihrer Nutzungsdauer erforderlich ist.

(5) Zur Anpassung an den tatsächlichen Bedarf können die sich aus den Absätzen 1 und 3 ergebenden Beträge in kürzeren, nach Absatz 2 pauschal gewährte Beträge auch in längeren als jährlichen Zeiträumen ausgezahlt werden.

(6) Bettenwert im Sinne der Absätze 1 bis 3 ist der Wiederbeschaffungswert aller nach diesem Gesetz förderungsfähigen kurzfristigen und mittelfristigen Anlagegüter des Krankenhauses, bezogen auf das Krankenhausplanbett im Zeitpunkt der Bewilligung unter Berücksichtigung der für die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung notwendigen Aufwendungen. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechts-

verordnung den Bettenwert für Gruppen gleichartiger Krankenhäuser zu pauschalieren.

§ 11

Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) An Stelle der Förderung der Anschaffung von Anlagegütern nach § 9 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung solcher Anlagegüter bewilligt werden, wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist und die für die Bewilligung zuständige Behörde vor Abschluß der Nutzungsvereinbarung ihr Einverständnis erklärt hat. Die Erklärung kann auch allgemein im voraus für die Nutzung bestimmter Güter abgegeben werden. Das Einverständnis kann auch nachträglich erklärt werden, wenn die Verweigerung eine erhebliche Härte darstellen würde und wirtschaftliche Nachteile nicht zu erwarten sind.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die nach § 10 gewährten Fördermittel, soweit von der Ermächtigung nach § 10 Abs. 2 Satz 2 Gebrauch gemacht worden ist, oder der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck wesentlich beeinträchtigt werden kann. Im übrigen ist die Verwendung dieser Fördermittel zu dem in Absatz 1 Satz 1 bezeichneten Zweck zulässig, soweit er einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht.

§ 12

Förderung bei Aufnahme von Darlehen

(1) Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern, die nach § 10 mit öffentlichen Mitteln gefördert werden, Darlehen auf dem Kapitalmarkt vor Inkrafttreten dieses Gesetzes aufgenommen worden, so werden auf Antrag in Höhe der sich hieraus ergebenden Lasten Fördermittel bewilligt; für nach dem 1. Januar 1970 aufgenommene Darlehen jedoch nur, soweit ein unabweisbarer Bedarf nachgewiesen wird. Satz 1 gilt entsprechend für Darlehen der Länder und Gemeinden (Gemeindeverbände), soweit diese nicht nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in Zuschüsse umgewandelt werden.

(2) Absatz 1 gilt nicht für Darlehen, die zur Ablösung von Eigenkapital des Krankenhausträgers nach dem 1. Januar 1970 aufgenommen wurden. Fördermittel werden nicht gewährt für erhöhte Lasten aus einer Umschuldung, es sei denn, daß diese aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unvermeidbar war.

(3) Krankenhäuser, die Fördermittel nach Absatz 1 in Anspruch nehmen wollen, sind zur Auskunft über alle Tatsachen verpflichtet, deren Kenntnis zur Feststellung der Voraussetzungen nach Absatz 1 oder 2 notwendig ist. Werden die Auskünfte nicht, nicht vollständig, nicht fristgemäß oder unrichtig gegeben, so können die Fördermittel versagt oder zurückgefordert werden.

§ 13

Ausgleich für Eigenmittel

(1) Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschaffte, der Abnutzung unterliegende Anlagegüter vorhanden, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so ist dem Krankenhausträger bei Beendigung der Förderung, spätestens mit Ablauf der Nutzungsdauer der langfristigen Anlagegüter, auf Antrag ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung aus Fördermitteln zu gewähren. Eigenmittel im Sinne des Satzes 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers. Sind für die Wiederbeschaffung des Anlagegutes Fördermittel nach § 10 bewilligt worden, entfällt der Ausgleichsanspruch, soweit zu dem nach Satz 1 für diesen Anspruch maßgebenden Zeitpunkt die Mittel oder ihr Gegenwert noch im Vermögen des Krankenhausträgers vorhanden sind.

(2) Für die Berechnung des Ausgleichsanspruchs sind der Wert des Anlagegutes bei Beginn der Förderung und die restliche Nutzungsdauer während der Zeit der Förderung zugrunde zu legen.

(3) Ein Ausgleich nach Absatz 1 wird nicht gewährt für Krankenhäuser, die auf Grund des § 8 Abs. 2 gefördert werden sowie für Einrichtungen oder Anlagegüter, die nach diesem Gesetz nicht öffentlich gefördert werden können.

§ 14

Bedingungen und Auflagen bei der Bewilligung der Fördermittel

Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Bedingungen oder Auflagen nur verbunden werden, soweit sie für die Einhaltung der Ziele des Krankenhausbedarfsplanes erforderlich sind.

§ 15

Sicherung der Zweckbindung

(1) Bei der Bewilligung ist sicherzustellen, daß die nach den §§ 9 bis 12 gewährten Fördermittel nicht für Zwecke außerhalb des geförderten Krankenhauses verwendet werden.

(2) Die Fördermittel sind zurückzuerstatten, wenn das Krankenhaus seine Aufgabe nach dem Krankenhausbedarfsplan nicht mehr erfüllt. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder beschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer der jeweils geförderten Anlagegüter. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Krankenhausanlage, wenn dem Krankenhaus aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung seiner Aufgaben unmöglich wird.

3. ABSCHNITT

Vorschriften über Krankenhauspflegesätze

§ 16

Verordnung zur Regelung der Pflegesätze

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Pflegesätze der Krankenhäuser, über Rechnungs- und Buchführungspflichten und das anzuwendende Verfahren nach § 18 zu erlassen. Die Ermächtigung kann durch Rechtsverordnung auf die Landesregierungen übertragen werden; dabei kann bestimmt werden, daß die Landesregierungen die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden weiter übertragen können.

(2) Absatz 1 findet keine Anwendung auf Krankenhäuser, die nach § 4 Abs. 3 Nr. 2, 4 oder 7 nicht gefördert werden.

§ 17

Grundsätze für die Pflegesatzregelung

(1) Die Pflegesätze sind für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. Sie müssen auf der Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses und einer Kosten- und Leistungsrechnung eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und die medizinisch und wirtschaftlich rationelle Versorgung durch die Krankenhäuser sichern.

(2) Im Pflegesatz sind Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über einen normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen, und Kosten für Leistungen, die weder unmittelbar noch mittelbar der stationären Krankenhausversorgung dienen, nicht zu berücksichtigen.

(3) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz gefördert werden, und bei den in § 4 Abs. 3 Nr. 1 bezeichneten Krankenhäusern sind außer den in Absatz 2 genannten Kosten im Pflegesatz nicht zu berücksichtigen

1. Investitionskosten, ausgenommen die Kosten der Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren,
2. Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs oder ihrer Finanzierung,
3. Anlauf- und Umstellungskosten,
4. Kosten der in § 4 Abs. 3 Nr. 8 bis 10 bezeichneten Einrichtungen,
5. Kosten, für die eine öffentliche Förderung im Sinne von § 4 Abs. 5 gewährt wird;

dies gilt bei Krankenhäusern, die teilweise gefördert werden, nur hinsichtlich des geförderten Teils.

(4) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht öffentlich gefördert werden, dürfen von Sozialleistungsträgern keine höheren Pflegesätze geför-

dert werden, als sie von diesen für Leistungen vergleichbarer nach diesem Gesetz geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind. Dies gilt auch für die in § 16 Abs. 2 genannten Krankenhäuser.

§ 18

Festsetzungsverfahren

(1) Die Pflegesätze werden, soweit sie nicht bereits durch eine auf Grund von § 16 Abs. 1 Satz 2 erlassene Verordnung bestimmt sind, von der nach Landesrecht zuständigen Behörde festgesetzt. Soweit Einigungsverhandlungen noch nicht geführt worden sind, fordert sie vor ihrer Entscheidung die betroffenen Krankenhausträger und Sozialleistungsträger auf, eine Einigung über die Pflegesätze herbeizuführen; das Ergebnis ist bei der Festsetzung zu berücksichtigen. Kommt eine Einigung innerhalb von sechs Wochen nach der Anzeige über den Beginn der Einigungsverhandlungen oder der Aufforderung nicht zustande, werden die Pflegesätze nach Anhörung der Beteiligten festgesetzt.

(2) Für Gruppen gleichartiger Krankenhäuser, die nach einheitlichen Gesichtspunkten bewertet werden können, können einheitliche Pflegesätze festgesetzt werden.

§ 19

Übergangsregelung für Pflegesätze

(1) Bis zur Festsetzung neuer Pflegesätze auf Grund dieses Gesetzes gelten die bisherigen Pflegesätze und die ihnen zugrundeliegenden preisrechtlichen Vorschriften mit der Maßgabe weiter, daß mit Beginn der Förderung nach diesem Gesetz die bewilligten Fördermittel in der Höhe abzusetzen sind, in der sie an die Stelle im Pflegesatz berücksichtigter Selbstkosten treten.

(2) Übersteigt der erstmals auf Grund dieses Gesetzes für ein nach diesem Gesetz gefördertes Krankenhaus festgesetzte Pflegesatz den nach dem bisher geltenden Recht maßgebenden Pflegesatz um mehr als 7,5 vom Hundert, so sind die übersteigenden Beträge aus Fördermitteln abzugelten; bei der Berechnung bleiben Kostenänderungen außer Betracht, die auch nach dem bisherigen Recht zu berücksichtigen waren. Ab 1. Januar 1973 ist der in Satz 1 genannte Vomhundertsatz jährlich um 7,5 vom Hundert des nach dem bisher geltenden Recht maßgebenden Pflegesatzes zu erhöhen und der Abgeltungsbetrag entsprechend zu mindern; seine Zahlung endet spätestens am 31. Dezember 1976.

4. ABSCHNITT

Finanzhilfen des Bundes

§ 20

Finanzhilfen für Investitionen in Krankenhäusern

Der Bund gewährt den Ländern Finanzhilfen für Investitionen in Krankenhäusern. Die Finanzhilfen

dürfen nur für Investitionen verwendet werden, die nach diesem Gesetz gefördert werden.

§ 21

Finanzierungsplafond

(1) Der Bund stellt in jedem Haushaltsjahr für Finanzhilfen nach § 20 ein Drittel des Betrages bereit, der die Erhaltung des Bettenbestandes der nach diesem Gesetz geförderten Krankenhäuser mit mehr als 100 planmäßigen Betten ermöglicht; insgesamt ist der Betrag jedoch begrenzt auf die sich aus dem Finanzplan des Bundes ergebenden Beträge. Für die Haushaltsjahre 1971 bis 1974 ergeben sich diese Beträge aus den nach Absatz 4 für ihre Beschaffung vorgesehenen Beträgen. Für die folgenden Jahre erhöhen sich die Beträge entsprechend den jährlichen Steigerungsraten der durchschnittlichen Bettenwerte.

(2) Bei der Berechnung des Betrages nach Absatz 1 sind der durchschnittliche Bettenwert, die durchschnittliche Versorgung mit Krankenhausbetten im Bundesgebiet und die durchschnittliche Nutzungsdauer unter Beachtung der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit zugrunde zu legen. Die sich aus § 12 Abs. 1 Satz 2 ergebenden Lasten sind nicht zu berücksichtigen.

(3) Der Bund kann die Finanzhilfen auch durch die Übernahme des Schuldendienstes für Kapitalmarktmittel beschaffen. Soweit das jeweilige Haushaltsgesetz diese Möglichkeit vorsieht, wird der Bundesminister der Finanzen ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit Kreditinstitute oder sonstige Einrichtungen mit der Beschaffung von Kapitalmarktmitteln zu beauftragen und hierfür Bürgschaften, Garantien oder sonstige Gewährleistungen zuzusagen.

(4) Im Haushaltsjahr 1971 stellt der Bund für die Beschaffung der in Absatz 1 bezeichneten Finanzhilfen 9 Millionen DM, für 1972 55 Millionen DM, für 1973 120 Millionen DM und für 1974 186 Millionen DM bereit.

§ 22

Verteilung der Finanzhilfen

(1) Die Finanzhilfen des Bundes sind in Höhe von 85 vom Hundert den Ländern nach ihrer Einwohnerzahl zuzuweisen.

(2) Die übrigen Finanzhilfen des Bundes sind durch den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit nach Schwerpunkten zur Befriedigung eines überregionalen Bettenbedarfs, zur Berücksichtigung unterschiedlicher gesundheitlicher Verhältnisse, zur Beseitigung einer regionalen Unterversorgung oder zur Durchführung von Rationalisierungs- und von Modellmaßnahmen im Benehmen mit dem Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser zu verteilen.

(3) Innerhalb des Zeitraums vom Inkrafttreten des Gesetzes bis zum 31. Dezember 1974 sowie innerhalb jedes darauf folgenden Zeitraums von drei Jahren dürfen Finanzhilfen nach den Absätzen 1 und 2 einem Land nur bis zu einem Drittel des Betrages gewährt werden, den das Land oder die Gemeinden (Gemeindeverbände) in demselben Zeitraum für Leistungen nach den §§ 9 bis 13 und § 19 Abs. 2 aufgewendet haben; dabei sind Leistungen nach § 12 Abs. 1 Satz 2 nicht zu berücksichtigen. Soweit der Ausgleich nicht innerhalb des jeweiligen Zeitraums möglich oder zweckmäßig ist, ist er in dem auf den Zeitraum folgenden Haushaltsjahr vorzunehmen.

§ 23

Mitteilung über die Verwendung der Finanzhilfen

Über die Durchführung der Programme (§ 6) übermitteln die Länder dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit jährlich eine Übersicht, aus der sich für jedes Vorhaben mit förderungsfähigen Kosten über 5 Millionen DM ergeben: die Gesamtkosten, die förderungsfähigen Kosten und die Summe der aus den Finanzhilfen in dem betreffenden Jahr gezahlten Fördermittel. Für die übrigen Vorhaben soll die Übersicht nur die Zahl der geförderten Vorhaben, die Summe der förderungsfähigen Kosten und der aus den Finanzhilfen in dem betreffenden Jahr gezahlten Fördermittel enthalten.

§ 24

Vereinfachter Verwendungsnachweis

(1) Die Finanzhilfen, die der Bund den Ländern nach diesem Gesetz gewährt, sind Zuwendungen im Sinne der Bundeshaushaltsordnung.

(2) Die Länder weisen dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit jeweils für ein Haushaltsjahr die zweckentsprechende Verwendung der Finanzhilfen nach durch Mitteilung der Zahl der geförderten Vorhaben, der Summe der für diese Vorhaben angefallenen förderungsfähigen Kosten sowie der Summe der aus den Finanzhilfen ausgezahlten Fördermittel.

(3) Ein weitergehender Verwendungsnachweis der Länder entfällt.

§ 25

Förderung der Forschung

Von dem nach § 21 Abs. 1, erster Halbsatz für Finanzhilfen des Bundes bereitgestellten Betrag kann der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit einen Betrag von 0,25 vom Hundert, im Einvernehmen mit den Ländern bis zu 0,50 vom Hundert, zur Erreichung und Unterstützung des in § 1 bezeichneten Zweckes für Forschungszwecke, insbesondere für die Forschung im Bereich des rationalen Krankenhausbaus, der Krankenhausorganisation und der Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebs, in Anspruch nehmen. Die Forschungen sind mit den Forschungsvorhaben der Länder abzustimmen.

5. ABSCHNITT

Ergänzende und Schlußvorschriften

§ 26

Ermächtigung zum Erlaß von Rechtsverordnungen

(1) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, durch die näher bestimmt wird,

1. welche Kosten im Sinne des § 2 Nr. 2 als Kosten der Errichtung von Krankenhäusern anzusehen sind, welche Wirtschaftsgüter zum Krankenhaus gehören und welche Kosten der Instandhaltung oder Instandsetzung zu berücksichtigen sind,
2. unter welchen Voraussetzungen Krankenhäuser oder Einrichtungen als solche im Sinne des § 4 Abs. 3 Nr. 2 bis 10 anzusehen sind,
3. welche Kosten bei der Ermittlung der Bettenwerte (§ 10 Abs. 6, § 21 Abs. 2) zu berücksichtigen sind, welche Aufwendungen als zur üblichen Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung notwendig anzusehen sind und welches Verfahren bei Feststellen der Bettenwerte anzuwenden ist,
4. welche regelmäßige oder durchschnittliche Nutzungsdauer (§ 13, § 21 Abs. 2) bei Anlagegütern zugrunde zu legen ist, unter welchen Voraussetzungen Mittel des Krankenhausträgers als frei verfügbar im Sinne des § 13 Abs. 1 anzusehen sind und welches Verfahren bei der Berechnung und Feststellung des Ausgleichsanspruchs nach § 13 anzuwenden ist,
5. welche Aufwendungen zu den in § 17 Abs. 3 bezeichneten Kosten zu rechnen sind.

(2) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, daß und welche Auskünfte die Kran-

kenhäuser und die Sozialleistungsträger zu erteilen haben, um die Feststellungen treffen zu können, die

1. für die Aufstellung allgemeiner Grundsätze eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser,
2. für die Beurteilung der nach §§ 16 bis 19 für die Gestaltung der Pflegesätze maßgebenden Umstände und der in § 22 Abs. 2 genannten Voraussetzungen,
3. im Interesse der Forschung nach § 25

erforderlich sind, insbesondere Angaben zu den Aufwendungen für Personal- und Sachaufwand der Krankenhäuser, zur Verweildauer, über die geleisteten und in Anspruch genommenen Pflegetage, allgemeine statistische Angaben über die Benutzer, ihre Erkrankungen und die örtlichen Beziehungen zum Krankenhaus.

§ 27

Übergangsvorschrift

Ist bei Inkrafttreten dieses Gesetzes in einem Land ein Krankenhausbedarfsplan nach § 6 noch nicht aufgestellt, so tritt an seine Stelle für die Anwendung des § 8 bis zum 31. Dezember 1972 die Feststellung des Landes, daß die Voraussetzungen für eine Förderung nach diesem Gesetz vorliegen.

§ 28

Geltung im Land Berlin

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 1) auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

§ 29

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Juli 1971 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeines

Das Krankenhaus hat für die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen eine zentrale Bedeutung. Die moderne medizinische Entwicklung hat gerade im Krankenhaus neue Möglichkeiten zur Wiederherstellung der Gesundheit eröffnet, deren Ausmaß nicht vorhergesehen werden konnte. Nach den bisherigen Erfahrungen muß mit einer Zunahme dieser Entwicklung gerechnet werden. Diese Möglichkeiten können aber nur genutzt werden, wenn die Krankenhäuser auf den heute erreichbaren und in Zukunft zu erwartenden Stand der medizinischen Wissenschaft gebracht werden. Nur so kann auf die Dauer die optimale Versorgung der Bevölkerung gesichert werden. Dieses Ziel wird nur erreicht werden, wenn in Zukunft die gesamten Aufwendungen für den Krankenhausbereich wesentlich gesteigert werden.

Wie die Bundesregierung hierzu im Gesundheitsbericht ausgeführt hat, setzt die Erfüllung des berechtigten Bedarfs der Bevölkerung voraus, daß entsprechend den wechselnden und steigenden Anforderungen alle Maßnahmen zur Sicherung der Krankenhausversorgung fortentwickelt und aufeinander abgestimmt werden. Dazu gehören insbesondere die Krankenhausplanung sowie alle Maßnahmen, die ausreichendes und den hohen Anforderungen entsprechend ausgebildetes und fortgebildetes ärztliches und pflegerisches Personal gewährleisten und die Schaffung einer umfassenden und dauerhaften wirtschaftlichen Grundlage für die Erfüllung dieser Aufgaben.

In der Vergangenheit haben die Krankenhausträger und die Sozialleistungsträger die Hauptlast der finanziellen Aufwendungen getragen. Die öffentliche Hand hat sich in zunehmendem Umfang hieran beteiligt, da in den vergangenen Jahren deutlich wurde, daß die Bereitstellung einer Krankenhausversorgung, wie sie von der Bevölkerung zu Recht erwartet wird, nicht mehr mit den herkömmlichen Mitteln bewältigt werden konnte. Trotz außerordentlicher Anstrengungen aller Beteiligten haben die Krankenhäuser seit geraumer Zeit ständig steigende Defizite. Im Bericht der Bundesregierung über die Lage der Krankenanstalten (BT-Drucksache V/4230 S. 21) ist festgestellt worden, daß das jährliche Defizit für 1966 rd. 840 Millionen DM betragen hatte. Wie sich aus der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Katzer, Dr. Götz, Dr. Schneider (Nürnberg), Dr. Jungmann und der Fraktion der CDU/CSU zur Krankenhausfinanzierung (BT-Drucksache VI/1141 S. 2) ergibt, muß für 1970 von einem Defizit in Höhe von 890 Millionen DM ausgegangen werden. Ohne eine grundlegende Änderung der Krankenhausfinanzierung ist mit einem weiteren Ansteigen dieser Defizite zu rechnen. Diese ständigen Defizite haben

bereits heute zu einer erheblichen Überalterung der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland geführt. Mehr als ein Drittel aller Krankenhäuser sind älter als 50 Jahre und entsprechen damit nicht mehr den Anforderungen, die an eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern jetzt und in Zukunft gestellt werden müssen. Bei Fortdauer dieser Entwicklung ist ein weiterer erheblicher Leistungsabfall und die Gefahr einer Schließung von Krankenhäusern unvermeidbar. Seit Jahren wird deshalb von allen Beteiligten eine Neuordnung der Krankenhausfinanzierung gefordert.

Der Bund hat daher in der vergangenen Legislaturperiode eine Änderung des Grundgesetzes herbeigeführt, wonach dem Bund die Zuständigkeit zur konkurrierenden Gesetzgebung über die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ übertragen wurde. Durch das Zweiundzwanzigste Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 12. Mai 1969 (Bundesgesetzbl. I S. 363) ist eine entsprechende Nr. 19 a in Artikel 74 GG eingefügt worden. Damit war für den Bund erstmals die Möglichkeit geschaffen, in einem größeren Rahmen die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung in Angriff zu nehmen und den Forderungen des sozialen Rechtsstaates auch auf diesem Wege nachzukommen.

Der Entwurf geht davon aus, daß die Finanzierung der Vorhaltung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe ist. Er setzt damit eine Entwicklung fort, die sich in den vergangenen Jahren in den Bundesländern bereits angebahnt und zu einer stark zunehmenden öffentlichen Förderung der Krankenhäuser geführt hat. In Zukunft wird sich auch der Bund in erheblichem Umfang an den Aufwendungen für die Krankenhäuser beteiligen. Insgesamt ergibt sich nach dem Entwurf eine wesentliche Steigerung der Beteiligung der öffentlichen Hand an den Kosten der Krankenhäuser.

In Zukunft sollen die Investitionskosten (für die Zwecke des Gesetzes sind dies die Investitionskosten nach § 2 Nr. 2 und die den Investitionskosten nach § 2 Nr. 3 gleichstehenden Kosten) der Krankenhäuser, soweit sie in die Förderung einbezogen werden, aus öffentlichen Mitteln getragen werden. Dabei wird unterschieden zwischen den Kosten der Ersterrichtung eines Krankenhauses, die nach den tatsächlich entstehenden Kosten bewilligt werden, und den Kosten der Wiederbeschaffung von Anlagegütern, die den Krankenhäusern pauschal zugewendet werden sollen. Weiter ist vorgesehen, daß auch die Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten aus öffentlichen Mitteln gedeckt werden. In großem Umfang wird die Krankenhausversorgung auch in Zukunft von Krankenhäusern getragen werden müssen, die bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes errichtet worden sind. Es ist notwendig, diese Krankenhäuser im Bereich der In-

vestitionskosten denjenigen Krankenhäusern gleichzustellen, die nach Inkrafttreten des Gesetzes errichtet werden und die für die Ersterrichtung öffentliche Mittel erhalten. Aus diesem Grund hat der Entwurf die sog. „alte Last“ in die Förderung mit einbezogen. Dies bedeutet, daß für den Schuldendienst von Darlehen, die für Investitionskosten vor Inkrafttreten des Gesetzes aufgenommen worden sind, Fördermittel zu gewähren sind.

Mit der Förderung dieser Investitionskosten aus öffentlichen Mitteln wird ein erheblicher Teil der gesamten Kosten der Krankenhäuser von der öffentlichen Hand übernommen. In diesem Umfang werden die Pflegesätze entlastet. Der Entwurf entspricht damit der Forderung nach teilkostendeckenden Pflegesätzen und trägt so zu sozial tragbaren Pflegesätzen bei. Die Pflegesätze werden künftig im Prinzip nur noch die durch die Benutzung verursachten Kosten, die sog. Benutzungskosten, umfassen. Werden heute Pflegesätze gezahlt, die die Benutzungskosten nicht decken, so muß in diesen Fällen mit einer Erhöhung der Pflegesätze gerechnet werden. Um diese möglichen Erhöhungen in einem sozial tragbaren Rahmen zu halten, ist im Entwurf eine stufenweise Anhebung der Mehrbelastung der Benutzer oder der Kostenträger vorgesehen, die diese Belastung auf höchstens 7,5 v. H. der gegenwärtig gezahlten Pflegesätze begrenzt. Die Abgrenzung zwischen dem — öffentlich geförderten — Investitionsbereich und den vom Benutzer zu tragenden übrigen Kosten der Krankenhäuser entspricht den finanziellen Möglichkeiten.

Voraussetzung für die Förderung eines Krankenhauses ist seine Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes. Der Entwurf folgt damit der Entscheidung des Grundgesetzes, nach der die Planung von Krankenhäusern Angelegenheit der Länder ist. Aus der Bereitstellung erheblicher Bundesmittel ergibt sich aber auch die Verpflichtung, die von Bund und Ländern gemeinsam verfolgten Ziele zu harmonisieren. Das hierzu erforderliche Maß an Koordinierung erscheint unerlässlich.

Der Entwurf geht weiter davon aus, daß den Krankenhausträgern innerhalb der Zielvorstellungen von Bund und Ländern eine weitgehende Dispositionsfreiheit und damit die Möglichkeit zur Entfaltung eigener Initiative, auf die gerade im Krankenhausbereich nicht verzichtet werden kann, erhalten bleiben. Die Einbeziehung in die Förderung ist nicht auf eine bestimmte Trägerschaft beschränkt. Die Mittel können daher sowohl öffentlichen als auch freigemeinnützigen oder privaten Krankenhausträgern zugewendet werden, sofern diese im übrigen die Voraussetzungen für eine Förderung erfüllen.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Gesetz ergibt sich aus Artikel 74 Nr. 19 a GG. Die Finanzhilfen des Bundes stützen sich auf Artikel 104 a Abs. 4 GG. Nach dieser Bestimmung kann der Bund den Ländern u. a. Finanzhilfen für besonders bedeutsame Investitionen der Länder und Gemeinden gewähren, die zum Ausgleich unterschiedlicher Wirtschaftskraft im Bundesgebiet oder zur Förderung des wirtschaftlichen Wachstums erforderlich sind. Davon werden auch Förderungsmaßnahmen erfaßt, die wie die Investitionen in den

Krankenhäusern in erster Linie anderen Zielen (z. B. Gesundheitsvorsorge für die Bevölkerung) dienen, andererseits aber auch eine enge Beziehung zur wirtschaftlichen Entwicklung haben. So bestand bei den Beratungen des Finanzreformgesetzes, durch das Artikel 104 a Abs. 4 in das Grundgesetz eingefügt worden ist, Übereinstimmung zwischen dem Deutschen Bundestag, dem Bundesrat und der Bundesregierung, daß unter die Bestimmung die Städtebauförderung, der soziale Wohnungsbau und Investitionen zur Verbesserung der Verkehrsverhältnisse der Gemeinden fallen (vgl. die mündlichen Berichte der Berichterstatter des Vermittlungsausschusses in der 222. Sitzung des Deutschen Bundestages und der 338. Sitzung des Bundesrates). Aus heutiger Sicht gehört zur Förderung des wirtschaftlichen Wachstums der Krankenhausbau ebenso wie der Städte- und Wohnungsbau und die gemeindlichen Verkehrseinrichtungen. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des arbeitenden Menschen hat unmittelbare Beziehung zum Arbeitsmarkt und damit eine große Bedeutung für das Wachstum der Wirtschaft. Es ist daher verfassungsrechtlich möglich, zur Erreichung der in Artikel 104 a Abs. 4 GG genannten Ziele auch Finanzhilfen für Investitionen in Krankenhäusern vorzusehen.

Für den Bund ergeben sich auf Grund des Gesetzes folgende Aufwendungen: Für 1971 9 Millionen DM, für 1972 55 Millionen DM, für 1973 120 Millionen DM, für 1974 186 Millionen DM. Diese Beträge sollen zur Beschaffung von Kapitalmarktmitteln in Höhe von 300 Millionen DM für 1971, 636 Millionen DM für 1972, 656 Millionen DM für 1973 und 675 Millionen DM für 1974 dienen. Für die folgenden Jahre sind diese Beträge entsprechend den Steigerungsraten der durchschnittlichen Bettenwerte zu erhöhen.

Die gesamten Aufwendungen der Länder zur Durchführung des Gesetzes werden auf der Grundlage eines Bettenwertes von 72 100 DM für das Jahr 1971 sich auf rd. 1,1 Milliarden DM belaufen. Nach den bisherigen durchschnittlichen Jahressteigerungsraten der Bettenwerte ist für 1972 mit Gesamtaufwendungen in Höhe von 2,19 Milliarden DM zu rechnen. Bei diesen Berechnungen wird davon ausgegangen, daß eine Erhöhung des Bettenbedarfs durch die Veränderung der Bevölkerungsentwicklung und -struktur zunächst durch eine Ausschöpfung aller Möglichkeiten einer rationellen Nutzung der vorhandenen Bettenkapazität aufgefangen werden kann. Weiter ist darauf hinzuwirken, daß die Gesamtbelastungen der öffentlichen Hand durch die Investitionskosten der Krankenhäuser durch Rationalisierung des Krankenhausbaus und durch den Aufbau des bedarfsgerecht gegliederten Systems in dem vorgegebenen Rahmen gehalten werden können.

B. Zu den einzelnen Vorschriften

Zu § 1

Diese Bestimmung soll klarstellen, daß der Zweck des Gesetzes die wirtschaftliche Sicherung der Kran-

kenhäuser ist, jedoch mit den beiden wichtigen Zielen, auf dem Wege über eine erhebliche Beteiligung der öffentlichen Hand an den Gesamtkosten der Krankenhäuser die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu erreichen und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Damit wird auch klargestellt, daß die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser nicht Selbstzweck im Interesse der Krankenhäuser ist, sondern daß die Schaffung eines modernen und leistungsfähigen Krankenhaussystems zu sozial verantwortbaren Pflegesätzen in gleicher Weise als Aufgabe des Gesetzes angesehen werden muß. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Krankenhäuser auf Dauer nur dann wirtschaftlich gesichert werden können, wenn die bisherigen Defizite beseitigt werden.

Zu § 2

Der Krankenhausbegriff schließt an die bisherige Definition der Bundespflegesatzverordnung (Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954, Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9. September 1954) an, so daß insoweit auf die Auslegung des bisherigen Krankenhausbegriffes zurückgegriffen werden kann. Eine ständige ärztliche und pflegerische Hilfeleistung wird entsprechend dem geltenden Recht für eine Anwendung der Vorschriften des Entwurfs, insbesondere der Pflegesatzvorschriften, nicht vorausgesetzt, so daß auch die Belegkrankenhäuser in den Anwendungsbereich einbezogen sind. Über den bisherigen Krankenhausbegriff hinaus ermöglicht es § 2 Nr. 1, auch moderne halbstationäre Formen der Krankenhausversorgung mit zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für die Tag- und Nachtkliniken.

Durch die Begriffsbestimmung in § 2 Nr. 2 und 3 des Entwurfs wird für den Anwendungsbereich des Entwurfs bestimmt, welche Kosten als Investitionskosten und diesen gleichstehende Kosten anzusehen sind. Durch die Fassung des § 2 Nr. 3 wird klargestellt, daß für die Zwecke des Gesetzes immer von allen in § 2 Nrn. 2 und 3 genannten Kosten auszugehen ist, wenn in den sonstigen Bestimmungen des Entwurfs der Begriff der Investitionskosten verwandt wird (z. B. §§ 4, 5, 9, 12, 17). Hierzu gehören zunächst sämtliche Kosten der Ersterrichtung eines Krankenhauses, weiter die Kosten der Wiederbeschaffung der zum Anlagevermögen gehörenden Güter. Um in den Fällen, in denen dies wirtschaftlich zweckmäßig erscheint, auch das sog. „Leasing“ von Einrichtungsgegenständen in Krankenhäusern zu ermöglichen, wird klargestellt, daß auch die Nutzungsentgelte für Anlagegüter in die Förderung einbezogen werden können. Eine zusätzliche wesentliche Erweiterung der öffentlichen Förderung enthält auch die Gleichstellung der Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten mit den Investitionskosten im engeren Sinne (§ 2 Nr. 2). Soweit Investitionskosten in der Vergangenheit oder in Zukunft nicht öffentlich gefördert sind, sondern mit anderen als öffentlichen Darlehen finanziert werden, müssen auch diese Finanzierungskosten wie Investitions-

kosten behandelt werden; § 2 Nr. 3 Buchstabe c enthält die entsprechende Gleichstellung. Durch Nr. 3 Buchstabe d wird klargestellt, daß auch Investitionskosten gemeinschaftlicher Einrichtungen der Krankenhäuser in gleicher Weise wie die übrigen Investitionskosten zu behandeln sind.

Die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs und ihrer Finanzierung sind dagegen nicht als Investitionskosten im Sinne des Gesetzes anzusehen. Sie werden deshalb auch nicht in die Förderung einbezogen, soweit nicht von der Ausnahmeregelung nach § 4 Abs. 2 Gebrauch gemacht wird. Diese Kosten sind deshalb grundsätzlich vom Krankenhaus als Eigenleistung aufzubringen. Als Kosten des Grundstücks sind auch die Miete und Pacht von Grundstücken anzusehen, ebenso der Erbbauzins. Der Ausschluß betrifft allerdings nur das unbebaute Grundstück, da die Kosten der auf dem Grundstück errichteten Gebäude als Kosten der Errichtung und als langfristige Anlagegüter anzusehen sind. Dagegen werden Abbruchkosten im Zusammenhang mit der Errichtung eines Krankenhauses als Errichtungskosten angesehen werden können.

Die Begriffsbestimmung in § 2 Nr. 4 über Pflegesätze stellt klar, daß auch die Nebenkosten als Kosten anzusehen sind, die der Pflegesatzregelung unterliegen.

Zu § 3

Das Gesetz soll auf solche Krankenhäuser keine Anwendung finden, für die eine Förderung durch die Länder nicht in Betracht kommt oder die wegen ihres besonderen Benutzerkreises von vornherein aus der Förderung ausscheiden und für die auch eine Anwendung der übrigen Gesetzesbestimmungen nicht angebracht erscheint. Für die Krankenhäuser des Bundes können finanzielle Mittel der Länder bereits aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht eingesetzt werden. Für die übrigen in § 3 genannten Krankenhäuser kommt die Bereitstellung öffentlicher Mittel, die für die Förderung der allgemeinen Krankenhausversorgung bestimmt sind, wegen des besonderen Benutzerkreises nicht in Frage. Aus dem gleichen Grunde kann aber auch davon abgesehen werden, die übrigen Vorschriften des Gesetzes (z. B. Pflegesatzregelung) anzuwenden. Sollten Krankenhäuser des Bundes für die allgemeine Krankenhausversorgung zur Verfügung gestellt werden, wie z. B. bei Bundeswehrkrankenhäusern, so können entsprechende Regelungen im Verwaltungswege getroffen werden. Auch die Erteilung von Auskünften läßt sich bei den in § 3 genannten Krankenhäusern auf gleiche Weise erreichen.

Zu § 4

Zu den Absätzen 1 und 2

Aus § 4 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit § 8 ergibt sich der Grundsatz, daß nur diejenigen Krankenhäuser öffentlich gefördert werden können, die in den Krankenhausbedarfsplan des Landes aufgenommen worden sind. Der Landeskrankenhausbedarfs-

plan wird damit zum entscheidenden Steuerungsmittel für Art, Umfang und Ausmaß der künftigen Krankenhausversorgung. Die Planung der Krankenhausversorgung bleibt Angelegenheit der Länder. Damit wird der Grundsatzentscheidung entsprochen, die durch die Grundgesetzänderung zu Artikel 74 Nr. 19 a getroffen worden ist. Der Bund wirkt hierbei in dem Rahmen mit, der sich aus der ihm obliegenden Aufgabe ergibt, für eine zweckmäßige Verwendung der bereitgestellten Bundesmittel und für eine Koordinierung Sorge zu tragen.

Nach § 4 Abs. 1 Satz 1 beschränkt sich die öffentliche Förderung auf die Übernahme der Investitionskosten. Die Förderung ist jedoch nach Absatz 2 auf bestimmte Kosten zu erstrecken, die als Folgekosten der Investitionen (Anlauf- und Umstellungskosten) in engem Zusammenhang mit diesen stehen, sofern andernfalls der Betrieb des Krankenhauses gefährdet wäre. Im Interesse einer sinnvollen Förderung können unter dieser Voraussetzung auch die Grundstückskosten oder die mit ihnen zusammenhängenden Kosten in die Förderung mit einbezogen werden. Absatz 1 Satz 2 stellt klar, daß bei den geförderten Krankenhäusern die Förderung und die Erlöse aus den Pflegesätzen so aufeinander abgestimmt sein müssen, daß sie zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses decken und das Entstehen von neuen Defiziten durch eine unzureichende Finanzierung ausgeschlossen wird.

Zu Absatz 3

Absatz 3 führt diejenigen Krankenhäuser oder Einrichtungen auf, bei denen im gegenwärtigen Zeitpunkt auch mit Rücksicht auf die begrenzten öffentlichen Mittel von einer Förderung abgesehen werden kann. Hierfür waren folgende Gründe maßgebend:

Zu Nummer 1

Hochschulkliniken werden nach Artikel 91 a GG als Gemeinschaftsaufgabe gefördert. Die Förderung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz ist daher als Spezialregelung anzusehen, so daß eine Förderung nach diesem Gesetz schon rechtlich bedenklich wäre. Wegen der anderen Verhältnisse in den Hochschulkliniken ist es aber auch zweckmäßig, die Förderung dieser Kliniken entsprechend der Förderung sonstiger Hochschuleinrichtungen zu regeln. Dies gilt auch für die Folgekosten, die sich durch die Wiederbeschaffung von Einrichtungsgegenständen der Hochschulkliniken ergeben. Eine Förderung der Hochschulkliniken soll deswegen nach diesem Gesetz auch ausgeschlossen sein, soweit eine Mitfinanzierung durch den Bund nach dem Hochschulbauförderungsgesetz nicht erfolgt.

Zu Nummer 2

Krankenhäuser, deren Betrieb auf Gewinnerzielung gerichtet ist, sollen in die Förderung nicht einbezogen werden. Deshalb sind Krankenhäuser, die nicht gemeinnützig sind, von der Förderung ausgeschlossen.

Zu Nummer 3

Einrichtungen, die der Pflege von Personen dienen, erfüllen regelmäßig nicht die Voraussetzungen, die nach § 2 Nr. 1 vorliegen müssen, um diese Einrichtung als Krankenhaus anerkennen zu können. Aus diesem Grunde kommen diese Einrichtungen, wenn sie nicht mit einem Krankenhaus verbunden sind, für eine Förderung nicht in Betracht. Sind solche Einrichtungen mit einem Krankenhaus verbunden, so bedarf es der Klarstellung, daß dieser Teil ebenfalls nicht in die Förderung einbezogen werden kann, weil es insoweit an der notwendigen Voraussetzung für die Förderung fehlt, daß es sich bei der geförderten Einrichtung um ein Krankenhaus handelt. Durch Nummer 3 Buchstabe a wird eine mögliche andere Auslegung ausgeschlossen. Von praktischer Bedeutung ist diese Vorschrift vor allem bei denjenigen Einrichtungen in psychiatrischen Krankenhäusern, die der Verwahrung der dort untergebrachten Personen dienen. Neben diesem Gesichtspunkt ist für den Ausschluß der Förderung von Einrichtungen für Personen, die im Maßregelvollzug auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind, vor allem der Grund maßgebend, daß es sich insoweit um Resozialisierungseinrichtungen im Bereich der Strafrechtspflege handelt.

Zu den Nummern 4 bis 7

In den Fällen des § 4 Abs. 3 Nr. 4 bis 7 liegen regelmäßig geschlossene Benutzergruppen vor; auch ist in diesen Fällen im allgemeinen die volle Finanzverantwortung eines bestimmten Trägers geregelt. Dagegen sollen diese Krankenhäuser, soweit sie der allgemeinen Krankenhausversorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen und in diesem Sinne in dem Landeskrankenhausplan berücksichtigt werden (dies trifft zum Beispiel in erheblichem Umfang für die Krankenhäuser der Bundesknappschaft zu), in die Förderung einbezogen werden.

Zu den Nummern 8 bis 10

Der Ausschluß der Förderung der in § 4 Abs. 3 Nr. 8 bis 10 genannten Einrichtungen beruht auf der Erwägung, daß die Förderung entweder wegen einer anderen Förderung aus öffentlichen Mitteln nicht notwendig ist, oder daß es sich um Einrichtungen handelt, die nicht unmittelbar Voraussetzung für eine ausreichende stationäre Krankenhausversorgung sind. Auch hier erscheint es wegen der begrenzten öffentlichen Mittel notwendig, diese Mittel auf das wichtigste Ziel zu beschränken, nämlich die Sicherung der allgemeinen stationären Versorgung der Bevölkerung.

Diese Kosten können nach § 17 Abs. 3 Nr. 4 auch nicht in den Pflegesatz übernommen werden.

Ogleich eine Förderung von Ausbildungsstätten für Krankenhauspflegepersonal für dringend notwendig gehalten wird, ist von einer Einbeziehung dieser Einrichtungen in die Förderung nach diesem Gesetz abgesehen worden. Andernfalls wäre ein nicht unbeträchtlicher Teil der ohnehin begrenzten Fördermittel der Förderung der stationären Krankenhausversorgung entzogen worden. Hinzu kommt,

daß die Zuordnung von Ausbildungsstätten und Arbeitsplatz zur Zeit nicht nur im Krankenhausbereich Gegenstand eingehender Diskussionen ist. Den Ergebnissen dieser vorwiegend bildungspolitischen Diskussion sollte nicht dadurch vorgegriffen werden, daß für den Krankenhausbereich bereits jetzt durch Förderung mit öffentlichen Mitteln bestimmte Vorstellungen verwirklicht werden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 soll es der Bundesregierung ermöglichen, bei einer Änderung der gegenwärtigen tatsächlichen Verhältnisse die öffentliche Förderung im Interesse des in § 1 bezeichneten Gesetzeszweckes, insbesondere zur Förderung der dort bezeichneten Ziele, durch Rechtsverordnung zu erweitern. Da diese erweiterte Förderung nach denselben Grundsätzen gewährt werden soll, wie sie für die bisherige Förderung gilt, und da diese Erweiterung im Verhältnis zu der durch den Entwurf vorgeschlagenen Förderung nur einen wesentlich geringeren Umfang haben würde, erscheint es ausreichend, hierfür eine Rechtsverordnungsermächtigung vorzusehen, zumal Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung in einer Artikel 80 Abs. 1 GG gerecht werdenden Weise bestimmt werden können.

Zu Absatz 5

Im Bereich der Länder und Gemeinden, in geringem Umfang auch beim Bund, bestehen bisher noch Förderungsmaßnahmen für Krankenhäuser. Da diese Förderungsmaßnahmen unabhängig von der in Zukunft durch den Entwurf eingeführten Förderung ihre Bedeutung haben, wird durch § 4 Abs. 5 klar gestellt, daß diese Förderungsmaßnahmen durch den Entwurf nicht berührt werden sollen. Vielmehr bedarf es jeweils der besonderen Entscheidung der verantwortlichen Stelle, ob sie im Hinblick auf die durch den Entwurf geschaffene neue tatsächliche Lage die bisherigen Förderungsmaßnahmen fortführen, einschränken oder erweitern. Darüber hinaus können neue Förderungsmaßnahmen eingeleitet werden, insbesondere um örtlich bedingte unzumutbar hohe Pflegesätze zu mindern.

Zu § 5

Durch diese Bestimmung wird festgelegt, daß die öffentlichen Mittel grundsätzlich in Form von Zuschüssen zu gewähren sind. Andererseits soll die Möglichkeit zu anderen Finanzierungsformen, z. B. durch Aufnahme von Darlehen, offengehalten werden. Da auch in diesem Falle die durch die andere Art der Finanzierung entstehenden Kosten zum Bereich der Investitionskosten gehören, dürfen diese Kosten nicht über den Pflegesatz auf den Benutzer abgewälzt werden. Deshalb muß der gesamte Schuldendienst übernommen werden, wenn anstelle von unmittelbaren Zuschüssen die andere Finanzierungsweise gewählt wird.

Zu § 6

Die öffentliche Förderung wird grundsätzlich nur den Krankenhäusern gewährt, die in einem Landes-

krankenhausbedarfsplan aufgenommen worden sind (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 1). Dem Landeskrankenhausbedarfsplan kommt deshalb bei der Durchführung des Gesetzes eine entscheidende Bedeutung zu. Er ist das Steuerungsinstrument, mit dem die Länder den Umfang der Förderung nach dem Gesetz bestimmen. Eine ebenso große Bedeutung hat der Landeskrankenhausbedarfsplan bei der Verwirklichung des in § 1 verankerten Zieles, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten. Um den Bedarf an Krankenhausbetten mit den finanziellen Möglichkeiten aller an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Stellen abzustimmen, ist es notwendig, die Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues und zur Finanzierung der Vorhaben im voraus für einen mehrjährigen Zeitraum aufzustellen. Da der Umfang der vom Bund für die Krankenhausfinanzierung bereitgestellten Mittel für die gesamten Finanzierungsmöglichkeiten von wesentlicher Bedeutung ist, erscheint es zweckmäßig, diese mehrjährigen Programme der Länder mit der entsprechenden Finanzplanung des Bundes abzustimmen und deshalb für beide Finanzierungspläne den gleichen Zeitraum zu wählen. Um zwischenzeitlich eintretende Veränderungen berücksichtigen zu können, ist in § 6 Abs. 1 Satz 5 vorgesehen, daß das konkrete Krankenhausbauprogramm bis zum 1. Oktober eines jeden Jahres für das darauffolgende Kalenderjahr aufgestellt wird. Damit soll zugleich erreicht werden, daß sich die Auszahlung der Bundesmittel auch kurzfristigen Veränderungen des Bedarfes noch anpassen kann.

Durch § 6 Abs. 1 wird der Mindestinhalt der Krankenhausbauprogramme festgelegt. Wegen der Höhe der Aufwendungen, die von der öffentlichen Hand nach dem Gesetzentwurf zur Förderung der Krankenhäuser zu machen sind, ist es notwendig, den gesamten Finanzierungsbedarf, insbesondere auch die nach § 10 notwendigen Aufwendungen, in diesem Bereich festzustellen und den festgestellten Bedarf jährlich der Entwicklung anzupassen. Wegen der überörtlichen Versorgungsfunktion der Krankenhäuser wird ausdrücklich bestimmt, daß bei der Krankenhausbedarfsplanung die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung zu beachten sind.

Die Ziele, die der Bund mit der Bereitstellung seiner Finanzhilfen verfolgt, können nur erreicht werden, wenn unter Wahrung der Selbständigkeit der Landeskrankenhausplanung die Möglichkeit geschaffen wird, die verschiedenen Landeskrankenhauspläne für das Gebiet der Bundesrepublik abzustimmen. Nur so kann die sich aus Artikel 104 a Abs. 4 GG ergebende Finanzverantwortung des Bundes befriedigend wahrgenommen werden. § 6 Abs. 2 schafft in Verbindung mit § 7 die für die Erfüllung dieser Funktion notwendige Grundlage.

Zu § 7

Im Zusammenhang mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf eine völlig neue Methode der öffentlichen Finanzierung ergeben sich zahlreiche

Fragen der Koordinierung und der gegenseitigen Beratung. Es ist zwingend erforderlich, daß für diese vielfältigen, sehr schwierigen, komplexen Aufgaben ein Gremium geschaffen wird, in dem die Lösung der sich ergebenden Probleme gefunden oder vorbereitet werden kann. Mit Rücksicht darauf, daß die Gesetzgebungskompetenz des Bundes sich auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Pflegesätze bezieht und angesichts der Tatsache, daß durch das Gesetz die gesamte Last der Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern, soweit sie nach diesem Gesetz gefördert werden, von der öffentlichen Hand getragen wird, sind Mitglieder des Ausschusses für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser die beteiligten obersten Bundes- und Landesbehörden. Um den Betroffenen Gelegenheit zu geben, ihre Auffassung zu einzelnen Beratungsgegenständen gegenüber dem Ausschuß zu vertreten, wird bestimmt, daß der Ausschuß die durch die Beratungsgegenstände Betroffenen zu beteiligen hat.

Der Umfang der Aufgaben des Ausschusses ist bedingt durch die finanziellen Auswirkungen für die öffentliche Hand, die sich im Zusammenhang mit der Durchführung des Gesetzes ergeben. Als besonders bedeutsame Aufgaben des Ausschusses ist die Abstimmung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme zu ihrer Durchführung zu einem Gesamtprogramm und die Vorbereitung der Entscheidung über diejenigen Mittel des Bundes, die nicht nach der Einwohnerzahl, sondern nach bestimmten Kriterien gemäß § 22 Abs. 2 zu verteilen sind, hervorgehoben worden. Eine weitere bedeutende Aufgabe soll dem Ausschuß im Zusammenhang mit den Fragen obliegen, die sich aus der Pflegesatzregelung ergeben.

Die Abwicklung der Geschäfte des Ausschusses und der Vorsitz im Ausschuß sollen beim Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit liegen.

Krankenhausträger, Sozialleistungsträger und die an den Krankenhäusern tätigen Ärzte, aber auch die niedergelassene Ärzteschaft werden durch die Krankenhausplanung in besonderem Maß berührt. Sie verfügen zudem über umfangreiche Erfahrungen und besondere fachliche Kenntnisse, auf die in diesem Zusammenhang nicht verzichtet werden kann. Auf Länderebene soll diese Beteiligung den Ländern überlassen bleiben. Für den Bereich des Bundes wird für die Fragen im Zusammenhang mit den allgemeinen Grundsätzen für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser und mit der Pflegesatzregelung eine Mitwirkung dieser sachverständigen Kreise unbedingt für erforderlich gehalten. Der Entwurf sieht deshalb in § 7 Abs. 4 die Bildung eines Beirats vor, dessen Tätigkeit eng mit der Arbeit des Ausschusses verbunden sein und der in seiner Zusammensetzung die Gewähr dafür bieten soll, daß die Erfahrungen und der Sachverstand dieser Gruppen in vollem Umfang nutzbar gemacht werden können.

Zu § 8

Voraussetzung für die Förderung eines Krankenhauses ist nach § 8 Abs. 1 seine Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes. Der Krankenhausbedarfsplan legt auch den Umfang fest, in dem ein Krankenhaus in die Förderung einbezogen wird. Im Interesse der rechtlichen Klarheit und Sicherheit wird darüber hinaus als weitere Voraussetzung der Förderung die förmliche Feststellung der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan bestimmt. Es bleibt den Ländern überlassen, in ergänzenden Vorschriften ein rechtsstaatlichen Anforderungen genügendes Verfahren für die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan, für die Feststellung dieser Aufnahme sowie für die Beendigung der Förderung, insbesondere bei Änderung des Krankenhausbedarfsplans, zu entwickeln. Für die Förderung des Krankenhausbau und der Ersteinrichtung eines Krankenhauses nach § 9 ist weiter Voraussetzung, daß das betreffende Krankenhaus in das Jahreskrankenhausbauprogramm (§ 6 Abs. 1 Satz 5) aufgenommen worden ist. Die Feststellung dieser Aufnahme als Voraussetzung der Förderung soll sicherstellen, daß Baumaßnahmen und die Ersteinrichtung von Krankenhäusern von den Krankenhausträgern erst dann vorgenommen werden können, wenn die entsprechenden Haushaltsmittel für die Förderung des konkreten Vorhabens in den Länderhaushalten zur Verfügung gestellt worden sind. Aus haushaltswirtschaftlichen Gründen ist diese Koordinierung der Förderungsmaßnahmen mit dem Jahreskrankenhausbauprogramm notwendig.

Beim Neubau von Krankenhäusern soll den modernen Erkenntnissen Rechnung getragen werden, daß eine optimale Krankenhausversorgung mit der in Zukunft notwendigen Breite der Krankenhausleistungen erst von einer gewissen Mindestgröße an gewährleistet ist. Der Entwurf bestimmt daher, daß bei Krankenhäusern mit weniger als 100 planmäßigen Betten noch besonders festgestellt werden muß, ob ein Krankenhaus dieser Größenordnung für die Dauer zur Versorgung der Bevölkerung notwendig ist. Dies wird vor allem bei Spezialkliniken der Fall sein. Bei Krankenhäusern zur Versorgung von Akutkranken wird im allgemeinen eine wesentlich über der 100-Betten-Grenze liegende Größenordnung in Betracht kommen. Bei den bestehenden Krankenhäusern, bei denen eine Förderung nur nach den §§ 10 bis 12 möglich ist, ist diese besondere Feststellung nicht erforderlich. Wird von einem Krankenhaus, das weniger als 100 planmäßige Betten hat, eine Förderung nach § 9 zur Erweiterung seiner Bettenkapazität beantragt, so ist für die Anwendung des § 8 Abs. 1 Satz 2 die nach der Erweiterung vorhandene Bettenzahl maßgebend. Für die Baumaßnahme als solche gilt die Einschränkung hinsichtlich der Mindestbettenzahl nicht.

Ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser kann es erforderlich machen, den Aufgabenbereich der Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausbedarfsplan zur Versorgung eines bestimmten Gebietes vorgesehen sind, aufeinander

abzustimmen. § 8 Abs. 1 Satz 3 sieht deshalb vor, daß die zur Erreichung der Ziele der Landeskrankenhausbedarfsplanung notwendigen Bedingungen und Auflagen mit der Feststellung der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan oder in das Jahreskrankenhausbauprogramm verbunden werden können.

§ 8 Abs. 2 enthält eine Härteklausele, um bestimmten Krankenhäusern den Übergang in eine andere Art der Verwendung zu erleichtern. In vielen Fällen wird es bei solchen Krankenhäusern nicht möglich sein, die Umstellung auf eine neue Aufgabe kurzfristig zu vollziehen. Um diese Krankenhäuser bis zum Umstellungszeitpunkt funktionsfähig zu erhalten, erscheint es notwendig, bis dahin die für die Fortführung des Betriebes notwendigen Mittel, insbesondere zur Wiederbeschaffung der zwischenzeitlich abgenutzten Anlagegüter aus Fördermitteln zu gewähren. Allerdings wird bei dieser Förderung berücksichtigt werden müssen, daß es sich um eine auslaufende Förderung handelt.

Zu § 9

Diese Bestimmung enthält die Vorschriften über den Umfang der Förderung bei neu errichteten Krankenhäusern. Sie wird ergänzt durch § 11 hinsichtlich derjenigen Gegenstände, deren Anschaffung aus wirtschaftlichen Gründen nicht zweckmäßig ist (Leasing). Grundsätzlich sind nach § 9 aus öffentlichen Mitteln alle Aufwendungen zu erstatten, die dem Krankenhausträger im Zusammenhang mit der Errichtung des Krankenhauses entstanden sind.

Die Förderung wird jedoch nur auf diejenigen Aufwendungen beschränkt, die nach den anderen Bestimmungen des Gesetzes förderungsfähig sind. Zu den nicht förderungsfähigen Aufwendungen gehören insbesondere die Kosten des Erwerbs von Grundstücken sowie Anlauf- und Umstellungskosten, wenn sie nicht nach der Ausnahmenvorschrift des § 4 Abs. 2 in die Förderung einbezogen worden sind. Ebenso sind nicht förderungsfähig die Aufwendungen, die im Zusammenhang mit den in § 4 Abs. 3 Nrn. 8 bis 10 bezeichneten Einrichtungen entstanden sind. Die für die Verwendung öffentlicher Mittel allgemein geltenden Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit sind auch bei der Förderung des Neubaus von Krankenhäusern zu beachten. Kosten, die nach dem sich hieraus ergebenden Rahmen nicht in die öffentliche Förderung einbezogen werden können, müssen deshalb von anderer Seite getragen werden. § 9 Abs. 1 Satz 2 enthält insoweit keine Einschränkung, sondern schließt lediglich die Förderung nach diesem Gesetz aus.

Absatz 2 enthält eine ergänzende Regelung für den Fall, daß ein Krankenhaus zum Teil vor Inkrafttreten des Gesetzes, zum Teil nach diesem Zeitpunkt errichtet wurde. Da es im Einzelfall schwierig sein kann, den Zeitpunkt des Entstehens von Investitionskosten genau zu bestimmen, ist für diese Abgrenzung die Feststellung im Jahreskrankenhausprogramm maßgebend.

Die medizinische und technische Entwicklung im Bereich der Krankenhausversorgung macht es notwen-

dig, die vorhandenen Krankenhäuser ständig an diese Entwicklung anzupassen. Einrichtungen, die gegenwärtig noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, können bereits in wenigen Jahren so veraltet sein, daß eine Wiederbeschaffung des gleichen Einrichtungsgegenstandes dem dann gegebenen Entwicklungsstand nicht mehr entspricht. Anstelle der Wiederbeschaffung muß deshalb dem Krankenhausträger die Möglichkeit eingeräumt werden, die vorhandene Einrichtung durch Geräte, die dem medizinisch und technisch neuesten Entwicklungsstand entsprechen, zu ergänzen. Soweit sich diese Anpassung in dem Rahmen hält, der durch die im Krankenhausbedarfsplan des Landes bestimmte Funktion des Krankenhauses gezogen ist, kann diese Ergänzung mit den Pauschalzuwendungen nach § 10 finanziert werden. Soweit dieser Ergänzungsbedarf jedoch über diese übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht, kann die Funktion verändert und damit die Stellung des Krankenhauses im bedarfsgerecht gegliederten System der Krankenhäuser, wie es durch den Krankenhausbedarfsplan festgelegt worden ist, empfindlich gestört werden. Deshalb sieht § 9 Abs. 3 vor, daß für diesen Fall dieselben Voraussetzungen gelten wie für den Neubau eines Krankenhauses. Allerdings wird für die Anwendung dieser Bestimmung nur ein Ergänzungsbedarf in Betracht kommen, der mit einem nicht unerheblichen Kostenaufwand verbunden ist.

Zu § 10

Für die Wiederbeschaffung mittelfristiger und kurzfristiger Anlagegüter ist grundsätzlich eine Abgeltung in Form eines Pauschalbetrages vorgesehen. Diese Form ist gewählt worden, weil sie sowohl dem Bedürfnis der Verwaltungsoökonomie entspricht, als auch dem Krankenhausträger die für notwendig gehaltene Dispositionsbefugnis innerhalb des Krankenhausbetriebes erhält. Die Gewährung einer Pauschale bringt es mit sich, daß die Mittel dem Krankenhausträger nicht genau zum Zeitpunkt der Wiederbeschaffung zur Verfügung gestellt werden. Andererseits ist es aber auch ein besonderer Vorteil der pauschalen Zuwendungen, daß sie dem Krankenhausträger die unbedingt erforderliche Liquiditätsreserve verschaffen. Die Pauschalen sind als Ersatz für Abschreibungen anzusehen, die bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise dem Krankenhausträger für die Abnutzung der mittel- und kurzfristigen Güter zugestanden werden müssen. Absatz 5 sieht jedoch vor, daß die Auszahlung der pauschal zu gewährenden Mittel an den tatsächlichen Zeitpunkt der Wiederbeschaffung angepaßt werden kann.

Die Höhe der Pauschale ergibt sich aus dem Anteil der mittel- und kurzfristigen Anlagegüter an den gesamten Anlagegütern des Krankenhauses und aus ihrer Nutzungsdauer. Hierbei sind die Verhältnisse zugrunde gelegt worden, wie sie auf Grund von Erfahrungswerten für den großen Durchschnitt der Krankenhäuser errechnet worden sind. Die Bundesregierung hat bereits im Bericht zur finanziellen Lage der Krankenanstalten (S. 18) für die Akutkran-

kenanstalten festgestellt, daß für die Erhaltung des gegenwärtig vorhandenen Bettenbestandes folgende Aufwendungen erforderlich sind: für die Neuerrichtung von Krankenhäusern als Ersatz von Krankenhäusern, deren Nutzungsdauer abgelaufen ist, zwei vom Hundert des gesamten Anlagewertes der Krankenhäuser, für die Ersatzbeschaffung mittelfristiger Anlagegüter 0,84 v. H. und für die Ersatzbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern 1,84 v. H. des vorhandenen Anlagevermögens. Es handelt sich bei diesen Werten um Durchschnittszahlen, bei denen im Einzelfall Abweichungen nach oben oder nach unten vorkommen können. Wegen des hohen Aufwandes, den ein Eingehen auf sämtliche Besonderheiten des einzelnen Krankenhauses zur Folge hätte, und wegen der Vorteile der pauschalen Zuwendungen, wird es für vertretbar gehalten, die Abweichungen des Einzelfalles unberücksichtigt zu lassen. Die vorstehenden Vomhundertsätze treffen dann zu, wenn als Bezugsgröße ein Bettenwert dient, bei dessen Ermittlung neben den mittel- und kurzfristigen Anlagegütern auch die langfristigen Anlagegüter berücksichtigt worden sind. Ein solcher Bettenwert erscheint jedoch als Bezugsgröße für pauschale Zuwendungen, die für die Wiederbeschaffung von mittel- und kurzfristigen Anlagegütern gewährt werden, nicht geeignet. Eine unterschiedliche Kostenentwicklung bei den langfristigen Anlagegütern, insbesondere durch eine überproportionale Baukostensteigerung, kann zu einem überhöhten Bettenwert und damit zu einer Höhe der pauschalen Zuwendungen führen, die über dem tatsächlichen Wiederbeschaffungsbedarf liegen. Es erscheint deshalb notwendig, den Bettenwert als Bezugsgröße für die pauschale Förderung nach § 10 auf den den mittel- und kurzfristigen Anlagegütern entsprechenden Teil zu beschränken, wie dies durch § 10 Abs. 6 bestimmt ist. Auf der Grundlage des in der Krankenhausenquête festgestellten Verhältnisses zwischen langfristigen, mittelfristigen und kurzfristigen Anlagegütern ergeben sich bei dieser Begrenzung des Bettenwertes als Bezugsgröße folgende Vomhundertsätze: für kurzfristige Anlagegüter 2,83 v. H. und für mittelfristige Anlagegüter 1,29 v. H. dieses Teilbettenwertes. Da die Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung bei der Festsetzung des Bettenwertes zu berücksichtigen ist und die sich hieraus ergebende Erhöhung des Bettenwertes vor allem bei der Wiederbeschaffung von mittelfristigen Anlagegütern Bedeutung hat, sind diese Vomhundertsätze für die kurzfristigen Anlagegüter auf 2,8 v. H. abgerundet und für die mittelfristigen Anlagegüter auf 1,3 v. H. aufgerundet worden. Die entsprechende Umrechnung für die Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten auf den nach Absatz 6 maßgebenden Bettenwert ergibt eine pauschale Zuwendung nach Absatz 3 in Höhe von 1,23 v. H. Sollten sich die Verhältnisse, die den angegebenen Vomhundertsätzen zugrunde gelegt wurden, wesentlich ändern, so kann die Bundesregierung dieser Änderung durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 Rechnung tragen.

Für die Wiederbeschaffung mittelfristiger Anlagegüter können die Landesregierungen vom Pauschalverfahren abweichen. Damit ist den Ländern, die im

wesentlichen die Last aus der Durchführung der Gesetze zu tragen haben, die Möglichkeit eingeräumt, die hierfür bestimmten Mittel erst bei der tatsächlichen Wiederbeschaffung zu gewähren.

Der Satz von 1,23 v. H. des Bettenwertes, der nach Absatz 3 als Ausgleich für die Aufwendungen zur Instandhaltung und Instandsetzung gedacht ist, entspricht den durchschnittlichen Erfahrungswerten. Die notwendige Anpassung an die unterschiedlich hohen Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten wird auch hier durch den unterschiedlichen Bettenwert erreicht, der für die verschiedenen Arten der Krankenhäuser nach den tatsächlichen Verhältnissen im Zeitpunkt der Bewilligung zugrunde zu legen ist.

Die notwendigen Anhaltspunkte für die Berechnung des Bettenwertes ergeben sich aus Absatz 6. Absatz 6 gibt weiter den Landesregierungen die Möglichkeit, den Bettenwert durch Rechtsverordnung zu pauschalieren. Damit wird an eine bewährte Praxis angeknüpft. Die Pauschalierung der Bettenwerte dient einer erheblichen Vereinfachung des Verfahrens und wirkt in einem gewissen Umfang ausgleichend.

Zu § 11

§ 11 soll es den Krankenhäusern ermöglichen, die Vorteile des sogenannten Leasing zu nutzen. Bei der schnellen Entwicklung moderner technischer Einrichtungen, die auch im Krankenhausbereich festzustellen ist, kann es unter Umständen wirtschaftlich sinnvoller sein, von der Anschaffung eines Gerätes abzusehen und statt dessen das Gerät zu mieten. Bei manchen Geräten, z. B. größeren Computern, kommt ohnehin im Regelfall nur die Miete in Betracht. Werden diese Geräte an Stelle von Wirtschaftsgütern gemietet, die sonst zu den Investitionen zu rechnen wären und deren Kosten daher aus der öffentlichen Förderung nach diesem Gesetz zu erstatten wären, erscheint es gerechtfertigt, die an Stelle dieser Anschaffungskosten tretenden Mietkosten in die öffentliche Förderung einzubeziehen und nicht über den Pflegesatz zu finanzieren. Um sicherzustellen, daß die wirtschaftlichste Form bei der Verwendung der Fördermittel gewährt wird, sollte das Leasing nur nach einer vorhergehenden Prüfung der Wirtschaftlichkeit an Stelle der Anschaffungen gefördert werden.

Die in § 11 Abs. 1 vorgesehene Möglichkeit gilt auch für die Miete und Pacht von langfristigen Anlagegütern, zum Beispiel von Lagerplätzen oder von Gebäuden, die für einen vorübergehenden Zweck benötigt werden.

Nach § 11 Abs. 2 ist der Krankenhausträger bei der Verwendung der nach § 10 gewährten pauschalen Mittel grundsätzlich in der Entscheidung frei, ob er diese Mittel für die Anschaffung oder für die Miete oder Pacht der betreffenden Anlagegüter verwenden will. Eine Einschränkung wird nur für den Fall gemacht, daß bei der vom Krankenhausträger vorgesehenen Verwendung der Förderzweck wesentlich beeinträchtigt werden kann. Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn die Miete

oder Pacht solcher Anlagegüter wesentlich teurer als ihre Anschaffung ist, so daß die Wiederbeschaffung anderer Anlagegüter, für die die Pauschalmittel gewährt worden sind, gefährdet oder unmöglich gemacht wird. Sofern die Landesregierungen bestimmen, daß für die Wiederbeschaffung mittelfristiger Anlagegüter keine pauschalen Zuwendungen gewährt werden, sondern die Förderung im Einzelantragsverfahren erfolgt, finden die Grundsätze des § 11 Abs. 1 entsprechende Anwendung. Da in diesen Fällen für die Bewilligung der Fördermittel ohnehin eine Entscheidung der Bewilligungsbehörde notwendig ist, kann diese Entscheidung mit der nach § 11 Abs. 1 notwendigen Zustimmung verbunden werden.

Zu § 12

Diese Bestimmung regelt die „alte Last“. Im Interesse der Gleichstellung der nach Inkrafttreten dieses Gesetzes neu errichteten Krankenhäuser und der bereits bestehenden Krankenhäuser ist es notwendig, die für förderungsfähige Investitionskosten früher aufgenommenen Darlehen und die sich hieraus ergebenden Lasten aus öffentlichen Mitteln abzulösen. Dies bezieht sich jedoch grundsätzlich nur auf Darlehen, die auf dem Kapitalmarkt aufgenommen wurden. Kapitalmarkt ist hier im weitesten Umfang zu verstehen; jedoch gehören hierzu nicht die Mittel aus öffentlichen Haushalten. Der Entwurf geht davon aus, daß die sich aus öffentlichen Mitteln, die vor Inkrafttreten des Gesetzes gewährt wurden, ergebenden Lasten grundsätzlich abgelöst werden. Soweit das Darlehen nicht in einen Zuschuß umgewandelt werden kann, sieht der Entwurf vor, daß für die Lasten aus solchen fortbestehenden öffentlichen Darlehen ebenfalls öffentliche Fördermittel nach diesem Gesetz eingesetzt werden können. Damit wird es den Darlehensgebern ermöglicht, ihre langfristigen Finanzplanungen einzuhalten oder sie im Laufe eines gewissen Übergangszeitraums an die neue Regelung anzupassen. Da es sich hierbei jedoch um eine Vorwegnahme der grundsätzlichen Verpflichtung der öffentlichen Hand zur Krankenhausvorhaltung handelt, wird bestimmt, daß die sich aus dieser Abwicklung der älteren öffentlichen Darlehen ergebenden öffentlichen Lasten grundsätzlich nur aus denjenigen Mitteln gefördert werden, die von den Ländern zur Durchführung dieses Gesetzes aufzubringen sind (vgl. § 21 Abs. 2 Satz 2).

Absatz 1 sieht weiter vor, daß für Darlehen, die nach dem 1. Januar 1970 aufgenommen worden sind, eine Förderung aus öffentlichen Mitteln nur in Betracht kommt, soweit ein unabweisbarer Bedarf vom Darlehensnehmer nachgewiesen wird. Der Stichtag soll verhindern, daß Darlehen mit Rücksicht auf die inzwischen bekanntgewordene Regelung des Gesetzes aufgenommen werden, um bisher für Krankenzwecke eingesetztes Eigenkapital abzulösen. Absatz 2 bestimmt für diesen Fall ausdrücklich, daß eine solche Veränderung der finanziellen Struktur des Krankenhauses nicht zu berücksichtigen ist. Im übrigen soll auf diese Weise erreicht werden, daß

Krankenhausträger nicht mit Rücksicht auf die Neuregelung bereits die Finanzierung ihres Krankenhauses in einer Weise regeln, die zu einer erheblichen Belastung der nach diesem Gesetz bereitgestellten öffentlichen Mittel führen könnte.

Absatz 3 enthält die notwendigen Bestimmungen, um die Bewilligung von Mitteln zur Abdeckung der „alten Last“ sachgerecht durchführen zu können.

Zu § 13

Ein Krankenhausträger, der bei Beginn der öffentlichen Förderung nach diesem Gesetz ein Krankenhaus betreibt und in diesem Krankenhaus eigene Mittel aufgewendet hat, soll hinsichtlich dieser Eigenmittel einen Ausgleich für den Wegfall der Abschreibungen erhalten. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß es sich bei Krankenhäusern nicht um Einrichtungen handelt, die auf Gewinnerzielung gerichtet sind. Vielfach ist das Eigenkapital, das für Investitionen in Krankenhäusern aufgewendet wurde, aus karitativen Gründen zur Verfügung gestellt und in der Regel auch ausdrücklich für Krankenzwecke gebunden worden. Der Entwurf setzt voraus, daß dieses Eigenkapital grundsätzlich weiter im Krankenhaus belassen wird. Da insoweit öffentliche Mittel erspart werden, die bei Fremdfinanzierung dieser Vermögenswerte als „alte Last“ nach § 12 zu behandeln gewesen wären, erscheint es gerechtfertigt, dem Krankenhausträger einen Ausgleich zu gewähren, wenn bei Beginn der Förderung die mit Eigenmitteln beschafften Vermögenswerte im Krankenhaus noch vorhanden sind. Damit ist zugleich zum Ausdruck gebracht, daß es nicht Aufgabe der Neuregelung ist, Verluste an Eigenkapital, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes eingetreten sind, auszugleichen. Für Eigenmittel, die dem Krankenhausträger ausschließlich für das Krankenhaus zur Verfügung gestellt wurden, soll diese Regelung nicht gelten, da insoweit kein frei verfügbares Vermögen vorliegt. Die Zweckbestimmung hinsichtlich solcher Eigenmittel wird nicht dadurch geändert, daß nach der Neuregelung nunmehr die Investitionsfinanzierung aus öffentlichen Mitteln geleistet wird. Weiter erscheint der Ausgleichsanspruch nicht angebracht, soweit im Zeitpunkt seiner Gewährung noch entsprechende Vermögenswerte vorhanden sind.

Absatz 2 enthält die Grundlagen für die Berechnung des Ausgleichsanspruchs.

Krankenhäuser, die nach § 8 Abs. 2 gefördert werden, erhalten diese öffentliche Förderung nur ausnahmsweise. Es erscheint deshalb gerechtfertigt, bei ihnen von einem Ausgleich für Eigenmittel abzuweichen, da sie grundsätzlich keinen Rechtsanspruch auf öffentliche Förderung nach diesem Gesetz erhalten.

Zu § 14

Diese Vorschrift stellt klar, daß die Bewilligung der Fördermittel mit Bedingungen und Auflagen ver-

bunden werden kann, jedoch nur soweit, als diese für die Einhaltung der Ziele des Krankenhausbedarfsplans des Landes erforderlich sind. Hierin liegt eine wesentliche Einschränkung der ansonsten bei der Bewilligung von Fördermitteln gegebenen rechtlichen Möglichkeiten, in die Dispositionsbefugnis des Empfängers von Fördermitteln einzugreifen. Andererseits konnte aber auch nicht ganz auf die Befugnis, Bedingungen und Auflagen bei der Bewilligung vorzusehen, verzichtet werden, weil sich ein Bedürfnis zur Harmonisierung der Aufgabebereiche der Krankenhäuser im Interesse der Verwirklichung der Krankenhausbedarfsplanung auch nach der Aufnahme eines Krankenhauses in den Landeskrankenhausbedarfsplan noch ergeben kann.

Zu § 15

Absatz 1 enthält eine Rahmenvorschrift über die Zweckbindung der öffentlichen Mittel, die nach diesem Gesetz gewährt werden. Die nähere Regelung ist bei der Bewilligung der Mittel zu treffen. Die Vorschrift läßt bei der Zweckbindung einen gewissen Rahmen zu, indem sie vorschreibt, daß die Mittel nicht für Zwecke außerhalb des geförderten Krankenhauses verwendet werden dürfen. Damit ist es beispielsweise zulässig, Mittel, die nach § 10 für die Wiederbeschaffung von mittelfristigen Anlagegütern gewährt werden, zwischenzeitlich für andere Zwecke innerhalb des Krankenhauses zu verwenden.

Absatz 2 enthält eine modifizierte Rückerstattungspflicht für den Fall, daß ein Krankenhaus seine Aufgaben nicht mehr erfüllt. Die Begrenzung auf den Zeitwert der Krankenhausanlage beschränkt den Rückerstattungsanspruch auf den Liquidationswert, wenn ein Krankenhausträger zur Aufgabe des Betriebes aus Gründen gezwungen wird, die nicht von ihm zu vertreten sind.

Zu den §§ 16 bis 19

Der Dritte Abschnitt des Gesetzes enthält die grundlegenden Vorschriften für die künftige Pflegesatzregelung. Die Gestaltung der Pflegesätze steht in einem so engen Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, daß beide Aufgabebereiche nicht voneinander getrennt geregelt werden können. Dies ergibt sich auch aus § 4 Abs. 1 Satz 2, der klarstellt, daß bei den geförderten Krankenhäusern die Förderung und die Erlöse aus den Pflegesätzen so aufeinander abgestimmt sein müssen, daß sie zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses decken.

Wegen der besonderen Bedeutung, die den Gesundheitsleistungen im Krankenhaus für den einzelnen zukommt, können die Preise dieser Dienstleistungen nicht uneingeschränkt dem freien Markt überlassen bleiben. Es fehlt auch in den meisten Fällen an einem echten Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander und damit an einem sonst die Preisentwicklung maßgeblich beeinflussenden Element.

Die Regelung der Krankenhauspflegesätze übernimmt somit eine soziale Schutzfunktion, auf die gerade deshalb nicht verzichtet werden kann, weil der einzelne im Krankheitsfall gezwungen ist, die Krankenhausleistungen in Anspruch zu nehmen. Es fehlt daher auch an der Möglichkeit, durch Verzicht auf diese Dienstleistungen das Entgelt hierfür zu beeinflussen. Im Rahmen des vorliegenden Gesetzes hat die Pflegesatzregelung darüber hinaus die Aufgabe, dafür zu sorgen, daß die Kosten eines Krankenhauses, von denen dieses in Zukunft durch die öffentliche Förderung entlastet wird, im Pflegesatz nicht mehr berücksichtigt werden. Diesen Aufgaben kann die Pflegesatzregelung aber nur dann gerecht werden, wenn sie in ihrer rechtlichen Ausgestaltung Raum läßt für eine Anpassung an die ständigen sozialen und wirtschaftlichen Veränderungen in unserer Gesellschaft.

Zu § 16

Die wichtigsten Grundsätze der künftigen Pflegesatzregelung sind bereits in den §§ 17 und 18 enthalten. Der Rechtsverordnung nach § 16 verbleibt deshalb nur noch die Regelung derjenigen Einzelheiten, die entweder wegen ihrer vorwiegend technischen Natur oder wegen der Notwendigkeit einer ständigen Anpassung zweckmäßigerweise nicht in das Gesetz aufgenommen werden sollten oder können. Die nach Artikel 80 GG notwendige Konkretisierung der Verordnungsermächtigung ergibt sich aus den §§ 17 und 18, die bei der Anwendung der Ermächtigung zu beachten sind. Eine wichtige Voraussetzung für die künftige Pflegesatzregelung ist eine ausreichende Klarheit über die den Pflegesätzen zugrunde liegenden Kosten der Krankenhäuser. Diese Übersicht über die Kostengestaltung und Kostenentwicklung ist nicht nur für die zur Festsetzung der Pflegesätze zuständigen Behörden, sondern ebenso für die Krankenhausträger und für die Benutzer von großer Bedeutung. Die Ermächtigung läßt deshalb ausdrücklich den Erlass von Vorschriften über Rechnungs- und Buchführungspflichten zu. Die Möglichkeit, weitere Verfahrensvorschriften zu erlassen, soll dazu dienen, die Einzelheiten zu regeln, die für eine sachgemäße Durchführung des Festsetzungsverfahrens notwendig sind, zum Beispiel Inhalt und Ausgestaltung eines Selbstkostenblattes. § 16 sieht weiter vor, daß die Ermächtigung zum Erlass der Rechtsverordnung auf die Landesregierungen übertragen werden kann. Damit soll die bisher bereits gewährte Möglichkeit, durch den Bund eine Rahmenverordnung zu schaffen, die von den Ländern nach den besonderen regionalen Gegebenheiten ausgefüllt werden kann, erhalten werden. Soweit es von einem Land für notwendig gehalten wird, die Ermächtigung weiter zu übertragen, wird diese Möglichkeit durch Satz 2 ausdrücklich eröffnet.

Nach Absatz 2 sollen bestimmte Krankenhäuser, die nach diesem Gesetz nicht gefördert werden und bei denen für den Träger der Erwerbszweck im Vordergrund steht, keiner Pflegesatzregelung nach Absatz 1 unterliegen.

Zu § 17

Die Vorschrift des Absatzes 1 Satz 1 soll sicherstellen, daß bei der Pflegesatzbemessung von einheitlichen Grundsätzen ausgegangen wird.

Nach Satz 2 müssen die Pflegesätze im übrigen so bemessen werden, daß sie einen wirtschaftlichen Betrieb ermöglichen und die medizinisch und wirtschaftlich rationelle Versorgung sichern. Dabei ist zu beachten, daß nach § 4 Abs. 1 Satz 2 bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern die öffentliche Förderung und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses decken müssen. Grundlage für die Pflegesatzberechnung sind sowohl für die öffentlich geförderten als auch für die nicht öffentlich geförderten Krankenhäuser die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses. Der Gesichtspunkt der medizinisch rationellen Versorgung kann höhere Aufwendungen rechtfertigen, wenn diesen eine größere medizinische Leistungsfähigkeit des Krankenhauses entspricht. Bei gleicher medizinischer Leistungsfähigkeit kann andererseits ein erhöhter Kostenaufwand ein Anzeichen dafür sein, daß der Grundsatz der sparsamen Wirtschaftsführung nicht in dem gebotenen Umfang beachtet worden ist. Grundlage für die Pflegesatzfestsetzung soll in Zukunft eine Kosten- und Leistungsrechnung sein. Soweit die Voraussetzungen hierfür bisher noch nicht geschaffen sind, wird es Aufgabe der künftigen Pflegesatzregelung sein, durch entsprechende Buchführungs- und Rechnungsvorschriften die notwendigen Grundlagen zu schaffen. Absatz 1 Satz 2 läßt es auch zu, degressive Pflegesätze vorzuschreiben, soweit hierdurch eine Abkürzung der Verweildauer erreicht und damit eine wirtschaftlich rationelle Versorgung ohne Beeinträchtigung der medizinischen Leistungsfähigkeit gesichert werden kann. Der Entwurf sieht davon ab, bereits jetzt durch das Gesetz eine bestimmte Pflegesatzstruktur vorzuschreiben, z. B. den Pflegesatz in Regelleistungen und Mehrleistungen zu unterteilen und die Regelleistung wiederum in einen Satz für Unterkunft und Verpflegung und in einen weiteren Anteil aufzuspalten, der nach Einzelleistungen abgerechnet werden müßte. Vielmehr wird für notwendig gehalten, die sehr weitgehenden Auswirkungen solcher Bestimmungen bei den weiteren Erörterungen über die Pflegesatzregelung sorgfältig zu prüfen. Auch müßten in diese Erörterungen die Überlegungen einbezogen werden, die zu den Möglichkeiten und Auswirkungen eines degressiven Pflegesatzes angestellt worden sind, und die ebenfalls noch einer sehr eingehenden Prüfung bedürfen.

Nach Absatz 2 sind kraft Gesetzes bestimmte Kosten von der Einbeziehung in den Pflegesatz ausgeschlossen. Schlechthin in den Pflegesatz nicht eingehen sollen die Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über einen normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen. Dies entspricht bereits der geltenden Regelung. Weiter sollen auch diejenigen Kosten nicht berücksichtigt werden, die weder unmittelbar noch mittelbar der stationären Krankenhausversorgung dienen. Diese Grundsätze gelten so-

wohl für die nach diesem Gesetz geförderten Krankenhäuser als auch für die nicht öffentlich geförderten Krankenhäuser. Ausgenommen sind lediglich diejenigen Krankenhäuser, auf die das Gesetz nach § 3 keine Anwendung findet, und die in § 16 Abs. 2 genannten Krankenhäuser.

Darüber hinaus ist bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz gefördert werden, sowie bei den Hochschulkliniken nach Absatz 3 Satz 1 vorgesehen, daß zusätzlich weitere Kosten im Pflegesatz nicht berücksichtigt werden dürfen. Dabei handelt es sich vor allem um die Investitionskosten. Auch hier umfaßt der Begriff der Investitionskosten wie an allen übrigen Stellen des Gesetzes sowohl die Investitionskosten im Sinn von § 2 Nr. 2 als auch die diesen nach § 2 Nr. 3 gleichstehenden Kosten. Hier ist es der Zweck des Gesetzes, den Pflegesatz von diesen Kosten zu entlasten. Bei den Hochschulkliniken sollen die Investitionskosten ebenfalls nicht im Pflegesatz berücksichtigt werden, weil diese entweder bereits als Gemeinschaftsaufgabe gefördert werden oder als Folgekosten der Gemeinschaftsaufgabe anzusehen sind, die nicht über den Pflegesatz zu finanzieren sind. Die Kosten der kurzlebigen Wirtschaftsgüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von weniger als drei Jahren sollen dagegen in den Pflegesatz einbezogen werden, weil es sich hierbei im wesentlichen um Güter handelt, deren Abnutzung in engem Zusammenhang mit der Benutzung steht. Es scheint deshalb gerechtfertigt, sie zu den Benutzungskosten zu rechnen. Absatz 3 Nr. 2 und 3 stellen klar, daß auch die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs und ihrer Finanzierung sowie die Anlauf- und Umstellungskosten nicht über den Pflegesatz finanziert werden dürfen. Soweit sich hierdurch Schwierigkeiten ergeben, wird zu prüfen sein, ob für diese Kosten öffentliche Mittel nach der Ausnahmeregelung des § 4 Abs. 2 zu gewähren sind.

Nach Absatz 3 Nr. 4 dürfen bestimmte Kosten, die nicht durch die stationäre Krankenversorgung bedingt sind, und die nach § 4 nicht öffentlich gefördert werden, ebenfalls nicht im Pflegesatz berücksichtigt werden. Auch soweit eine Förderung außerhalb dieses Gesetzes für Selbstkosten der Krankenhäuser gewährt wird, müssen die Pflegesätze entsprechend gemindert werden. Dies wird für die öffentliche Förderung im Sinne von § 4 Abs. 5 durch Absatz 3 Nr. 5 ausdrücklich bestimmt.

Der Gefahr, daß durch eine dauernde Minderbelegung Kosten entstehen, muß durch eine entsprechende Anpassung der Krankenhausbedarfsplanung Rechnung getragen werden. Eine vorübergehende Minderbelegung ist im übrigen wie bisher im Pflegesatz zu berücksichtigen.

Absatz 4 enthält eine Vorschrift, die den Bereich der öffentlich geförderten und den der nicht öffentlich geförderten Krankenhäuser so aufeinander abstimmen soll, daß die Ziele des § 1 erreicht werden können. Die Vorschrift ist auch deshalb notwendig, weil § 371 RVO keine ausreichende Grundlage für eine solche Abstimmung bietet. Da diese Abstimmung

auch im Verhältnis zu den nach § 16 Absatz 2 keiner Pflegesatzregelung unterliegenden Krankenhäuser notwendig ist, wird durch Satz 2 klargestellt, daß Absatz 4 auch für die in § 16 Abs. 2 genannten Krankenhäuser gilt. Die Vorschrift betrifft nur das Verhältnis zwischen Krankenhausträger und Sozialleistungsträgern, nicht jedoch die Beziehungen zwischen Krankenhausträger und Benutzer des Krankenhauses.

Zu § 18

Diese Bestimmung enthält die wesentlichen Grundsätze für das Festsetzungsverfahren. Abweichend vom geltenden Recht ist eine Genehmigung der Ergebnisse von Einigungsverhandlungen über die Pflegesätze nicht mehr vorgesehen. Hierfür war maßgebend, daß bei einer Einigung der Vertragspartner auf einen Pflegesatz, der die Benutzungskosten nicht voll deckt, die Differenz möglicherweise aus den pauschalen Zuwendungen, d. h. aus öffentlichen Mitteln gedeckt werden würde. Diese Mittel würden aber für die Wiederbeschaffung der Anlagegüter, für die sie gewährt worden sind, dann fehlen. Wenn auf solche Weise erneut Defizite entstehen würden, könnten die Ziele des § 1 auf längere Sicht nicht mehr verwirklicht werden. Es besteht deshalb ein öffentliches Interesse daran, daß die Pflegesätze der öffentlich geförderten Krankenhäuser die nach § 17 berücksichtigungsfähigen Kosten decken. Angesichts dieser veränderten Ausgangslage erscheint es nicht mehr möglich, die Höhe der Pflegesätze der Einigung der Vertragspartner zu überlassen. Dennoch ist es für die festsetzende Behörde von Bedeutung, daß die beteiligten Krankenhausträger und Sozialleistungsträger zunächst Einigungsverhandlungen führen, da die Ergebnisse solcher Einigungsverhandlungen einen wichtigen Anhaltspunkt für die von beiden Vertragspartnern anerkannte Höhe der berücksichtigungsfähigen Selbstkosten darstellen. Diese Ergebnisse sind deshalb auch bei der Pflegesatzfestsetzung zu berücksichtigen. Um eine möglichst gleiche Behandlung aller Verfahren zur Pflegesatzfestsetzung zu erreichen, soll die für die Festsetzung zuständige Behörde die Vertragspartner zu Einigungsverhandlungen auffordern, falls diese nicht schon vorher diese Verhandlungen aufgenommen haben, was nach der bisherigen Praxis häufig der Fall ist. Die Festsetzung der Pflegesätze soll so rechtzeitig erfolgen, daß der Krankenhausträger bei Kostenerhöhungen möglichst bald die diesen entsprechenden neuen Pflegesätze erhält. Absatz 1 Satz 3 beschränkt deshalb die Frist der Einigungsverhandlungen auf sechs Wochen.

Die bisher bewährte Regelung der Gruppenpflegesätze soll auch in Zukunft beibehalten werden. Die Gruppenpflegesätze sind für eine Gruppe gleichartiger Krankenhäuser ein Maßstab für die sparsame Wirtschaftsführung. Krankenhäuser einer Gruppe, deren Selbstkosten oberhalb des Gruppenpflegesatzes liegen, werden hierdurch angehalten, ihre Kostengestaltung zu überprüfen und den Kosten der Gruppe anzupassen. In diesem Sinne sind die Gruppenpflegesätze auch mit dem in § 4 Abs. 1 Satz 2 niedergelegten Grundsatz zu vereinbaren.

Zu § 19

Der Übergang auf die neue Pflegesatzregelung bedarf aus rechtlichen und verwaltungsmäßigen Gründen einer gewissen Frist. Für diesen Zeitraum bestimmt Absatz 1, daß die bisherigen Pflegesätze und auch die bisherigen preisrechtlichen Vorschriften weitergelten. Kostenerhöhungen, die nach dem bisherigen Recht zu einer Erhöhung der Pflegesätze führen, können in gleicher Weise auch während dieser Übergangszeit berücksichtigt werden. Da jedoch mit Inkrafttreten dieses Gesetzes auch die Förderung nach den Bestimmungen des Zweiten Abschnitts aufgenommen werden soll, erhalten die geförderten Krankenhäuser von Beginn der Förderung an öffentliche Mittel für Kosten, die nach dem bisherigen Recht im Pflegesatz zu berücksichtigen waren. Aus diesem Grund müssen aber die der öffentlichen Förderung entsprechenden Kostenbestandteile aus den Pflegesätzen ausgegliedert und diese entsprechend erniedrigt werden.

Absatz 2 soll sicherstellen, daß eventuell eintretende Mehrbelastungen der Benutzer durch den Pflegesatz, die beim Übergang von der bisherigen Regelung auf die neue gesetzliche Regelung nicht ausgeschlossen werden können, sich in einem vertretbaren Rahmen halten. Ob und in welchem Umfang solche Mehrbelastungen eintreten werden, hängt von den regionalen Sonderverhältnissen ab. Dies dürfte insbesondere für kommunale Schwerpunktkrankenhäuser in größeren Städten zutreffen. Insgesamt muß mit einer Mehrbelastung der Benutzer oder ihrer Kostenträger in Höhe von schätzungsweise 450 Millionen DM jährlich gerechnet werden. Durch die Regelung in Absatz 2 wird diese Mehrbelastung in jedem Fall auf höchstens 7,5 v. H. begrenzt. Gehen diese Mehrbelastungen über diese Grenze hinaus, so ist ein Ausgleich aus öffentlichen Mitteln und im übrigen eine stufenweise Anhebung um höchstens weitere 7,5 v. H. jährlich vorgesehen. Es kann bei dieser Regelung davon ausgegangen werden, daß in allen Fällen durch die stufenweise Anhebung die Mehrbelastung innerhalb des in Absatz 2 genannten Zeitraumes aufgefangen werden kann.

Zu den §§ 20 bis 25

Die §§ 20 bis 25 betreffen die Finanzhilfen des Bundes. Aus der Fassung des § 20 in Verbindung mit den übrigen Vorschriften des Vierten Abschnitts ergibt sich, daß als verfassungsrechtliche Grundlage Artikel 104 a Abs. 4 GG herangezogen wird. Wegen der Anwendbarkeit dieser Verfassungsbestimmung für die Förderung von Investitionen in Krankenhäusern wird auf die Ausführungen im Allgemeinen Teil der Begründung Bezug genommen.

Zu den §§ 20 und 21

§ 21 enthält die Verpflichtung, daß vom Bund für Finanzhilfen ein Drittel des Betrages bereitzustellen ist, der die Erhaltung des in Absatz 1 genannten Bettenbestandes der geförderten Krankenhäuser er-

möglichst, jedoch begrenzt durch die sich aus dem Finanzplan des Bundes in seiner jeweiligen Fortschreibung ergebenden Beträge. Der Entwurf geht davon aus, daß der derzeit vorhandene Bettenbestand ausreicht, um die Versorgung der Bevölkerung der Zahl der Betten nach sicherzustellen. Der Beitrag des Bundes soll dazu dienen, den vorhandenen Bettenbestand zu konsolidieren und zu modernisieren. Aus Gründen der Konzentration der Bundesmittel wird die Beteiligung des Bundes auf die Krankenhäuser mit mehr als 100 planmäßigen Betten beschränkt. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, daß der Bund sich vor allem an den Kosten derjenigen Krankenhäuser beteiligen will, die durch ihre Ausstattung einen besonders hohen Finanzbedarf haben. Der Bund sieht es als seine Aufgabe an, in diesem Bereich durch seine Finanzhilfen zur Entlastung der Länder beizutragen. Ein erhöhter Bettenbedarf, der über das hinausgeht, was nach diesen Grundsätzen und nach der Verteilungsregelung in § 22 als Finanzhilfe des Bundes den Ländern zuzuweisen ist, muß aus Mitteln der Länder finanziert werden. Dies entspricht auch der Regelung des Gesetzes, nach der die Steuerung der Krankenhausversorgung und die Erfüllung des Bettenbedarfs über die Krankenhausbedarfsplanung von den Ländern wahrzunehmen ist. Für die Haushaltsjahre 1971 bis 1974 wird bereits durch das Gesetz festgelegt, welcher Betrag vom Bund auf der Grundlage der in § 21 Abs. 1 aufgestellten Grundsätze bereitzustellen ist. Dabei ergibt sich aus dem Wortlaut des Absatzes 4, daß als Finanzhilfen des Bundes vom Gesetzgeber diejenigen Beträge angesehen werden, die mit den in Absatz 4 bezifferten Beträgen beschafft werden sollen. Dies sind nach den im Finanzplan des Bundes für die Jahre 1970 bis 1974 gemachten Angaben folgende Beträge: 300 Millionen DM für das zweite Halbjahr 1971, 636 Millionen DM für 1972, 656 Millionen DM für 1973 und 675 Millionen DM für 1974.

Für die Berechnung dieser Beträge ist von folgenden Grundlagen ausgegangen worden. Nach Abzug der Betten, die nach § 4 Abs. 3 nicht in die Förderung einbezogen werden, verbleiben für die Förderung auf Grund dieses Gesetzes rd. 460 000 Betten. Von dieser Bettenzahl sind für die Berechnung der Bundesbeteiligung weiter diejenigen Betten abzuziehen, die derzeit in Krankenhäusern mit weniger als 100 planmäßigen Betten stehen. Dies sind etwa 50 000 Betten, so daß für die Bundesbeteiligung von 410 000 Betten auszugehen ist. Als Bettenwert wurde für 1971 ein durchschnittlicher Betrag von 72 100 DM zugrunde gelegt. Dabei sind die Kosten, die nach § 2 Nr. 2 nicht zu den Investitionskosten gehören oder die nach § 4 Abs. 3 Nr. 8 bis 10 nicht gefördert werden können, nicht mit berücksichtigt.

Auf der Grundlage der vorstehenden Daten würde unter Berücksichtigung einer geschätzten „alten Last“ (§ 12) für die Bundesbeteiligung von Aufwendungen in Höhe von insgesamt 1,8 bis 1,9 Milliarden DM auszugehen sein. Da für 1971 nur die Hälfte dieses Betrages notwendig ist, entsprechen die in Aussicht genommenen Finanzhilfen des Bundes in Höhe von 300 Millionen DM etwa einem Drittel dieses Betrages.

Für die Zeit ab 1975 ist für die Bundesbeteiligung von den für die Jahre 1971 bis 1974 maßgebenden Beträgen unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Steigerungsrate der Bettenwerte auszugehen.

Soweit der Bund die Finanzhilfen nicht in Form von Zuschüssen bereitstellen kann, soll er nach Absatz 3 auch befugt sein, die Finanzhilfen durch die Übernahme des Schuldendienstes für Kapitalmarktmittel zu beschaffen. Für diesen Zweck sieht die Vorschrift eine Ermächtigung des Bundesministers der Finanzen vor, die in Übereinstimmung mit den Vorschriften des Haushaltsgesetzes des Bundes die rechtliche Grundlage für diese Finanzierungsweise bildet. Die Fassung des Absatzes 3 Satz 2 stellt klar, daß sich der Vorbehalt des Haushaltsgesetzes in Absatz 3 nur auf den Umfang der Befugnis zur Kreditaufnahme erstreckt. Im übrigen bleibt die Verpflichtung zur Bereitstellung der sich aus Absatz 1 ergebenden Beträge als Finanzhilfen des Bundes unberührt.

Zu § 22

Diese Bestimmung regelt die Verteilung der nach § 21 errechneten Finanzhilfen des Bundes. Nach den Vorstellungen, die dem Entwurf zugrunde liegen, sollen die Finanzhilfen des Bundes in Höhe von 85 v. H. nach der Einwohnerzahl des Landes, und in Höhe von 15 v. H. nach Schwerpunkten zugewiesen werden. Eine solche Regelung erscheint im Hinblick auf Artikel 104 a Abs. 4 GG notwendig und mit dieser Verfassungsvorschrift vereinbar, da sie die dem Bund hiernach obliegende Funktion, für einen Ausgleich der unterschiedlichen Wirtschaftskraft der Länder zu sorgen, ermöglicht. Die Regelung ist auch mit Rücksicht auf den sich aus Artikel 72 GG ergebenden Gedanken, daß der Bund durch seine Gesetzgebung zur Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse beitragen soll, erforderlich. Der Erfüllung dieser Ziele dient vor allem Absatz 2. Abgesehen von der verfassungsrechtlichen Notwendigkeit erscheint es auch von der Sache her geboten, diese Aufteilung der Finanzhilfen vorzusehen. Zwar kann auch über die in Absatz 1 enthaltene Zuteilung nach der Einwohnerzahl auf längere Sicht ein gewisser Ausgleich einer unterschiedlichen Krankenhausversorgung bewirkt werden, jedoch könnten die in Absatz 2 genannten Aufgaben mit einer Verteilung der Finanzhilfen ausschließlich nach der Einwohnerzahl nicht oder nicht in dem gebotenen Umfang bewältigt werden.

Durch Absatz 3 soll erreicht werden, daß die von Bund und Ländern aufgewendeten Mittel in einem gleichbleibenden Verhältnis zueinander stehen. Dabei wird entsprechend der grundsätzlichen Regelung in § 21 davon ausgegangen, daß der Bund zu den Lasten, die sich aus der Durchführung des Gesetzes ergeben, rund ein Drittel beiträgt, während von den Ländern und den Gemeinden, soweit die Länder von der nach Landesrecht gegebenen Möglichkeit Gebrauch machen, die Gemeinden an den Lasten aus diesem Gesetz zu beteiligen, rund zwei Drittel aufzubringen sind.

Damit soll erreicht werden, daß innerhalb eines Dreijahreszeitraums insgesamt von den Ländern

mindestens das Doppelte der Finanzhilfen des Bundes aufgebracht wird. Um den Ländern einen gewissen Spielraum in ihren finanziellen Dispositionen zu belassen, ist ein Ausgleich innerhalb des oben genannten Zeitraumes vorgesehen.

Zu § 23

Um dem Deutschen Bundestag auf Anforderung einen Bericht über die Verwendung der zur Förderung der Investitionen in Krankenhäusern durch den Bund bereitgestellten Finanzhilfen erstatten zu können, sieht § 23 vor, daß die Länder dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit die erforderlichen Angaben übermitteln.

Zu § 24

Auch die Finanzhilfen unterliegen der Systematik der Bundeshaushaltsordnung. Sie sind Bundesmittel, die an Stellen außerhalb der Bundesverwaltung — an die Länder — gegeben werden, und zwar zur Erfüllung bestimmter Zwecke, nämlich zur Förderung von Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Nach § 23 der Bundeshaushaltsordnung sind sie damit Zuwendungen. Bereits § 12 Stabilitätsgesetz bringt den Begriff der Finanzhilfen und definiert sie als Unterfall von Zuwendungen.

Da die Finanzhilfen Zuwendungen sind, ist für ihre Verwendung ein Nachweis gegenüber dem Bund notwendig. Nicht erforderlich ist allerdings, daß der Nachweis den in der Bundeshaushaltsordnung festgelegten Anforderungen entspricht. Ausreichend ist vielmehr ein vereinfachter Verwendungsnachweis. Da dies im Gesetz geregelt werden muß, bestimmt Absatz 2, welche Angaben erforderlich sind, um gegenüber dem Bund diesen vereinfachten Verwendungsnachweis zu führen. Absatz 3 weist noch einmal darauf hin, daß ein weitergehender Verwendungsnachweis gegenüber dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit nicht erforderlich ist und nicht erbracht zu werden braucht. Im übrigen gelten die Verwaltungsvorschriften zur Bundeshaushaltsordnung, soweit sie auf das Verhältnis des Bundes zu den Ländern anwendbar sind.

Die Frage, ob die Leistungen der Länder an die Krankenhausträger zur Förderung nach diesem Gesetz als Zuwendungen im Sinne des Haushaltsrechts anzusehen sind, ist in § 24 nicht angesprochen, da diese Vorschrift sich nur auf das Verhältnis Bund—Länder bezieht.

Zu § 25

Ein wesentlicher Beitrag zu einer verbesserten Wirtschaftlichkeit sowohl des Krankenhausbaus als auch des Krankenhausbetriebs ist von einer Förderung der Forschung in diesem Bereich zu erwarten. Diese Forschung kann nicht wie bisher im wesentlichen freien Forschungseinrichtungen überlassen werden. Es handelt sich um eine ständige Aufgabe. Um die Erfüllung dieser Aufgabe in der zweckmäßigsten Weise und auf die Dauer sicherstellen zu können, muß die Förderung der Forschung im Gesetz verankert werden.

Zu § 26

Durch die Rechtsverordnungen nach § 26 Abs. 1 sollen die notwendigen ergänzenden Bestimmungen zu einzelnen Gesetzesvorschriften getroffen werden. Es handelt sich hierbei um Detailregelungen, die wegen ihrer mehr technischen Natur und wegen der Notwendigkeit der Anpassung an veränderte Verhältnisse zweckmäßig nicht im Gesetz zu regeln sind.

Absatz 2 sieht eine erweiterte Auskunftsmöglichkeit vor, um die weithin beklagten Mängel über Unterlagen im Bereich des Krankenhauswesens zu beseitigen und damit die Krankenhausstatistik auf einen Stand zu bringen, der sowohl für die Durchführung und Fortentwicklung des Gesetzes als auch für die internationale Zusammenarbeit auf diesem Gebiet unerlässlich ist.

Zu § 27

Diese Vorschrift enthält die notwendige Übergangsregelung für diejenigen Länder, in denen die Vorbereitung der Landeskrankenhausbedarfsplanung bis zum Inkrafttreten des Gesetzes noch nicht abgeschlossen ist.

Zu § 28

§ 28 enthält die übliche Berlin-Klausel.

Zu § 29

Das Gesetz soll wegen der schwierigen finanziellen Lage der Krankenhäuser zum frühestmöglichen Zeitpunkt in Kraft treten. Unter Berücksichtigung des für die Beratung durch die parlamentarischen Körperschaften noch erforderlichen Zeitraumes ist der 1. Juli 1971 als frühester Termin anzusehen.

Stellungnahme des Bundesrates

1. Zum Gesetzentwurf

Der Bundesrat begrüßt die mit dem Gesetzentwurf verfolgten Bemühungen der Bundesregierung, alle Maßnahmen zur Sicherung der Krankenhausversorgung entsprechend den steigenden Anforderungen fortzuentwickeln und aufeinander abzustimmen. Der Bundesrat stimmt auch der Auffassung zu, daß die Finanzierung der Vorhaltung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe ist und die Beteiligung der öffentlichen Hand an den Kosten der Krankenhäuser wesentlich gesteigert werden muß.

Jedoch sind nach Meinung des Bundesrates die notwendigen gesamtwirtschaftlichen und finanzpolitischen Voraussetzungen für das Gesetz in der von der Bundesregierung vorgeschlagenen Fassung gegenwärtig noch nicht gegeben.

Der Kostenschätzung der Bundesregierung liegt für 1972 ein Bettenwert von 74 300 DM zugrunde. Demgegenüber beträgt der Bettenwert bei nur einfachen Krankenhäusern bereits jetzt 100 000 DM. Allein unter Zugrundelegung dieses Bettenwertes belaufen sich die Gesamtausgaben nach diesem Gesetz im Jahre 1972 auf 3,3 Mrd. DM. Hieraus ergeben sich nach Berücksichtigung der Kapitalmarktmittel von rd. 0,6 Mrd. DM, für die der Bund den Schuldendienst übernehmen will, für Länder und Gemeinden Mehraufwendungen von 1,1 Mrd. DM, für die in den Finanzplanungen keine Deckung besteht. Angesichts des engen Zusammenhangs des Bettenwertes mit der Baukostenentwicklung und im Hinblick auf die hohen Anforderungen an Krankenhausneubauten muß mit weiteren Erhöhungen des Bettenwertes gerechnet werden. Sie würden voll zu Lasten der Länder gehen und damit die Deckungslücke von 1,1 Mrd. DM weiter vergrößern. Ferner ist zu berücksichtigen, daß in naher Zukunft weitere Belastungen ganz erheblichen Umfangs, z. B. in den Bereichen Bildung, Verkehr, Umweltschutz (einschließlich Schutz gegen Fluglärm) sowie Städtebau und Wohnungswesen, auf Bund, Länder und Gemeinden zukommen werden. Alle diese Belastungen müssen in einem Gesamtzusammenhang gesehen werden. Es ist bisher nicht geklärt, ob und ggf. wie sie volkswirtschaftlich und finanzpolitisch verkraftet werden können.

Dieser gesamtwirtschaftlichen und finanzpolitischen Problematik wird die dem vorliegenden Gesetzentwurf zugrunde liegende Finanzierungskonzeption nicht gerecht, das Obligo des Bundes auf — verhältnismäßig — niedrige, fest bestimmte Beträge (§ 21) zu beschränken, den Ländern dagegen eine umfassende finanzielle Verpflichtung (§§ 9 bis 13, § 19 Abs. 2) aufzuerlegen und die — für sie unlösbare — Deckungsfrage ihnen zu überlassen.

Trotz dieser Bedenken sieht der Bundesrat davon ab, im ersten Durchgang den Gesetzentwurf abzulehnen. Der Bundesrat vermag jedoch seine Zu-

stimmung für den zweiten Durchgang nur dann in Aussicht zu stellen, wenn unter Berücksichtigung der folgenden Stellungnahme des Bundesrates im weiteren Gesetzgebungsverfahren die notwendigen finanzpolitischen Voraussetzungen für das Gesetz noch erfüllt werden. Vor allem ist es im Hinblick auf die mit der Durchführung des Gesetzes verbundenen Belastungen für die Länder unverzichtbar, daß sich der Bund mit einem Drittel an den vollen Kosten beteiligt.

2. Zu § 2 Nr. 2 Buchstabe a

In Nummer 2 Buchstabe a ist das Wort „Anschaffung“ durch das Wort „Erstanschaffung“ zu ersetzen.

Begründung

Diese Änderung dient der Klarstellung.

3. Zu § 2 Nr. 2 letzter Halbsatz, § 4 Abs. 2 Satz 2 und § 17 Abs. 3 Nr. 2

a) § 2 Nr. 2 letzter Halbsatz ist nach den Worten „des Grundstückserwerbs“ wie folgt zu fassen:

„... der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung.“

b) In § 4 Abs. 2 sind in Satz 2 nach den Worten „des Erwerbs“ die Worte „und der Erschließung“ einzufügen.

c) § 17 Abs. 3 Nr. 2 ist wie folgt zu fassen:

„2. Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung.“

Begründung

Notwendige Ergänzung, da die Kosten der Grundstückerschließung nicht ohne weiteres zu den Grundstückserwerbskosten gezählt werden können. Die Änderungen der §§ 4 und 17 sind Folgen der Ergänzung des § 2 Nr. 2.

4. Zu § 2 Nr. 4

Nummer 4 ist wie folgt zu fassen:

„4. Pflegesätze

die Entgelte an den Krankenhausträger für die Inanspruchnahme von Leistungen im Krankenhaus.“

Begründung

Die im Gesetzentwurf enthaltene Definition ist zu weitgehend. Danach würden auch die Ent-

gelte der Selbstzahler an den Arzt, ferner die Entgelte an die Belegärzte und an die Beleghebammen umfaßt sein. Abgesehen davon, daß damit wiederum ein vom Bund nicht beabsichtigter Eingriff in die innere Krankenhausstruktur enthalten wäre, muß an der ursprünglich und allgemein anerkannten Bedeutung des Pflegesatzes als Entgelt für Versorgungsleistungen des Krankenhausträgers festgehalten werden.

5. **Zu § 4 Abs. 1**

In Absatz 1 Satz 2 sind nach dem Wort „decken“ die Worte „, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt“ einzufügen.

Begründung

Es ist notwendig, die Eigenleistung des Krankenhausträgers zu berücksichtigen, die weder einer Förderung zugänglich ist noch über den Pflegesatz abgedeckt werden soll.

6. **Zu § 4 Abs. 3 Nr. 2**

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte die Fassung des § 4 Abs. 3 Nr. 2 im Hinblick darauf überprüft werden, ob nicht wegen der Fassung der Bestimmungen der Gemeinnützigkeitsverordnung auf den Träger des Krankenhauses abgestellt und insbesondere § 10 Abs. 2 der Gemeinnützigkeitsverordnung berücksichtigt werden sollte.

7. **Zu § 4 Abs. 3 Nr. 9**

In § 4 Abs. 3 Nr. 9 sind die Worte „sowie Einrichtungen, für die auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften eine Verpflichtung zur öffentlichen Förderung besteht,“ zu streichen.

Begründung

Soweit nach landesrechtlichen Bestimmungen bisher eine Verpflichtung der öffentlichen Hand zur Förderung von Krankenhäusern begründet ist, ist der Ausschluß der Förderung nach diesem Gesetz nicht angängig. Eine Doppelförderung kann auch durch die allgemein möglichen Auflagen und Bedingungen ausgeschlossen werden.

8. **Zu § 4 Abs. 3 Nr. 9**

In § 4 Abs. 3 Nr. 9 sind am Ende die Worte „; dies gilt nicht für Einrichtungen im Sinne des § 37 Abs. 5 Satz 1 des Bundes-Seuchengesetzes vom 18. Juli 1961 (Bundesgesetzbl. I S. 1012),“ einzufügen.

Begründung

Nach der genannten Vorschrift des Bundes-Seuchengesetzes müssen die Gemeinden (Gemeindeverbände) in Krankenhäusern für die Absonderung bestimmter ansteckend Kranker Infek-

tionsabteilungen vorhalten. Es wäre nicht vertretbar, die Infektionsabteilungen dieser öffentlichen Krankenhäuser, die für solche Absonderungen zur Verfügung stehen, von der Förderung auszuschließen. Die Infektionsabteilungen sind ein wesentlicher Bestandteil eines Allgemeinkrankenhauses.

9. **Zu § 4 Abs. 5 und § 17 Abs. 3 Nr. 5**

§ 4 Abs. 5 ist zu streichen.

§ 17 Abs. 3 Nr. 5 ist wie folgt zu fassen:

„5. Kosten, für die eine sonstige öffentliche Förderung gewährt wird.“

Begründung

Das Gesetz kann und will eine über das Gesetz hinausgehende Förderung nicht ausschließen. Es ist deshalb überflüssig auszuführen, daß eine sonstige öffentliche Förderung von Krankenhäusern unberührt bleibt. Für eine Streichung spricht auch die Überlegung, daß niemand veranlaßt werden sollte, im Hinblick auf bisherige Verhaltensweisen weiterhin Förderungsmaßnahmen über dieses Gesetz hinaus zu fordern.

Die Änderung des § 17 Abs. 3 Nr. 5 ist die Folge der Streichung des § 4 Abs. 5.

10. **Zu § 6 Abs. 2**

§ 6 Abs. 2 ist wie folgt zu fassen:

„(2) Vor der endgültigen Aufstellung der mehrjährigen Programme berät der Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser über die gegenseitige Abstimmung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme mit dem Ziel, den in § 1 bezeichneten Zweck dieses Gesetzes zu erreichen. Entsprechendes gilt für die Anpassung und Durchführung der Programme.“

Begründung

Dem in § 6 Abs. 2 und § 7 erwähnten Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser obliegt nach dem Gesetzentwurf eine Beratungs- und Koordinierungsfunktion mit dem Ziel, daß für das Bundesgebiet ein Gesamtprogramm entsteht. Artikel 104 a Abs. 4 GG gibt als Ausnahme von Artikel 104 a Abs. 1 GG dem Bund das Recht, für Aufgaben der Länder Finanzhilfen zu gewähren. Da die Vorschrift allein der Abgrenzung bei der Finanzierung dient, lassen sich aus ihr keine Verwaltungszuständigkeiten des Bundes herleiten. Das in dem Gesetzentwurf vorgesehene Zusammenwirken von Bundes- und Landesbehörden mit dem Ziel der Entstehung eines Gesamtplans stellt zudem eine verfassungsrechtlich unzulässige Mischverwaltung dar.

11. **Zu § 7 Abs. 1**

In Absatz 1 ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Der Ausschuß kann die durch einzelne Beratungsgegenstände Betroffenen beteiligen.“

Begründung

Nach der jetzigen Fassung hat der Ausschuß die durch die Beratungsgegenstände Betroffenen zu beteiligen. Das werden häufig die Krankenhausträger selbst sein. Ihre obligatorische Beteiligung ist jedoch nicht praktikabel und nicht geboten. Eine Kann-Bestimmung genügt.

12. Zu § 7 Abs. 2

In Absatz 2 Satz 1 sind die Worte „und Koordination“ zu streichen.

Begründung

Vergleiche die Begründung zur Änderung des § 6 Abs. 2 (Ziff. 15).

13. Zu § 7 Abs. 3

Absatz 3 ist wie folgt zu fassen:

„(3) Der Ausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit führt die Geschäfte.“

Begründung

Diese Regelung betont die Selbständigkeit des Ausschusses und dient einem besseren Zusammenwirken der im Ausschuß Vertretenen.

14. Zu § 9 Abs. 1

In Absatz 1 ist nach Satz 1 folgender neuer Satz einzufügen:

„Die Aufbringung der nicht vom Bund bereitzustellenden Fördermittel durch Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände regelt die Landesgesetzgebung; sie kann bestimmen, daß sich auch nichtkommunale Krankenhausträger mit einem angemessenen Beitrag an den Investitionskosten beteiligen.“

Begründung

Der erste Halbsatz enthält eine notwendige Klarstellung. Die im zweiten Halbsatz vorgesehene Möglichkeit einer angemessenen Selbstbeteiligung der nichtkommunalen Krankenhausträger ist notwendig, um den Aufwand der öffentlichen Hand in einem vertretbaren Umfang zu halten.

15. Zu § 10 Abs. 1 und 2

a) In § 10 Abs. 1 sind nach den Worten „in Höhe von“ einzufügen die Worte „mindestens 1,4 vom Hundert bis höchstens“.

b) In § 10 Abs. 2 Satz 1 sind nach den Worten „in Höhe von“ die Worte „mindestens 0,65 vom Hundert bis höchstens“ einzufügen.

Begründung zu a) und b)

Die Krankenhäuser innerhalb der einzelnen Bundesländer verfügen gemäß ihrer unter-

schiedlichen Zielsetzung auch über ein entsprechend unterschiedliches Anlagevermögen. Bei der Reinvestierung der kurz- und mittelfristigen Anlagegüter ist hierauf Rücksicht zu nehmen.

16. Zu § 10

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren festzustellen, ob

1. eine den tatsächlichen Erfordernissen gerecht werdende Zuweisung von Finanzierungsmitteln für die Wiederbeschaffung der kurz- und mittelfristigen Anlagegüter ausschließlich über den Bettenwert oder einen vom Bettenwert unabhängigen Bettenrichtwert sinnvoll gesteuert werden kann;
2. das Verhältnis der lang-, mittel- und kurzfristigen Anlagegüter bei allen Krankenhäusern gleich ist, unabhängig davon, in welchem Jahr die Häuser errichtet wurden, über welche Bettenzahl und technische sowie medizinisch-technische Einrichtungen sie verfügen und wie die Betten auf einzelne Disziplinen aufgeteilt sind;
3. die angenommene durchschnittliche Nutzungsdauer, die ihren Ausdruck in der Höhe der Abschreibungssätze für die kurz- und mittelfristigen Anlagegüter finden, den tatsächlichen Gegebenheiten entspricht.

17. Zu § 10 Abs. 6

§ 10 Abs. 6 letzter Satz ist wie folgt zu fassen:

„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Bettenwert für Gruppen gleichartiger Krankenhäuser zu pauschalieren.“

Begründung

Der Bettenwert ist von entscheidender Bedeutung für die finanziellen Auswirkungen des Gesetzes. Über seine tatsächliche Höhe gibt es unterschiedliche Aussagen. Bei dem erkennbaren Ausmaß der finanziellen Belastungen ist zu erwarten, daß es zu einer nicht nur durch regionale Kostendifferenz begründeten unterschiedlichen Handhabung des Verordnungsrechts durch die Länder käme. Damit entstünde die Gefahr einer dem Grundgedanken des § 1 zuwiderlaufenden Qualitätskonkurrenz.

18. Zu § 11 Abs. 2

Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

„(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die nach § 10 Abs. 2 gewährten Fördermittel, soweit von der Ermächtigung nach § 10 Abs. 2 Satz 2 Gebrauch gemacht worden ist. Im übrigen dürfen die pauschal gewährten Fördermittel nach § 10 zu dem in Absatz 1 Satz 1 bezeichneten Zweck verwendet werden, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der

mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird."

Begründung

Die Neufassung unterscheidet klar zwischen der Einzelförderung nach § 10 Abs. 2 (vgl. Satz 1) und der Pauschalförderung nach § 10 Abs. 1 und 2 (vgl. Satz 2). Sie entspricht der amtlichen Begründung, vermeidet jedoch Unklarheiten, insbesondere über die Bedeutung des Satzes 1 Halbsatz 2.

19. Zu § 13

§ 13 ist zu streichen.

Begründung

Der vorgesehene Ausgleich für Eigenmittel ist zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nicht notwendig. Wird er bei Beendigung der Förderung gewährt, also in der Regel bei Aufgabe des Krankenhauses, so kommt die Förderung nicht mehr dem Krankenhaus und damit auch nicht der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung zugute (vgl. § 1). Gleiches gilt, wenn der Ausgleich nach Ablauf der Nutzungsdauer der langfristigen Anlagegüter gewährt wird, das Krankenhaus aber noch nicht neu errichtet wird. Soll dagegen das Krankenhaus neu errichtet werden, genügt die Förderung des Neubaus nach diesem Gesetz.

20. Zu § 14

An § 14 ist folgender Satz 2 anzufügen:

„Die Bewilligung der Fördermittel nach § 8 Abs. 2 kann außerdem mit Bedingungen oder Auflagen verbunden werden, die für die Umstellung erforderlich sind.“

Begründung

In den Fällen des § 8 Abs. 2 (Umstellung nicht bedarfsgerechter Krankenhäuser auf andere Aufgaben) muß sichergestellt sein, daß die Umstellung auch tatsächlich erfolgt. Dies ist bisher weder nach § 14 noch nach § 15 möglich, da dort nur auf die Einhaltung des Krankenhausbedarfsplans abgestellt wird. Die hier in Betracht kommenden Krankenhäuser sind aber nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen.

21. Zu § 14

In § 14 ist das Wort „nur“ zu streichen und folgender Satz 3 anzufügen:

„Die Landesförderungsbedingungen bleiben unberührt.“

Begründung

Die Länder haben zum Teil in ihren derzeitigen Förderungsbedingungen Konditionen, die über die Bedingungen, die nach § 14 möglich sind,

hinausgehen. Es ist notwendig, daß diese Landesförderungsbedingungen auch nach Inkrafttreten des Gesetzes aufrechterhalten werden können.

22. Zu § 15 Abs. 3 (neu)

In § 15 ist folgender Absatz 3 anzufügen:

„(3) Die Fördermittel können zurückverlangt werden, wenn sie entgegen festgesetzten Bedingungen oder Auflagen verwendet werden.“

Begründung

Im Interesse der Krankenhausplanung muß auch dann die Möglichkeit, die Fördermittel zurückzuverlangen, bestehen, wenn Auflagen oder Bedingungen nicht erfüllt werden.

23. Zu § 15 Abs. 4 (neu)

In § 15 ist folgender Absatz 4 anzufügen:

„(4) Absatz 3 gilt entsprechend, wenn nach Beendigung der Förderung gemäß § 8 Abs. 2 die Umstellung auf andere Aufgaben nicht erfolgt.“

Begründung

Es ist nicht berechtigt, dem Träger eines ehemaligen Krankenhauses die zur Erleichterung einer späteren Umstellung gewährten Fördermittel zu belassen, wenn diese Umstellung unterbleibt.

24. Zu § 16 Abs. 2

In Absatz 2 sind die Worte „Nr. 2, 4 oder 7“ zu ersetzen durch die Worte „Nr. 2“.

Begründung

Auch Tuberkulosekrankenhäuser und Kurkrankenhäuser (§ 4 Abs. 3 Nr. 4 und 7) sollten in die Pflegesatzregelung einbezogen werden.

25. Zu § 19 Abs. 1

Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Die bisher geltenden preisrechtlichen Vorschriften sind weiterhin anzuwenden, bis sie durch eine Rechtsverordnung nach § 16 Abs. 1 außer Kraft gesetzt werden. Bei der Ermittlung der Selbstkosten sind die nach diesem Gesetz gewährten Fördermittel in Abzug zu bringen. Genehmigte oder festgesetzte Pflegesätze sind zu ermäßigen, soweit sie die Selbstkosten übersteigen.“

Begründung

Die vorgeschlagene Fassung beseitigt Unklarheiten, indem festgelegt wird,

a) daß auch in der Übergangszeit Pflegesatzänderungen möglich sind, wenn Kostenänderungen eintreten,

- b) daß die Fördermittel von den Selbstkosten und nicht vom Pflegesatz in Abzug zu bringen sind,
- c) daß genehmigte oder festgesetzte Pflegesätze an die durch dieses Gesetz geschaffenen geänderten Verhältnisse anzupassen sind.

26. Zu § 19 Abs. 2 und § 22 Abs. 3

- a) § 19 Abs. 2 ist zu streichen.
- b) In § 22 Abs. 3 sind die Worte „und § 19 Abs. 2“ zu streichen.

Begründung

Die Vorschrift dient letztlich der Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen. Das ist nicht Sache der Länder. Sollte eine teilweise Abgeltung des Pflegesatzes tatsächlich notwendig werden, so wäre dies außerhalb des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu regeln. Überdies ist es zweifelhaft, ob die vorgesehene Regelung auf Artikel 74 Nr. 19 a GG gestützt werden kann.

Da der Entwurf mit der vorgesehenen Regelung die Trennung zwischen Benutzer- und Vorhaltekosten aufgibt, begegnet diese Vorschrift auch im Hinblick auf die nicht genau kalkulierbaren Belastungen der öffentlichen Hand erheblichen Bedenken, auch dann, wenn diese Regelung ausdrücklich als Übergangsregelung konzipiert ist. Als Folge der Streichung muß in § 22 Abs. 3 Satz 1 der Hinweis auf § 19 Abs. 2 entfallen.

27. Zum 4. Abschnitt

- a) Der Bundesrat hat Bedenken, ob der 4. Abschnitt — Finanzhilfen des Bundes — auf Artikel 104 a Abs. 4 GG gestützt werden kann. Dies ist nach dem Wortlaut und nach der Entstehungsgeschichte der Vorschrift zweifelhaft. Die Generalklausel sollte nämlich nach Ansicht des Vermittlungsausschusses auf reine wirtschaftliche Tatbestände beschränkt sein, wozu die Finanzierung von Investitionen im Krankenhauswesen nicht gerechnet werden kann.

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob die Mitfinanzierung durch den Bund auf eine einwandfreie Rechtsgrundlage gestellt werden kann. Bei Verneinung dieser Möglichkeit sollte die Vorlage eines Gesetzes nach Artikel 106 Abs. 4 GG in Erwägung gezogen werden.

Der Bundesrat behält sich im Hinblick hierauf seine Stellungnahme zum 4. Abschnitt bis zum zweiten Durchgang vor.

- b) Dem Regierungsentwurf liegt die Annahme zugrunde, zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser genüge es, den Ländern eine umfassende Verpflichtung zur finanziellen Förderung aufzuerlegen und die Beteiligung

des Bundes auf vergleichsweise niedrige, fest bestimmte Beträge zu beschränken. Demgegenüber muß mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, daß die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser ebenso wie die Lösung der anderen drängenden Gegenwartprobleme z. B. in den Bereichen Bildung, Verkehr, Wohnungsbau und Umweltschutz nicht nur eine Frage der Verpflichtung zum Handeln, sondern in erster Linie eine Frage ausreichender finanzieller Mittel ist. Die Finanzmasse der Länder reicht jedoch bereits jetzt zur Deckung der gegenwärtigen Aufgaben nicht aus. Eine Verstärkung der Länderfinanzmasse ist daher auch zur Erfüllung der wirtschaftlichen Krankenhaussicherung unabdingbar. Somit werden erst die Verhandlungen über das Beteiligungsverhältnis über Durchführbarkeit und Erfolg des vorliegenden Gesetzesvorhabens entscheiden. Der Bund seinerseits wird angesichts des Umfangs der vorliegenden und der noch anstehenden Aufgaben sowie des im Widerspruch hierzu stehenden Sinkens der Steuerlastquote die Erschließung neuer Mittel auf längere Sicht möglicherweise nicht vermeiden können.

28. Zu § 21 Abs. 1, 2, 4, §§ 22, 25, 26

- a) § 21 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Der Bund stellt in jedem Haushaltsjahr für Finanzhilfen nach § 20 ein Drittel des Betrages bereit, der in den Ländern nach diesem Gesetz aufgewendet wird.“;

§ 21 Abs. 2 und Abs. 4 sind zu streichen.

- b) In § 22 Abs. 3 ist Satz 1 letzter Halbsatz, in § 25 Satz 1 sind die Worte „1. Halbsatz“ und in § 26 Abs. 1 Nr. 3 ist die Zitierung „ , § 21 Abs. 2“ zu streichen.

Begründung zu a) und b)

Auch bei einer dem Umfang der Aufgabe entsprechenden Verstärkung der Länderfinanzmasse (vgl. Entschließung zu § 21) ist es im Hinblick auf die mit der Aufgabe verbundenen (z. B. preispolitischen) Risiken unverzichtbar, daß sich der Bund mit einem Drittel an den vollen Kosten beteiligt und daß die Leistungspflicht des Bundes ebensowenig wie die der Länder auf die sich aus dem Finanzplan ergebenden Beträge beschränkt werden kann.

Im übrigen ist es fachlich nicht vertretbar, die Förderung nur auf die Erhaltung des Bettenbestands und die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser mit mehr als 100 Betten auszurichten; überdies beruhen die aus dem Finanzplan des Bundes sich ergebenden Beträge auf einem unrealistischen Bettenwert.

Die Berücksichtigung der genannten Änderungsvorschläge gehört zu den entscheidenden Voraussetzungen für die Zustimmung des Bundesrates zu dem Gesetz im zweiten Durchgang.

Die Änderungen der §§ 22, 25 und 26 sind die Folge der Änderung des § 21.

29. Zu § 21 Abs. 3

§ 21 Abs. 3 ist wie folgt zu fassen:

„(3) Der Bund stellt die Finanzhilfen den Ländern in Form von Investitionszuschüssen bereit.“

Begründung

Haushalts- und finanzpolitische Überlegungen sprechen gegen die vorgesehenen Schuldendienstbeihilfen des Bundes. Wenn der Bund seine Finanzhilfen nicht durch Investitionszuschüsse, sondern im Wege von Fremddarlehen erbringen will, so ist bei dem in Aussicht genommenen Darlehensvolumen eine Störung des Kapitalmarktes nicht auszuschließen.

Finanzpolitisch unannehmbar ist auch die Absicht, die Aufnahme der Darlehen den Ländern oder den Krankenhausträgern zu überlassen. Der ohnehin begrenzte Kreditaufnahmespielraum würde einseitig zuungunsten der Länder und Gemeinden eingeengt.

30. Zu § 22 Abs. 1

In § 22 Abs. 1 ist die Zahl „85“ durch die Zahl „95“ zu ersetzen.

Begründung

Die im Regierungsentwurf vorgesehene Regelung, nur 85 % der Bundesmittel den Ländern nach ihrer Einwohnerzahl zuzuweisen, stellt eine sachlich nicht in diesem Umfang gerechtfertigte Abweichung von dem Prinzip der Drittelbeteiligung des Bundes (§ 21 Abs. 1) dar. Für die Länder entsteht dadurch ein zu großer Unsicherheitsfaktor bei der Finanzierung. Es genügt, wenn der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit für die in § 22 Abs. 2 aufgeführten Zwecke 5 % des Finanzhilfevolumens zur Verfügung hat. Bei einem geschätzten Gesamtfinanzvolumen von etwa 3,8 Milliarden DM im Jahr würde es sich immerhin um einen Betrag von etwa 63 Millionen DM handeln.

31. Zu § 22 Abs. 3 Satz 1

In § 22 Abs. 3 Satz 1 sind nach dem Wort „(Gemeindeverbände)“ die Worte „oder die nichtkommunalen Krankenhausträger“ einzufügen.

Begründung

In der empfohlenen Ergänzung von § 9 Abs. 1 ist festgelegt, daß auch die nichtkommunalen Krankenhausträger an der Aufbringung der Investitionskosten beteiligt werden können. Um die Leistungen dieser nichtkommunalen Träger bei der Ermittlung des sog. Bundesdrittels einbeziehen zu können, ist die Ergänzung des § 22 Abs. 3 erforderlich.

32. Zu § 22 Abs. 3 nach Satz 2

In § 22 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Länder erhalten vierteljährlich Abschlagsleistungen nach Maßgabe von Absatz 1.“

Begründung

Durch die Anfügung des Satzes soll sichergestellt werden, daß der Bund laufend Zahlungen an die Länder leistet und nicht erst nach Durchführung der Investitionen.

33. Zu § 24

§ 24 ist zu streichen.

Begründung

Die Finanzhilfen nach Artikel 104 a Abs. 4 GG wurden zusammen mit den Gemeinschaftsaufgaben nach Artikel 91 a GG durch das Finanzreformgesetz vom 12. Mai 1969 (BGBl. I S. 359) eingeführt. Das Finanzreformgesetz verfolgt vorrangig den Zweck, die Abgrenzung der Aufgaben und der Finanzverantwortung zwischen dem Bund und den Ländern auf eine verfassungsmäßige Grundlage zu stellen. Dem Grundsatz der Selbständigkeit der Haushaltswirtschaft der Länder würde es widersprechen, wenn Bundesorgane nicht auf freiwilliger Grundlage gewährte, sondern verfassungs- und gesetzmäßige Leistungen des Bundes an die Länder im einzelnen nachprüfen, ganz abgesehen von der hiermit verbundenen unvermeidbaren Mehr- und Doppelarbeit. Im übrigen stellt das Haushaltsgrundsätzegesetz vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1273) sicher, daß die Länder Zuwendungen nur unter den gleichen Voraussetzungen wie der Bund gewähren dürfen (vgl. §§ 14 und 26 des Haushaltsgrundsätzegesetzes) und daß eine Nachprüfung durch den unabhängigen Rechnungshof eines Landes erfolgt (vgl. § 43 Abs. 1 Nr. 3 des Haushaltsgrundsätzegesetzes). Dies ist ausreichend, zumal der Landesrechnungshof die gesamte Haushalts- und Wirtschaftsführung des Landes zu prüfen hat (vgl. § 42 Haushaltsgrundsätzegesetz) und diese Prüfung selbstredend mit umfaßt, daß sämtliche Bundesleistungen von Seiten des Landes dem beabsichtigten Zweck zugeführt wurden. Dem Informationsbedürfnis des Bundes wird hinreichend durch die Regelung des § 23 des Gesetzentwurfs entsprochen.

34. Zu § 25

In § 25 ist der letzte Satz wie folgt zu fassen:

„Die Mittel sind im Benehmen mit den Ländern für Forschungsvorhaben einzusetzen.“

Begründung

Das Interesse der Länder und ihre hohe finanzielle Beteiligung rechtfertigen eine gemeinsame Festlegung der einschlägigen Forschungsvorhaben des Bundes, bei der auch die For-

schungsvorhaben der Länder Berücksichtigung finden können.

35. **Zu § 26 Abs. 1**

In Absatz 1 ist Nummer 4 zu streichen.

B e g r ü n d u n g

Folge der Streichung der §§ 13 und 21 Abs. 2.

36. **Zu § 26 Abs. 2 und nach § 26**

§ 26 Abs. 2 wird gestrichen, und es werden folgende neue §§ 26 a und 26 b eingefügt:

„ § 26 a

Auskunftspflicht

(1) Die Krankenhausträger und die Sozialleistungsträger sind verpflichtet, dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit sowie den zuständigen Behörden der Länder Auskünfte zu erteilen, die benötigt werden

1. für die Aufstellung allgemeiner Grundsätze eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser,
2. für die Beurteilung der nach §§ 16 bis 19 für die Bemessung der Pflegesätze maßgebenden Umstände und der in §§ 22 Abs. 2 genannten Voraussetzungen,
3. im Interesse der Forschung nach § 25.

(2) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die unter die Auskunftspflicht fallenden Umstände im einzelnen festzustellen. Insbesondere kommen in Betracht der Personal- und Sachaufwand der Krankenhäuser, die Verweildauer der Benutzer, die geleisteten und in Anspruch genommenen Pflageleistungen sowie allgemeine statistische Angaben über die Benutzer, ihre Erkrankungen und ihre örtlichen Beziehungen zum Krankenhaus.

§ 26 b

Verletzung der Geheimhaltungspflicht

(1) Wer ein fremdes Geheimnis, namentlich ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, das ihm in seiner Eigenschaft als Angehöriger oder Beauftragter einer mit Aufgaben aufgrund dieses

Gesetzes betrauten Behörde bekanntgeworden ist, unbefugt offenbart, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft.

(2) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren; daneben kann auf Geldstrafe erkannt werden. Ebenso wird bestraft, wer ein fremdes Geheimnis, namentlich ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, das ihm unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 bekanntgeworden ist, unbefugt verwertet.

(3) Die Tat wird nur auf Antrag des Verletzten verfolgt.“

B e g r ü n d u n g

Die Auskunftspflicht sollte in ihren Grundzügen bereits im Gesetz selbst verankert werden. Angesichts der weitgehenden Auskunftspflicht erscheint es notwendig, auch eine Vorschrift über die Strafbarkeit von Verletzungen der Geheimhaltungspflicht vorzusehen.

37. **Zu § 27**

Hinter dem Wort „Krankenhausbedarfsplan“ sind die Worte „oder ein Jahreskrankenhausbauprogramm“ einzufügen; das Wort „seine“ ist zu ersetzen durch das Wort „deren“.

B e g r ü n d u n g

Die Ergänzung ist notwendig im Hinblick darauf, daß nach § 6 auch die Aufstellung eines Jahreskrankenhausbauprogramms erforderlich ist.

38. **Zu § 29**

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte sichergestellt werden, daß den Ländern zwischen dem Zeitpunkt der Verabschiedung des Gesetzes und seinem Inkrafttreten ausreichend Zeit bleibt. Die Durchführung des Gesetzes erfordert einen hohen Verwaltungsaufwand, der nur mit zusätzlichem Personal bewältigt werden kann. Dies gilt vor allem in der Anlaufzeit. Überdies bringt die Bereitstellung der hohen Landesmittel im laufenden Haushaltsjahr außerordentliche Schwierigkeiten mit sich.

Anlage 3

Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates

Die Bundesregierung stimmt den Änderungsvorschlägen des Bundesrates unter Nummern 2, 3, 7, 13, 18, 20, 22, 23, 34, 36 bis 38 zu. Im übrigen nimmt die Bundesregierung zu den Entschließungen und Änderungsvorschlägen des Bundesrates wie folgt Stellung:

Zu 1. (zum Gesetzentwurf)

Die Bundesregierung mißt der Zustimmung des Bundesrates zu der Auffassung, daß die Finanzierung der Vorhaltung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe ist und die Beteiligung der öffentlichen Hand an den Kosten der Krankenhäuser wesentlich gesteigert werden muß, erhebliche politische Bedeutung bei. Sie sieht darin einen Ausdruck des Bemühens des Bundesrates, mit der Bundesregierung gemeinsam nach einer Lösung zu suchen, durch die die optimale Versorgung unserer Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern auf die Dauer wirtschaftlich gesichert werden kann.

Die Bundesregierung stimmt mit dem Bundesrat auch in dem Bestreben überein, eine geordnete Haushalts- und Finanzlage in Bund und Ländern zu sichern. Sie muß jedoch auf die unterschiedliche Ausgangslage bei Bund und Ländern hinweisen. Die Länder haben im Gegensatz zum Bund nach dem Gesetzentwurf die Möglichkeit, den Umfang ihrer Ausgaben für Investitionen in Krankenhäusern zu steuern. Dies gilt nicht nur für Krankenhausneubauten, sondern auch für die laufende Förderung, da die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan des Landes in jedem Falle Voraussetzung für seine Förderung ist. Über die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan bestimmen ausschließlich die Länder, ohne daß der Bund an der Entscheidung mitwirkt. Die Quantität und die Qualität der Krankenhausversorgung und damit die Höhe der von den Ländern zu übernehmenden Lasten sind daher in die alleinige politische Verantwortung des jeweiligen Landes gestellt. Die Bundesregierung verkennt nicht, daß der Planungsspielraum der Länder durch ihre Verpflichtung begrenzt ist, eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern sicherzustellen. Gleichwohl kann in dem weiten Rahmen zwischen einer notwendigen und einer Maximalversorgung den finanziellen Möglichkeiten des Landes ausreichend Rechnung getragen werden.

Der Bettenwert von 100 000 DM bei nur einfachen Krankenhäusern erscheint nach Auffassung der Bundesregierung überhöht. Auch in den Ländern werden z. T. für die gegenwärtige Planung von Krankenhäusern, die voraussichtlich nicht vor 1975 fertiggestellt sind, noch niedrigere Bettenwerte zu-

grunde gelegt. Es erscheint auch bedenklich, für die Wiederbeschaffung von mittel- und kurzfristigen Anlagegütern bei älteren Krankenhäusern von dem Bettenwert für Krankenhausneubauten auszugehen. Nach der Auffassung der Bundesregierung ergibt sich bereits hieraus, daß die Verpflichtungen der Länder aufgrund des Gesetzes wesentlich niedriger sein werden als von diesen angenommen. Die Bundesregierung ist aber bereit, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, in welchem Umfange durch eine den tatsächlichen Erfordernissen angepaßte Berechnung der Pauschalen nach § 10 das finanzielle Risiko der Länder vermindert werden kann, ohne dabei das Ziel der Neuregelung zu gefährden, die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu sichern. Dagegen wird es nicht für vertretbar gehalten, die Pflegesätze mit Investitionskosten zu belasten.

Die Abstimmung mit den übrigen vom Bundesrat genannten Bereichen außerhalb der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser ist nach Auffassung der Bundesregierung nicht in diesem Gesetz zu klären. Die sich aus dem Gesetz ergebenden Aufgaben können mit dem von der Bundesregierung für 1972 angenommenen Ausgabevolumen von 2,2 Milliarden DM bewältigt werden. Bei diesem Ausgabevolumen würden Länder und Gemeinden über die bereits jetzt von ihnen für die Krankenhäuser aufgewendeten Fördermittel in Höhe von jährlich rund 1,6 Milliarden DM hinaus nicht zusätzlich belastet werden. Den Krankenhäusern würden aber schon in diesem Falle jährlich rund 1 Milliarde DM mehr als bisher zur Verfügung stehen. Diese Beträge erscheinen ausreichend, um eine bedarfsgerechte Versorgung mit leistungsfähigen Krankenhäusern auf die Dauer zu gewährleisten. Sie liegen auch innerhalb des Rahmens, der sowohl gesamtwirtschaftlich als auch finanzpolitisch verantwortet werden kann. Auf der Grundlage der von der Bundesregierung errechneten Belastungen ergibt sich nach Abzug der auf rund 360 Millionen DM geschätzten „alten Last“, die nach einer gewissen Zeit auslaufen wird, daß die Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der Länder für die zukünftigen Investitionen das vom Bundesrat geforderte Drittel erreicht. Sollte im Verlaufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens unter Berücksichtigung der Vorschläge des Bundesrates für das Gesetz ein Ausgabevolumen zugrunde gelegt werden, das entsprechend den Annahmen des Bundes die finanzielle Leistungsfähigkeit von Bund und Ländern berücksichtigt, wird sich die Bundesregierung einer Lösung nicht verschließen, die unter Wahrung einer geordneten Haushalts- und Finanzlage des Bundes, insbesondere der Übersehbarkeit seiner Verpflichtungen, auch für die Länder eine befriedigende Regelung bringt.

Zu 4. (zu § 4 Nr. 4)

Gegen den Änderungsvorschlag bestehen Bedenken.

Die vom Bundesrat vorgeschlagene Definition würde es ermöglichen, durch entsprechende rechtliche Ausgestaltung die gesamte Pflegesatzregelung dadurch auszuhöhlen, daß zum Empfänger des Entgelts für im Krankenhaus erbrachte Einzelleistungen nicht der Krankenhausträger, sondern ein Dritter vertraglich bestimmt wird. Durch Herausnahme wesentlicher Kostenbestandteile aus dem Pflegesatz könnten auf diesem Wege die sozial tragbaren Pflegesätze in Frage gestellt werden.

Im übrigen bedeutet die Fassung des Gesetzentwurfs keinen Eingriff in die innere Struktur. Sie läßt vielmehr Raum für alle bestehenden Strukturen, aber auch für künftige Entwicklungen.

Die Bundesregierung hält an der herrschenden Auffassung fest, daß es möglich sein muß, alle in einem Krankenhaus erbrachten Leistungen unter dem Begriff des Pflegesatzes zu fassen.

Zu 5. (zu § 4 Abs. 1)

Die Bundesregierung stimmt dem Änderungsvorschlag mit folgender Maßgabe zu:

In Absatz 1 Satz 2 sind nach dem Wort „decken“ die Worte „soweit dieses Gesetz keine Eigenleistung des Krankenhausträgers vorsieht“ einzufügen.

Es handelt sich um eine Klarstellung, da nach der Begründung des Bundesrates nur die Eigenleistung des Krankenhausträgers berücksichtigt werden soll.

Zu 6. (zu § 4 Abs. 3 Nr. 2)

Die Bundesregierung wird die Frage im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu 8. (zu § 4 Abs. 3 Nr. 9)

Gegen den Vorschlag des Bundesrates bestehen Bedenken.

Es ist nicht Aufgabe des vorliegenden Gesetzes, aus gesundheitspolizeilichen Gründen von den Gemeinden vorgehaltene Einrichtungen nur deshalb aus den begrenzten Mitteln für die allgemeine Krankenhausversorgung zu finanzieren, weil sie Teil eines Krankenhauses sind.

Zu 9. (zu § 4 Abs. 5 und § 17 Abs. 3 Nr. 5)

Gegen den Vorschlag bestehen Bedenken.

§ 4 Abs. 5 wird aus rechtlichen Gründen für notwendig gehalten um klarzustellen, daß eine sonstige öffentliche Förderung nicht ausgeschlossen ist.

Zu 10. und 12. (§ 6 Abs. 2 und § 7 Abs. 2)

Gegen die Vorschläge bestehen Bedenken.

Artikel 104 a Abs. 4 GG dient nicht allein, wie der Bundesrat meint, der Abgrenzung der Finanzierung.

Vielmehr muß nach der Vorschrift auch ein möglichst wirkungsvoller Einsatz der hier genannten öffentlichen Mittel gewährleistet sein. Daraus folgen für den Bund bei der Gewährung von Finanzhilfen grundsätzlich Mitwirkungsrechte, die sich auf jeden Fall darauf beziehen, daß Finanzhilfen auch den in Artikel 104 a Abs. 4 GG genannten Zielen entsprechend eingesetzt werden. Das ergibt sich aus Sinn und Zweck der Vorschrift. Diese Mitwirkung des Bundes ändert nichts an der alleinigen Verwaltungskompetenz der Länder bei der eigentlichen Durchführung der Investitionsaufgaben. Artikel 104 a Abs. 4 GG enthält insoweit keine Abweichung von dem die Verfassung beherrschenden Grundsatz, daß die Erfüllung staatlicher Aufgaben, soweit das Grundgesetz keine andere Regelung trifft oder zuläßt, Sache der Länder ist.

Die Aufgaben des Ausschusses für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach § 6 Abs. 2 und § 7 Abs. 2 des Entwurfs überschreiten die dem Bund bei seinen Mitwirkungsrechten gesetzten Grenzen schon deshalb nicht, weil der Ausschuß auch im Rahmen seiner koordinierenden Tätigkeit keine Entscheidungsbefugnisse hat.

Zu 11. (zu § 7 Abs. 1)

Gegen den Vorschlag bestehen Bedenken.

Die Bundesregierung legt Wert darauf, die Mitwirkung der Betroffenen in allen sie angehenden Fragen zu sichern. Ihre Heranziehung sollte deshalb nicht dem pflichtgemäßen Ermessen des Ausschusses überlassen bleiben.

Zu 14. (§ 9 Abs. 1)

Gegen den Vorschlag bestehen Bedenken.

Zum 1. Halbsatz

Es ist nicht notwendig, die Aufbringung der nicht vom Bund bereitzustellenden Mittel im Gesetz zu regeln. Es bleibt den Ländern unbenommen, eine solche Regelung durch die Landesgesetzgebung zu treffen.

Zum 2. Halbsatz

Die Bundesregierung hält es nicht für vertretbar, daß die nichtkommunalen Krankenhausträger, die bereits durch den Ausschluß der Grundstückskosten von der Förderung eine erhebliche Eigenleistung erbringen müssen, darüber hinaus durch die Landesgesetzgebung mit einer weiteren Eigenbeteiligung belastet werden können. Dies würde auch mit dem Grundsatz nicht zu vereinbaren sein, daß die Investitionskosten von der öffentlichen Hand zu tragen sind. Zudem bestünde die Gefahr, daß sich die nichtkommunalen Träger aus Gebieten mit hoher zusätzlicher Eigenbeteiligung zurückziehen.

Zu 15. bis 17. (zu § 10)

Die Vorschläge unter den Nummern 15 bis 17 stehen nach Auffassung der Bundesregierung in einem unlösbaren sachlichen Zusammenhang.

Die Bundesregierung wird im Verlauf des weiteren Gesetzgebungsverfahrens prüfen, in welchem Umfang die Vorschläge des Bundesrates eine Grundlage bilden, um die pauschalen Aufwendungen nach § 10 den tatsächlichen Erfordernissen anzupassen mit dem Ziel, die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu sichern.

Zu 19. (zu § 13)

Gegen den Vorschlag bestehen Bedenken.

Ohne einen Ausgleich für Eigenmittel wären die Krankenhausträger, die bei Inkrafttreten des Gesetzes in erheblichem Umfang Eigenmittel in dem Krankenhaus investiert haben, wesentlich benachteiligt. Es besteht die Gefahr, daß sie aus diesem Grund aus der Krankenhausversorgung ausscheiden. Im Hinblick auf den großen Anteil nichtkommunaler Krankenhausträger könnte dies zu einer erheblichen Gefährdung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern führen.

Zu 21. (zu § 14)

Die Bundesregierung hält eine solche Regelung nicht für geboten. Soweit die Landesförderungsbedingungen die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zum Ziel haben, reicht die bisher in § 14 vorgesehene Möglichkeit aus. Soweit sie darüber hinausgehen, bedarf es keiner Regelung in diesem Gesetz.

Zu 24. (zu § 16 Abs. 2)

Gegen den Vorschlag bestehen Bedenken.

Die Bundesregierung hält daran fest, daß Krankenhäuser, bei denen der Erwerbszweck im Vordergrund steht, keiner Pflegesatzregelung unterliegen sollten.

Zu 25. (zu § 19 Abs. 1)

Die Bundesregierung stimmt dem Änderungsvorschlag mit der Maßgabe zu, daß § 19 Abs. 1 Satz 2 wie folgt gefaßt wird:

„Bei der Ermittlung der Selbstkosten sind die nach diesem Gesetz gewährten Fördermittel in der Höhe abzuziehen, in der die ihnen entsprechenden Anteile der Selbstkosten zu berücksichtigen wären.“

In der geltenden preisrechtlichen Regelung sind bei der Ermittlung der Selbstkosten bestimmte Anteile der Selbstkosten (Absetzung für Abnutzung) nicht in voller, sondern nur in angemessener Höhe zu berücksichtigen. Soweit die nach diesem Gesetz zu leistenden Fördermittel für diese Anteile der Selbstkosten die hierdurch gegebenen Grenzen übersteigen, sollen sie dem Krankenhausträger in vollem Umfang für den Zweck zur Verfügung stehen, für den sie gewährt werden.

Zu 26. (zu § 19 Abs. 2 und § 22 Abs. 3)

Gegen den Vorschlag bestehen Bedenken.

Die Bundesregierung hält die in § 19 Abs. 2 vorgesehene Übergangsregelung für notwendig. Das finanzielle Risiko des Übergangs auf die neue gesetzliche Regelung kann nicht sofort und in vollem Umfang dem Benutzer angelastet werden.

Zu 27. (zum 4. Abschnitt)

zu a)

Der 4. Abschnitt des Entwurfs steht nach Auffassung der Bundesregierung in Einklang mit Artikel 104 a Abs. 4 GG. Der Wortlaut der Vorschrift läßt nicht erkennen, daß eine lediglich mittelbare Förderung wirtschaftlicher Belange durch den Bund ausgeschlossen sein sollte. Die Auslegung der Vorschrift nach ihrem Sinn und Zweck führt zu keinem anderen Ergebnis. Artikel 104 a Abs. 4 GG umfaßt auch Maßnahmen, die nicht unmittelbar der Wirtschaftsförderung dienen. Sie müssen aber einen engen Bezug zum Wirtschaftsleben haben. In ähnlicher Weise erlaubt Artikel 91 a Abs. 1 Nr. 2 GG, der ebenfalls die Wirtschaftsförderung anspricht, innerhalb bestimmter Grenzen eine Förderung von Infrastrukturmaßnahmen (vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes über Gemeinschaftsaufgaben „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“ vom 6. Oktober 1969 — BGBl. I S. 1861).

Für diese Auslegung des Artikels 104 a Abs. 4 GG spricht entgegen der Ansicht des Bundesrates die Entstehungsgeschichte. Die Vorschrift sollte in allen Fassungen, die sie während ihrer Entstehungsgeschichte hatte, u. a. die Gewährung von Finanzhilfen für Investitionen zur Verbesserung der Verkehrsverhältnisse der Gemeinden, zur Förderung des Städtebaus und des sozialen Wohnungsbaus ermöglichen. Im Schriftlichen Bericht des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages vom 6. Dezember 1968 (zu Drucksache V/3605 S. 6) war ausdrücklich auch vom Krankenhausbau die Rede. Einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung muß wegen der Notwendigkeit der bestmöglichen und schnellen Wiederherstellung der Gesundheit der Erwerbstätigen die gleiche Bedeutung für das Wirtschaftsleben zuerkannt werden, wie z. B. die Schaffung guter Verkehrs- und Wohnverhältnisse.

zu b)

Auf die Darlegungen zu Nummer 1 wird verwiesen.

Zu 28. (zu §§ 21 Abs. 1, 2, 4, §§ 22, 25, 26)

Gegen den Vorschlag bestehen Bedenken.

Die Bundesregierung nimmt auf die Darlegungen unter Nummer 1 Bezug. Im übrigen wird ergänzend auf folgendes hingewiesen:

Der Bund hat bisher darauf verzichtet, Entscheidungsbefugnisse bei der Krankenhausbedarfsplanung für sich in Anspruch zu nehmen. Nach der Regierungsvorlage wird daher das Ausgabevolumen allein von den Ländern bestimmt, ohne daß der Bund dessen Höhe beeinflussen kann. Daraus er-

gibt sich für den Bund die Notwendigkeit, seine Verpflichtungen aus dem Gesetz betragsmäßig festzulegen.

Zu 29. (zu § 21 Abs. 3)

Gegen den Vorschlag bestehen Bedenken.

Angesichts der angespannten Haushaltslage bleibt dem Bund zunächst keine andere Möglichkeit, als seine Finanzhilfe in der Form von Schuldendienstbeihilfen zu leisten. Wie sich aus § 21 Abs. 3 Satz 2 ergibt, hat der Bund nicht die Absicht, die Aufnahme der Darlehen den Ländern oder Krankenhausträgern zu überlassen.

Zu 30. (zu § 22 Abs. 1)

Gegen den Vorschlag bestehen Bedenken.

Nach dem Sinngehalt des Artikels 104 a Abs. 4 GG ist eine rein schematische Verteilung der Mittel auf die Länder ausgeschlossen. Die Quote von 15 % ist das Minimum, um der Zielsetzung dieser Verfassungsnorm zu entsprechen. Es ist zur sinnvollen Erreichung einer ausgewogenen Infrastruktur geboten, einen Anteil der Bundesmittel in Höhe von mindestens 15 % nach überregionalen Gesichtspunkten zu verteilen, weil nur auf diesem Wege die zunehmenden Aufgaben in diesem Bereich ausreichend wahrgenommen werden können. Die angegebenen Berechnungen sind in jedem Fall überhöht; dem Bund würden tatsächlich nur 30 Millionen DM für den angegebenen Zweck zur Verfügung stehen.

Zu 31. (zu § 22 Abs. 3 Satz 1)

Da die Bundesregierung gegen die empfohlene Ergänzung des § 9 Abs. 1 Bedenken erhoben hat, wird aus den gleichen Gründen auch einer Änderung des § 22 Abs. 3 Satz 1 widersprochen.

Zu 32. (zu § 22 Abs. 3 nach Satz 2)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag mit der Maßgabe zu, daß das Wort „vierteljährlich“ durch „monatlich“ zu ersetzen ist.

Im Interesse kontinuierlicher Mittelzuweisungen erscheint es besser, monatliche Abschlagszahlungen vorzunehmen.

Zu 33. (zu § 24)

Der Vorschlag begegnet Bedenken.

Nach Auffassung der Bundesregierung erfüllen die Finanzhilfen alle Voraussetzungen des § 23 der BHO. Sie sind somit Zuwendungen. Dies setzt nicht notwendig voraus, daß die Finanzhilfen freiwillig gewährt werden. Ein Ermessensspielraum genügt, der hier z. B. durch die den Ländern obliegende Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne und der Durchführungsprogramme (s. § 6) gegeben ist.

Die Behandlung der Finanzhilfen als Zuwendungen betrifft nur die Finanzierungsart. Die Unabhängigkeit der Länder und ihre Aufgaben werden dadurch nicht berührt. Den Bedenken der Mehrarbeit ist durch einen stark vereinfachten Verwendungsnachweis Rechnung getragen. Dieser ist andererseits erforderlich, um den zuständigen Bundesminister in den Stand zu setzen, gegenüber dem Parlament die sachgerechte Verwendung der Mittel zu verantworten.

Zu 35. (zu § 26 Abs. 1)

Da die Bundesregierung gegen die Streichung der §§ 13 und 21 Abs. 1 Bedenken erhoben hat, muß auch der Streichung des § 26 Abs. 1 Nr. 4 widersprochen werden.