

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

A. Zielsetzung

Ergänzend zum Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz) vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069) sind auch im Krankenhausbereich gesetzliche Maßnahmen dringend erforderlich, um die Kostenentwicklung im Rahmen der Belastbarkeit der Volkswirtschaft und der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung zu halten.

Die Probleme des Krankenhausfinanzierungsrechts müssen daher in ihrer Gesamtheit in einer zusammenhängenden erweiterten Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geregelt werden.

B. Lösung

Um eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhausversorgung zu sozial tragbaren Kosten auf Dauer zu sichern, soll die Neufassung des KHG dazu beitragen,

- die Planungs- und Steuerungsinstrumente im Krankenhausbereich zu verbessern,
- die Krankenhäuser in ihren Bemühungen um eine möglichst wirtschaftliche Betriebsführung wirksam zu unterstützen und
- die Selbstverwaltung im Krankenhausbereich und damit die Initiative der am Krankenhauswesen unmittelbar Beteiligten

zu stärken, um alle Möglichkeiten zu einer wirkungsvollen und kostengünstigen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen auszuschöpfen.

C. Alternativen

keine

D. Kosten

Durch die Ausführung des Gesetzes werden der Bund mit Mehrkosten von voraussichtlich jährlich 79 Millionen DM, Länder und Gemeinden zusammen mit Mehrkosten von voraussichtlich jährlich 83 Millionen DM belastet.

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
14 (43) — 233 00 — Kr 67/78

Bonn, den 28. August 1978

An den Herrn
Präsidenten des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit Begründung (Anlage 1). Ich bitte, die Beschlußfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Der Bundesrat hat in seiner 461. Sitzung am 7. Juli 1978 gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus der Anlage 2 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der als Anlage 3 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Für den Bundeskanzler
Der Bundesminister für Verkehr und für das
Post- und Fernmeldewesen
Gscheidle

Anlage 1

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung
des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

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

Artikel 1**Neufassung
des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009), zuletzt geändert durch Artikel 42 des Gesetzes vom 14. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3341) und die Verordnung vom 25. November 1977 (BGBl. I S. 2273), wird wie folgt neu gefaßt:

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz — KHG)**ERSTER ABSCHNITT****Allgemeine Vorschriften****§ 1****Zweck des Gesetzes**

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**Wirtschaftliche Sicherung**

(1) Die Krankenhäuser werden nach Maßgabe dieses Gesetzes dadurch wirtschaftlich gesichert, daß sie

1. durch Übernahme der in §§ 12 bis 19 genannten Kosten öffentlich gefördert werden und
2. gemäß §§ 23 bis 27 Pflegesätze erhalten.

(2) Die öffentliche Förderung und die Erlöse aus den Pflegesätzen müssen nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften zusammen

1. die nach der Krankenhausbedarfsplanung erforderliche, medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Bevölkerung durch die Krankenhäuser sichern,

2. eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und
3. die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken.

§ 3**Krankenhäuser**

Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten erkannt oder behandelt oder Krankheitsbeschwerden gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

§ 4**Anwendungsbereich**

Dieses Gesetz gilt nicht für

1. Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist,
2. Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug,
3. Polizeikrankenhäuser,
4. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen;

§ 6 Abs. 2 Nr. 2 bleibt unberührt.

ZWEITER ABSCHNITT**Bedarfsplanung****§ 5****Aufstellen der Bedarfspläne**

(1) Die Länder stellen in enger Zusammenarbeit mit der Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, den kommunalen Spitzenverbänden sowie dem Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande Krankenhausbedarfspläne auf und passen sie jeweils der Entwicklung an.

(2) Zur Zusammenarbeit nach Absatz 1 gehört insbesondere,

1. über Planungsziele und -kriterien frühzeitig zu unterrichten,
2. die notwendigen Unterlagen rechtzeitig bekanntzugeben,

3. die Entwürfe der Bedarfspläne, abweichende Vorschläge und Vorschläge für eine Anpassung eingehend zu erörtern; soweit hierbei eine Verständigung nicht erreicht wird, ist die Entscheidung des Landes zu begründen.

(3) Die Aufgaben der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Lande nehmen für die Verbände der Ersatzkassen und die Bundesknappschaft diese selbst, für die landwirtschaftliche Krankenversicherung die für den Sitz der Landesregierung örtlich zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse wahr.

(4) Beim Aufstellen und Anpassen der Bedarfspläne sind die kassenärztlichen Vereinigungen, die Verbände der freien Wohlfahrtspflege und die sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören. Die Länder bestimmen, wer als sonstiger wesentlich Beteiligter anzusehen ist.

(5) Weist ein Krankenhaus in mehr als zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren eine um mindestens 5 v. H. geringere als die im Bedarfsplan vorgesehene durchschnittliche Belegung auf, soll der Bedarfsplan der veränderten Situation angepaßt werden, es sei denn, daß die vorhandenen Krankenhauseinrichtungen zur Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich sind.

(6) Die Krankenhausbedarfspläne sind in geeigneter Form zu veröffentlichen.

§ 6

Inhalt der Bedarfspläne

(1) Die Krankenhausbedarfspläne haben unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele und der nach § 8 abgestimmten Grundsätze für die Bedarfsplanung

1. den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhauseinrichtungen nach Bettenzahl und Fachrichtungen regional gegliedert jeweils für einen Zeitraum von mindestens acht Jahren darzustellen und
2. die für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Bettenzahl, Fachrichtungen, Aufgaben und durchschnittlicher Belegung auszuweisen und den in § 14 Abs. 2 genannten Versorgungsstufen zuzuordnen.

(2) In die Bedarfspläne sind auch einzubeziehen

1. die Hochschulkliniken und
2. die in § 4 Nr. 1 und 4 genannten Krankenhäuser, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen.

(3) Beim Aufstellen und Anpassen der Bedarfspläne sind insbesondere zu berücksichtigen

1. die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und der Landesplanung,

2. die Einrichtungen und Planungen

- a) der ambulanten und der sonstigen gesundheitlichen Versorgung,
- b) für Unterbringung und Pflege außerhalb von Krankenhäusern,

3. die überregionale Inanspruchnahme von Krankenhäusern,

4. die Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Krankenhäusern untereinander und mit Einrichtungen der ambulanten und der sonstigen gesundheitlichen Versorgung, insbesondere der gemeinsamen Nutzung von Einrichtungen und Diensten,

5. die Aufgaben der Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens,

6. die Möglichkeiten von teilstationären Krankenhausleistungen und leistungsfähiger belegärztlicher Versorgung.

(4) Die einzelnen Krankenhäuser sollen nach Größe und Standort eine bedarfsgerechte, leistungsfähige Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten ermöglichen und für die Patienten in zumutbarer Entfernung erreichbar sein.

§ 7

Investitionsprogramme

(1) Die Länder stellen auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne unter Berücksichtigung der Folgekosten

1. für den Zeitraum der mehrjährigen Finanzplanung mehrjährige Programme und
2. für jedes Kalenderjahr ein Jahresprogramm

zur Durchführung und Finanzierung der Krankenhausinvestitionen auf.

(2) Die Investitionsprogramme haben den voraussichtlichen Bedarf an Finanzierungsmitteln für Maßnahmen nach §§ 12 und 13 anzugeben. Einzelne Maßnahmen nach §§ 12 und 13 sind in den mehrjährigen Programmen bei förderungsfähigen Kosten von mehr als fünf Millionen Deutsche Mark, in den Jahresprogrammen bei förderungsfähigen Kosten von mehr als einer Million Deutsche Mark besonders auszuweisen.

(3) Beim Aufstellen der Investitionsprogramme sind die Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören; § 5 Abs. 3 und 4 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 8

Abstimmung von Planungsgrundsätzen

(1) Grundsätze zum Aufstellen und zum Inhalt der Krankenhausbedarfspläne und der Investitionsprogramme werden im Bund-Länder-Ausschuß nach § 35 abgestimmt.

(2) Die Grundsätze nach Absatz 1 beziehen sich insbesondere auf

1. die Zusammenarbeit nach § 5 Abs. 1 und 2,
2. die Ziele der Bedarfsplanung,
3. die Methoden und Kriterien der Bedarfsermittlung,
4. die Abgrenzung der Versorgungsstufen nach § 14 Abs. 2,
5. die länderübergreifende Abstimmung der Bedarfsplanung, insbesondere für Nachbarländer und im Hinblick auf überregional genutzte Krankenhäuser,
6. die Abstimmung der Termine für die Anpassung der Bedarfspläne.

(3) Die Krankenhausbedarfspläne und Investitionsprogramme sind dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zur Kenntnis zu geben.

DRITTER ABSCHNITT

Öffentliche Förderung

§ 9

Voraussetzungen der Förderung

(1) Krankenhäuser werden auf Antrag nach Maßgabe der §§ 12 bis 17 gefördert, soweit und solange sie in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgenommen sind.

(2) Gefördert werden auch

1. gemeinschaftliche Einrichtungen der Krankenhäuser und
2. die Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten, es sei denn, daß diese in einem entsprechenden Umfang nach anderen Rechtsvorschriften gefördert werden.

(3) Die zuständige Landesbehörde stellt die Förderungsvoraussetzungen nach Absatz 1 unter Angabe der Bettenzahl, der Versorgungsstufe, der Fachrichtungen und der Aufgaben des Krankenhauses durch schriftlichen Verwaltungsakt gegenüber dem Krankenhausträger fest. Die Feststellung kann mit Bedingungen erlassen und mit Auflagen verbunden werden, soweit dies erforderlich ist, um die im Krankenhausbedarfsplan festgelegten Ziele zu erreichen; bei einer Anpassung des Bedarfsplans an die Entwicklung können die Bedingungen und Auflagen geändert werden.

(4) Durch Bedingungen und Auflagen kann auch bestimmt werden, daß geförderte Krankenhäuser Aufgaben der Ausbildung nach § 6 Abs. 3 Nr. 5 zu erfüllen haben, wenn die Finanzierung der Investitionsmaßnahmen und der laufenden Aufwendungen für die Ausbildung gewährleistet ist und die Funktionsfähigkeit des Krankenhauses für die Krankenversorgung nicht beeinträchtigt wird.

§ 10

Ausschluß der Förderung

(1) Nach diesem Gesetz werden nicht gefördert

1. Hochschulkliniken, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz vom 1. September 1969 (BGBl. I S. 1556), zuletzt geändert durch § 80 des Gesetzes vom 26. Januar (BGBl. I S. 185), gefördert werden,
2. die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz förderungsfähigen Maßnahmen in sonstigen Krankenhäusern für die Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 (BGBl. I S. 1458), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 24. Februar 1978 (BGBl. I S. 312),
3. Krankenhäuser, die weniger als 40 v. H. der jährlichen Pflgetage mit
 - a) Sozialleistungsträgern oder
 - b) Selbstzahlern, die keine höheren als die den Sozialleistungsträgern berechneten Pflegesätze zahlen, abrechnen,
4. Einrichtungen in Krankenhäusern
 - a) für andere als die in § 3 genannten Zwecke, insbesondere für Personen, die als Pflegefälle gelten, und
 - b) für Personen, die im Maßregelvollzug auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind,
5. Tuberkulosekrankenhäuser,
6. Krankenhäuser anderer als der in § 4 Nr. 4 genannten Sozialleistungsträger, soweit sie nicht nach der Krankenhausbedarfsplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
7. Versorgungskrankenhäuser,
8. Kurkrankenhäuser,
9. die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, insbesondere die Unterkunfts- und Aufenthaltsräume, die nicht für den Betrieb des Krankenhauses notwendig sind,
10. Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften vorgehalten oder unterhalten werden; dies gilt nicht für Einrichtungen, soweit sie auf Grund
 - a) des § 37 des Bundes-Seuchengesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2126-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel III Nr. 1 des Gesetzes vom 9. Juni 1975 (BGBl. I S. 1321), und
 - b) des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2126-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt

geändert durch Artikel 66 des Gesetzes vom 2. März 1974 (BGBl. I S. 469),

vorgehalten werden,

11. Einrichtungen, soweit sie nach den Vorschriften des Gesetzes über den Zivilschutz in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. August 1976 (BGBl. I S. 2109) gefördert werden.

(2) Soweit Krankenhäuser für förderungsfähige Kosten Anspruch auf eine Investitionszulage nach dem Investitionszulagengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. Februar 1975 (BGBl. I S. 528) oder nach § 19 des Berlinförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Februar 1976 (BGBl. I S. 353) haben, werden sie nur in Höhe der die Investitionszulage übersteigenden Kosten gefördert.

(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Abgrenzung der in Absatz 1 Nr. 3 bis 11 genannten Krankenhäuser und Einrichtungen zu den geförderten Krankenhäusern näher zu bestimmen.

§ 11

Art der Förderung

(1) Die Fördermittel werden als Zuschüsse geleistet.

(2) Die Zuschüsse nach Absatz 1 können auch geleistet werden für

1. den Schuldendienst (Verzinsung, Tilgung und Verwaltungskosten) für Darlehen oder
2. einen Ausgleich für Kapitalkosten (Abschreibungen und Zinsen) des Krankenhausträgers,

soweit Darlehen oder Eigenmittel zur Finanzierung der nach §§ 12 und 13 förderungsfähigen Kosten aufgewandt worden sind.

§ 12

Errichtungskosten

(1) Für die Errichtung, insbesondere den Neu-, Um- oder Erweiterungsbau von Krankenhäusern sind nach Maßgabe des Jahresinvestitionsprogramms nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 auf Antrag Fördermittel in Höhe der förderungsfähigen Errichtungskosten zu leisten, wenn die für die Förderung mit Landesmitteln geltenden Voraussetzungen vorliegen und die gesamte Finanzierung entsprechend den Grundsätzen der Landesförderung gesichert ist.

(2) Errichtungskosten sind die Kosten der Anschaffung und Herstellung der für den Krankenhausbetrieb notwendigen Wirtschaftsgüter mit Ausnahme der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), soweit die Kosten im Zusammenhang mit der Errichtung entstehen, nachgewiesen werden und nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit unter Berücksichtigung der Folgekosten gerechtfertigt sind.

(3) Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit Mehrkosten für den Krankenhausträger unvorhergesehen und unabweisbar sind.

(4) Zu den Errichtungskosten gehören nicht die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung und ihrer Finanzierung. Soweit die Belastung damit für den Krankenhausträger eine unzumutbare Härte bedeutet, sind in die Förderung einzubeziehen

1. die in Satz 1 genannten Kosten,
2. die Miet- und Pachtkosten von Grundstücken und
3. Anlauf- und Umstellungskosten.

§ 13

Kosten des Ersatz- und Ergänzungsbedarfs

(1) § 12 Abs. 1 bis 3 gilt entsprechend für die Kosten des Ersatzes und der Ergänzung von Anlagegütern, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten die in § 14 Abs. 1 genannten Wertgrenzen übersteigen.

(2) Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung für die in Absatz 1 genannten Kosten ganz oder teilweise pauschale Abgeltungen festsetzen oder zulassen.

§ 14

Pauschale Abgeltung

(1) Als pauschale Abgeltung werden auf Antrag jährlich Fördermittel nach Absatz 2 bewilligt

1. für den Ersatz und die Ergänzung von Anlagegütern mit einer regelmäßigen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu fünfzehn Jahren (kurzfristige Anlagegüter), wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Anlagegut 300 000 DM ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen, und
2. für den Ersatz und die Ergänzung von Anlagegütern mit einer regelmäßigen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (mittel- und langfristige Anlagegüter), soweit die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben 50 000 DM ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen.

(2) Die Fördermittel nach Absatz 1 betragen für jedes nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 im Bedarfsplan vorgesehene Krankenhausbett (Planbett) bei Krankenhäusern

- | | |
|------------------------------|-----------|
| 1. der Grundversorgung | 1 690 DM, |
| 2. der Regelversorgung | 2 050 DM, |
| 3. der Schwerpunktversorgung | 2 370 DM, |
| 4. der Zentralversorgung | 3 030 DM. |

(3) Abweichend von Absatz 2 kann in Ausnahmefällen, insbesondere bei Fach- und Sonderkrankenhäusern, ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im

Krankenhausbedarfsplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung setzt in Abständen von höchstens zwei Jahren die Förderbeträge nach Absatz 2 entsprechend der durchschnittlichen Entwicklung der nach Absatz 1 abgegoltenen Kosten durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates neu fest.

(5) Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Wertgrenzen nach Absatz 1 und die Förderbeträge nach Absatz 2 ändern, soweit dies zur Anpassung an eine wesentliche Änderung der Leistungs- und Kostenstrukturen, die der Bemessung der pauschalen Abgeltung zugrunde liegen, erforderlich ist.

§ 15

Abgrenzung der Wirtschaftsgüter und Versorgungsstufen

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates näher zu bestimmen, wie

1. die nach §§ 12 bis 14 geförderten Wirtschaftsgüter und
2. die Versorgungsstufen nach § 14 Abs. 2 abzugrenzen sind.

§ 16

Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern

(1) Anstelle der Förderung nach §§ 12 und 13 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung der nach diesen Vorschriften förderungsfähigen Anlagegüter bewilligt werden, wenn dies einer wirtschaftlicheren Betriebsführung entspricht und der Zweck der Förderung nicht beeinträchtigt wird.

(2) Unter den in Absatz 1 genannten Voraussetzungen können Fördermittel nach § 14 auch als Entgelte für die Nutzung der nach dieser Vorschrift förderungsfähigen Anlagegüter verwendet werden.

§ 17

Alte Last

(1) Sind für förderungsfähige Investitionskosten von Krankenhäusern, die nach § 14 mit öffentlichen Mitteln gefördert werden, vor dem 1. Oktober 1972 Darlehen aufgenommen oder für die Alterssicherung bestimmte Mittel eingesetzt 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 des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Gemeindeverbände, soweit die Darlehen nicht nach dem 1. Oktober 1972 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 nach dem 1. Januar 1970, es sei denn, daß diese aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unvermeidbar war.

(3) Sind während der Förderzeit die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen höher als die geförderten Tilgungsbeträge, so sind bei Beendigung der Förderung Fördermittel in Höhe des Unterschiedsbetrages zu bewilligen. Sind während der Förderzeit die geförderten Tilgungsbeträge höher als die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen, so ist bei Beendigung der Förderung der Unterschiedsbetrag zurückzuzahlen. Soweit förderungsfähige Investitionen mit Eigenmitteln finanziert worden sind, sind die hierauf entfallenden Abschreibungen im Rahmen des § 18 zu berücksichtigen.

§ 18

Ausgleich für Eigenmittel

(1) Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschaffte, abnutzbare und förderungsfähige Anlagegüter vorhanden, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, ist dem Krankenhausträger bei Beendigung der Förderung auf Antrag aus Fördermitteln ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung zu leisten.

(2) Eigenmittel im Sinne des Absatzes 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers.

(3) Für die Berechnung des Ausgleichsanspruchs nach Absatz 1 sind der Buchwert des Anlagegutes bei Beginn der Förderung und die restliche Nutzungsdauer während der Zeit der Förderung zugrunde zu legen.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Voraussetzungen zur Berechnung des Ausgleichsanspruchs nach den Absätzen 1 bis 3 näher zu regeln.

§ 19

Ausgleich bei Ausscheiden aus der Krankenhausversorgung

(1) Krankenhäusern,

1. a) die am 1. Oktober 1972 betrieben wurden oder
- b) mit deren Bau vor dem 1. Januar 1972 begonnen worden ist und

die nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen worden sind oder

2. die auf Grund einer Entscheidung der zuständigen Landesbehörde aus dem Krankenhausbedarfsplan ganz oder teilweise ausgeschieden sind oder ausscheiden,

können anstelle der nach §§ 12 bis 17 zu zahlenden Fördermittel Ausgleichszahlungen bewilligt werden, soweit diese erforderlich sind, um bei der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben oder bei der Einstellung des Krankenhausbetriebs unzumutbare Härten zu vermeiden.

(2) Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 können insbesondere bewilligt werden für

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,
2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Einstellung entstehen, und
3. Investitionen zur Umstellung auf andere, vor allem soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.

(3) Auf den Ausgleich nach Absatz 1 können Ausgleichsansprüche nach § 18 angerechnet werden.

§ 20

Sicherung der Zweckbindung

(1) Bei der Bewilligung ist sicherzustellen, daß die nach §§ 12 bis 16 geleisteten Fördermittel für Zwecke des geförderten Krankenhauses verwendet werden.

(2) Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Bedingungen erlassen und mit Auflagen verbunden werden, soweit sie erforderlich sind, um

1. die im Bedarfsplan festgelegten Ziele zu erreichen und
2. bei Mitteln nach § 19 die Umstellung oder die Einstellung des Betriebs zu regeln.

(3) Soweit für Fördermittel eine dingliche Sicherung erforderlich ist, gehören die dabei entstehenden Aufwendungen zu den förderungsfähigen Kosten.

§ 21

Rückforderung von Fördermitteln

(1) Die Fördermittel sollen außer nach den allgemeinen Vorschriften ganz oder teilweise zurückgefordert werden, wenn

1. das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Krankenhausbedarfsplan nicht oder nicht mehr erfüllt oder
2. bei Mitteln nach § 19 die Umstellung oder die Einstellung nicht erfolgt.

(2) Im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 kann von einer Rückforderung dann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde aus dem Krankenhausbedarfsplan ausscheidet. Soweit die Fördermittel für Anlage-

güter verwendet worden sind, können sie nur entsprechend dem nicht abgelaufenen Teil der regelmäßigen Nutzungsdauer dieser Anlagegüter zurückgefordert werden.

(3) Wird dem Krankenhaus die Erfüllung seiner Aufgaben aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund unmöglich, können die Fördermittel nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der geförderten Güter zurückgefordert werden.

§ 22

Einbau von Schutzräumen

(1) Die zuständigen Stellen der Länder teilen dem Bundesminister des Innern zum frühestmöglichen Zeitpunkt die Krankenhausneubauvorhaben mit, die für eine Förderung nach diesem Gesetz in Betracht kommen.

(2) Innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Mitteilung teilt der Bundesminister des Innern dem Land und dem Träger des Krankenhauses seine Absicht mit, den Träger aufzufordern, in das Krankenhaus Schutzräume einzubauen, wenn der Bund die entstehenden Mehrkosten trägt. Der Bundesminister des Innern ist ab diesem Zeitpunkt insoweit am Planungsverfahren zu beteiligen. Die endgültige Aufforderung muß innerhalb von drei Monaten ausgesprochen werden.

(3) Im Land Berlin sind die Absätze 1 und 2 mit der Maßgabe anzuwenden, daß an die Stelle des Bundesministers des Innern die zuständige oberste Landesbehörde für den Zivilschutz tritt.

VIERTER ABSCHNITT

Pflegesätze

§ 23

Gestaltung und Bemessung

(1) Die Pflegesätze sind auf der Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses, einer kaufmännischen Buchführung sowie einer Kosten- und Leistungsrechnung nach Maßgabe des § 2 Abs. 2 für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen.

(2) Pflegesätze sind die Entgelte der Benutzer oder ihrer Kostenträger für allgemeine stationäre oder teilstationäre Leistungen des Krankenhauses.

(3) Die Pflegesätze sind so auszugestalten und zu bemessen, daß sie eine wirtschaftliche Betriebsführung fördern und Anreize schaffen, die im Einzelfall medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen zu erbringen.

§ 24

Einzelvorschriften

(1) 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.

(2) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz gefördert werden, und bei den Hochschulkliniken nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 sind außer den in Absatz 1 genannten Kosten im Pflegesatz nicht zu berücksichtigen

1. die in §§ 12 bis 19 genannten Kosten, auch soweit für sie keine Fördermittel geleistet werden; dies gilt nicht für die Kosten des Ersatzes und der Ergänzung von Wirtschaftsgütern mit einer regelmäßigen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren (Gebrauchsgüter) sowie für Verbrauchsgüter,
2. Kosten der in § 10 Abs. 1 Nr. 9 bis 11 bezeichneten Einrichtungen,
3. Kosten, für die eine sonstige öffentliche Förderung geleistet wird.

Satz 1 gilt bei Krankenhäusern, die teilweise gefördert werden, nur hinsichtlich des geförderten Teils.

(3) Soweit Krankenhäuser nach diesem Gesetz nicht öffentlich gefördert werden, dürfen sie von Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze fordern, als für Leistungen vergleichbarer nach diesem Gesetz geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind, es sei denn, daß das Krankenhaus in Hinblick auf § 330 c des Strafgesetzbuches zur Aufnahme des Kranken verpflichtet ist.

(4) Soweit ärztliche Leistungen

1. von einem Belegarzt erbracht und berechnet werden oder
2. in anderen Fällen gesondert erbracht und berechnet werden und sich durch die Kostenerstattung der Ärzte die Selbstkosten des Krankenhauses mindern,

ist dies bei der Bemessung der Pflegesätze zu berücksichtigen.

§ 25

Verfahren

(1) Die Pflegesätze werden zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart. Die Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Lande sind zu beteiligen; § 5 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung sind der Krankenhausträger und

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

mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Krankenhauses im Jahr vor der Aufforderung zur Aufnahme der Vertragsverhandlungen nach Absatz 4 entfallen.

(3) Die vereinbarten Pflegesätze werden von der zuständigen Landesbehörde genehmigt, wenn sie den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entsprechen; die Genehmigung ist unverzüglich zu erteilen.

(4) Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei nach Absatz 2 schriftlich zur Aufnahme der Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, oder wird die Genehmigung nach Absatz 3 abgelehnt, setzt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich fest. Sie hat zuvor die vorgesehenen Pflegesätze mit den nach Absatz 1 Beteiligten mit dem Ziel der Einigung zu erörtern.

(5) Die Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze ist den Vertragsparteien nach Absatz 2 sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung bekanntzugeben. Der Krankenhausträger hat die genehmigten oder festgesetzten Pflegesätze gegenüber allen Benutzern des Krankenhauses anzuwenden.

§ 26

Empfehlungen und Vereinbarungen

(1) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung erarbeiten gemeinsam Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für Personal- und Sachkosten. Dabei haben sie die Vorschriften dieses Gesetzes und die Beratungsergebnisse des Bund-Länder-Ausschusses nach § 35 sowie des Beirats nach § 36 zu berücksichtigen; sie können Sachverständige beteiligen. Die Empfehlungen sind bei der Gestaltung und Bemessung der Pflegesätze unter Beachtung der Kosten- und Leistungsstruktur des jeweiligen Krankenhauses angemessen zu berücksichtigen.

(2) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sollen das Nähere zur Durchführung der den Krankenhausbereich betreffenden Empfehlungen der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen nach § 405 a der Reichsversicherungsordnung vereinbaren.

§ 27

Verordnungsermächtigung

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen über

1. die Pflegesätze, insbesondere ihre Gestaltung, Bemessung und Laufzeit,
2. die Berücksichtigung gesondert erbrachter und berechneter ärztlicher Leistungen sowie der Erlöse der Krankenhäuser hieraus bei der Bemessung der Pflegesätze,
3. das nach § 25 anzuwendende Verfahren, die Vorlage von Unterlagen und die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen,

4. die Rechnungslegungs- und Buchführungspflichten, die Kosten- und Leistungsrechnung sowie den Jahresabschluß der Krankenhäuser.

(2) Die Ermächtigung nach Absatz 1 Nr. 1 bis 3 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.

§ 28

Nichtanwendung von Pflegesatzvorschriften

Die Vorschriften des Vierten Abschnittes mit Ausnahme des § 24 Abs. 3 gelten nicht für die in § 10 Abs. 1 Nr. 3, 5, 6 und 8 genannten Krankenhäuser. § 24 Abs. 3 gilt für die in § 10 Abs. 1 Nr. 5 und 8 genannten Krankenhäuser mit der Maßgabe, daß an die Stelle der Pflegesätze vergleichbarer nach diesem Gesetz geförderter Krankenhäuser die Pflegesätze vergleichbarer öffentlicher Krankenhäuser treten.

FÜNFTER ABSCHNITT

Finanzhilfen des Bundes

§ 29

Finanzhilfen

Der Bund gewährt den Ländern nach Maßgabe der §§ 30 bis 34 Finanzhilfen für die nach §§ 12 bis 19 zu leistenden Fördermittel als Zuschüsse.

§ 30

Umfang der Finanzhilfen

(1) Der Bund stellt in jedem Haushaltsjahr ein Drittel des Betrages bereit, der in den Ländern für Fördermittel nach §§ 14, 17 Abs. 1 Satz 1, §§ 18 und 19 aufgewendet wird.

(2) Für Aufwendungen nach §§ 12, 13 und 16 Abs. 1 stellt der Bund 1979 250, 1980 260, 1981 275 und 1982 290 Millionen Deutsche Mark bereit. In den folgenden Jahren erhöhen sich diese Beträge entsprechend der durchschnittlichen Kostenentwicklung der nach §§ 12 und 13 förderungsfähigen Maßnahmen; das Nähere regelt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

§ 31

Verteilung der Finanzhilfen

(1) Die Finanzhilfen nach § 30 weist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung den Ländern nach ihrer Einwohnerzahl zu, und zwar die Finanzhilfen nach § 30 Abs. 1 in voller Höhe, die Finanzhilfen nach § 30 Abs. 2 in Höhe von 80 vom Hundert.

(2) In Höhe von 20 vom Hundert werden die Finanzhilfen nach § 30 Abs. 2 den Ländern im Benehmen mit dem Bund-Länder-Ausschuß nach § 35 nach Schwerpunkten zugewiesen

1. zur Durchführung von Rationalisierungs- und von Modellmaßnahmen,
2. zur Befriedigung eines überregionalen Bettenbedarfs,
3. zum Ausgleich unterschiedlicher gesundheitlicher Verhältnisse und
4. zur Beseitigung einer regionalen Über- oder Unterversorgung.

(3) Auf die Finanzhilfen nach Absatz 1 erhalten die Länder monatlich Abschlagszahlungen.

§ 32

Deckungszeitraum

(1) Innerhalb jedes ab 1. Januar 1976 beginnenden Zeitraums von drei Jahren darf der Bund einem Land Finanzhilfen nach diesem Gesetz nur bis zu einem Drittel des Betrages gewähren, den das Land oder die Gemeinden (Gemeindeverbände) in demselben Zeitraum für Fördermittel nach §§ 12 bis 19 unmittelbar oder mittelbar geleistet haben; dabei sind Leistungen nach § 17 Abs. 1 Satz 2 nicht zu berücksichtigen.

(2) Soweit der Ausgleich nicht innerhalb des jeweiligen Zeitraums möglich oder zweckmäßig ist, ist er in dem auf den Zeitraum folgenden Haushaltsjahr vorzunehmen.

§ 33

Verwendungsmittelung

Die Länder unterrichten den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung für jedes Haushaltsjahr über die zweckentsprechende Verwendung der Finanzmittel. Die Mitteilung enthält

1. die Zahl der geförderten Krankenhäuser und Planbetten, die Summe der für diese Krankenhäuser nach den einzelnen Förderungstatbeständen angefallenen förderungsfähigen Kosten sowie die Summe der aus den Finanzhilfen ausgezahlten Fördermittel, und
2. davon für jedes Vorhaben nach §§ 12 oder 13 mit förderungsfähigen Kosten über 5 Millionen Deutsche Mark die Gesamtkosten, die förderungsfähigen Kosten, die Summe der aus den Finanzhilfen des betreffenden Jahres ausgezahlten Fördermittel sowie die Zahl der geförderten Planbetten.

§ 34

Förderung der Forschung

Von dem nach § 30 für Finanzhilfen des Bundes bereitgestellten Betrag kann der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung einen Betrag von 0,25 v. H., im Einvernehmen mit den Ländern bis zu 0,5 v. H., zur Erreichung und Unterstützung des in

§ 1 bezeichneten Zweckes für Forschung, insbesondere im Bereich des rationellen Krankenhausbaus, der Krankenhausorganisation sowie der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebs, in Anspruch nehmen. Die Mittel sind im Benehmen mit den Ländern für Forschungsvorhaben einzusetzen.

SECHSTER ABSCHNITT

Sonstige Vorschriften

§ 35

Bund-Länder-Ausschuß

(1) Beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ein Bund-Länder-Ausschuß für Krankenhausfragen gebildet, dem die beteiligten Bundesressorts und die zuständigen obersten Landesbehörden angehören. Der Ausschuß kann die durch einzelne Beratungsgegenstände Betroffenen beteiligen und Sachverständige zuziehen.

(2) Dem Bund-Länder-Ausschuß obliegt die Abstimmung zwischen Bund und Ländern in allen Angelegenheiten, die der Förderung der in § 1 genannten Ziele und der Durchführung dieses Gesetzes dienen, insbesondere die Beratung über Grundsätze für

1. ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger und wirtschaftlicher Krankenhäuser sowie
2. die Gestaltung und die Bemessung von Pflegesätzen.

(3) Der Bund-Länder-Ausschuß soll mit dem Beirat nach § 36 eng zusammenarbeiten und dessen Beratungsergebnisse angemessen berücksichtigen.

(4) Der Ausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat den Vorsitz und führt die laufenden Geschäfte.

§ 36

Beirat für Krankenhausfragen

(1) Beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ein Beirat für Krankenhausfragen gebildet, der den Bundesminister und den Bund-Länder-Ausschuß nach § 35 in Angelegenheiten dieses Gesetzes, insbesondere der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, der Gestaltung der Pflegesätze sowie eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser, berät. Der Beirat kann zu diesen Fragen Empfehlungen abgeben.

(2) Dem Beirat gehören als Mitglieder an

- 7 Vertreter der Krankenhausträger,
- 7 Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung,
- 3 Vertreter der Arbeitnehmer,

- 3 Vertreter der Arbeitgeber,
- 3 Vertreter der Ärzteschaft,
- 1 Vertreter der kommunalen Spitzenverbände,
- 1 Vertreter der privaten Krankenversicherung.

Der Beirat kann Sachverständige, insbesondere der Krankenhausberufe, beteiligen.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Berufung und das Verfahren des Beirates zu regeln.

§ 37

Auskunftspflichten und Statistik

(1) Die Krankenhausträger und die Sozialleistungsträger haben dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und den zuständigen Behörden der Länder die Auskünfte zu geben, die benötigt werden

1. für die Krankenhausbedarfsplanung,
2. für die Beurteilung der
 - a) für die öffentliche Förderung nach §§ 9 bis 22,
 - b) für die Gestaltung und Bemessung der Pflegesätze nach §§ 23 bis 28 und
 - c) für die Zuweisung von Finanzhilfen des Bundes nach § 31 Abs. 2
 maßgebenden Umstände sowie
3. im Interesse der Forschung nach § 34.

Hierbei kommen insbesondere in Betracht der Personal- und Sachaufwand der Krankenhäuser, ihr Einzugsbereich, Art und Umfang der Krankenhausleistungen sowie allgemeine statistische Angaben über die Benutzer und ihre Erkrankungen.

(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. das Nähere zur Auskunftspflicht nach Absatz 1 zu regeln und
2. für Zwecke dieses Gesetzes Erhebungen als Bundesstatistik anzuordnen und das Nähere über Inhalt und Umfang dieser Statistik sowie den Kreis der Auskunftspflichtigen zu bestimmen.

§ 38

Anwendung des Verwaltungsverfahrensgesetzes

Auf die Ausführung dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen ist das Verwaltungsverfahrensgesetz anzuwenden.

§ 39

Übergangsvorschrift für die Zuordnung zu Versorgungsstufen

Bis zur Zuordnung der Krankenhäuser zu Versorgungsstufen im Krankenhausbedarfsplan gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 14 Abs. 2 gilt die Zuordnung der Krankenhäuser zu den Anfor-

derungsstufen I bis IV nach § 10 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember 1978 geltenden Fassung als Zuordnung zu den Versorgungsstufen nach § 14 Abs. 2 Nr. 1 bis 4.

§ 40

Übergangsvorschrift für Ausbildungsstätten

(1) § 9 Abs. 2 Nr. 2 ist erst ab 1. Januar 1982 anzuwenden.

(2) Die Kosten der mit dem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten sind bis zum 31. Dezember 1981 bei den Pflegesätzen zu berücksichtigen, es sei denn, daß sie in entsprechendem Umfang nach anderen Rechtsvorschriften gefördert werden.

§ 41

Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

Artikel 2

Anderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2557, 3187), wird wie folgt geändert:

1. In § 184 erhält Absatz 2 folgende Fassung:

„(2) Der Versicherte kann unter den Krankenhäusern wählen, die nach § 371 für die Erbringung von Krankenhauspflege vorgesehen sind. Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als eines der nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser, die in Satz 1 genannt sind, in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.“

2. § 185 erhält folgende Fassung:

„§ 185

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern, Krankenpflegehelferinnen, Krankenpflegehelfer oder durch andere zur Krankenpflege geeignete Personen, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist, oder Krankenhauspflege dadurch nicht erforderlich wird. Die Satzung kann bestimmen, das häus-

liche Krankenpflege auch dann gewährt wird, wenn diese zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

(2) Häusliche Krankenpflege wird insoweit gewährt, als eine im Haushalt oder in der Familie lebende Person den Kranken nicht pflegen kann.

(3) Kann eine der in Absatz 1 bezeichneten Krankenpflegekräfte nicht gestellt werden oder besteht Grund, von einer Gestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine der in Absatz 1 bezeichneten Krankenpflegekräfte in angemessener Höhe zu erstatten, wenn diese selbst beschafft wird.“

3. In § 185 b wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Satzung bestimmt, unter welchen Voraussetzungen und für welchen Zeitraum in Härtefällen Haushaltshilfe gewährt werden kann, wenn dem Versicherten oder seinem Ehegatten wegen Krankheit oder Mutterschaft die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 gelten.“

4. In § 405 a Abs. 1 erhält Satz 2 folgende Fassung:

„Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat hierzu jährlich bis zum 31. März Empfehlungen, insbesondere über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen, der Arzneimittelhöchstbeträge und der Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspflege abzugeben; bei den Empfehlungen über Ausgaben für Krankenhauspflege sind die Vorschriften über die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser (§ 2 Abs. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) zu berücksichtigen.“

Artikel 3

Anderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel 1 § 3 des Gesetzes vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069), wird wie folgt geändert:

1. In § 17 erhält Absatz 2 folgende Fassung:

„(2) Der Versicherte kann unter den Krankenhäusern wählen, die nach § 76 für die Erbringung von Krankenhauspflege vorgesehen sind. Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als eines der nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser, die in Satz 1 genannt sind, in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.“

2. § 18 erhält folgende Fassung:

„§ 18

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern, Krankenpflegehelferinnen, Krankenpflegehelfer oder durch andere zur Krankenpflege geeignete Personen, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist, oder Krankenhauspflege dadurch nicht erforderlich wird. Die Satzung kann bestimmen, daß häusliche Krankenpflege auch dann gewährt wird, wenn diese zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

(2) Häusliche Krankenpflege wird insoweit gewährt, als eine im Haushalt oder in der Familie lebende Person den Kranken nicht pflegen kann.

(3) Kann eine der in Absatz 1 bezeichneten Krankenpflegekräfte nicht gestellt werden oder besteht Grund, von einer Gestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine der in Absatz 1 bezeichneten Krankenpflegekräfte in angemessener Höhe zu erstatten, wenn diese selbst beschafft wird.“

Artikel 4

Anderung des Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetzes

§ 4 Satz 1 des Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetzes vom 28. August 1975 (BGBl. I S. 2289) erhält folgende Fassung:

„Der Bund zahlt den Trägern der Krankenversicherung zu den Aufwendungen für die sonstigen Hilfen einen Zuschuß in Höhe von je 55 Millionen Deutsche Mark in den Jahren 1976 bis 1979 sowie von 20 Millionen Deutsche Mark im Jahre 1980 und von 35 Millionen Deutsche Mark im Jahre 1981.“

Artikel 5

Berlin-Klausel

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

Artikel 6

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1979 in Kraft.

Begründung

I. Allgemeiner Teil

1. Das Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz) sah in der Fassung des Entwurfs der Bundesregierung (Drucksache 8/166) und in der Fassung des Beschlusses des Deutschen Bundestages vom 13. Mai 1977 (Bundesrats-Drucksache 225/77) vor, in die Maßnahmen dieses Gesetzes auch den Krankenhausbereich einzubeziehen. Bei den parlamentarischen Beratungen bestand Einvernehmen, daß auch im Krankenhausbereich gesetzliche Maßnahmen dringend erforderlich sind, um die Kostenentwicklung im Rahmen der Belastbarkeit der Volkswirtschaft und der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung zu halten. Im Rahmen der weiteren Beratungen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes wurden jedoch die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag des Bundesrates aus dem Gesetzgebungsverfahren herausgenommen, und zwar mit folgender Begründung:

„Die vom Deutschen Bundestag im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz beschlossenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes regeln Einzelfragen dieses Gesetzes. Die Probleme des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sollten jedoch in ihrer Gesamtheit in einer zusammenhängenden erweiterten Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch in diesem Jahr geregelt werden.“

2. Eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhausversorgung zu sozial tragbaren Kosten läßt sich auf Dauer nur sichern, wenn es gelingt,

- die Planungs- und Steuerungsinstrumente im Krankenhausbereich zu verbessern,
- die Krankenhäuser in ihren Bemühungen um eine möglichst wirtschaftliche Betriebsführung wirksamer zu unterstützen und
- die Selbstverwaltung im Krankenhausbereich und damit die Initiative der am Krankenhauswesen unmittelbar Beteiligten zu stärken, um alle Möglichkeiten zu einer wirkungsvollen und kostengünstigen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen auszuschöpfen.

Diese Ziele sollen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf erreicht werden.

Auch die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (§ 405 a der Reichsversicherungsordnung) hat sich am 17. März 1978 dafür ausgesprochen, daß die Anstrengungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus und zur Anpassung von Krankenhausleistungen an den tatsächlichen Bedarf

durch eine alsbaldige Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterstützt werden sollten.

3. Die jetzt vorgelegte Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes läßt die im Jahre 1972 getroffenen Grundentscheidungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser unberührt. Insbesondere bleibt das bisherige System der Krankenhausfinanzierung unangetastet, wonach die Krankenhäuser die für eine leistungsfähige und wirtschaftliche stationäre Versorgung notwendigen Mittel zu einem Teil von der öffentlichen Hand, überwiegend jedoch von den Benutzern/Kostenträgern erhalten.

Auch an dem im bisherigen § 4 Abs. 1 normierten Grundsatz, daß die öffentliche Förderung und die Pflegesätze zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken müssen (Selbstkosten-Deckungsprinzip), wurde uneingeschränkt festgehalten. Vorschläge zur Änderung des dualistischen Finanzierungssystems in eine Finanzierung des Krankenhauses „aus einer Hand“ über den Preis wurden ebenso eingehend geprüft wie die Vorschläge der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Vereinfachung der von der öffentlichen Hand zu leistenden Investitionsförderung. Durch die Beschränkung der Einzelbewilligung öffentlicher Mittel auf die Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterung) eines Krankenhauses und eine Pauschalabgeltung sämtlicher Mittel für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern könnte in der Tat der Entscheidungsspielraum im Krankenhaus erweitert und damit eine elastische und verantwortungsbewußte Betriebsführung gefördert werden. Ohne eingehende Untersuchungen, insbesondere der betriebswirtschaftlichen, finanziellen und gesundheitspolitischen Auswirkungen, erscheinen jedoch einschneidende Eingriffe in das geltende und zwischen den Beteiligten ausgeglichene Finanzierungssystem nicht vertretbar. Auf derartige tiefgreifende Änderungen mußte daher im Rahmen der jetzt anstehenden Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verzichtet werden.

Auch auf die im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vorgesehene Eigenbeteiligung der Krankenhausträger an den Investitionskosten wurde verzichtet, da die Bedenken der Länder und anderer Beteiligter fortbestehen, ob eine derartige Regelung geeignet wäre, zu mehr Wirtschaftlichkeit im Krankenhauswesen zu führen.

4. Schwerpunkte der Novellierung, die zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung im Krankenhausbereich beitragen sollen, bilden folgende Regelungen:

- a) Eine bedarfsgerechte und kostengünstige Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhauspflege

ist nur auf der Grundlage einer wirkungsvollen Bedarfsplanung möglich. Deshalb sollen die Vorschriften über die Krankenhausbedarfsplanung ausgebaut und verbessert werden.

- Dazu ist vorgesehen, die Krankenhausträger und die Krankenkassen stärker als bisher an der Planung zu beteiligen. An die Stelle der bislang vorgeschriebenen Anhörung beim Aufstellen der Bedarfspläne ist nun eine enge Zusammenarbeit mit den Ländern getreten, die zu einer frühzeitigen Information über Planungsziele und -kriterien und zur eingehenden Erörterung der Pläne verpflichtet.
 - Daneben werden die inhaltlichen und formalen Anforderungen für die Erstellung der Bedarfspläne präzisiert, insbesondere auch, um bundesweit vergleichbare Daten zu erhalten.
- b) Im Grundsatz soll das duale System der Krankenhausfinanzierung ebenso erhalten bleiben wie die derzeitige Verteilung der Kostenlast zwischen öffentlicher Hand und Benutzern/Kostenträgern. Dabei sind im Interesse eines möglichst wirtschaftlichen Verhaltens eine Reihe von Korrekturen in Einzelfragen vorgesehen, insbesondere:
- Eine Überschreitung von bewilligten Investitionskosten darf nur dann noch von der öffentlichen Hand übernommen werden, wenn die Kostensteigerung unvorhergesehen und unabweisbar war.
 - Die Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten soll erleichtert werden.
 - Um zu einer praktikableren Abgrenzung der unterschiedlichen Finanzierungsregelungen zu kommen, sollen kleinere Baumaßnahmen in die pauschale Förderung übernommen werden; dafür ist eine Finanzierung der Ergänzung und des Ersatzes von kurzfristigen Anlagegütern mit einem Anschaffungspreis über 300 000 DM, insbesondere medizinischer Großgeräte, im Wege der Einzelbewilligung vorgesehen.
 - Die finanziellen Anreize, die das Ausscheiden von Krankenhäusern aus dem Bedarfsplan erleichtern, sollen verbessert werden.
- c) Die Pflegesätze sollen zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen auf der Grundlage der Selbstkosten unter Beachtung allgemeiner Maßstäbe für Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit vereinbart und vom Land genehmigt werden. Nur im Falle der Nichteinigung sollen die Pflegesätze wie bisher staatlich festgesetzt werden. Ferner sollen durch die Gestaltung der Pflegesätze Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung und die im Einzelfall medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen geschaffen werden.
- d) Im Interesse der Stärkung der Selbstverwaltung der unmittelbar am Krankenhauswesen Beteiligten erhalten die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung den gesetzlichen Auftrag,

allgemeine Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu erarbeiten, insbesondere für Personal- und Sachkosten. Auch wird den Spitzenorganisationen die Aufgabe übertragen, Empfehlungen der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen durch ergänzende Vereinbarungen für den Krankenhausbereich anwendbar zu machen.

5. Die Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes macht auch eine grundlegende Überarbeitung der Bundespflegesatzverordnung erforderlich, denn zahlreiche Maßnahmen zu mehr Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus bedürfen einer Konkretisierung und Ausgestaltung im Pflegesatzrecht. Das gilt insbesondere für die Überprüfung des Gewinn- und Verlustausgleichs und die Erleichterung differenzierter Pflegesatzformen. Es ist deshalb vorgesehen, die Vorarbeiten zur Überarbeitung der Bundespflegesatzverordnung alsbald aufzunehmen, damit bis zu den abschließenden Beratungen des vorliegenden Gesetzentwurfs der Entwurf einer geänderten Bundespflegesatzverordnung vorgelegt werden kann.

6. Schließlich sollen im Zuge der Novellierung auch, soweit nötig, Mißverständnisse und Verwaltungsschwierigkeiten aufgrund der bisherigen Gesetzesfassung ausgeräumt werden. Hierzu erscheint es zweckmäßig, nicht nur einzelne Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu ändern; vielmehr soll das Gesetz insgesamt neu gefaßt werden, sich dabei aber inhaltlich möglichst eng an die bisherigen Vorschriften anlehnen.

7. Eine wirksame Kostendämpfung im Gesundheitswesen und insbesondere im Krankenhausbereich läßt sich kaum mit kurzfristigen und spektakulären Maßnahmen erreichen. Leistungsabbau, Stillstand des medizinischen Fortschritts, Kürzung der Investitionsförderung oder der Pflegesätze sind keine geeigneten Mittel und stehen nicht zur Diskussion. Es bedarf vielmehr einer Reihe gut abgestimmter Instrumente, die auch mittel- und längerfristig die Ausgabenentwicklung in der stationären Versorgung in vertretbaren Grenzen und in Übereinstimmung mit der volkswirtschaftlichen Entwicklung halten. Hierfür sieht der Gesetzentwurf, wie dargelegt, ein Bündel von Maßnahmen vor.

Eine wesentliche Änderung gegenüber der Situation bei Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Jahre 1972 liegt darin, daß es eine wichtige Aufgabe ist, nicht bedarfsnotwendige Betten in einer beträchtlichen Zahl abzubauen oder anderen Verwendungszwecken zuzuführen. Der Bettenabbau darf sich jedoch nicht einseitig zu Lasten derjenigen Krankenhäuser vollziehen, die bisher nicht in die Krankenhausbedarfspläne aufgenommen sind. Maßstab für die Anpassung an den Bedarf muß vielmehr neben der Frage nach der medizinischen Qualität auch das Ziel sein, die erforderlichen Krankenhausleistungen möglichst wirtschaftlich zu erbringen. In diesem Zusammenhang ist auf die Anwendung der am 1. Januar dieses Jahres in Kraft getretenen Neufassung des § 371 RVO hinzuweisen, der die Zu-

lassung der nicht in die Bedarfspläne aufgenommenen Krankenhäuser zur Krankenhauspflege für sozialversicherte Patienten regelt. Die Handhabung des § 371 in einigen Bundesländern gibt zu der Frage Anlaß, ob bei der Ablehnung von Bereiterklärungen der betroffenen Krankenhäuser stets die genannten Gesichtspunkte berücksichtigt worden sind.

Die Bundesregierung hat im Hinblick auf die bei den Krankenhausträgern entstandene Unruhe ernsthaft erwogen, eine Änderung des § 371 Abs. 2 RVO vorzuschlagen. Sie hat zunächst von entsprechenden Vorschlägen in der Erwartung abgesehen, daß die künftige Anwendung des § 371 RVO sich in einem Rahmen vollzieht, wie er in der Empfehlung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 14. Dezember 1977 aufgezeigt worden ist. Im übrigen werden die in diesem Gesetzentwurf (Artikel 1 § 19) vorgesehenen Erleichterungen und Klarstellungen für Ausgleichszahlungen beim Ausscheiden aus der Krankenhausversorgung dazu beitragen, auch bei der Anwendung des § 371 RVO unzumutbare Härten zu vermeiden.

II. Besonderer Teil

Zu Artikel 1: Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu § 1: Zweck des Gesetzes

In der Vorschrift wurde lediglich die Überschrift zur Verdeutlichung neugefaßt.

Zu § 2: Wirtschaftliche Sicherung

Die Vorschrift faßt mehrere Regelungen des bisherigen Rechts zusammen, um die Grundzüge der in § 1 angesprochenen wirtschaftlichen Sicherung zu erläutern und festzulegen, und entspricht in der Sache dem bisherigen § 4 Abs. 1. Die Einzelvorschriften des Gesetzes, nach deren Maßgabe die hier niedergelegten Grundsätze auszufüllen sind, müssen wie bisher auch im Hinblick auf diese Grundsätze sowie auf den in § 1 niedergelegten Zweck des Gesetzes ausgelegt und angewandt werden. Die in Absatz 2 Nr. 1 bis 3 genannten Zielsetzungen der Krankenhausfinanzierung sind weitgehend dem bisherigen § 17 Abs. 1 Nr. 2 entnommen; da sie aber nicht nur bei der Bemessung der Pflegesätze Bedeutung haben, erschien es angebracht, sie bereits an dieser Stelle festzuhalten. Insbesondere bleibt das Prinzip der Selbstkostendeckung bei den Pflegesätzen im bisherigen Umfang erhalten.

Die Begriffsbestimmungen des bisherigen § 2, deren Bedeutung aus sich heraus kaum verständlich waren, wurden an geeigneten Stellen in den Sachzusammenhang eingebaut (für die Pflegesätze in § 23 Abs. 2 — neu). Dabei wurde der bisherige, durch die konkrete Regelung nicht immer voll gedeckte Begriff der Investitionskosten in § 2 Nr. 2 — alt — durch die Bezugnahme auf die Abgrenzung der nach §§ 12 bis 19 förderungsfähigen Kosten ersetzt (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 — neu).

Zu § 3: Krankenhäuser

Die Vorschrift entspricht in der Sache dem bisherigen § 2 Nr. 1 und bringt in Anpassung an die Regelung in § 184 Abs. 1 RVO nur einige redaktionelle Veränderungen, um Mißverständnisse zu vermeiden; durch Verzicht auf die besondere Hervorhebung der Körperschäden soll deutlich gemacht werden, daß die Krankenhäuser zur medizinischen Rehabilitation aller Behinderungen, also sowohl körperlicher als auch geistiger und seelischer Behinderungen, zur Verfügung stehen.

Zu § 4: Anwendungsbereich

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 3, enthält jedoch für die Krankenhäuser des Bundes sowie der Renten- und Unfallversicherungsträger einen Hinweis auf § 6 Abs. 2 Nr. 2, um auch diese in die Regelungen über die Bedarfsplanung einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen; eine Einbeziehung der in § 6 Abs. 2 genannten Krankenhäuser in die Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ist demgegenüber nicht beabsichtigt, ebenso wenig eine Anwendung der Pflegesatzvorschriften auf die in § 4 genannten Krankenhäuser.

Zu § 5: Aufstellen der Bedarfspläne

§§ 5 bis 8 regeln die Bedarfsplanung und ersetzen damit den bisherigen § 6 Abs. 1 bis 3.

§ 5 bezweckt gegenüber dem geltenden Recht, das nur eine Anhörung vorsieht, eine stärkere Einbeziehung der unmittelbar von der Bedarfsplanung Betroffenen in das Planungsverfahren. Absatz 1 sieht daher — entsprechend einer bereits in einer Reihe von Ländern geübten Praxis — eine weitergehende Form der Beteiligung vor, nämlich eine enge Zusammenarbeit der Länder mit der Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den kommunalen Spitzenverbänden und dem Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande; es ist zu erwarten, daß die genannten Verbände die ihnen hier eingeräumten Mitwirkungsmöglichkeiten sachgerecht wahrnehmen. Die Letztverantwortung der Länder bei der Beschlußfassung über die Bedarfspläne wird nicht eingeschränkt. Absatz 2 legt Einzelheiten über das Verfahren der Zusammenarbeit fest; Absatz 3 dient der Klarstellung. Für die sonstigen Beteiligten beläßt es Absatz 4 bei der im bisherigen § 6 Abs. 3 Satz 1 und 2 vorgesehenen Anhörungspflicht, wobei die Länder die Möglichkeit haben, auch die genannten sowie die weiteren durch das Land bestimmten Beteiligten in die in Absatz 2 umschriebene Zusammenarbeit ganz oder teilweise einzubeziehen. Den Ländern soll die weitere Bestimmung darüber überlassen bleiben, welche Organisationen im einzelnen als wesentlich Beteiligte zu hören sind; hierbei werden insbesondere auch die Gewerkschaften, die für die Vertretung der Arbeitnehmerinteressen wesentliche Bedeutung haben, sowie die Unfallversicherungsträger heranzuziehen sein. Da bei der Aufrechterhaltung von Krankenhauskapazitäten über den Bedarf hinaus Vorhaltekosten besonderer Art entstehen, die

im allgemeinen über die Pflegesätze abgedeckt werden, sieht Absatz 5 eine Anpassung der Bedarfsplanung vor, wenn ein Krankenhaus über längere Zeit nicht voll belegt ist. Absatz 6 entspricht dem bisherigen § 6 Abs. 3 Satz 3.

Zu § 6: Inhalt der Bedarfspläne

Seit Inkrafttreten des KHG sind die Krankenhausbedarfspläne der Länder zu einem wichtigen Instrument der Gesundheitspolitik und des Einflusses auf die Kostenentwicklung geworden. Es besteht weitgehend Übereinstimmung, daß dieses Instrument weiter verbessert und verfeinert werden muß. Die Vorschrift präzisiert und differenziert gegenüber dem bisherigen Recht Aufgaben und Inhalt der Bedarfspläne, damit sie dem Ziel einer planvollen Steuerung der Krankenhausentwicklung besser gerecht werden können. Angestrebt wird insbesondere eine stärkere Ausrichtung der Pläne auf einheitliche Kriterien und damit eine bessere Vergleichbarkeit.

Absatz 2 bezieht — unbeschadet der sonstigen Aufgaben dieser Einrichtungen — auch die Hochschulkliniken in die Bedarfsplanung ein, ferner die Krankenhäuser der Bundeswehr und der Sozialleistungsträger, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen; dies soll zu einer besseren Koordinierung dieser Einrichtungen mit den nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderten Krankenhäusern beitragen.

Absatz 3 legt eine Reihe von weiteren Kriterien fest, die bei der Planung zu berücksichtigen sind. So haben die Bedarfspläne nach Nummer 1 die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und der Landesplanung und damit auch Forderungen nach regionaler Ausgewogenheit der Versorgung mit Krankenhäusern zu berücksichtigen. Weiter sind auch die Einrichtungen und Planungen der ambulanten und sonstigen gesundheitlichen Versorgung und damit die Einrichtungen zu beachten, die die Krankenhäuser entlasten können (Nummer 2).

Mehr als bisher sollen auch die überregionale Inanspruchnahme von Krankenhäusern, vor allem an den Grenzen zwischen den Bundesländern und bei Spezialkliniken (Nummer 3) sowie die Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Krankenhäusern untereinander und mit sonstigen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden (Nummer 4). Ein wichtiger Gesichtspunkt bei der Planung muß auch die Belastung der Krankenhäuser durch Ausbildungsaufgaben (Nummer 5) bilden. Bedeutsam für eine genauere Planung sind schließlich auch Angaben über die Möglichkeiten von teilstationären Krankenhausleistungen und belegärztlicher Versorgung (Nummer 6). Neben den im Gesetz ausdrücklich genannten Gesichtspunkten sind von den Ländern weitere zu beachten, beispielsweise der Grundsatz, daß an der Krankenhausversorgung unterschiedliche Trägergruppen beteiligt sind und bleiben sollen.

Absatz 4 ersetzt die mißverständliche Regelung der sogenannten 100-Betten-Grenze im bisherigen § 8 Abs. 1 Satz 2, da bei der Bedarfsplanung auch für größere Krankenhäuser in jedem Einzelfall geprüft werden muß, ob sie zur Versorgung der Bevölke-

rung auf Dauer erforderlich sind. Die neue Vorschrift verpflichtet die Länder, anhand sachgerechter Kriterien nach Größe und Standort der Krankenhäuser wirtschaftliche Betriebseinheiten vorzusehen.

Zu § 7: Investitionsprogramme

Die Vorschrift präzisiert die Anforderungen an die mehrjährigen Programme und die Jahresprogramme zur Durchführung der Krankenhausinvestitionen. Hinzuweisen ist insbesondere auf die Verpflichtung, bei der Erstellung der Investitionsprogramme auch die Folgekosten zu berücksichtigen, beispielsweise bei der Beurteilung der Notwendigkeit zusätzlicher Krankenhauskapazitäten und der Dringlichkeit von Modernisierungs- und Ersatzinvestitionen. Anders als bei den Krankenhausbedarfsplänen sieht Absatz 3 nur eine Anhörung der unmittelbar beteiligten Verbände vor. Dem Landesrecht bleibt überlassen, auch weitere Verbände — insbesondere die in § 5 Abs. 1 aufgeführten kommunalen Spitzenverbände und Ausschüsse des Verbands der privaten Krankenversicherung und die in § 5 Abs. 4 Satz 1 ausdrücklich genannten Organisationen — zu den Investitionsprogrammen zu hören. Auf die Regelung des bisherigen § 6 Abs. 2 wurde verzichtet, da eine zwingend vorgeschriebene Abstimmung der einzelnen Programme zwischen Bund und Ländern weniger dringlich erscheint als eine stärkere Zusammenarbeit bei der eigentlichen Krankenhausbedarfsplanung.

Zu § 8: Abstimmung von Planungsgrundsätzen

Die Vorschrift regelt die Abstimmung von Planungsgrundsätzen der Länder untereinander und mit dem Bund und stellt eine Fortentwicklung des bisherigen § 7 Abs. 2 Satz 1 dar. Sie präzisiert und differenziert in Absatz 2 die Fragen, auf die sich die Abstimmung beziehen soll. Nach § 35 Abs. 3 ist in die Abstimmung zwischen Bund und Ländern auch der Beirat für Krankenhausfragen nach § 36 mit den in ihm vertretenen Spitzenverbänden einzubeziehen. Die Mitteilung der Krankenhausbedarfspläne und der Investitionsprogramme an den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach Absatz 3 bildet die Grundlage für eine Mitwirkung des Bundes an der Erarbeitung von Planungsgrundsätzen.

Zu § 9: Voraussetzungen der Förderung

Absätze 1 und 3 vereinfachen — auch im Hinblick auf das Verwaltungsverfahrensgesetz — und präzisieren die bisher in § 8 Abs. 1 Satz 1, 3 und 4 vorgesehenen Voraussetzungen der Förderung. Die Feststellung der Aufnahme in den Bedarfsplan ist ebenso wie die der Nichtaufnahme nach allgemeinen Grundsätzen gerichtlich überprüfbar, so daß die bisherige Klarstellung in § 8 Abs. 1 Satz 4 entbehrlich erscheint.

Absatz 2 Nr. 1 stellt entsprechend dem bisherigen § 2 Nr. 3 Buchstabe c klar, daß auch gemeinschaftliche Einrichtungen der Krankenhäuser gefördert werden können. Absatz 2 Nr. 2 bezieht im Hinblick auf die für die Krankenpflege in Aussicht genommene betriebliche Ausbildung entgegen der bisher-

gen Regelung in § 4 Abs. 3 Nr. 8 ab 1. Januar 1982 auch die Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten in die Förderung ein und bringt damit eine Regelung für die Zeit nach dem Ablauf der Übergangsvorschrift in § 40 Abs. 2. Hierdurch soll im Interesse einer Erhaltung der Ausbildungskapazitäten der langjährige Streit über die Finanzierung der Ausbildungsstätten an Krankenhäusern, insbesondere der Krankenpflegeschulen, endgültig ausgeräumt werden.

Absatz 3 ermöglicht entsprechend einer bereits im Entwurf des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vorgesehenen Regelung, geförderten Krankenhäusern Ausbildungsaufgaben zu übertragen, insbesondere damit nicht an Hochschulkliniken Kapazitäten erhalten oder zusätzlich geschaffen werden müssen, die nach der Krankenhausbedarfsplanung für die Versorgung der Bevölkerung nicht benötigt werden; Voraussetzung einer solchen Aufgabenübertragung ist jedoch, daß die Finanzierung der Ausbildungsaufgaben gewährleistet ist und daß die Krankenversorgung nicht beeinträchtigt wird. Zu den ausbildungsbedingten Investitionsmaßnahmen zählen bei den Lehrkrankenhäusern die Schaffung zusätzlicher lehrbedingter Räume sowie deren Ersteinrichtung im Sinne der „Zweiten Stellungnahme des Wissenschaftsrates zur Finanzierung von Ausbaumaßnahmen an Lehrkrankenhäusern nach dem Hochschulbauförderungsgesetz“ vom 26. Januar 1973 (Drucksache 2252/73); dazu gehören u. a. Seminarräume, Bibliotheken und Lehrmittelräume sowie deren Erstausrüstung.

Zu § 10: Ausschluß der Förderung

Absatz 1 entspricht — mit einer Reihe von redaktionellen Änderungen und Klarstellungen — dem bisherigen § 4 Abs. 3, Absatz 3 dem bisherigen § 27 Nr. 2. Durch Absatz 2 soll eine Doppelförderung von Krankenhausinvestitionen im Hinblick auf das Investitionszulagen- und das Berlinförderungsgesetz ausgeschlossen werden; Ansprüche auf eine Investitionszulage für nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht förderungsfähige Kosten bleiben unberührt. Von der Aufnahme einer Verordnungs-ermächtigung entsprechend dem bisherigen § 4 Abs. 4 wurde abgesehen, da keine Notwendigkeit mehr ersichtlich ist, andere Einrichtungen als förderungsfähige Krankenhäuser nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zu fördern.

Zu § 11: Art der Förderung

Die Vorschrift verdeutlicht die Regelung des bisherigen § 5. Absatz 2 setzt voraus, daß der Krankenhausträger mit dem Einsatz von Darlehen oder Eigenkapital einverstanden ist; ist dies nicht der Fall, kommt nur eine Förderung nach Absatz 1 in Betracht.

Zu § 12: Errichtungskosten

Absätze 1 und 2 fassen den bisherigen § 9 Abs. 1 — neu —, um die Regelung leichter verständlich zu machen. Absatz 3 läßt die Nachbewilligung von Fördermitteln nur zu, wenn Mehrkosten unvorhergese-

hen und unabweisbar sind. Absatz 4 faßt die bisherigen Regelungen in § 2 Nr. 2 letzter Halbsatz und § 4 Abs. 2 zusammen und ermöglicht in Satz 2 Nr. 3 eine sachgerechte, insbesondere von der Trägerschaft des Krankenhauses unabhängige Förderung von Anlauf- und Umstellungskosten.

Zu §§ 13 und 14: Kosten des Ersatz- und Ergänzungsbedarfs

Die Vorschriften vereinfachen die bisher in § 9 Abs. 3 und 4 sowie in § 10 enthaltenen Regelungen über die Finanzierung der Kosten, die nach der Errichtung des Krankenhauses (vgl. hierzu § 12) für den Ersatz und die Ergänzung von Anlagegütern entstehen. Die bisherige Abgrenzung allein nach der Nutzungsdauer der einzelnen Anlagegüter hat sich als wenig praktikabel erwiesen, da eine längere Nutzungsdauer oft nicht mit einer größeren wirtschaftlichen oder medizinischen Bedeutung eines Wirtschaftsguts verbunden ist (vgl. z. B. die hohen Investitions- und Folgekosten rasch veraltender medizinischer Großgeräte); zusätzliche Probleme bereitete der bisherige § 9 Abs. 4.

Die jetzt vorgesehene Regelung sieht demgegenüber feste Wertgrenzen vor. Die Einzelbewilligung ist nach § 13 für Ersatz- und Ergänzung lang- und mittelfristiger Anlagegüter, vor allem Baumaßnahmen, mit Kosten über 50 000 DM sowie für die Ersatz- und Ergänzungsbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit Kosten über 300 000 DM vorgesehen.

Die pauschale Abgeltung des Ersatz- und Ergänzungsbedarfs nach § 14 umfaßt nach dessen Absatz 1 nunmehr

- kurzfristige Güter mit Kosten bis zu 300 000 DM und
- lang- und mittelfristige Anlagegüter, insbesondere kleinere Baumaßnahmen bis 50 000 DM für das einzelne Vorhaben.

Der Aufwand für Instandhaltung und Instandsetzung soll wie bisher in die Pflegesätze eingehen.

Aufgrund der bisherigen Berechnungen kann davon ausgegangen werden, daß sich die Verteilung der Kostenlast zwischen Einzelbewilligung einerseits und Pauschalen andererseits nicht wesentlich verschiebt. Der Verzicht auf eine Einzelbewilligung bei den kleineren Baumaßnahmen wird zu einer wesentlichen Verwaltungsvereinfachung führen.

Nach Absatz 2 werden die Pauschalen nicht mehr nach Bettenzahl gestaffelt, sondern nach der Zuordnung zu einer von vier Versorgungsstufen im Bedarfsplan; dies erscheint sachgerechter, da sie den tatsächlich erforderlichen Aufwendungen besser Rechnung trägt. Im Hinblick auf die Neuabgrenzung der aus den Pauschalen zu finanzierenden Güter erschien die bisherige Differenzierung nach dem Jahr der Inbetriebnahme nicht mehr sachgerecht. In der Höhe bilden die neuen Pauschalen einen gewogenen Mittelwert der bisherigen tatsächlichen Zahlungen, so daß das für die Pauschalen erforderliche Finanzvolumen in etwa gleichbleiben dürfte; allerdings wurde die nach dem bisherigen § 10 Abs. 5 zum

1. Oktober 1978 turnusmäßig fällige Anpassung der Pauschalen in die Gesetznovellierung einbezogen und zwar unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in einer Höhe von 12 v. H.

Die Absätze 3 bis 5 entsprechen in der Sache dem bisherigen § 10 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 und 5.

Zu § 15: Abgrenzung der Wirtschaftsgüter und Versorgungsstufen

Die Vorschrift entspricht zu Nummer 1 in der Sache der Verordnungsermächtigung im bisherigen § 27 Nr. 1, 4 und 5, angepaßt an die Neuregelung in §§ 13 und 14. Nummer 2 ermöglicht eine bundeseinheitliche Abgrenzung der Versorgungsstufen nach § 14 Abs. 2.

Zu § 16: Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern

Die Vorschrift vereinfacht und verdeutlicht die Regelungen des bisherigen § 11. Nach Absatz 1 ist eine Förderung auch von Miet- und Pachtkosten für Anlagegüter möglich, die das Krankenhaus bereits vor dem 1. Oktober 1972 gemietet oder gepachtet hatte.

Zu § 17: Alte Last

Die Vorschrift entspricht mit einigen redaktionellen Änderungen dem bisherigen Recht und bringt hinsichtlich der — in der Regel über die Bank für Sozialwirtschaft gewährten — Darlehen des Bundes und in Absatz 3 Klarstellungen.

Der bisherige § 12 Abs. 3 erschien im Hinblick auf allgemeine Grundsätze des Verwaltungsverfahrens entbehrlich, soweit er nicht in § 15 Abs. 1 neu Eingang gefunden hat.

Zu § 18: Ausgleich für Eigenmittel

Die Vorschrift vereinfacht und verdeutlicht die Regelungen des bisherigen § 13, ohne die 1972 getroffenen grundsätzlichen Entscheidungen zur Behandlung des bis dahin investierten Eigenkapitals der Krankenhausträger in Frage zu stellen.

Zu § 19: Ausgleich bei Ausscheiden aus der Krankenhausversorgung

Die Vorschrift stellt gegenüber dem bisherigen § 8 Abs. 2 klar, daß ein Ausgleich nicht nur bei der Nichtaufnahme, sondern auch bei dem Ausscheiden aus dem Krankenhausbedarfsplan angebracht ist, um nicht benötigte Betten leichter abzubauen; ein teilweises Ausscheiden setzt zumindest die Schließung einzelner Abteilungen, nicht nur den Abbau einzelner Betten voraus, da sich hierdurch laufende Kosten kaum vermindern. Daneben stellt sie für den Umfang der Ausgleichszahlungen auf den bei Einstellung oder Umstellung entstehenden zeitlich begrenzten Mittelbedarf ab. Die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen, insbesondere das Vorliegen einer unzumutbaren Härte, gelten auch im Rahmen der Beispielfälle des Absatzes 2. Abwicklungskosten nach Absatz 2 Nr. 1 schließen auch Schadensersatzleistungen ein, soweit diese unumgänglich sind. Bei

den in Absatz 2 Nr. 2 angesprochenen angemessenen Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile des Krankenhauspersonals kann beispielsweise auf entsprechende tarifvertragliche Regelungen über Sozialpläne zurückgegriffen werden.

Absatz 3 ersetzt die Ausschlußvorschrift des bisherigen § 13 Abs. 3 durch eine Anrechnungsregelung, die es ermöglicht, den besonderen Umständen und Erfordernissen des Einzelfalls gerecht zu werden.

Zu § 20: Sicherung der Zweckbindung

Absatz 1 entspricht dem bisherigen § 15 Abs. 1. Absatz 2 stellt die Regelungen des bisherigen § 14 klar. Absatz 3 regelt eine in der Praxis aufgetretene Streitfrage; dabei bleibt es dem pflichtgemäßen Ermessen der Länder überlassen, im Einzelfall zu prüfen, ob und gegebenenfalls für welche Fördermittel eine dingliche Sicherung notwendig ist.

Zu § 21: Erstattung von Fördermitteln

Die Vorschrift vereinfacht und präzisiert den Inhalt des bisherigen § 15 Abs. 2. Durch den Hinweis in Absatz 1 auf allgemeine Vorschriften, etwa des Verwaltungsverfahrens- und des Haushaltsrechts, ist die Regelung des bisherigen § 15 Abs. 3 entbehrlich geworden.

Zu § 22: Einbau von Schutzräumen

Die Vorschrift entspricht, redaktionell geringfügig überarbeitet, dem bisherigen § 6 Abs. 4.

Zu § 23: Gestaltung und Bemessung

Absatz 1 entspricht in der Sache dem bisherigen § 17 Abs. 1, Absatz 2 der Begriffsbestimmung im bisherigen § 2 Nr. 4, wobei jedoch klargestellt wurde, daß sich die §§ 23 bis 28 nur auf die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen beziehen, nicht dagegen auf Wahlleistungszuschläge. Absatz 3 stellt klar, daß die Pflegesätze nicht eine bloße Übernahme der Abrechnung von Selbstkosten darstellen dürfen, sondern sich zugleich an den Zielsetzungen einer wirtschaftlichen Betriebsführung und des Anreizes zu ausreichenden und zweckmäßigen Krankenhausleistungen orientieren müssen. Hierbei werden auch differenziertere Pflegesatzformen in die Betrachtung einzubeziehen sein, nicht zuletzt im Hinblick auf die Zielsetzung, die Verweildauer in den Krankenhäusern weiter zu verkürzen. Nähere Einzelheiten hierzu müssen der Novellierung der Bundespflegesatzverordnung vorbehalten bleiben, auch hinsichtlich einer Überprüfung des bisherigen Gewinn- und Verlustausgleichs; hierbei wird zu prüfen sein, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang den Krankenhäusern Überschüsse belassen werden können.

Zu § 24: Einzelschriften

Absätze 1 und 2 entsprechen dem bisherigen § 17 Abs. 3 und 4, und zwar unter Anpassung an die Regelung der §§ 12 bis 19. Absatz 1 stellt auch sicher, daß die den Krankenhäusern für ambulante

sowie für Wahlleistungen entstehenden Kosten nicht die Pflegesätze belasten dürfen. Die aufgrund arbeitsrechtlicher Ausbildungsverhältnisse zu gewährenden Ausbildungsvergütungen gehen wie bisher weiterhin in die Pflegesätze ein. Absatz 3 entspricht dem bisherigen § 17 Abs. 5 Satz 1, bezieht in die Regelung jedoch auch sonstige öffentlich-rechtliche Kostenträger ein; der bisherige § 17 Abs. 5 Satz 2 entfällt, da die Regelung nicht mehr notwendig erscheint. Absatz 4 entspricht dem bisherigen § 17 Abs. 2 Satz 1, 1. Halbsatz, stellt aber klar, daß die gesonderte Abrechnung von Arztleistungen zu einem sogenannten Arztkostenabschlag von den Pflegesätzen nur bei entsprechend geminderten Selbstkosten führen darf; während Nummer 1 den Fall der Behandlung durch Belegärzte betrifft, ist Nummer 2 vor allem bei Arztleistungen durch liquidationsberechtigte Krankenhausärzte zu beachten. Eine gesetzliche Festlegung hinsichtlich der gesonderten Abrechnung von Nebenkosten entsprechend dem bisherigen § 17 Abs. 2 Satz 2 erschien nicht angebracht; vielmehr soll auch hierzu die neuzufassende Bundespflegesatzverordnung das Nötige regeln, wobei jedoch die Einführung medizinischer Erkenntnisse und Techniken im einzelnen Krankenhaus wie bisher nicht behindert werden soll.

Zu § 25: Verfahren

Absatz 1 ersetzt das bisherige Festsetzungsverfahren für Pflegesätze im Falle der Einigung zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen durch eine Vereinbarung der Beteiligten. Um die Zahl der Vertragspartner des Krankenhauses nicht unpraktikabel hoch werden zu lassen, sieht Absatz 2 vor, daß jeder Vertragspartner selbst oder über seine Mitglieder 5 v. H. der Pflegetage des Krankenhauses abrechnen muß; Vertragsparteien können innerhalb dieses Rahmens einzelne Sozialleistungsträger oder Arbeitsgemeinschaften von Sozialleistungsträgern sein.

Absatz 3 sieht eine Genehmigung der vereinbarten Pflegesätze durch das Land vor; bei der Genehmigung ist zu prüfen, ob die Pflegesätze den geltenden Rechtsvorschriften, insbesondere auch den in § 23 Abs. 1 enthaltenen Grundsätzen für die Bemessung entsprechen. Diese Prüfung umfaßt auch die Frage, ob bei der Vereinbarung der Grundsatz der Selbstkostendeckung (§ 2 Abs. 2 Nr. 3) eingehalten worden ist.

Für die Fälle der Nichteinigung oder der Ablehnung der Genehmigung sieht Absatz 4 eine Festsetzung durch die zuständigen Landesbehörden vor, wobei jedoch vor einer Festsetzung auf eine Einigung der Beteiligten hinzuwirken ist. Unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Rechtswirkungen hierbei Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sind, bleibt der Einzelregelung in der Bundespflegesatzverordnung vorbehalten.

Absatz 5 regelt die Bekanntgabe und die Rechtswirkungen der genehmigten oder festgesetzten Pflegesätze; die Bekanntgabe auch an den Verband der privaten Krankenversicherung trägt dessen Interesse an der Pflegesatzentscheidung Rechnung.

Zu § 26: Empfehlungen und Vereinbarungen

Die Vorschrift sieht in Absatz 1 vor, daß die Bundesverbände der Krankenhausträger und der Krankenkassen gemeinsam Empfehlungen über allgemeine Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser erarbeiten, um alle Möglichkeiten auszuschöpfen, in der Selbstverwaltung der unmittelbar Beteiligten sachgerechte Kriterien für die Beurteilung von Krankenhäusern zu finden. Aus dem gleichen Grund sollen nach Absatz 2 darüber hinaus die genannten Verbände das Nähere zur Durchführung, insbesondere zur Präzisierung, Differenzierung und Ergänzung der Empfehlungen der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen regeln. Die genannten Verbände werden diese Aufgaben als Selbstverwaltungsaufgaben wahrnehmen; eine Erstattung des Verwaltungsaufwands durch die öffentliche Hand ist nicht vorgesehen.

Zu § 27: Verordnungsermächtigung

Die Vorschrift präzisiert die bisherigen, in §§ 16 und 17 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz enthaltenen Verordnungsermächtigungen.

Zu § 28: Nichtanwendung von Pflegesatzvorschriften

Die Vorschrift entspricht mit redaktionellen Änderungen dem bisherigen § 20.

Zu § 29: Finanzhilfen

Die Vorschrift faßt die bisherigen Regelungen in §§ 21 und 22 Abs. 2 zusammen.

Zu § 30: Umfang der Finanzhilfen

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem bisherigen § 22 Abs. 1, wobei jedoch — auch als Ausgleich für die Einbeziehung der Fördermittel nach § 12 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 und § 16 Abs. 1 in den Plafond — der Umfang der nach Absatz 2 zu leistenden Bundesmittel gegenüber den bisherigen Ansätzen deutlich erhöht wurde.

Zu § 31: Verteilung der Finanzhilfen

Die Vorschrift entspricht in der Sache dem bisherigen § 23 Abs. 1 und 2. Falls sich die Länder mehrheitlich für einen anderen Verteilungsschlüssel als die Einwohnerzahl aussprechen sollten, würde dem von seiten des Bundes nicht entgegengetreten werden.

Zu § 32: Deckungszeitraum

Die Vorschrift vereinfacht und präzisiert die bisherige Regelung in § 23 Abs. 3 Satz 1 und 2.

Zu § 33: Verwendungsmittel

Die Vorschrift vereinfacht die Regelungen in den bisherigen §§ 24 und 25 und paßt sie der Entwicklung an.

Zu § 34: Förderung der Forschung

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem bisherigen § 26.

Zu § 35: Bund-Länder-Ausschuß

Die Vorschrift vereinfacht und verdeutlicht die bisher in § 7 Abs. 1 bis 3 getroffenen Regelungen.

Zu § 36: Beirat für Krankenhausfragen

Die Vorschrift paßt die bisherige Regelung nach § 7 Abs. 4 der Notwendigkeit nach einem gestärkten Beratungsgremium an.

Zu § 37: Auskunftspflichten und Statistik

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem bisherigen § 28 und stellt in Absatz 2 Nr. 2 klar, daß die im Krankenhauswesen zu ermittelnden Daten auch im Wege einer Bundesstatistik erhoben werden können. Die näheren Einzelheiten dieser Statistik, die durch Rechtsverordnung geregelt werden sollen, bedürfen noch eingehender Klärung und Prüfung, auch in dem von der Bundesregierung eingesetzten Abteilungsleiterausschuß Statistik.

Zu § 38: Anwendung des Verwaltungsverfahrensgesetzes

Die Vorschrift trägt § 1 Abs. 2 Satz 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes Rechnung.

Zu § 39: Übergangsvorschrift für die Zuordnung zu Versorgungsstufen

Die Vorschrift ermöglicht eine sachgerechte Überleitung der Pauschalen nach § 14 aus dem bisherigen § 10 Abs. 2 in das neue Recht.

Zu § 40: Übergangsvorschrift für Ausbildungsstätten

Absatz 2 entspricht — in redaktioneller Anpassung an § 9 Abs. 2 Nr. 2 — dem bisherigen § 30 Abs. 2. Absatz 1 regelt das Inkrafttreten der Neuordnung für die Ausbildungsstättenfinanzierung, um im Anschluß an die bisherige Regelung die Finanzierung der Ausbildungsstätten sicherzustellen.

Zu § 41: Berlin-Klausel

Die Vorschrift enthält die übliche Berlin-Klausel.

Zu Artikel 2: Änderung der Reichsversicherungsordnung*Nummer 1*

Redaktionelle Anpassung des § 184 an § 371 RVO.

Nummer 2

Die Änderungen des § 185 in Absatz 1 und Absatz 3 sollen sicherstellen, daß auch solche Personen, die nicht die im Krankenpflegegesetz aufgestellten Voraussetzungen erfüllen, aber über eine ausreichende Erfahrung in der Krankenpflege verfügen, in der häuslichen Krankenpflege eingesetzt werden können. Hierzu gehören vor allem Haus-, Familien- und Altenpfleger sowie solche Personen ohne abgeschlossene fachliche Ausbildung, die aufgrund ihrer bisherigen einschlägigen Tätigkeit und Erfahrung zur Krankenpflege geeignet sind. Diese Qualifikation

gilt auch für selbstbeschaffte Krankenpflegekräfte.

Die Änderung in Absatz 2 stellt nunmehr klar, daß häusliche Krankenpflege dann nicht gewährt werden kann, wenn Personen, die im Haushalt oder in der Familie des Kranken leben, den Kranken pflegen können, ohne daß sie die in Absatz 1 an Krankenpflegekräfte gestellten Voraussetzungen erfüllen.

Nummer 3

§ 185 b Abs. 3 schreibt vor, daß die Krankenkasse in der Satzung Voraussetzungen und Dauer der Haushaltshilfe in den Fällen festzulegen hat, in denen der Kranke in seinem Haushalt lebt, aber wegen einer Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung (vgl. § 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO) oder Entbindung den Haushalt vorübergehend nicht weiterführen kann.

Nummer 4

Die Ergänzung des § 405 a stellt klar, daß die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen auch verpflichtet ist, Empfehlungen zu den Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspflege abzugeben. Ohne Einbeziehung des größten Ausgabenblocks der gesetzlichen Krankenversicherung wären die Orientierungsdaten der konzertierten Aktion unvollständig. Diese Empfehlungen richten sich nicht nur an die Krankenkassen, sondern an alle für die wirtschaftliche Erbringung von Krankenhauspflege Verantwortlichen. Die Festsetzung der Pflegesätze des einzelnen Krankenhauses nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unter Beachtung des Kostendeckungsprinzips bleibt von den Empfehlungen unberührt.

Zu Artikel 3: Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Folgeregelungen zu Artikel 2 Nr. 1 und 2.

Zu Artikel 4: Änderung des Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetzes

Durch die Änderung wird sichergestellt, daß die Träger der Krankenversicherung Bundeszuschüsse — wie ursprünglich vorgesehen — in Höhe von 275 Millionen DM erhalten. Die Änderung des Zahlungszeitraumes für die Zuschüsse an die Träger der Krankenversicherung ist notwendig, weil Bundeszuschüsse für das Jahr 1975 wegen des Inkrafttretens des Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetzes am 1. Dezember 1975 und mangels Erfassung der Aufwendungen für sonstige Hilfen nicht gezahlt werden konnten.

Zu Artikel 5: Berlin-Klausel

Die Vorschrift enthält die übliche Berlin-Klausel.

Zu Artikel 6: Inkrafttreten

Das Gesetz soll ab 1. Januar 1979 in der neugefaßten Form gelten. Gleichzeitig treten die Vorschriften des

bisherigen Gesetzes, soweit sie nicht übernommen wurden, außer Kraft.

III. Finanzielle Auswirkungen

Der Gesetzentwurf geht davon aus, daß die vorgesehenen Neuregelungen mit Ausnahme des Artikels 1 § 14 Abs. 2 und § 30 Abs. 2 sowie Artikel 4 keine unmittelbaren finanziellen Auswirkungen auf die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden sowie der Sozialversicherungsträger haben; insbesondere soll auch nach den neugefaßten §§ 12 bis 14 die bisherige Aufteilung der Krankenhausfinanzierungskosten auf die öffentliche Hand einerseits und die Benutzer/Kostenträger andererseits insgesamt in etwa erhalten bleiben. Die für die Bemessung der Pauschalen nach § 14 Abs. 2 nach bisherigem Recht zu zahlenden Beträge erhöhen sich im Hinblick auf die turnusmäßig ohnehin notwendige Anpassung an die Kostenentwicklung um 12 v. H. Bund und Länderhaushalte werden hierdurch mit Mehrausgaben von rund 125 Millionen DM jährlich belastet. Davon hat nach § 30 Abs. 1 der Bund ein Drittel, mithin rund 42 Millionen DM zu tragen.

Die Bundesmittel nach Artikel 1 § 30 Abs. 2 werden gegenüber dem bisherigen Ansatz für 1979 um 37 Millionen DM aufgestockt und für die folgenden

Jahre mit festen Beträgen entsprechend fortgeschrieben. Die in Artikel 1 § 19 vorgesehene Regelung bestätigt nur Rechtsauffassungen, die von einigen Ländern bereits in der Auslegung des bisherigen § 8 Abs. 2 vertreten werden; soweit aufgrund der Klarstellung die Vorschrift in der Praxis öfter als bisher angewandt und mit ihrer Hilfe Krankenhauskapazitäten abgebaut werden, sind in der Folgezeit entsprechend geringere Aufwendungen für die Förderung von Ersatzinvestitionen erforderlich. Die Regelung über die Ausbildungsstättenfinanzierung in Artikel 1 § 9 Abs. 2 Nr. 2 bringt eine notwendige Klarstellung für die Zeit nach dem Auslaufen der Übergangsvorschrift im bisherigen § 30 Abs. 2, jedoch keine zusätzlichen finanziellen Belastungen.

Insgesamt und auf längere Sicht ist zu erwarten, daß die mit der Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehenen Regelungen entsprechend den unter I. genannten Zielsetzungen zu einer Dämpfung der künftigen Kostenentwicklung sowohl bei den Haushalten von Bund, Ländern und Gemeinden als auch bei den Sozialversicherungsträgern beitragen werden.

Durch die Änderung des Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetzes wird der ursprünglich für 1975 vorgesehene Bundeszuschuß von 55 Millionen DM nunmehr in zwei Raten in den Jahren 1980 (20 Millionen DM) und 1981 (35 Millionen DM) ausgezahlt.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

1. Zu Artikel 1

Die Absicht der Bundesregierung, das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze mit dem Ziel zu ändern, die Kostenentwicklung im Rahmen der Belastbarkeit der Volkswirtschaft und der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung zu halten und somit durch entsprechende gesetzliche Maßnahmen auch das Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz) zu ergänzen, wird begrüßt.

Die Bundesregierung wird gebeten, rechtzeitig im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens, spätestens bis zur Zuleitung des Gesetzes an den Bundesrat im zweiten Durchgang, die beabsichtigten Änderungen und Ergänzungen für eine Novellierung der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vorzulegen.

2. Zu Artikel 1 § 1 Abs. 2 (neu)

Der bisherige Text des § 1 wird Absatz 1.

Es ist folgender Absatz 2 anzufügen:

„(2) Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Verschiedenartigkeit der Krankenhausträger zu beachten.“

Begründung

Absatz 2 stellt klar, daß die Verfolgung der Ziele des Absatzes 1 die Pluralität der Krankenhausträger als Spiegelbild unserer freiheitlichen und pluralistischen Gesellschaftsordnung gewährleisten muß.

3. Zu Artikel 1 § 2 Abs. 2

In § 2 Abs. 2 sind eingangs die Worte „der nachstehenden Vorschriften“ durch die Worte „dieses Gesetzes“ zu ersetzen.

Begründung

Der in § 1 normierte Zweck des Gesetzes muß auch für das in § 2 Abs. 2 niedergelegte Prinzip der Selbstkostendeckung gelten. Dies wird durch die vorgeschlagene Änderung klargestellt.

4. Zu Artikel 1 § 3

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, inwieweit krankenhausesentlastende Maßnahmen, z. B. Krankenhäuser und Pflegeheime,

insbesondere auch unter bedarfsplanerischen Aspekten, beim Krankenhausfinanzierungsgesetz zu berücksichtigen sind.

5. Zu Artikel 1 §§ 4 bis 9, 15, 35, 36 und 39

a) § 5 wird wie folgt gefaßt:

„§ 5

Aufstellen der Bedarfspläne

(1) Die Länder stellen Krankenhausbedarfspläne auf und passen sie der Entwicklung an.

(2) Beim Aufstellen und Anpassen der Bedarfspläne sind die Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören. Die Landesregierungen bestimmen, wer als sonstiger wesentlich Beteiligter nach Satz 1 anzusehen ist.

(3) Die Aufgaben der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nehmen für die Verbände der Ersatzkassen und die Bundesknappschaft diese selbst, für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung die für den Sitz der Landesregierung örtlich zuständige Landwirtschaftliche Krankenkasse wahr.

(4) Die Krankenhausbedarfspläne sind in geeigneter Form zu veröffentlichen und dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zur Kenntnis zu geben.“

b) § 6 wird gestrichen.

c) § 8 wird gestrichen.

d) § 15 wird wie folgt gefaßt:

„§ 15

Abgrenzung der Wirtschaftsgüter

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates näher zu bestimmen, wie die nach §§ 12 bis 14 geförderten Wirtschaftsgüter abzugrenzen sind.“

e) In § 35 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „für Krankenhausfragen“ gestrichen.

f) In § 36 sind in der Überschrift und in Absatz 1 die Worte „für Krankenhausfragen“ zu streichen.

g) Folgeänderungen:

- aa) § 4 zweiter Halbsatz wird gestrichen.
- bb) § 7 Abs. 3 zweiter Halbsatz ist wie folgt zu fassen:
„§ 5 Abs. 3 gilt entsprechend.“
- cc) In § 9 Abs. 4 werden die Worte „nach § 6 Abs. 3 Nr. 5“ ersetzt durch die Worte „von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens“.
- dd) In § 39 werden die Worte „gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit“ ersetzt durch das Wort „nach“.

Begründung zu a) bis g)

Nach Artikel 74 Nr. 19 a in Verbindung mit Artikel 72 Abs. 2 Grundgesetz ist der Bund zuständig für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze.

Die Generalklausel des Artikels 70 Grundgesetz weist als Regel den Ländern die Gesetzgebungskompetenz zu. Die Bundeszuständigkeit ist die Ausnahme. Über den Wortlaut des Artikels 74 Nr. 19 a Grundgesetz hinaus kann sich eine Zuständigkeit des Bundes kraft „Sachzusammenhang“ nur ergeben, wenn die dem Bund zugewiesene Materie verständlicherweise nicht geregelt werden kann, ohne daß zugleich eine nicht ausdrücklich zugewiesene andere Materie mitgeregelt wird. Die mitgeregeltere Materie muß unerläßliche Voraussetzung für die Regelung des ausdrücklich zugewiesenen Sachgebietes sein.

In Artikel 74 Nr. 19 a Grundgesetz sollte dem Bund keine umfassende Gesetzgebungskompetenz für das Krankenhauswesen, sondern lediglich eine Zuständigkeit für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zugewiesen werden. Die Kompetenz erstreckt sich also nicht auf die Regelung der inneren Struktur der Krankenhäuser. Dies wird besonders deutlich dadurch, daß die Bundesregierung ursprünglich beantragte, eine konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhausversorgung“ vorzusehen (vgl. Drucksache V/3515, S. 2, 6, 15). Der Rechtsausschuß des Bundestages hat dann eine Kompetenz „für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser anstelle der von der Bundesregierung vorgeschlagenen gesamten Krankenhausversorgung“ als ausreichend bezeichnet (zu Drucksache V/3605, S. 3). Bei dieser vom Rechtsausschuß vorgeschlagenen Fassung ist es im weiteren Verlauf geblieben.

Zu a)

Die Verpflichtung der Länder zur Aufstellung von Krankenhausbedarfsplänen ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Auf Grund der bestehenden Verhältnisse können die Krankenhäuser ohne sinnvolle Planung des Bedarfs und ohne Einflußnahme auf die Krankenhausstruktur nicht wirtschaftlich gesichert werden.

Vorschriften, die im einzelnen die Art und Weise regeln, wie die Länder die Krankenhausbedarfspläne zu erarbeiten haben, sind durch Artikel 74 Nr. 19 a nicht gedeckt. Zwar besteht ein Sachzusammenhang zwischen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Erarbeitung von Krankenhausbedarfsplänen. Dieser Sachzusammenhang geht aber nur soweit, daß er die Erarbeitung von Krankenhausbedarfsplänen gesetzlich fordern kann. In welchem Verfahren diese Pläne erarbeitet werden, ist nicht mehr vom Gesetzgebungszweck der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gedeckt. Dies gilt insbesondere für detaillierte Regelungen über die „enge Zusammenarbeit“ mit bestimmten Verbänden (Absatz 1) und über die Ausgestaltung dieser engen Zusammenarbeit (Absatz 2).

Die Regelung des Planungsverfahrens fällt uneingeschränkt in die Kompetenz der Länder. Zu der Verantwortung der Länder für die Krankenhausversorgung gehört die politische Entscheidungsfreiheit, d. h. die Freiheit, über die Art und Weise zu entscheiden, wie es zu normativen Planungsvorgaben kommt, die den politischen und tatsächlichen Verhältnissen im Land entsprechen.

§ 5 des Entwurfs widerspricht auch dem Grundgedanken des Artikels 83 Grundgesetz, wonach die Länder grundsätzlich die Bundesgesetze als eigene Angelegenheit ausführen. Ein so weitgehender Eingriff in die Verwaltungshoheit der Länder, wie ihn § 5 vorsieht, ist auch verfassungspolitisch unerwünscht.

Zu b)

Der Verfassungsauftrag berechtigt den Bund nicht dazu, Inhalte der Planung für die Länder verbindlich vorzuschreiben. Die Festlegung von Planungsinhalten gehört zur alleinigen Länderkompetenz für die Krankenhausversorgung.

Die Vorschrift des § 6 greift in unzulässiger Weise in den Verantwortungsbereich der Länder, die Krankenhausversorgung in ihrer Gesamtheit ein. Der Wunsch nach Vergleichbarkeit der Landeskrankenhaupläne kann nicht dadurch erreicht werden, daß ohne Rücksicht auf länderspezifische Besonderheiten Inhalte der Planung vorgeschrieben werden.

Grundlagen einer jeden Planung sind Zukunftsprognosen. Entscheidende Bedeutung für die Planungsaussage kommt der Vorausschätzung bestimmter Planungsfaktoren zu. In den Bundesländern sind die Voraussetzungen zur hinreichend sicheren Vorausschätzung einer bestimmten Entwicklung unterschiedlich.

Die Frage, welche Aspekte bei der Planung zu berücksichtigen sind und welches Gewicht ihnen beizumessen ist, muß von den Ländern beantwortet werden. Sie tragen auch die alleinige politische Verantwortung. Insbesondere ist es eine politische Normsetzung der im Land politisch Verantwortlichen, welche Faktoren

und mit welchem Gewicht diese Faktoren in die Planung Eingang finden.

Zu c) und d)

Die Beteiligung des Bundes in einem Ausschuß, der zu verbindlichen Anweisungen an die Länder kommt (Grundsätze werden „abgestimmt“) ist eine unzulässige Mischverwaltung. Den Ländern steht die Verwaltungshoheit zu. Als Regelung, die die Verwaltungsausführung eines Bundesgesetzes durch die Länder teilweise beschneiden will, ist § 8 des Entwurfs nicht durch Artikel 104 a Abs. 4 Grundgesetz gedeckt. Diese Vorschrift dient lediglich der Abgrenzung bei der Finanzierung. Wesentlicher Grund für ihre Einführung war es gerade, bei gemeinschaftlichen Finanzierungsmaßnahmen von Bund und Ländern ein faktisches Übergewicht des finanzkräftigen Bundes zu verhindern. Dementsprechend hat Artikel 104 Abs. 3 Satz 3 Grundgesetz bestimmt, daß dort, wo wie im vorliegenden Fall die Länder mehr als ein Viertel der Ausgaben tragen, die Verwaltungszuständigkeit bei den Ländern liegt (vgl. Maunz-Dürig-Herzog, Artikel 104 a Rand-Nr. 13). Das im Entwurf vorgesehene Zusammenwirken von Bundes- und Landesbehörden mit dem Ziel der Entstehung bundeseinheitlicher Krankenhauspläne ist verfassungsrechtlich unzulässig (vgl. hierzu auch die Stellungnahme des Bundesrates zu § 6 Abs. 2 des geltenden KHG; Drucksache VI/1874, Anlage 2 Nr. 10).

§ 15 Nr. 2 bekräftigt die bereits als verfassungswidrig erkannten Mitwirkungsrechte des Bundes bei der „Abstimmung“ von Planungsgrundsätzen noch dadurch, daß er dem Bund das Recht gibt, Versorgungsstufen durch Rechtsverordnung abzugrenzen.

Zu e)

Die Änderung trägt der Tatsache Rechnung, daß dem Bund lediglich die Zuständigkeit für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser zusteht.

Zu f)

Die Bezeichnung „Beirat für Krankenhausfragen“ ist aus verfassungsrechtlichen Gründen zu weitgehend.

Zu den Folgeänderungen

Die Folgeänderungen sind redaktioneller Natur.

6. Zu Artikel 1 § 7 Abs. 1

§ 7 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Die Länder stellen auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne

1. für den Zeitraum der mehrjährigen Finanzplanung mehrjährige Programme und
2. für jedes Kalenderjahr unter Berücksichtigung der Folgekosten ein Jahresprogramm

zur Durchführung und Finanzierung der Krankenhausinvestitionen auf.“

Begründung

Die Berücksichtigung der Folgekosten bei der mehrjährigen Finanzplanung, die zwangsläufig nur auf groben Schätzungen beruhen kann, ist nicht möglich.

7. Zu Artikel 1 § 9 Abs. 2 Nr. 2

In § 9 Abs. 2 Nr. 2 ist das Wort „Kosten“ durch das Wort „Investitionskosten“ zu ersetzen.

Begründung

Die Formulierung des Entwurfs läßt offen, welche Kosten von Ausbildungsstätten gefördert werden sollen. Die vorgeschlagene Änderung stellt demgegenüber klar, daß die Förderung nur die Investitionskosten erfaßt.

8. Zu Artikel 1 § 9 Abs. 2 Nr. 2

In § 9 Abs. 2 Nr. 2 sind die Worte „es sei denn, daß diese in einem entsprechenden Umfang nach anderen Rechtsvorschriften gefördert werden“ durch die Worte „soweit diese nicht nach anderen Vorschriften gefördert werden“ zu ersetzen.

Begründung

Es ist unklar, wann eine Förderung in einem entsprechenden Umfang vorliegt. Die vorgeschlagene Änderung verdeutlicht das Verhältnis der Förderung nach dem KHG zu anderen Fördermöglichkeiten.

9. Zu Artikel 1 § 9 Abs. 3 Satz 1

In § 9 Abs. 3 ist Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Die zuständige Landesbehörde stellt die Förderungsvoraussetzungen nach Absatz 1 unter Angabe der Aufgaben des Krankenhauses, der Bettenzahl, der Versorgungsstufe und der Fachrichtungen durch schriftlichen Verwaltungsakt gegenüber dem Krankenhausträger fest.“

Begründung

Die Änderung soll deutlich machen, daß sich die Förderungsvoraussetzungen wesentlich an der Aufgabenstellung des Krankenhauses zu orientieren haben, die das wichtigste Kriterium ist.

10. Zu Artikel 1 § 9 Abs. 3 und 4, § 20 Abs. 2

a) § 9 Abs. 3 Satz 2 ist eingangs wie folgt zu fassen:

„Die Feststellung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, soweit ...“.

b) In § 9 Abs. 4 sind die Worte „Bedingungen und Auflagen“ durch das Wort „Nebenbestimmungen“ zu ersetzen.

- c) § 20 Abs. 2 ist eingangs wie folgt zu fassen:
„Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, soweit ...“.

Begründung zu a) bis c)

Anpassung an den Sprachgebrauch des Verwaltungsverfahrensgesetzes. Zulässige Nebenbestimmungen wären sonst auf Bedingungen und Auflagen im rechtstechnischen Sinne des § 36 Abs. 2 Nr. 2 und 4 VwVfG beschränkt.

11. Zu Artikel 1 § 9 Abs. 3

In § 9 Abs. 3 ist in Satz 2 der zweite Halbsatz zu streichen; es ist folgender Satz 3 anzufügen:
„Entsprechendes gilt bei für das Krankenhaus wesentlichen Änderungen des Bedarfsplans.“

Begründung

Änderungen des Bedarfsplans werden sich oft auch auf die Feststellungen nach Satz 1 und nicht nur auf Bedingungen und Auflagen auswirken. Es ist überdies nicht berechtigt, den Feststellungsbescheid nur dann zu ändern, wenn die Änderung des Bedarfsplans auf einer Anpassung „an die Entwicklung“ beruht.

12. Zu Artikel 1 § 9 Abs. 4

In § 9 Abs. 4 ist folgender Satz anzufügen:

„Entsprechendes gilt für die Schaffung von Weiterbildungsstellen für Allgemeinärzte.“

Begründung

Im Hinblick auf den Engpaß in der Weiterbildung von Ärzten für Allgemeinmedizin in den Krankenhäusern sollte auch die Möglichkeit eröffnet werden, geförderte Krankenhäuser zu verpflichten, „Rotationsstellen“ für die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Verfügung zu stellen.

13. Zu Artikel 1 § 10 Abs. 1 Nr. 3

In § 10 Abs. 1 sind in Nummer 3 die Buchstaben „a)“ und „b)“ zu streichen; das Wort „oder“ ist durch das Wort „und“ zu ersetzen.

Begründung

Klarstellung.

14. Zu Artikel 1 § 11 Abs. 2

In § 11 ist Absatz 2 wie folgt zu fassen:

„(2) Die zuständige Landesbehörde kann Zuschüsse auch

1. durch die Übernahme des Schuldendienstes (Verzinsung, Tilgung und Verwaltungskosten für Darlehen) oder
2. als Ausgleich für Kapitalkosten (Abschreibungen und Zinsen) des Krankenhausträgers

leisten, soweit Darlehen oder Eigenmittel zur Finanzierung oder nach §§ 12 und 13 förderungsfähigen Kosten aufgewandt worden sind.“

Begründung

Die vorgeschlagene Formulierung stellt klar, daß die Entscheidung, welche Förderungsart im Einzelfall zu wählen ist, von der Förderbehörde getroffen wird. Das Land muß die Möglichkeit haben, entsprechend den Gegebenheiten des Haushaltsplanes zu entscheiden.

15. Zu Artikel 1 § 12 Abs. 1 Satz 2 (neu), § 14 Abs. 1 Nr. 2

- a) In § 12 Abs. 1 ist folgender Satz 2 anzufügen:

„§ 14 Abs. 1 Nr. 2 bleibt unberührt.“

- b) § 14 Abs. 1 Nr. 2 ist eingangs wie folgt zu fassen:

„2. für die Errichtung von Krankenhäusern (§ 12 Abs. 1 Satz 1) sowie für den Er-satz ...“.

Begründung zu a) und b)

Das Gesetz kennt im Bereich der Einzelförderung den Errichtungsaufwand nach § 12 Abs. 1 sowie den Ersatz- und Ergänzungsbedarf nach § 13 Abs. 1. Der sogenannte kleine Bauaufwand mit Kosten bis 50 000 DM sollte insgesamt in die pauschale Abgeltung nach § 14 einbezogen werden. Gerade bei den zur „Errichtung“ zählenden Umbaumaßnahmen gibt es eine Fülle von Vorhaben mit Kosten unter 50 000 DM. Auch die Begründung des Regierungsentwurfs spricht hier allgemein vom Bauaufwand.

Durch entsprechenden Hinweis bei § 12 Abs. 1 soll klargestellt werden, daß diese Vorschrift nur für Vorhaben mit Kosten von über 50 000 DM gilt.

16. Zu Artikel 1 § 14

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte überprüft werden, ob nicht die Zuordnung des Aufwandes für Anlagegüter bis zu einem noch zu bestimmenden Betrag, etwa bis zu 1 000 DM, zu den Pflegesätzen und des Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwands zu den Investitionskosten vorgesehen werden sollte. Damit könnte die Praktikabilität des Gesetzes erhöht und eine wirtschaftlichere Betriebsführung ermöglicht werden. Es sollte ferner geprüft werden, ob nicht entsprechend der überwiegenden Praxis in den Ländern statt vier nur noch drei Versorgungsstufen vorgesehen werden sollten. Die finanziellen Auswirkungen dieser neuen Konzeption der Finanzierungssystematik müßten noch mit dem Ziel überprüft werden, insgesamt die gegenwärtig vorhandene Kostenaufteilung zwischen Benutzern und öffentlicher Investitionsförderung aufrechtzuerhalten.

17. Zu Artikel 1 § 14 Abs. 1 Nr. 1

In § 14 Abs. 1 Nr. 1 ist das Wort „wenn“ zu ersetzen durch das Wort „soweit“.

Begründung

Es besteht die Befürchtung, daß die Wertgrenze sich in hohem Maße kostensteigernd auswirkt. Das Krankenhaus hat das verständliche Bestreben, die Wertgrenze zu übersteigen. Diese aber ist beeinflussbar:

- Es können größere Geräte mit höherem Leistungsbereich (Zusatzgeräte zum Grundgerät) beschafft werden.
- Die Industrie wird verstärkt Geräte mit Kosten über 300 000 DM anbieten; wer knapp unter der Wertgrenze bleibt, findet keinen Abnehmer mehr.
- Der Träger ist nicht mehr interessiert, von seinen vielfältigen Möglichkeiten Gebrauch zu machen, den Preis herabzudrücken.
- Das Eigeninteresse des Trägers sparsam zu wirtschaften, ist ins Gegenteil verkehrt.

18. Zu Artikel 1 § 14 Abs. 1 Nr. 2

In § 14 Abs. 1 ist in Nummer 2 folgender Satz anzufügen:

„Wird bei Verwirklichung des Vorhabens die Wertgrenze durch Kostensteigerungen überschritten, so scheidet eine Förderung nach § 12 Abs. 1 oder § 13 Abs. 1 aus.“

Begründung

Wenn das Krankenhaus (zu Recht oder zu Unrecht) davon ausgeht, daß das vorgesehene Vorhaben die Wertgrenze nicht übersteigt, so kann dieses sofort das Vorhaben ohne Einschaltung der Förderbehörde verwirklichen. Ergeben sich danach Kostensteigerungen — sie sind leicht beeinflussbar —, die die Kosten über die Wertgrenze hinaus ansteigen lassen, so ergibt sich die Frage, ob nunmehr rückwirkend die Maßnahme ganz oder teilweise der Einzelförderung unterliegt.

Der nachträgliche Wechsel von Pauschalförderung in die Einzelförderung muß im Interesse einer geordneten Förderung vermieden werden. Es muß dem Träger, der die Maßnahme eigenverantwortlich aufgrund eigener Kalkulationen in Angriff genommen und durchgeführt hat, zugemutet werden, eventuelle Mehrkosten aus der Pauschale zu bestreiten.

19. Zu Artikel 1 § 14 Abs. 1 Nr. 1 und 2

Die Bundesregierung wird gebeten, im Verlaufe des Gesetzgebungsverfahrens aufgrund neuer Untersuchungen im einzelnen darzustellen, wie sich das neue Finanzierungssystem auf den Gesamtmittelbedarf der öffentlichen Hand und der Krankenhäuser und auf den Mittelbe-

darf von Krankenhäusern unterschiedlicher Leistungsgruppen auswirkt. In die Prüfung sollte einbezogen werden, ob die Wertgrenzen im § 14 Abs. 1 Nr. 1 in dieser Höhe bestehen bleiben sollen.

20. Zu Artikel 1 § 14 Abs. 2

In § 14 Abs. 2 sind die Worte „für jedes nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 im Bedarfsplan vorgesehene Krankenhausbett“ zu ersetzen durch die Worte „für jedes nach § 9 Abs. 3 Satz 1 anerkannte Krankenhausbett“.

Begründung

Der in die Zukunft gerichtete Krankenhausbedarfsplan kann für das einzelne Krankenhaus mehr Planbetten als bedarfsnotwendig „vorsehen“, als tatsächlich betrieben werden, wenn an eine künftige Erweiterung dieses Hauses gedacht wird. Für die Pauschalförderung können aber nur die bedarfsgerechten und betriebenen Betten zugrunde gelegt werden. Diese werden nach § 9 Abs. 3 durch anfechtbaren Verwaltungsakt festgelegt. Dabei kann auch eine gerichtliche Entscheidung zu einer anderen als im Bedarfsplan „vorgesehenen“ Bettenzahl führen. Der richtige Anknüpfungspunkt für die Pauschalförderung ist also die auf der Grundlage des Bedarfsplans ergangene rechtskräftige Entscheidung nach § 9 Abs. 3 Satz 1 KHG.

Die Zitierung des § 6 entfällt zudem als redaktionelle Folge der Empfehlung zu Ziffer 5.

21. Zu Artikel 1 § 14 Abs. 2 Nr. 1 bis 4

Die in § 14 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 genannten Pauschalen sind auf der Grundlage einer lediglich 10 %igen Anhebung per 1. Oktober 1978 neu zu berechnen.

Begründung

Eine Erhöhung der pauschalen Abgeltungsbeträge — über die Neuordnung hinaus — um 10 v. H. wird für ausreichend gehalten.

Da krankenhausspezifische Preisindices nach wie vor fehlen, ist die vom Bund vorgelegte Begründung für die bereits einbezogene Anhebung um 12 v. H. nicht überzeugend; insbesondere auch deshalb nicht, weil gerade die Kostensteigerungen für den in Rede stehenden Zeitraum merklich unter den bis dahin üblichen Steigerungsraten zurückgeblieben sind.

Im Hinblick darauf sowie mit Rücksicht auf die angespannte Haushaltslage der Länder sollte die Anpassung der Pauschalen die am Bedarf orientierten Grenzen nicht überschreiten.

Wegen fehlender Berechnungsgrundlagen für die neuen Sätze muß die Errechnung mit der o. g. Steigerungsrate dem Bund überlassen bleiben.

22. Zu Artikel 1 § 16 Abs. 1

§ 16 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Anstelle der Förderung nach §§ 12 und 13 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung der nach diesen Vorschriften förderungsfähigen Anlagegütern bewilligt werden, wenn dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht, der Zweck der Förderung nicht beeinträchtigt wird 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.“

Begründung

Um sicherzustellen, daß bei der Förderung der Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern die wirtschaftlichste Form bei der Verwendung der Fördermittel gewährleistet ist, ist — wie nach der bisherigen Rechtslage — die vorhergehende Prüfung der Wirtschaftlichkeit dieser Vorhaben durch die zuständige Landesbehörde erforderlich.

23. Zu Artikel 1 § 17 Abs. 3 Satz 3

§ 17 Abs. 3 Satz 3 ist wie folgt zu fassen:

„Soweit förderungsfähige Investitionen mit Eigenmitteln oder öffentlichen Mitteln finanziert worden sind, sind die hierauf entfallenden Abschreibungen nur im Rahmen des § 18 zu berücksichtigen.“

Begründung

Es müssen auch anteilige Abschreibungen für Investitionen unberücksichtigt bleiben, soweit sie mit öffentlichen Mitteln gefördert wurden.

24. Zu Artikel 1 § 17 nach Absatz 3, § 18 Abs. 1 Satz 2 (neu), § 40 Abs. 1

a) In § 17 ist nach Absatz 3 folgender neuer Absatz 4 einzufügen:

„(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für förderungsfähige Investitionskosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten; an die Stelle des 1. Oktober 1972 tritt der 1. Januar 1982 und an die Stelle des 1. Januar 1970 der 1. Mai 1978.“

b) In § 18 Abs. 1 ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

„Satz 1 gilt entsprechend für mit dem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätten.“

c) In § 40 Abs. 1 sind nach dem Zitat „§ 9 Abs. 2 Nr. 2“ einzufügen die Zitate „, § 17 Abs. 4, § 18 Abs. 1 Satz 2“.

Begründung zu a) bis c)

Nach § 9 Abs. 2 Nr. 2 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 des Entwurfs sollen ab 1. Januar 1982 die mit den Krankenhäusern verbundenen, neu zu errichtenden Ausbildungsstätten nach diesem Gesetz gefördert werden. Im Interesse der Gleichbehandlung der nach Inkrafttreten dieser Bestimmung neu errichteten Ausbildungsstätten und der bereits bestehenden Ausbildungsstätten ist es notwendig, die für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommenen Darlehen aus der Zeit vor dem Inkrafttreten und die sich hieraus ergebenden Lasten aus öffentlichen Mitteln abzulösen. Der Stichtag 1. Mai 1978 soll verhindern, daß Darlehen mit Rücksicht auf die bekanntgewordene Regelung des Gesetzes aufgenommen werden, um bisher für Zwecke der Ausbildungsstätten eingesetztes Eigenkapital abzulösen.

Im übrigen Gleichbehandlung der Investitionskosten für Ausbildungsstätten mit denen für Krankenhäuser gem. der Grundentscheidung in § 9 Abs. 2 Nr. 2.

Die Übergangsvorschrift des § 40 ist entsprechend zu ergänzen.

25. Zu Artikel 1 § 18 Abs. 1

§ 18 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschaffte, der Abnutzung unterliegende förderungsfähige Anlagegüter vorhanden, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so ist, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Krankenhausbedarfsplan im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde nicht mehr erfüllt, auf Antrag ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung aus Fördermitteln zu gewähren.“

Begründung

Der Antrag soll sicherstellen, daß ein bisher gefördertes Haus, das weiterhin im Bedarfsplan aufgenommen ist und seine Aufgaben erfüllt, aber von der Möglichkeit Gebrauch macht, auf Fördermittel zu verzichten (Verzicht Beendigung der Förderung) nicht den Eigenmittelausgleich nach § 18 Abs. 1 geltend machen kann, während der Rückforderungsanspruch nach § 21 Abs. 1 Nr. 1 erst bei Nichterfüllung der Aufgaben nach dem Bedarfsplan Platz greift, so daß bei vorgezogenem Eigenmittelausgleich eine Aufrechnung seitens der Förderbehörde mit dem Rückforderungsanspruch nicht erfolgen könnte.

26. Zu Artikel 1 § 18

Bedarfsgerechte private Krankenhäuser werden zwangsläufig beim Tode des Klinikinhabers, aus Altersgründen, aus gesundheitlichen Gründen

und aus ähnlichen zwingenden Gründen entgeltlich auf andere übertragen, wenn nicht eine unentgeltliche Betriebsnachfolge möglich ist. Würde hier eine Förderung der entgeltlichen Übertragung verwehrt, müßte das Krankenhaus geschlossen werden, da die Investitionskosten auch nicht in den Pflegesatz eingehen. Die bedarfsgerechten Krankenhausbetten müßten letztlich neu geschaffen werden. Dadurch würde die Versorgung durch private Krankenhäuser längerfristig zum Erliegen kommen. Dies und die aufwendigere Förderung neuer Krankenhausbetten ist gesundheitspolitisch und wirtschaftlich unvertretbar. Der Bundesrat bittet daher die Bundesregierung, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, inwieweit auch in solchen Fällen eine angemessene Förderung sichergestellt werden kann.

27. Zu Artikel 1 § 19 Abs. 1

In § 19 Abs. 1 sind die Worte „anstelle der nach §§ 12 bis 17 zu zahlenden Fördermittel“ zu streichen.

Begründung

Die vorgeschlagene Änderung dient der Klarstellung. Die Bezugnahme auf die Fördermittel nach §§ 12 bis 17 ist mißverständlich, denn der Härteausgleich nach § 19 soll auch Häusern zukommen, die bisher keine Förderung nach dem KHG erfahren haben.

28. Zu Artikel 1 § 19 Abs. 1 und 3

a) In § 19 Abs. 1 ist nach dem Wort „vermeiden“ folgender Halbsatz anzufügen:

„; dabei sind Ausgleichsansprüche nach § 18 zu berücksichtigen.“

b) Absatz 3 ist zu streichen.

Begründung zu a) und b)

Ausgleichsansprüche sind bei der Frage, ob und inwieweit eine unzumutbare Härte vorliegt, zu berücksichtigen.

29. Zu Artikel 1 § 19 Abs. 2 Nr. 1

In § 19 Abs. 2 ist Nummer 1 zu streichen.

Begründung

Die Regelung im Entwurf ist zu weitgehend und eröffnet die Möglichkeit, auf die öffentliche Hand auch in den Fällen zurückzugreifen, in denen Ansprüche aus Verträgen nicht mehr hergeleitet werden können.

30. Zu Artikel 1 § 21 Abs. 1 Nr. 1

In § 21 Abs. 1 Nr. 1 sind nach dem Wort „Krankenhausbedarfsplan“ die Worte „ganz oder zum Teil“ einzufügen.

Begründung

Klarstellung, daß auch bei teilweisem Abweichen vom Krankenhausbedarfsplan Rückforderungsanspruch gegeben ist.

31. Zu Artikel 1 § 21 Abs. 2 und 3

In § 21 sind Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 zu einem neuen Absatz 3 zusammenzufassen.

Begründung

Redaktionelle Klarstellung.

Der jetzige Absatz 2 Satz 2 könnte zu Unrecht auf Satz 1 (Ausscheiden im Einvernehmen) bezogen werden. Der Änderungsvorschlag vermeidet dies und faßt die Bestimmungen über die Höhe der Rückforderung zusammen.

32. Zu Artikel 1 § 21 nach Absatz 3

In § 21 ist nach Absatz 3 folgender Absatz 4 anzufügen:

„(4) Fördermittel werden zurückgefordert in Höhe der die Investitionszulage übersteigenden Kosten im Sinne des § 10 Abs. 2.“

Begründung

Hierdurch wird verfahrenstechnisch sichergestellt, daß es nicht zu einer Vorabsaldierung kommt, weil damit das Gesetz nicht praktikabel würde. Nach einer vollen Förderung werden die Kosten zurückgefordert.

33. Zu Artikel 1 § 23 Abs. 1

§ 23 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Die Pflegesätze sind auf der Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen.“

Begründung

Die im Entwurf vorgesehene Fassung ist insoweit mißverständlich, als in Zukunft auch Pflegesätze für Krankenhäuser festgesetzt werden müssen, die gem. § 9 KHBV weder über eine kaufmännische Buchführung noch über eine Kosten- und Leistungsrechnung verfügen.

Auch ist die Wiederholung von § 2 Abs. 2 für nicht geförderte Krankenhäuser nicht sachgerecht.

34. Zu Artikel 1 § 23 Abs. 3

In § 23 ist Absatz 3 zu streichen.

Begründung

Absatz 3 stellt lediglich eine Absichtserklärung dar. Bis heute hat die Bundesregierung keine Vorschläge zur Konkretisierung dieser seit Jah-

ren immer wieder diskutierten Absicht vorgelegt. Sofern konkrete Vorschläge gemacht werden, können diese in der Bundespflegesatzverordnung ihren Niederschlag finden.

35. Zu Artikel 1 § 24 nach Satz 1, § 40 Abs. 1

- a) In § 24 Abs. 1 ist nach Satz 1 folgender Satz 2 anzufügen:

„Die Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten werden im Pflegesatz berücksichtigt, soweit diese nicht nach anderen Vorschriften aufgebracht werden.“

- b) In § 40 Abs. 1 ist das Wort „ist“ zu ersetzen durch die Worte „, § 24 Abs. 1 Satz 2 sind“.

Begründung zu a) und b)

Die laufenden Kosten der Ausbildungsstätten an Krankenhäusern, insbesondere der Schulen für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege oder Krankenpflegehilfe, gehen seither gem. § 30 Abs. 2 KHG in die Selbstkosten des Krankenhauses ein. Es ist geboten, diese als Übergangsbestimmung gedachte Regelung in eine Dauerregelung umzuwandeln.

Der Entwurf selbst sieht in § 9 Abs. 2 Nr. 2 für die Investitionskosten der Ausbildungsstätten die Einbeziehung in die öffentliche Förderung der Krankenhäuser vor. Es ist deshalb folgerichtig, auch den sonstigen Aufwand der Ausbildungsstätten wie den des Krankenhauses zu behandeln. Dies gewährleistet eine sparsame Führung der Ausbildungsstätten.

Auch bisher hielt sich die Belastung des Pflegesatzes durch die Schulen für Krankenpflegeberufe in Grenzen.

Im übrigen Folgeänderung in der Übergangsvorschrift des § 40.

36. Zu Artikel 1 § 24 Abs. 2 Nr. 2

In § 24 Abs. 2 ist Nummer 2 wie folgt zu fassen:

„2. Kosten der in § 10 Abs. 1 Nr. 9 bis 11 von der Förderung ausgeschlossenen Einrichtungen,“.

Begründung

Durch die vorgeschlagene Änderung wird klar gestellt, daß die Kosten für die in § 10 Abs. 1 Nr. 10 zweiter Halbsatz Buchstabe a und b als förderfähig bezeichneten Einrichtungen auch in die Pflegesätze einzubeziehen sind.

37. Zu Artikel 1 § 24 Abs. 3 nach Satz 1

In § 24 Abs. 3 ist nach Satz 1 folgender Satz 2 anzufügen:

„Dies gilt nicht für Hochschulkliniken im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 1.“

Begründung

Diese Ergänzung dient der Klarstellung. Sinn des Absatzes 3 (bisher § 17 Abs. 5) ist es, den Kostenträgern nur gegenüber solchen Krankenhäusern ein Einrederecht einzuräumen, die nur deshalb nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen und gefördert werden, weil sie weder bedarfsgerecht noch bedarfsnotwendig sind. Dies gilt jedoch nicht für Hochschulkliniken.

38. Zu Artikel 1 § 24 Abs. 4

§ 24 Abs. 4 ist wie folgt zu fassen:

„(4) Werden Arztkosten oder Nebenkosten gesondert berechnet, so ist dies bei der Bemessung der Pflegesätze zu berücksichtigen.“

Begründung

Eine Aussage über die gesonderte Berechnung von Nebenkosten im KHG ist entgegen der in der Begründung vertretenen Auffassung geboten. Die Frage des sogenannten Arztkostenabschlages hat bisher in den einzelnen Bundesländern zu den unterschiedlichsten Lösungen geführt. Es ist daher angezeigt, die bisherige Grundsatzaussage des KHG beizubehalten und im Rahmen der Novellierung der Bundespflegesatzverordnung dafür Sorge zu tragen, daß eine bundeseinheitliche Detailregelung erfolgt.

39. Zu Artikel 1 § 25

§ 25 ist wie folgt zu fassen:

„§ 25

Verfahren

(1) Die Pflegesätze werden von der nach Landesrecht zuständigen Behörde festgesetzt.

(2) Verfahrensbeteiligte sind der Krankenhausträger und

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

mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Krankenhauses in dem der Pflegesatzfestsetzung vorangegangenen Kalenderjahr entfallen und die dies geltend gemacht haben. Außerdem kann sich der Landesausschuß der privaten Krankenversicherung am Verfahren beteiligen.

(3) Soweit Einigungsverhandlungen noch nicht geführt worden sind, fordert die nach Landesrecht zuständige Behörde die Verfahrensbeteiligten auf, eine Einigung über die Pflegesätze herbeizuführen; das Ergebnis ist bei der Festsetzung zu berücksichtigen.

(4) 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 Verfahrensbeteiligten festgesetzt.

(5) Die festgesetzten Pflegesätze sind für das Krankenhaus und die Krankenhausbenutzer oder ihre Kostenträger unmittelbar wirksam."

Begründung

Das derzeitige Pflegesatzfestsetzungsverfahren hat sich bewährt. Es erlaubt den Beteiligten, ihre Interessen voll zur Geltung zu bringen. Mit dem geltenden Einigungsverfahren und der Beteiligung an der Festsetzung wird die Verantwortung so weit wie möglich der Selbstverwaltung der Beteiligten überlassen. Das von der Bundesregierung vorgeschlagene Vereinbarungsverfahren würde anstelle von Verbesserungen lediglich neue Schwierigkeiten und Unsicherheiten bringen. Der Bundesrat hält es deshalb für geboten, an der Regelung des geltenden Rechts (§ 18 KHG) grundsätzlich festzuhalten, sie aber in folgenden Punkten an die zwischenzeitliche Entwicklung anzupassen:

- Die Bestimmungen über gruppenweise durch Verordnung bestimmte Pflegesätze sind entbehrlich.
- Der Kreis der Verfahrensbeteiligten muß im Gesetz (und nicht nur wie bisher in der Bundespflegesatzverordnung) geregelt werden. Er ist möglichst weit zu ziehen, ohne daß die Praktikabilität des Verfahrens gefährdet wird. Einerseits erscheint es deshalb notwendig, die private Krankenversicherung — nicht zuletzt auch als Interessenwahrer der Selbstzahler — mit einzubeziehen und die Schwelle für die Beteiligung von Sozialleistungsträgern und ihren Zusammenschlüssen von bisher 10 v. H. auf 5 v. H. herabzusetzen. Andererseits müssen Zweifel über die im konkreten Fall Verfahrensbeteiligten durch entsprechende Erklärung ausgeräumt werden.
- Angesichts zahlreicher divergierender Entscheidungen der Zivilgerichte muß klargestellt werden, daß die Pflegesatzfestsetzung bezüglich der Höhe der Entgelte unmittelbar (ggf. auch rückwirkend) zivilrechtsgestaltend auf das Rechtsverhältnis zwischen dem Krankenhaus und seinen Benutzern oder ihren Kostenträgern einwirkt.

40. Zu Artikel 1 § 26

§ 26 ist zu streichen.

Begründung

Mit der gesundheitspolitischen und verfassungsrechtlichen Verantwortung und Zuständigkeiten der Kommunen und Länder und insbesondere mit den Grundprinzipien des KHG, sind die im

§ 26 Abs. 1 und 2 vorgesehenen Regelungen unvereinbar.

Die Erarbeitung von Grundsätzen für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser gehören vielmehr zu den vorrangigen Aufgaben des Bund-Länder-Ausschusses nach § 35 KHG. Zu diesen Fragen und Aufgaben können die Deutsche Krankenhausgesellschaft und auch die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherungen einmal als Mitglied im Beirat nach § 36 KHG und zum anderen als Mitglieder der „Konzertierten Aktion“ bereits sachverständige Empfehlungen geben.

Die im § 26 Abs. 2 vorgesehene „Durchführungskompetenz“ widerspricht sowohl dem Empfehlungscharakter der „Konzertierten Aktion“ als auch dem Grundprinzip der Selbstkostendeckung.

41. Zu Artikel 1 § 27 Abs. 1 Nr. 1 und 3

a) § 27 Abs. 1 Nr. 1 ist wie folgt zu fassen:

„1. die Pflegesätze und das anzuwendende Verfahren nach den §§ 23 bis 25,“.

b) In § 27 Abs. 1 Nr. 3 sind die Worte „das nach § 25 anzuwendende Verfahren,“ zu streichen.

Begründung

Eine Aussage über die Laufzeit der Pflegesätze war bislang nicht üblich und hat sich auch nicht als erforderlich erwiesen. Regelungen hierüber sind den Beteiligten anheimgestellt. Es sollte bei der bewährten bisherigen Formulierung bleiben.

42. Zu Artikel 1 § 27 Abs. 1 Nr. 2

In § 27 Abs. 1 ist Nummer 2 wie folgt zu fassen:

„2. die Berücksichtigung gesondert erbrachter und berechneter Leistungen sowie der Höhe der Erlöse des Krankenhauses bei der Ermittlung der Selbstkosten.“

Begründung

Diese Formulierung stellt klar, daß neben ärztlichen Leistungen auch andere gesondert erbracht und berechnet werden können. Insoweit handelt es sich um eine Folge der Änderung des § 24 Abs. 4. Im übrigen sollte die bisherige Praxis beibehalten werden. Dazu gehört auch, daß bei gesondert erbrachten und berechneten ärztlichen Leistungen grundsätzlich Kostenerstattungen als Erlöse von den Selbstkosten abzuziehen sind.

Es soll ferner klargestellt werden, daß komplexe medizinische Leistungen (z. B. Dialyse) gesondert berechnet werden können. Die Formulierung des Regierungsentwurfs würde aber nur den jeweils ärztlichen Teil dieser Leistung besonders berechenbar machen.

43. Zu Artikel 1 § 30 Abs. 1 und 2

- a) § 30 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Der Bund stellt in jedem Haushaltsjahr ein Drittel des Betrages bereit, der in den Ländern für Fördermittel nach § 12 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3, §§ 14, 16 Abs. 1, § 17 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 und Abs. 4, §§ 18 und 19 aufgewendet wird.“

- b) In Absatz 2 sind die Worte „§§ 12, 13 und 16 Abs. 1“ durch die Worte „§ 12 Abs. 1 und Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 und 2 sowie § 13“ zu ersetzen.

Begründung zu a) und b)

Es soll bei der bisherigen Aufteilung der Finanzierungsarten bleiben.

44. Zu Artikel 1 § 30 Abs. 2 Satz 1

In § 30 Abs. 2 Satz 1 sind die Zahlen „250“ durch „449“, „260“ durch „468“, „275“ durch „488“ und „290“ durch „507“ zu ersetzen.

Begründung

Die durch das Haushaltsstrukturgesetz des Bundes vom 18. Dezember 1975 vorgenommenen Kürzungen des Finanzierungsplafonds haben dazu geführt, daß die noch verbleibenden Mittel für Investitionsmaßnahmen im Krankenhausbereich völlig unzureichend geworden sind und der Bund sich immer mehr der bei Inkrafttreten des KHG übernommenen Verpflichtung, auch für diesen Bereich ausreichende Finanzmittel zur Verfügung zu stellen, entzieht. Aus dieser Verpflichtung darf der Bund jedoch nicht entlassen werden. Nur durch eine Aufstockung der Bundesmittel entsprechend der vorgeschlagenen Änderung kann gewährleistet werden, daß der Leistungsstandard der Krankenhäuser auf Dauer beibehalten und eine ordnungsgemäße Krankenhausversorgung der Bevölkerung sichergestellt wird.

Die vorstehend ausgewiesenen Mittel stellen eine Fortschreibung der im KHG vor den durch das Haushaltsstrukturgesetz vorgenommenen Änderungen ausgewiesenen Plafondmittel des Bundes dar (§ 22 Abs. 1 Satz 2 KHG). Sie errechnen sich nach durchschnittlichen jährlichen Erhöhungen von 4 Prozent zuzüglich einer einmal in einem Vierjahreszeitraum vorzunehmenden Erhöhung von 10 Prozent des Erhöhungsbetrages und entsprechen damit den auf Grund der in den vergangenen Jahren gesammelten Erfahrungen zugrunde zu legenden Steigerungsraten.

Die Änderung stellt eine Konkretisierung der in der einmütigen Entschließung der Gesundheitsminister der Länder auf ihrer letzten Sitzung in Berlin zum Ausdruck gekommenen Forderung nach Bereitstellung von mehr Mitteln für den Krankenhausbereich dar und trägt einer unbestreitbar dringenden Notwendigkeit Rech-

nung. Die Mittel werden zur Sanierung der Funktionstrakte und zur Verbesserung der Betriebsabläufe in den Krankenhäusern, nicht zur Erweiterung des Bettenangebots, benötigt. Die Aufstockung steht der notwendigen Reduzierung des Bettenüberhangs daher nicht entgegen.

45. Zu Artikel 1 § 35 Abs. 2

§ 35 Abs. 2 ist eingangs wie folgt zu fassen:

„(2) Dem Bund-Länder-Ausschuß obliegt die Beratung von Bund und Ländern in allen Angelegenheiten, die der Förderung der in § 1 genannten Ziele und der Durchführung dieses Gesetzes dienen, insbesondere über Grundsätze für

1.

2.“

Begründung

Dem Bund-Länder-Ausschuß kommt lediglich eine Beratungsfunktion, keine Abstimmungskompetenz zu.

46. Zu Artikel 1 § 35 Abs. 2 nach Nummer 2

In § 35 Abs. 2 ist nach Nummer 2 folgender Satz anzufügen:

„Darüber hinaus obliegt ihm die Erarbeitung von Maßstäben und Grundsätzen für die Wirtschaftlichkeit und die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für Personal- und Sachkosten.“

Begründung

Entsprechend der gesundheitspolitischen Verantwortung der Länder und vor allem zur Erreichung der mit der Novellierung angestrebten Zielsetzung sollten diese Grundsätze und Maßstäbe zu den vorrangigen Aufgaben des Bund-Länder-Ausschusses gehören.

47. Zu Artikel 1 § 35 Abs. 3

In § 35 ist Absatz 3 zu streichen.

Begründung

Aufgabe des Beirats nach § 36 ist es, den Bund-Länder-Ausschuß zu beraten. Dem widerspricht es, die „Ratschläge“ des Beirats mit einer — wenn auch rechtlich abgeschwächten — Bindungswirkung zu versehen. Hierin liegt eine unzulässige Mischverwaltung.

48. Zu Artikel 1 § 37 Abs. 1

§ 37 Abs. 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) Nummer 1 und Nummer 2 Buchstabe a sind zu streichen.

b) Nach Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:

„Den zuständigen Behörden der Länder sind ferner die Auskünfte zu geben, die für die Krankenhausbedarfsplanung und für die öffentliche Förderung nach den §§ 9 bis 22 benötigt werden.“

Begründung

Die Krankenhausbedarfsplanung und die Durchführung der öffentlichen Förderung nach §§ 9 bis 22 gehört zum Aufgabenbereich der Länder; für die unmittelbare Anforderung von Auskünften bei den Krankenhausträgern und den Sozialleistungsträgern für diese Aufgaben besitzt der Bund keine Kompetenz (vgl. auch BVerfGE 39, 109).

49. Zu Artikel 1 § 37 Abs. 2 Nr. 2

In § 37 Abs. 2 ist Nummer 2 zu streichen.

Begründung

Die Ermächtigung entspricht nicht den Anforderungen des Artikels 80 Abs. 1 Satz 2 GG. Die Vorschrift läßt die zu erfassenden Tatbestände und den Kreis der Auskunftspflichtigen nicht erkennen. Deshalb ist auch fraglich, ob die Vorschrift aus der Kompetenz des Bundes nach Artikel 73 Nr. 11 GG gedeckt ist, d. h. ob sie für Bundeszwecke erforderlich ist.

Der Vorschrift muß auch deshalb widersprochen werden, weil Regelungen über statistische Erhebungen nur in Statistikgesetzen und nicht in allgemeinen Gesetzen getroffen werden sollten. Schließlich ist die Vorschrift nicht mit den Bestrebungen des Bundes und der Länder vereinbar, den Umfang der amtlichen Statistik zu beschränken.

50. Zu Artikel 1 § 38

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens klarzustellen, daß sich die in § 38 KHG vorgeschriebene Anwendung des Verwaltungsverfahrensgesetzes auf die jeweiligen Verwaltungsverfahrensgesetze der Länder bezieht, soweit die Durchführung des Gesetzes Landesbehörden obliegt.

51. Zu Artikel 1 § 39 Abs. 1 und 2

a) Der Text des § 39 wird Absatz 1.

b) Es wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnungen nach § 27 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 gelten die Vorschriften der §§ 16 bis 20 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 29. Juni 1972 und die zu ihrer Durchführung erlassenen Verordnungen weiter.“

Begründung zu a) und b)

Ohne eine neue Pflegesatzverordnung sind die Vorschriften der §§ 23 ff. nicht zu praktizieren.

52. Zu Artikel 1 nach § 40

Nach § 40 ist folgender § 40 a einzufügen:

„§ 40 a

Übergangsvorschrift über die Förderung

(1) § 12 Abs. 1 gilt für Krankenhäuser, die teilweise nach dem 1. Januar 1972 errichtet werden, nur hinsichtlich der nach diesem Zeitpunkt entstandenen Investitionskosten.

(2) Für einzelne Vorhaben im Sinne des § 14 Abs. 1 Nr. 2 und für die Förderung kurzfristiger Anlagegüter nach § 9 Abs. 3 und 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bisherigen Fassung verbleibt es bei den vor ... (Inkrafttreten des Änderungsgesetzes) ausgesprochenen Bewilligungen.

(3) Wurden nach § 13 förderungsfähige kurzfristige Anlagegüter vor Inkrafttreten dieses Gesetzes angeschafft, hergestellt oder bestellt und fallen hierfür nach dem ... (Inkrafttreten des Änderungsgesetzes) Anschaffungs- und Herstellungskosten an, so können diese nicht nach § 13 gefördert werden.“

Begründung

Zu Absatz 1

Es gibt noch einige Vorhaben im Sinne des § 9 Abs. 2 KHG a. F. die noch nicht vollendet sind oder deren Förderung noch nicht vollständig abgewickelt ist. Für diese muß klargestellt werden, daß § 12 Abs. 1 nicht für die gesamten Kosten gilt.

Zu Absatz 2

Es muß klargestellt werden, daß es auch bei kleinen Baumaßnahmen mit Kosten unter 50 000 DM, die aufgrund der Bewilligung noch nicht begonnen worden sind oder für die nach Inkrafttreten des Gesetzes noch Kosten anfallen, es bei der bewilligten Einzelförderung verbleibt.

Gleiches gilt für die Förderung von kurzfristigen Anlagegütern als außergewöhnliche Ergänzung nach § 9 Abs. 3 KHG a. F., und zwar unabhängig davon, ob die Kosten einzelner Anlagegüter unter oder über der Wertgrenze liegen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift erfaßt die Fälle, in denen aufgrund der bisherigen Pauschalförderung nach § 10 KHG a. F. der Träger vor Inkrafttreten dieses Gesetzes Beschaffungen vorgenommen oder durch Bestellung eingeleitet hat. Diese Maßnahmen können hinsichtlich der nach dem Inkrafttreten entstehenden Kosten nicht nach § 13 gefördert werden.

53. Zu Artikel 2 Nr. 4 (§ 405 a Abs. 1 RVO)

In Artikel 2 ist Nummer 4 zu streichen.

B e g r ü n d u n g

Die vorgesehene Änderung im Absatz 1 Satz 2 des § 405 a RVO gefährdet die Zielsetzungen des KHG, insbesondere das unbestrittene Prinzip der Selbstkostendeckung. Empfehlungen über Veränderungen der Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspflege sind — trotz des Hinweises auf § 2 Abs. 1 und 2 KHG (neu) —

daher mit den allgemeinen Grundsätzen des KHG unvereinbar, da eine Gefährdung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser bei einer Einnahmenorientierung der Krankenkassen entstünde.

Die geltende Fassung des § 405 a RVO ist völlig ausreichend, um für den stationären Bereich KHG-konforme Empfehlungen zu geben. Diese Empfehlungen sollten sich vorrangig mit den Fragen der Rationalisierung, der Erhöhung der Effektivität und Effizienz der stationären Versorgung beschäftigen.

Anlage 3

Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates**Zu 1 (Artikel 1)**

Die Bundesregierung beabsichtigt, der Bitte des Bundesrates zu entsprechen und den Entwurf für eine Novellierung der Bundespflegesatzverordnung alsbald vorzulegen. Das setzt voraus, daß über die Grundzüge des zukünftigen Pflegesatzrechts rechtzeitig weitgehend Einigung erzielt werden kann.

Zu 2 (Artikel 1 § 1 Abs. 2 [neu])

Dem Anliegen des Bundesrates, die Vielfalt der Krankenhausträger zu gewährleisten, wird grundsätzlich zugestimmt. Die Bundesregierung hält es jedoch in Anlehnung an den Beschluß des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Bundesrates für zweckmäßiger, dem Anliegen durch Anfügen folgender Nummer 7 in § 6 Abs. 3 Rechnung zu tragen:

„7. die Vielfalt der Krankenhausträger.“

Gerade im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung ist es möglich, dem Grundsatz der Vielfalt der Krankenhausträger Rechnung zu tragen; im übrigen sollte das Gesetz für alle Krankenhäuser in gleicher Weise angewendet werden, unabhängig von der Trägerschaft.

Zu 3 (Artikel 1 § 2 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 4 (Artikel 1 § 3)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen; sie verweist insbesondere wegen der Problematik der Pflegeheime auf die Arbeiten der beim Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit auf Vorschlag der Arbeits- und der Gesundheitsministerkonferenz gebildeten Bund-Länder-Arbeitsgruppe.

Zu 5 (Artikel 1 §§ 4 bis 9, 15, 35, 36, 39)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Nach Auffassung der Bundesregierung erfordert die Zielsetzung einer wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und einer verstetigten Entwicklung der Krankenhauspflegesätze auch eine Verbesserung und eine gewisse Vereinheitlichung von Verfahren, Methoden und Kriterien der Krankenhausbedarfsplanung. Die im Regierungsentwurf vorgesehenen Regelungen zur Bedarfsplanung, insbesondere aber die Vorschriften über eine weitergehende Beteiligung der Krankenhausträger und Krankenkassen an der Bedarfsplanung, sind daher ein wesentlicher Bestandteil der Novellierung.

Der Vorschlag des Bundesrates verhindert, daß durch Gesetz Vorgaben für Gegenstandsbereich und Inhalt der Bedarfsplanung gegeben werden und geht hierbei sogar hinter das bisher geltende Recht zurück; er verhindert aber vor allem die vorgesehene Stärkung der Selbstverwaltung im Bereich der Krankenhausbedarfsplanung. Die Bundesregierung hält eine Stärkung der Position der unmittelbar Betroffenen in Form der Zusammenarbeit mit den staatlichen Stellen für erforderlich, um eine echte Mitverantwortung von Krankenhausträgern und Krankenkassen zu erreichen.

Die verfassungsrechtlichen Bedenken des Bundesrates werden von der Bundesregierung nicht geteilt. Die Krankenhausbedarfsplanung steht wegen der erheblichen Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit und damit auf die Kostenentwicklung im Krankenhauswesen in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der in Artikel 74 Nr. 19 a des Grundgesetzes normierten Kompetenz des Bundes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. Nach Auffassung der Bundesregierung erstreckt sich die Kompetenz des Bundes daher nicht nur darauf, daß Krankenhausbedarfspläne überhaupt erarbeitet werden, sondern auch auf die inhaltlichen und verfahrensmäßigen Grundsätze der Planung.

Auch der Rechtsausschuß des Bundesrates hat die Vereinbarkeit der vorgesehenen Regelungen mit der im Grundgesetz festgelegten Kompetenzverteilung eingehend untersucht und für verfassungsrechtlich unbedenklich gehalten.

Die in § 8 des Regierungsentwurfs vorgesehene Abstimmung von Planungsgrundsätzen ist verfassungsrechtlich ebenfalls unbedenklich. Die Entscheidungskompetenz der Länder wird nicht eingeschränkt, da eine Abstimmung im Bund-Länder-Ausschuß nach § 35 nur im Wege einer allseitigen Einigung möglich ist und die Neuregelung keinen Zwang zur Einigung begründen kann. Auch die Ausführung der abgestimmten Grundsätze fällt allein in die Zuständigkeit der einzelnen Länder.

Die Bezeichnung der in §§ 35 und 36 angesprochenen Gremien regelt nichts über deren Aufgabenbereich; dieser ist im Gesetzestext in verfassungsrechtlich unbedenklicher Form abgegrenzt.

Zu 6 (Artikel 1 § 7 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 7 (Artikel 1 § 9 Abs. 2 Nr. 2)

Die Bundesregierung wird im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen, wie die aufgetretenen Zweifel hinsichtlich ihres Vorschlags beseitigt werden können.

Zu 8 (Artikel 1 § 9 Abs. 2 Nr. 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 9 (Artikel 1 § 9 Abs. 3 Satz 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 10 (Artikel 1 § 9 Abs. 3 und 4, § 20 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 11 (Artikel 1 § 9 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 12 (Artikel 1 § 9 Abs. 4)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 13 (Artikel 1 § 10 Abs. 1 Nr. 3)

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß zur Klarstellung § 10 Abs. 1 Nr. 3 folgende Fassung erhalten sollte:

„3. Krankenhäuser, die insgesamt weniger als 40 v.H. der jährlichen Pflgetage mit Sozialleistungsträgern oder Selbstzahlern, die keine höheren als die den Sozialleistungsträgern berechneten Pflegesätze zahlen, abrechnen.“

Zu 14 (Artikel 1 § 11 Abs. 2)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu 15 (Artikel 1 § 12 Abs. 1 Satz 2 [neu], § 14 Abs. 1 Nr. 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 16 bis 21 (Artikel 1 § 14)

Die Bundesregierung wird die Vorschläge zur Regelung der Finanzierungspauschalen im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu 22 (Artikel 1 § 16 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 23 (Artikel 1 § 17 Abs. 3 Satz 3)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu 24 (Artikel 1 § 17 nach Abs. 3, § 18 Abs. 1 Satz 2 [neu], § 40 Abs. 1)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu 25 (Artikel 1 § 18 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird widersprochen. Die vorgeschlagene Regelung erscheint im Hinblick auf Artikel 14 des Grundgesetzes bedenklich.

Zu 26 (Artikel 1 § 18)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu 27 (Artikel 1 § 19 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird widersprochen. Die vorgeschlagene Fassung geht unmißverständlich davon aus, daß auch bisher nicht geförderte Krankenhäuser in den Genuß von Leistungen nach § 19 kommen können (siehe Absatz 1 Nr. 1); insoweit ist die Verweisung auf §§ 12 bis 17 also unschädlich. Sie ist aber notwendig, um den Umfang der Leistungen nach § 19 in überschaubaren Grenzen zu halten.

Zu 28 (Artikel 1 § 19 Abs. 1 und 3)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu 29 (Artikel 1 § 19 Abs. 2 Nr. 1)

Dem Vorschlag wird widersprochen. Der ausdrückliche Hinweis auf Ausgleichszahlungen für unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen wird zur Klarstellung für erforderlich gehalten.

Zu 30 (Artikel 1 § 21 Abs. 1 Nr. 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 31 (Artikel 1 § 21 Abs. 2 und 3)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 32 (Artikel 1 § 21 nach Absatz 3)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 33 (Artikel 1 § 23 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die kaufmännische Buchführung sowie die Kosten- und Leistungsrechnung sollten unabhängig von Befreiungsvorschriften für umzustellende oder kleinere Krankenhäuser generell Basis für die Pflegesatzfestsetzung sein.

Zu 34 (Artikel 1 § 23 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die vorgesehene Regelung ist als gesetzliche Vorgabe für die Bundespflegesatzordnung erforderlich.

Zu 35 (Artikel 1 § 24 nach Satz 1, § 40 Abs. 1)

Die Bundesregierung wird im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen, wie klargestellt werden kann, daß die Kosten der betrieblichen Ausbildung im Pflegesatz zu berücksichtigen sind.

Zu 36 (Artikel 1 § 24 Abs. 2 Nr. 2)

Dem Vorschlag wird widersprochen. Der Regierungsentwurf entspricht insoweit der bisher geltenden Regelung (§ 17 Abs. 4 Nr. 4 KHG). Es ist nicht gerechtfertigt, daß im Rahmen von Bemühungen um Kostendämpfung die Pflegesätze künftig mit den Kosten für Einrichtungen belastet werden sollen, die aufgrund § 37 des Bundes-Seuchengesetzes und des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vorzuhalten sind.

Zu 37 (Artikel 1 § 24 Abs. 3 nach Satz 1)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu 38 (Artikel 1 § 24 Abs. 4)

Dem Vorschlag wird widersprochen. Ein zwingender Arztkostenabschlag ohne Rücksicht darauf, inwieweit Arztkosten in die Selbstkosten des Krankenhauses eingehen, kann zu einer nicht gerechtfertigten Belastung des allgemeinen Pflegesatzes führen. Die Regelung, welche Leistungen das Krankenhaus neben dem allgemeinen Pflegesatz gesondert berechnen kann, sollte der Novellierung der Bundespflegesatzverordnung vorbehalten bleiben.

Zu 39 (Artikel 1 § 25)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die im Regierungsentwurf vorgesehene Vereinbarung der Pflegesätze an Stelle des bisherigen Festsetzungsverfahrens dient der Stärkung der Selbstverwaltung und Selbstverantwortung der unmittelbar Beteiligten. Die Letztverantwortung des Landes bleibt durch den Genehmigungsvorbehalt und die Festsetzung im Nichteinigungsfall unberührt. Im übrigen weist das vom Bundesrat vorgeschlagene Verfahren eine Reihe von Mängeln auf. So wird durch die Absätze 2 und 3 ausgeschlossen, daß sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausesellschaften an den Pflegesatzverhandlungen beteiligen können. Die in Absatz 5 vorgeschlagene unmittelbare Rechtswirkung der festgesetzten Pflegesätze eröffnet die Gefahr einer unbefristeten Anfechtbarkeit der Pflegesätze durch jeden einzelnen Krankenhausbenutzer; damit kann sich die Anwendung neuer Pflegesätze in der Praxis für lange Zeit verzögern.

Zu 40 (Artikel 1 § 26)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Erarbeitung von Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Leistungsfähigkeit und Wirt-

schaftlichkeit der Krankenhäuser sollte den unmittelbar Betroffenen überlassen bleiben; dies entspricht der Aufgabe der Selbstverwaltung.

Einer Stärkung der Selbstverwaltung dienen auch die in Absatz 2 vorgesehenen Vereinbarungen für die Durchführung von Empfehlungen der konzertierten Aktion. Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß durch derartige Vereinbarungen ein größeres Maß an Flexibilität bei der Anwendung von Empfehlungen dieses Gremiums erreicht werden kann.

Zu 41 (Artikel 1 § 27 Abs. 1 Nr. 1 und 3)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 42 (Artikel 1 § 27 Abs. 1 Nr. 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 43 (Artikel 1 § 30 Abs. 1 und 2)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die in sich ausgewogene Finanzierungsregelung würde durch die Verschiebung eines Finanzierungsanteils von Absatz 2 nach Absatz 1 ungerechtfertigt zu Lasten des Bundes verändert.

Zu 44 (Artikel 1 § 30 Abs. 2 Satz 1)

Dem Vorschlag wird widersprochen. Die Senkung der Plafondmittel für Krankenhausbauten durch das Haushaltsstrukturgesetz ist mit Zustimmung des Bundesrates erfolgt. Der Gesetzentwurf sieht eine Aufstockung des Plafonds für 1979 um DM 37 Mio. vor; eine weitere Anhebung um DM 10 Mio. sowie eine Fortschreibung dieser Beträge ist im Entwurf des Bundeshaushaltsplans für 1979 und im Finanzplan bis 1982 vorgesehen. Angesichts dieser Steigerung um über 20 vom Hundert kann die Bundesregierung einer noch weitergehenden Erhöhung des Plafonds nicht zustimmen.

Zu 45 (Artikel 1 § 35 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die vorgesehene Regelung engt die Entscheidungsfreiheit des einzelnen Landes nicht ein, da eine Abstimmung im Bund-Länder-Ausschuß nach § 35 nur im Wege einer allseitigen Einigung möglich ist und die Neuregelung keinen Zwang zur Einigung begründen kann.

Der Rechtsausschuß des Bundesrates hat im übrigen gegen die Fassung des Regierungsentwurfs insoweit Einwendungen nicht erhoben.

Zu 46 (Artikel 1 § 35 Abs. 2 nach Nummer 2)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Erarbeitung von Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser ist nach Auffas-

sung der Bundesregierung Sache der unmittelbar am Krankenhauswesen Beteiligten. Der Vorschlag des Bundesrates hätte in Verbindung mit dem Änderungsvorschlag Nummer 40 (zu § 26) eine wesentliche Einschränkung der Gestaltungsaufgaben der Krankenhausträger und Krankenkassen zugunsten staatlicher Stellen zur Folge.

Es muß aus diesem Grunde bei dem in § 26 vorgeschlagenen Verfahren bleiben.

Zu 47 (Artikel 35 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Verantwortlichkeit von Bund und Ländern wird durch die Arbeit des Beirats nicht berührt; die enge Zusammenarbeit und die bloße Berücksichtigung von Beratungsergebnissen des Beirats durch den Bund-Länder-Ausschuß führt nicht zu einer rechtlichen Bindung des Ausschusses und damit auch nicht zu einer unzulässigen Mischverwaltung. Kooperation und Koordination zwischen beiden Gremien ist im Interesse der Verbesserung der Krankenhaussituation dringend geboten.

Der Rechtsausschuß des Bundesrates hat im übrigen die Gefahr einer Mischverwaltung nicht gesehen und Bedenken gegen § 35 Abs. 3 nicht erhoben.

Zu 48 und 49 (Artikel 1 § 37 Abs. 1 und 2 Nr. 2)

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

Zu 50 (Artikel 1 § 38)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu 51 (Artikel 1 § 39 Abs. 1 und 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 52 (Artikel 1 nach § 40)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 53 (Artikel 2 Nr. 4 [§ 405 a Abs. 1 RVO])

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Der Regierungsentwurf stellt durch Ergänzung des § 405 a RVO klar, daß entsprechend der bereits am 17. März 1978 bei der Sitzung der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen mit Zustimmung der Länder praktizierten Übung Empfehlungen auch zum Krankenhausbereich abgegeben werden können.

Bei der vorgeschlagenen Fassung mit dem ausdrücklichen Hinweis auf § 2 Abs. 1 und 2 KHG (neu) wird weder die Zielsetzung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes insgesamt gefährdet, noch steht eine solche Regelung im Widerspruch zum Selbstkostendeckungsprinzip oder gar zur Tarifautonomie der Sozialpartner.

Im übrigen ist die zu diesem Änderungsantrag gegebene Begründung widersprüchlich. Entweder ist man — wie Absatz 2 der Begründung auszudrücken scheint — der Meinung, § 405 a RVO gelte auch schon in der jetzigen Fassung für den Krankenhausbereich; dann ist die von der Bundesregierung vorgeschlagene Klarstellung unschädlich. Oder man ist der in Absatz 1 der Begründung geäußerten Auffassung, Empfehlungen der konzertierten Aktion zur Ausgabenentwicklung im stationären Bereich gefährdeten die Zielsetzungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und seien deshalb abzulehnen.

Wer die letztgenannte Auffassung vertritt, stellt damit die Funktionsfähigkeit der konzertierten Aktion insgesamt in Frage. Empfehlungen zur Entwicklung der Ausgabenzuwächse der gesetzlichen Krankenversicherung werden künftig wesentlich erschwert, wenn nicht alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung gleichgewichtig in diesem Gremium behandelt werden.

