

Bericht

des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)

zu dem von der Bundesregierung eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes — Drucksachen 8/2067, 8/3495 —

Bericht der Abgeordneten Zink, Egert und Schmidt (Kempten)

A. Allgemeines

I. Zum Beratungsverfahren

Der von der Bundesregierung eingebrachte Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes — Drucksache 8/2067 — wurde vom Deutschen Bundestag in der 111. Sitzung am 19. Oktober 1978 an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung federführend, an den Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit mitberatend und an den Haushaltsausschuß gemäß § 96 der Geschäftsordnung überwiesen. Der Innenausschuß und der Verteidigungsausschuß haben sich gutachtlich an der Beratung beteiligt.

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat den Gesetzentwurf in insgesamt sieben Sitzungen, darunter einer öffentlichen Informationssitzung am 15. November 1978, eingehend erörtert. Bei der Informationssitzung wurden Sachverständige aus dem Bereich der Krankenhausträger, der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der Ärzte und des sonstigen Krankenhauspersonals, der Rentenversicherungsträger sowie der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen zu dem Gesetzentwurf gehört. Die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen der betreffenden Organisationen und Ver-

bände wurden in die Ausschußberatungen einbezogen. Auf das Protokoll Nr. 49 über die Informationssitzung des Ausschusses sowie auf die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird Bezug genommen.

Der mitberatende Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit hat in seiner Stellungnahme vom 13. Juni 1979 die mit dem Gesetzentwurf verfolgten Ziele bejaht und im wesentlichen wie folgt Stellung genommen: Er begrüßt, daß der Gesetzentwurf zur Erhaltung kleiner Krankenhäuser beiträgt, soweit diese leistungsfähig und wirtschaftlich sind; er hält in diesem Zusammenhang eine Überprüfung des § 371 RVO für erforderlich. Er bittet ferner, dem Gedanken der Vielfalt der Krankenhausträger Rechnung zu tragen und eine dauerhafte Finanzierungsregelung der Krankenpflegeausbildung zu treffen. Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung ist diesen Vorschlägen gefolgt, zur Finanzierung der Krankenpflegeausbildung allerdings mit einer inhaltlich abweichenden Regelung.

Den mit den gutachtlichen Stellungnahmen des Innenausschusses vom 14. März 1979 und des Verteidigungsausschusses vom 14. Mai 1979 ausgesprochenen Empfehlungen mit dem Ziel, bei der Kran-

kenhausbedarfsplanung auch die Versorgung der Bevölkerung im Katastrophen- und im Verteidigungsfall zu berücksichtigen, hat der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung einhellig zugestimmt.

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat am 14. November 1979 seine Beratungen abgeschlossen und mit Mehrheit beschlossen, dem Bundestag die Annahme des Regierungsentwurfs mit den unter B. im einzelnen erläuterten Änderungen zu empfehlen.

Der Haushaltsausschuß wird seinen Bericht gemäß § 96 der Geschäftsordnung gesondert vorlegen.

II. Zum Inhalt des Gesetzentwurfs

Eine Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes war bereits mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG) — Drucksachen 8/166, 8/173 — vorgesehen. Die damals vorgeschlagenen Änderungen betrafen im wesentlichen das Verfahren bei der Krankenhausbedarfsplanung, die Beteiligung der Krankenhausträger an den Investitionskosten und die Vereinbarung der Pflegesätze durch Krankenkasse und Krankenhaus anstelle der bisherigen staatlichen Festsetzung.

Diese Vorschläge waren mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und FDP vom Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung gebilligt und im Deutschen Bundestag verabschiedet worden. Auf Antrag des Bundesrates schlug der Vermittlungsausschuß vor, die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom KVKG abzukoppeln. Der Bundesrat hatte seinen Antrag, die vorgenannten Regelungen aus dem Gesetzgebungsverfahren zum KVKG herauszunehmen, damit begründet, daß anstelle der in diesem Gesetzentwurf beschlossenen Änderungen „die Probleme des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in ihrer Gesamtheit in einer zusammenhängenden erweiterten Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geregelt werden“ sollten. Sowohl der Deutsche Bundestag als auch der Bundesrat haben bei der Beratung der Vorschläge des Vermittlungsausschusses die Notwendigkeit einer Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bejaht.

Die jetzt vorliegende Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes soll dazu beitragen, eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhausversorgung zu sozial tragbaren Kosten auf Dauer zu sichern. Diesem Ziel dienen die beschlossenen Änderungen des geltenden Rechts, um vor allem

- 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.

Über die genannte Zielsetzung bestand bei allen Fraktionen Übereinstimmung. Dabei soll das bisherige System der Krankenhausfinanzierung erhalten bleiben, wonach die Investitionskosten der Krankenhäuser von der öffentlichen Hand, die laufenden Kosten dagegen von den Patienten bzw. ihren Sozialleistungsträgern zu übernehmen sind. Festgehalten wurde auch an dem Grundsatz, daß die öffentliche Förderung und die Pflegesätze zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken müssen.

Schwerpunkte des Gesetzentwurfs bilden die folgenden Regelungen:

1. Da Zahl, Größe und Qualität der Krankenhäuser für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen aber auch für die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich insgesamt von entscheidender Bedeutung sind, sollen die Regelungen über die — nach wie vor auf Landesebene zu gestaltende — Krankenhausbedarfsplanung ausgebaut und verbessert werden. Hierzu sieht der Gesetzentwurf einerseits eine stärkere Beteiligung der Krankenhäuser und der Krankenkassen an der Vorbereitung der Bedarfspläne vor, und zwar in Form einer engen Zusammenarbeit mit den Ländern, die zu einer frühzeitigen Information über Planungsziele und -kriterien und zur eingehenden Erörterung der Pläne verpflichtet werden. Andererseits werden die inhaltlichen und formalen Anforderungen an die Krankenhausbedarfspläne verdeutlicht, um klarzustellen, welche Kriterien und Gesichtspunkte in den Ländern bei fachgerechten Planungsentscheidungen im einzelnen zu berücksichtigen sind. Schließlich sollen die Entscheidungen der einzelnen Länder zur Krankenhausbedarfsplanung besser als bisher untereinander abgestimmt werden, insbesondere auch im Hinblick auf überregional genutzte Krankenhäuser.
2. Obwohl die derzeitige Verteilung der Kostenlast zwischen öffentlicher Hand und Patienten/Sozialleistungsträgern grundsätzlich erhalten bleiben soll, sind nach durchweg übereinstimmender Auffassung des Ausschusses eine Reihe von Korrekturen in Einzelpunkten erforderlich:
 - Fördermittel für Krankenhausinvestitionen dürfen nur nachbewilligt werden, soweit Mehrkosten für den Krankenhausträger unvorhergesehen und unabweisbar waren.
 - Anlauf- und Umstellungskosten sollen unter erleichterten Bedingungen gefördert werden.
 - Zur Vermeidung unnötigen Verwaltungsaufwands sollen kleinere Baumaßnahmen über die Pauschalen abgedeckt, teure Anlagegüter mit einer kurzen Nutzungsdauer, insbesondere medizinische Großgeräte, dagegen über Einzelbewilligungen finanziert werden.
 - Um das Ausscheiden nicht benötigter Einrichtungen aus der Krankenhausversorgung zu erleichtern, sollen die Möglichkeiten für

Ausgleichsleistungen an die Krankenhäuser präzisiert und erweitert werden.

3. Da die bisherige Übergangsregelung für die Finanzierung der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten über die Pflegesätze Ende 1981 ausläuft, beschloß der Ausschuß, daß zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser die Kosten dieser Ausbildungsstätten aus öffentlichen Mitteln zu finanzieren sind. Dabei soll für die laufenden Kosten, insbesondere für die Vergütung des Lehrpersonals, eine Pauschale je Ausbildungsplatz gezahlt werden, soweit die Ausbildungsstätten nicht nach anderen Vorschriften gefördert werden. Die Kosten des praktischen Teiles der im Krankenhaus durchgeführten betrieblichen Ausbildung einschließlich der Ausbildungsvergütung sollen demgegenüber wie bisher über die Pflegesätze gedeckt werden.
4. Das Pflegesatzverfahren soll der Verantwortung der Selbstverwaltung für die Erhaltung und Fortentwicklung der Leistungsfähigkeit, aber auch für die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich stärker als bisher Rechnung tragen. Dazu sieht der Gesetzentwurf vor, daß Pflegesätze 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 — als Vorgabe für die ebenfalls neu zu fassende Bundespflegesatzverordnung — durch die Gestaltung der Pflegesätze Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung und die im Einzelfall medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen geschaffen werden.
5. Ebenfalls der Stärkung der Selbstverwaltung dient der gesetzliche Auftrag an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, gemeinsam Empfehlungen über Maßstäbe für Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu erarbeiten. Auch wird den Spitzenorganisationen ermöglicht, Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen durch Vereinbarungen für den Krankenhausbereich zu ergänzen. Hierbei sollen die Gewerkschaften und die wesentlichen Berufsverbände sowie der Verband der privaten Krankenversicherung beteiligt und dem Bund-Länder-Ausschuß für Krankenhausfragen die Möglichkeit der Stellungnahme gegeben werden.
6. Für die nicht im Bedarfsplan enthaltenen Krankenhäuser beschloß der Ausschuß eine Ergänzung des § 371 RVO, die klarstellt, daß bei der Anwendung dieser Vorschrift der Gesichtspunkt des Bestands- und Vertrauensschutzes bei den schon vor dem Krankenhausfinanzierungsgesetz betriebenen Krankenhäusern zu beachten ist. Hierzu ist darauf hinzuweisen, daß die für die Annahme der Bereiterklärung nach § 371 RVO erforderliche Wirtschaftlichkeit in gleicher Wei-

se auch bei den in den Bedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern gegeben sein muß.

7. Zur Klarstellung, daß bei den Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zum Krankenhausbereich auch die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere der Grundsatz der Selbstkostendeckung, zu beachten sind, beschloß der Ausschuß eine entsprechende Ergänzung des § 405 a RVO.

III. Beratung im Ausschuß

Über die unter II. genannte Zielsetzung des Gesetzentwurfs bestand bei allen Fraktionen Übereinstimmung, unterschiedlich wurden dagegen von den Ausschußmitgliedern die Einzelvorschriften des Gesetzentwurfs beurteilt.

Die Mitglieder der Fraktionen der SPD und der FDP halten die Regelungen des Gesetzentwurfs für notwendig, um den einvernehmlich anerkannten Zielsetzungen näher zu kommen, und sahen nur im Hinblick auf die ablehnende Haltung des Bundesrates von der Verfolgung noch weitergehender, insbesondere die berechtigten Belange des Bundes berücksichtigender Vorschläge ab. Aus ihrer Sicht stellt der Gesetzentwurf eine notwendige Ergänzung zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 7. Juni 1977 dar. Eine Veränderung des geltenden Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend den seinerzeitigen Grundsatzbeschlüssen sei nicht zuletzt deswegen erforderlich, um den Krankenhausbereich in das bereits verabschiedete Maßnahmenbündel zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs und zur Strukturverbesserung im Gesundheitswesen einzubeziehen und Regelungen zu schaffen, die eine sachgerechte und auch im Hinblick auf die Belastung der Volkswirtschaft und der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung vertretbare Fortentwicklung des Krankenhausbereichs ermöglichen.

Nach Auffassung der Mitglieder der Koalitionsfraktionen muß vor allem bei der Bedarfsplanung angesetzt und insbesondere ein Überhang des Bettenbestandes vermieden werden. Die hierzu im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen stellen nach Auffassung der Mitglieder der Fraktionen der SPD und der FDP keinen unzulässigen Eingriff in die Zuständigkeiten der Länder dar. Der Bund ziehe damit keine Kompetenzen an sich, sondern verpflichte die Länder lediglich, die von der Planung Betroffenen, insbesondere die Krankenhausträger und die Träger der Krankenversicherung, ihrer Bedeutung entsprechend an der Planung zu beteiligen und bestimmte Inhalte für eine fachgerechte Planung einzuhalten, die auch eine Vergleichbarkeit der Bedarfspläne untereinander ermöglichen. Die verfassungsrechtliche Prüfung habe keine Anhaltspunkte dafür ergeben, daß der Bund mit einer derartigen Regelung seine Zuständigkeit nach Artikel 74 des Grundgesetzes überschreite; auch die Mehrheit des Rechtsausschusses des Bundesrates habe dessen verfassungsrechtliche Bedenken nicht geteilt.

Die Verantwortlichkeit von Krankenhäusern und Krankenversicherungsträgern für Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich muß nach Auffassung der Fraktionen der SPD und der FDP auch im Pflegesatzrecht stärker als bisher zur Geltung kommen. Die Mitglieder der Koalitionsfraktionen betonten daher die Notwendigkeit, sowohl im Pflegesatzverfahren wie bei der Verständigung über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser vorrangig den Betroffenen Gelegenheit zur Erarbeitung sachgerechter Lösungen — auf der Grundlage des Selbstkostendeckungsprinzips — zu geben. Eine Beteiligung des Staates erscheint ihnen hier nur zur Wahrung übergeordneter Belange sowie zur Entscheidung im Nichteinigungsfall angebracht.

Die Mitglieder der Koalitionsfraktionen halten den theoretischen Teil der Krankenpflegeausbildung, der bei anderen Ausbildungsgängen Aufgabe der Berufsschule ist, für eine öffentliche Aufgabe, die von der öffentlichen Hand zu finanzieren ist. Soweit diese Kosten nicht aus Mitteln des Kultusbereichs gedeckt werden, halten die Mitglieder der Fraktionen der SPD und der FDP zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser eine Deckung der entsprechenden Kosten im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für unverzichtbar.

Die Mitglieder der Koalitionsfraktionen haben weiter in zahlreichen Änderungsanträgen Vorschläge des Bundesrates aufgegriffen oder seinen Bedenken durch andere Fassung von Einzelvorschriften Rechnung getragen, soweit dies die Zielsetzungen des Gesetzentwurfs nicht beeinträchtigte. Darüber hinaus halten sie eine Ergänzung des § 371 RVO für angebracht, um klarzustellen, daß bei Krankenhäusern außerhalb des Bedarfsplans, die schon vor Erlaß des Krankenhausfinanzierungsgesetzes betrieben wurden, der Gesichtspunkt des Bestands- und Vertrauensschutzes beachtet werden muß. Dies gilt insbesondere für die von der Handhabung des § 371 RVO betroffenen kleinen privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäuser.

Die Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion billigten grundsätzlich die Zielsetzung des Gesetzentwurfs, die Kostenentwicklung im Bereich des Krankenhauswesens im Rahmen der Belastbarkeit der Volkswirtschaft und der Patienten zu halten. Es bestand weiterhin Übereinstimmung mit den Mitgliedern der Regierungskoalition, eine angemessene Beteiligung der Selbstverwaltung an der Krankenhausbedarfsplanung und dem Verfahren bei der Pflegesatzfestsetzung vorzusehen. Im Gegensatz zu den Fraktionen der SPD und der FDP hielten die Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion die vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen zur Erreichung dieses Zieles für zu weitgehend. Sie vertraten die Auffassung, daß eine angemessene Beteiligung der Selbstverwaltung auch bisher von den Ländern bereits praktiziert werde und gesetzliche Regelungen hierfür nicht erforderlich seien.

Übereinstimmung zwischen den Mitgliedern der drei Fraktionen bestand auch hinsichtlich der Notwendigkeit, einen Bestandsschutz von nicht in den

Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern vorzusehen, um die Vielfalt der Krankenhaussträger und Krankenhäuser zu wahren (§ 371 RVO).

Den im Gesetzentwurf enthaltenen Einzelregelungen stimmten die Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion teils zu, teils wurden sie abgelehnt. Eine Reihe von Bestimmungen, die mit dem Ziel des Gesetzentwurfs übereinstimmten, ohne — nach Ansicht der Oppositionsfraktion — die Kompetenz der Länder zu beeinträchtigen, wurden zum Teil mit den Änderungsvorschlägen der Koalitionsfraktionen einstimmig gebilligt.

Alle Änderungsanträge der Fraktion der CDU/CSU zu einzelnen Vorschriften wurden von den Koalitionsfraktionen abgelehnt. Die CDU/CSU sprach sich in diesem Zusammenhang gegen die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe aus, die ihrer Ansicht nach zu Auslegungsschwierigkeiten in der Praxis führen können. Weiter halten die Mitglieder der Oppositionsfraktion es für sinnvoll, das bisherige Pflegesatzfestsetzungsverfahren — das sich bewährt habe — beizubehalten und lediglich Regelungen über die Berücksichtigung der Kosten der Krankenpflegeausbildung im Pflegesatz sowie über eine entsprechende Bemessung der Pflegesätze bei gesonderter Abrechnung der Arztkosten oder Nebenkosten in den Gesetzentwurf aufzunehmen. Damit werde einerseits der Eigenverantwortlichkeit der zuständigen Landesbehörden Rechnung getragen und andererseits eine vertretbare Dauerregelung für die laufenden Betriebskosten der Ausbildungsstätten geschaffen. Die Anhörung habe gezeigt, daß auch die Standpunkte der Krankenversicherung und der Krankenhaussträger in dieser Frage differieren.

Die Änderung des § 371 RVO im Rahmen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes habe nach Ansicht der Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion aufgrund ihrer unklaren Formulierung in der Praxis zu großer Unsicherheit geführt. Dies bestätige auch die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung für notwendig gehaltene Empfehlung vom Dezember 1977. Im Interesse des Vertrauensschutzes der kleinen Krankenhäuser und der Krankenhaussträger sei es erforderlich, die Regelung des § 371 RVO zu ändern. Nach Ablehnung des eigenen Antrags lehnten die Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion den Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen als nicht ausreichend ab.

Die CDU/CSU-Fraktion beantragte im Ausschuß die Streichung der §§ 6, 8 und 26, da der Regelungsbereich in diesen Vorschriften nach ihrer Auffassung in die Zuständigkeit der Länder gehöre und auch durch Artikel 74 Nr. 19 a GG nicht mehr abgedeckt sei. Die Anträge auf Streichung einzelner Vorschriften begründeten die Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion, weitgehend in Übereinstimmung mit dem Bundesrat — siehe Drucksache 8/2067 —, u. a. auch damit, daß eine deutliche Diskrepanz zwischen der finanziellen Beteiligung und dem Kompetenzzuwachs des Bundes erkennbar sei. Die enge Verknüpfung der verschiedenen im Gesetz vorgesehenen Gremien und ihre Zusammenfassung beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung lassen

keinen Raum für eine originäre Zuständigkeit der Länder. Darüber hinaus gehe der umfangreiche Katalog der im Gesetz festgelegten Vorgaben zu Lasten der Flexibilität, die im Hinblick auf die ständige Wandlung von Art und Umfang der Krankheiten erforderlich sei.

Die unterschiedlichen Grundauffassungen führten dazu, daß sich zwar bei der Abstimmung über Einzelvorschriften mehrfach Einstimmigkeit aller drei Fraktionen ergab, aber der Gesetzentwurf im ganzen vom Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung mit der Mehrheit der Stimmen der Fraktionen der SPD und der FDP gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU gebilligt wurde.

Der Ausschuß hat bei seinen Beratungen zum Gesetzentwurf auch die Aufhebung des sogenannten Halbierungserlasses aus dem Jahre 1942 erörtert, der die Kostentragung für Krankenhausbehandlung in Fällen psychischer Erkrankungen betrifft. Dabei bestand grundsätzlich Übereinstimmung darüber, den Halbierungserlaß aufzuheben und insoweit noch bestehende Benachteiligungen psychisch Kranker gegenüber körperlich Kranken auszuschließen. Nicht abschließend konnte jedoch erörtert werden, inwieweit verfahrensmäßige Auffangregelungen im Interesse der Betroffenen und zur Erleichterung der Klärung strittiger Fragen zwischen den beteiligten Sozialleistungsträgern geschaffen werden sollten. Der Ausschuß stellte die Beschlußfassung zurück, damit die kommunalen Spitzenverbände, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung Gelegenheit erhalten, bis zur zweiten und dritten Lesung des Gesetzentwurfs im Deutschen Bundestag Stellung zu nehmen.

Weiter sah der Ausschuß von einer Beschlußfassung über die Empfehlung des Unterausschusses „Rheumabekämpfung“ ab, mit der eine verstärkte Förderung der Schaffung von Rheumabehandlungszentren im Rahmen des KHG angeregt wurde. Bei den Mitgliedern der drei Fraktionen bestand Übereinstimmung darüber, dem Bundestag zur zweiten und dritten Beratung des Gesetzentwurfs einen entsprechenden interfraktionellen Entschließungsantrag vorzulegen.

B. Zu den einzelnen Vorschriften

Soweit die Vorschriften des Regierungsentwurfs unverändert übernommen wurden, wird auf die Begründung zum Regierungsentwurf — Drucksache 8/2067 — verwiesen.

Eine Darstellung der Stimmenverhältnisse bei der Abstimmung über die einzelnen geänderten Vorschriften erfolgt nur, soweit diese nicht mit den Stimmen aller drei Fraktionen gebilligt wurden.

Zu Artikel 1 § 1

Durch die mit den Stimmen der SPD und der FDP beschlossene Änderung wird klargestellt, daß — entsprechend der schon nach bisherigem Recht ge-

botenen Auslegung — nicht nur die Höhe der einzelnen Pflegesätze, sondern die Kosten der Krankenhausleistungen insgesamt — unter Berücksichtigung auch der Krankenhaushäufigkeit und der Verweildauer — sozial tragbar sein müssen. Dies bedeutet, daß die soziale Tragbarkeit des Aufwands für den Krankenhausbereich insgesamt ein Gesichtspunkt ist, der bei der Fortentwicklung dieses Bereichs und seiner wirtschaftlichen Sicherung stets mitzubedenken ist. Das in § 2 Abs. 2 vorgeschriebene Selbstkostendeckungsprinzip soll und kann durch die allgemeine Vorschrift des § 1 nicht etwa eingeschränkt werden. Mit der Änderung ist auch weder beabsichtigt noch ermöglicht, zu den Prinzipien der Verordnung von 1954 über die Pflegesätze von Krankenanstalten zurückzukehren, die bei der Festsetzung der einzelnen Pflegesätze die Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger vorschrieb.

Zu Artikel 1 § 2 Abs. 2

Die Änderung entspricht einer Forderung des Bundesrates. Die Klarstellung, daß bei der Auslegung und Anwendung von Absatz 2 auch die Grundsatzvorschrift des § 1 heranzuziehen ist, entspricht der in Absatz 1 getroffenen Regelung und allgemeinen Interpretationsgrundsätzen; der Grundsatz, daß jedes Krankenhaus die zur Erfüllung seiner Versorgungsaufgaben erforderlichen Selbstkosten gedeckt erhält, wird hierdurch nicht eingeschränkt.

Zu Artikel 1 § 3

Die Änderung der Begriffsbestimmung verdeutlicht, daß das Krankenhaus nicht (abstrakt) Krankheiten, sondern kranke Menschen behandelt. Leistungsrechtliche Normen werden durch die Umformulierung nicht berührt.

Zu Artikel 1 § 5 Abs. 1

Die Fraktion der CDU/CSU stellte den Antrag, in Absatz 1 die Worte „in enger Zusammenarbeit“ durch die Worte „im Benehmen mit“ zu ersetzen, damit eine stärkere Einbeziehung der unmittelbar von der Bedarfsplanung Betroffenen in die Planungsverfahren, die zwar vom Grundsatz her zu begrüßen sei, nicht dazu führe, daß Gesetzgebungskompetenzen der Länder eingeschränkt würden. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes erstreckte sich nicht auf die Regelung der inneren Struktur der Krankenhäuser, die nach wie vor den Ländern vorbehalten bleiben müsse. Der Antrag wurde von der Ausschlußmehrheit abgelehnt, da die innere Struktur der Krankenhäuser von der Regelung nicht betroffen sei; die Beteiligung der von der Krankenhausbedarfsplanung unmittelbar Betroffenen durch die zuständigen Stellen der Länder müsse wegen der Bedeutung der Planung für sie bundeseinheitlich geregelt werden; die Besonderheiten dieses Verfahrens seien durch die Formulierung „in enger Zusammenarbeit“ — mit der Präzisierung in Absatz 2 — sachgerechter zu regeln als durch die sehr

unterschiedlich praktikierbare Form des „Benehens“.

Zu Artikel 1 § 6

Ein Antrag der Fraktion der CDU/CSU hatte zum Inhalt, § 6 zu streichen, weil diese Vorschrift in unzulässiger Weise in die Verantwortungsbereiche der Länder eingreife. Der Wunsch nach Vergleichbarkeit der Landeskrankenhausespläne könne nicht dadurch erreicht werden, daß ohne Rücksicht auf länderspezifische Besonderheiten Inhalte der Planung vorgeschrieben würden. Im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung könne der Inhalt der Bedarfspläne nicht durch eine bundeseinheitliche Regelung vorgegeben werden. Der Antrag wurde von der Ausschlußmehrheit abgelehnt, da die Vorschrift nur die Gegenstandsbereiche und Gesichtspunkte anspreche, die eine — nach den Zielsetzungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes — sachgerechte Krankenhausbedarfsplanung ohnehin berücksichtigen müsse; inhaltliche Entscheidungen hierzu blieben nach wie vor allein den Ländern vorbehalten.

Die mit den Stimmen der SPD und der FDP beschlossene Neufassung des Absatzes 1 Nr. 1 dient der Klarstellung. In Absatz 3 soll durch die Einfügung der Nummer 1 a entsprechend den Vorschlägen des Bundesrates und der Krankenhausträger nicht nur in der Begründung, sondern im Gesetz selbst zum Ausdruck gebracht werden, daß bei der Bedarfsplanung auch die Vielfalt der öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträger zu berücksichtigen ist. Damit soll zugleich klar gestellt werden, daß die Bedarfsplanung nicht nur den Fortbestand der großen Trägergruppen sichert, sondern auch besondere Initiativen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung — auch in Form miteinander konkurrierender Therapierichtungen — ermöglichen muß.

Die Ergänzung des Absatzes 3 Nr. 2 soll die Verzahnung der Krankenhausbedarfsplanung mit den Belangen des Katastrophenschutzes und der Verteidigung sicherstellen; die bisherigen Regelungen über die Finanzierung der Einrichtungen für den Katastrophenschutz und den Verteidigungsfall werden hierdurch nicht berührt.

Die Einfügung der Nummer 4 a in Absatz 3 soll dazu beitragen, daß den Notwendigkeiten der Versorgung mit Organtransplantaten stärker als bisher Rechnung getragen wird. Die mit den Stimmen der SPD und der FDP beschlossene Änderung des Absatzes 3 Nr. 5 trägt — wie auch die Änderung des § 9 Abs. 4 — dem Umstand Rechnung, daß sowohl bei der Bedarfsplanung als auch bei der Übertragung besonderer Aufgaben an die Krankenhäuser nicht nur die Ausbildung, sondern auch die Weiterbildung von Ärzten sowie die berufliche Bildung von sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens zu berücksichtigen sind; dies schließt auch die vom Bundesrat geforderte Schaffung von Weiterbildungsstellen für Allgemeinärzte ein.

Zu Artikel 1 § 7 Abs. 1

Mit der Änderung wird einer Forderung des Bundesrates entsprochen, eine Berücksichtigung der Folge-

kosten nur bei der Aufstellung der Jahresprogramme, nicht auch bei der mehrjährigen Investitionsplanung vorzuschreiben.

Zu Artikel 1 § 8

Ein Antrag der Fraktion der CDU/CSU, die Vorschrift zu streichen, weil die Abstimmung von Planungsgrundsätzen beim Aufstellen der Krankenhausbedarfspläne insbesondere bei der inhaltlichen Ausgestaltung in die verfassungsmäßigen Kompetenzen der Länder eingreife, wurde von der Ausschlußmehrheit abgelehnt, da eine Abstimmung gegen ein einzelnes Land ebensowenig möglich sei wie eine Bindungswirkung von Abstimmungsergebnissen, so daß die Entscheidungskompetenzen voll dem jeweiligen Land belassen blieben.

Die mit den Stimmen der SPD und der FDP beschlossene Änderung des Absatzes 1 soll demgegenüber Bedenken des Bundesrates gegen die Vorschrift Rechnung tragen und verdeutlichen, daß der Bund-Länder-Ausschuß kein Beschlußgremium ist, das die Länder durch seine Entscheidungen binden kann. In Absatz 2 dienen die Streichung der Nummer 1 sowie die Zusammenfassung der Nummern 2 und 3 der Straffung des Textes.

Zu Artikel 1 § 9

Die Änderung des Absatzes 2 Nr. 2 dient der redaktionellen Straffung und Anpassung an Absatz 1 und Absatz 2 Nr. 1; sie entspricht zum Teil einer Forderung des Bundesrates.

Die Änderungen des Absatzes 3 sollen — teilweise entsprechend einer Forderung des Bundesrates — zur Klarstellung sowie zur Anpassung an den Sprachgebrauch des Verwaltungsverfahrensgesetzes beitragen.

Die mit den Stimmen der SPD und der FDP beschlossenen Änderungen des Absatzes 4 bezwecken eine Anpassung an den Sprachgebrauch des Verwaltungsverfahrensgesetzes sowie der neu gefaßten §§ 3 und 6 Abs. 3 Nr. 5.

Zu Artikel 1 § 10

Die Änderung in Absatz 1 Nr. 3 dient der redaktionellen Klarstellung sowie der Anpassung an den neu gefaßten § 3. Die Änderung des Absatzes 1 Nr. 8 dient der begrifflichen Klarstellung und Anlehnung an die 1974 durch das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation eingeführte Terminologie des § 184 a RVO und entsprechender Vorschriften. Der Ausschluß von der Förderung gilt danach für die — bei Schaffung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gesetzlich so noch nicht bezeichneten — Kur- und Spezialeinrichtungen, die zwar nach § 3 die Merkmale eines Krankenhauses erfüllen, deren stationäre Leistungen bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht als Krankenhauspflege nach § 184 RVO gelten. In der Förderung bleiben allerdings wie bisher alle Krankenhäuser, die als solche in die Bedarfspläne der Länder aufgenommen sind

und zum Beispiel als Fachkrankenhäuser besondere Aufgaben im Rahmen der Krankenhausversorgung übernehmen.

Die Änderung des Absatzes 1 Nr. 9 gilt der redaktionellen Vereinheitlichung im Hinblick auf die Fassung des § 24 Abs. 1.

Zu Artikel 1 § 12

Der in Absatz 1 angefügte Satz 2 dient — entsprechend einer Forderung des Bundesrates — der redaktionellen Klarstellung im Hinblick auf die Änderung des § 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2. Die Fraktion der CDU/CSU beantragte, durch Anfügen eines Absatzes 5 eine Verordnungsermächtigung für die Länderregierungen über die Festsetzung pauschaler Kostenwerte zu schaffen, weil die in § 12 Abs. 1 und 2 vorgesehene Bemessung der Förderung nach den im Einzelfall entstehenden, nachgewiesenen und nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gerechtfertigten Kosten zu einem erheblichen Prüfungsaufwand zwingt, der die Förderung wesentlich erschwere und verzögere. Zugleich werde der Entscheidungsspielraum der Krankenhausträger stark beeinträchtigt. Zur Vereinfachung und Beschleunigung des Verfahrens wie auch zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Krankenhausträger sei die Möglichkeit vorzusehen, daß die Länder die Förderung der Errichtungskosten nach fortzuschreibenden Kostenpauschalen durchführen. Dieser Ergänzungsvorschlag greife den Grundgedanken des § 13 Abs. 2 des Regierungsentwurfs auch für den Bereich der Errichtungskosten auf. Der Antrag wurde von der Ausschlußmehrheit abgelehnt, da die Zweckmäßigkeit einer solchen Regelung im Hinblick auf die bedarfsgerechte Steuerung der Krankenhausinvestitionen bezweifelt wurde.

Zu Artikel 1 § 13 Abs. 1

Die Änderung dient der redaktionellen Anpassung an die Änderungen in § 14 Abs. 1.

Zu Artikel 1 § 14

Die Veränderung des Absatzes 1 Nr. 1 führt entsprechend einer Forderung des Bundesrates dazu, daß bei Ersatz und Ergänzung kurzfristiger Anlagegüter Kosten bis zu 300 000 DM in jedem Fall aus der Pauschale zu finanzieren sind und nur für den diese Wertgrenze übersteigenden Betrag eine Einzelförderung nach § 13 erfolgt. Demgegenüber stellt die Veränderung des § 14 Abs. 1 Nr. 2 klar, daß Ersatz und Ergänzung mittel- und langfristiger Anlagegüter sowie alle Errichtungsmaßnahmen ohne Inanspruchnahme der Pauschale zu fördern sind, wenn die Kosten des Vorhabens 50 000 DM übersteigen.

Die Einfügung des Absatzes 1 Satz 2 führt — in Anlehnung an eine Forderung des Bundesrates — dazu, daß eine nachträgliche Einzelförderung bei Überschreiten der Wertgrenze vermieden wird.

In Absatz 2 dient die Änderung der Eingangsworte der redaktionellen Präzisierung. Bei den Pauschalen ist im Hinblick auf das spätere Inkrafttreten des Gesetzes eine Erhöhung gegenüber dem Regierungsentwurf um jeweils 10 v. H. vorgesehen; die nunmehr vorgesehenen Beträge dürften ausreichen, um die in Absatz 1 genannten Kosten der Krankenhäuser bei sachgerechter Zuordnung entsprechend ihrer Aufgabenstellung abzudecken.

Die mit den Stimmen der SPD und der FDP beschlossene Einfügung des Absatzes 3 a stellt — zusammen mit den Änderungen zu § 17 Abs. 4 Nr. 2, § 18 Abs. 1 Satz 2 und § 40 Abs. 1 — sicher, daß nach dem Auslaufen der Übergangsvorschrift im bisherigen § 30 Abs. 2 die Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten weder über die Pflegesätze noch aus den Eigenmitteln der Krankenhausträger gedeckt werden müssen. Soweit nicht eine Finanzierung aus anderen Mitteln (insbesondere des Kulturbereichs) erfolgt, ist eine Förderung nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehen. Das ist zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhausträger notwendig. Für die laufenden Kosten der Ausbildungsstätten, insbesondere der Vergütung für das Lehrpersonal, soll eine Pauschale je Ausbildungsplatz gezahlt werden, deren Höhe nach den für 1982 zu erwartenden durchschnittlichen Aufwendungen bemessen worden ist. Nach Auffassung der Ausschlußmehrheit ist es — entgegen dem Änderungsantrag der Fraktion der CDU/CSU zu § 24 Abs. 5 — sowohl rechtlich problematisch als auch unbillig — und zwar in gleicher Weise gegenüber den Patienten bzw. den Sozialleistungsträgern und den Trägern der Krankenhäuser —, Kosten auf Dauer über den Pflegesatz zu finanzieren, die bei anderen Ausbildungsgängen — als Berufsschulkosten — von der öffentlichen Hand getragen werden. Lediglich die Kosten des praktischen Teiles der betrieblichen Ausbildung im Krankenhaus sollen, wie § 24 Abs. 1 Satz 2 klarstellt, weiterhin in den Pflegesatz eingehen. Die Sicherung der Gesamtfinanzierung, insbesondere der Krankenpflegeausbildung ermöglicht damit die Neuordnung dieser Ausbildung, wie sie mit dem Entwurf eines Krankenpflege- und Hebammengesetzes (Drucksache 8/2471) vorgesehen ist.

Zu Artikel 1 § 16 Abs. 1

Durch die Änderung wird — entsprechend einer Forderung des Bundesrates — eine Förderung von Nutzungsentgelten für Anlagegüter vom vorherigen Einverständnis der zuständigen Landesbehörde abhängig gemacht.

Zu Artikel 1 §§ 17 und 18

Der in § 17 Abs. 3 angefügte Satz 4 stellt klar, daß auch die mit öffentlichen Mitteln außerhalb des Krankenhausfinanzierungsgesetzes finanzierten Investitionen nicht im Rahmen der in den Sätzen 1 und 2 getroffenen Regelungen berücksichtigt werden dürfen.

§ 17 Abs. 4 Nr. 1 klärt, wie zu verfahren ist, wenn ein bereits bestehendes Krankenhaus nachträglich in den Bedarfsplan aufgenommen wird.

§ 17 Abs. 4 Nr. 2 und § 18 Abs. 1 Satz 2 ziehen hinsichtlich der alten Last und des Eigenmittelausgleichs die Folgerungen aus der Übertragung der Ausbildungsstättenkosten auf die öffentliche Hand.

Zu Artikel 1 § 19

Die Anfügung des letzten Halbsatzes in Absatz 1 führt — entsprechend einer Empfehlung des Bundesrates — dazu, daß die Ausgleichsansprüche nach § 18 bereits bei der Prüfung zu berücksichtigen sind, ob und inwieweit eine unzumutbare Härte vorliegt, die für die Bewilligung zusätzlicher Ausgleichszahlungen nach § 19 erforderlich ist; Absatz 3 ist damit entbehrlich.

Im übrigen ist davon auszugehen, daß bei der Anwendung des § 19 im Rahmen der Ermessensausübung in vielen Fällen eine Ausgleichszahlung geboten ist, um die Umstellung oder Einstellung des Krankenhausbetriebs zu erleichtern; insoweit ergeben sich für das Krankenhaus im Einzelfall Rechtsansprüche auf Ausgleichszahlungen.

Zu Artikel 1 § 20 Abs. 2

Die Änderung dient — wie die entsprechende Änderung zu § 9 Abs. 3 und 4 — der Anpassung an den Sprachgebrauch des Verwaltungsverfahrensgesetzes.

Zu Artikel 1 § 21

Aufgrund einer Klarstellung in Absatz 1 Nr. 1 entsprechend einer Empfehlung des Bundesrates war eine redaktionelle Überarbeitung des Einleitungssatzes erforderlich. Die Zusammenfassung von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 ist redaktioneller Natur und entspricht einer Forderung des Bundesrates. Die Anfügung des Absatzes 4 erscheint — entsprechend einer Forderung des Bundesrates, allerdings in veränderter Fassung — geboten, um nach Gewährung von Investitionszulagen keine Doppelförderung von Krankenhausinvestitionen entstehen zu lassen.

Zu Artikel 1 § 23

Die Neufassung des Absatzes 1 trägt den vom Bundesrat geäußerten Bedenken gegen die Fassung des Regierungsentwurfs Rechnung, ohne auf die erforderliche Präzisierung der Grundlagen für die Selbstkostenermittlung zu verzichten; sie dient zugleich — wie auch die Veränderung des Absatzes 2 — der Anpassung an den Sprachgebrauch des neu gefaßten § 3.

Zu Artikel 1 § 24

Die Änderung im bisherigen Text des Absatzes 1 ist redaktioneller Natur. Der in Absatz 1 mit den Stimmen der SPD und der FDP angefügte Satz 2 stellt

klar, daß die Kosten des praktischen Teils der betrieblichen Ausbildung im Krankenhaus — im Gegensatz zu den in § 9 Abs. 2 Nr. 2 und § 14 Abs. 3 a angesprochenen Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten — in die Pflegesätze eingehen. Hierbei handelt es sich in erster Linie um die Ausbildungsvergütung der Azubildenden, ferner um die Kosten der fachlichen Unterweisung im Krankenhaus.

Die Fraktion der CDU/CSU stellte den weitergehenden Antrag, durch die Anfügung eines Absatzes 5 auch die Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten im Pflegesatz zu berücksichtigen, da es im Interesse einer finanziellen Absicherung dieser Ausbildungsstätten notwendig sei, die laufenden Betriebskosten einschließlich der Ausbildungsvergütungen in den Pflegesatz einzubeziehen und die Ende 1981 auslaufende Übergangslösung in eine Dauerregelung umzuwandeln; nach § 9 Abs. 2 Nr. 2 könnten lediglich die Investitionskosten dieser Ausbildungsstätten gefördert werden. Diesen Antrag lehnte die Ausschlußmehrheit ab, da sie die durch die Einfügung des § 14 Abs. 3 a gefundene Regelung aus den dort erläuterten Gründen für sachgerecht hält.

Die mit den Stimmen der SPD und der FDP beschlossene Änderung des Absatzes 3 dient der redaktionellen Klarstellung und der Anpassung an den Sprachgebrauch des neu gefaßten § 3.

Der von der Fraktion der CDU/CSU beantragten Neufassung des Absatzes 4 entsprechend einer Forderung des Bundesrats hat die Ausschlußmehrheit nicht zugestimmt, um nicht gerechtfertigte Belastungen des allgemeinen Pflegesatzes zu vermeiden. Es bestand jedoch grundsätzlich Einigkeit darüber, daß in der Bundespflegesatzverordnung eine Regelung getroffen werden sollte, die eine angemessene und bundeseinheitliche Berücksichtigung gesondert berechneter Leistungen im Pflegesatz gewährleistet.

Zu Artikel 1 § 25

Die Veränderung des Absatzes 5 Satz 2 dient der Anpassung an den Sprachgebrauch des neu gefaßten § 3.

Die Fraktion der CDU/CSU beantragte, die Vorschrift entsprechend der Forderung des Bundesrats zu fassen, da das derzeitige Pflegesatzfestsetzungsverfahren sich bewährt habe. Es erlaube den Beteiligten, ihre Interessen voll zur Geltung zu bringen. Mit dem geltenden Einigungsverfahren und der Beteiligung an der Festsetzung werde 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 Antrag wurde von der Ausschlußmehrheit abgelehnt, da die vorgeschlagene Fassung — ebenso wie das geltende Recht — dem tatsächlichen Ablauf des Pflegesatzverfahrens nicht entspreche; die Stellung und die Verantwortung der Krankenhäuser und der Krankenversicherungsträger in diesem Verfahren und

für die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich insgesamt müsse auch vom Gesetzgeber anerkannt und berücksichtigt werden.

Einvernehmen bestand dagegen darüber, daß an geeigneter Stelle, ggf. in der Bundespflegesatzverordnung, eine Regelung getroffen werden muß, wie für die Dauer von Rechtsstreitigkeiten über den Pflegesatz die Finanzierung des Krankenhausbetriebs sichergestellt werden kann.

Zu Artikel 1 § 26

Die Fraktion der CDU/CSU beantragte die Streichung der Vorschrift; sie machte geltend, daß die in den Absätzen 1 und 2 vorgesehenen Regelungen mit der gesundheitspolitischen und verfassungsrechtlichen Verantwortung und Zuständigkeit der Länder und Kommunen und insbesondere mit den Grundprinzipien des KHG unvereinbar seien. Die Erarbeitung von Grundsätzen für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser gehöre vielmehr zu den vorrangigen Aufgaben des Bund-Länder-Ausschusses nach § 35 KHG. Zu diesen Fragen und Aufgaben könnten 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 Konzertierte Aktion bereits sachverständige Empfehlungen geben. Die in Absatz 2 vorgesehene „Durchführungskompetenz“ widerspreche sowohl dem Empfehlungscharakter der Aussagen der Konzertierte Aktion als auch dem Grundprinzip der Selbstkostendeckung.

Dem wurde von der Ausschlußmehrheit nicht zugestimmt. Derartige Maßstäbe und Grundsätze könnten und sollten nicht im staatlichen Bereich, sondern sinnvollerweise nur von den Betroffenen selbst erarbeitet werden. Weder der Selbstkostendeckungsgrundsatz noch die Regelungen über die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen würden durch eine Verständigung der Betroffenen über einschlägige Probleme berührt. Die mit den Stimmen der SPD und der FDP beschlossene Neufassung der Vorschrift sieht in Absatz 1 zunächst die laufende Anpassung der Empfehlungen an die Entwicklung vor, um Bedenken gegen starre und möglicherweise schnell überholte Empfehlungen zu begegnen. Nach Absatz 2 sind ergänzende Vereinbarungen nicht mehr obligatorisch, sondern nach dem Ermessen der Spitzenverbände zu schließen. Die Regelungen, die sowohl die Empfehlungen nach Absatz 1 als auch die Vereinbarungen nach Absatz 2 betreffen, sind in den Absätzen 3 und 4 zusammengefaßt und aufgrund von Bedenken des Bundesrates und der betreffenden Verbände verändert worden. Absatz 3 sichert in Satz 1 den Gewerkschaften und den wesentlich beteiligten Berufsverbänden sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung die Möglichkeit der Mitwirkung; damit soll der Kreis der an der Erarbeitung von Empfehlungen und Vereinbarungen zu Beteiligten bei den Leistungserbringern um die im Krankenhaus beschäftigten Ärzte, Schwestern und Pfleger und bei den Kostenträgern um die privaten Krankenversicherungen erweitert werden. Auf die Einbeziehung der privaten

Krankenversicherung legte die FDP-Fraktion besonderen Wert. Die CDU/CSU-Fraktion lehnte die Vorschrift insgesamt ab. Nach Satz 2 ist der Inhalt der Empfehlungen und Vereinbarungen so zu gestalten, daß bei ihrer Anwendung den individuellen Verhältnissen des einzelnen Krankenhauses voll Rechnung getragen werden kann. Absatz 4 stellt schließlich vor der Verabschiedung der Empfehlungen und Vereinbarungen eine Beteiligung der staatlichen Ebene sicher.

Zu Artikel 1 § 27 Abs. 1

Die Straffung des Textes in Nummern 1 und 3 sowie die Klarstellung in Nummer 2 entsprechen im wesentlichen einer Forderung des Bundesrates.

Zu Artikel 1 § 30

Die Änderung des Absatzes 1 dient der Klarstellung. Die mit den Stimmen der SPD und der FDP beschlossene Aufstockung der Beträge in Absatz 2 Satz 1 um jeweils 10 Millionen DM gegenüber dem Regierungsentwurf ist im Bundeshaushalt und in der Finanzplanung des Bundes berücksichtigt.

Ein Antrag der Fraktion der CDU/CSU auf eine weitergehende Aufstockung dieser Beträge, entsprechend der Rechtslage vor Inkrafttreten des Haushaltsstrukturgesetzes, wurde von der Ausschlußmehrheit abgelehnt.

Der mit den Stimmen der SPD und der FDP angefügte Absatz 3 ermöglicht es, zusätzliche Bundesmittel, die im Rahmen von Sonderprogrammen o. ä. für den Krankenhausbereich zur Verfügung gestellt werden, in die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einzubeziehen.

Zu Artikel 1 §§ 31 und 32

Die Änderungen in § 31 Abs. 1 und 2 dienen der redaktionellen Straffung und Präzisierung sowie der Berücksichtigung des neuen § 30 Abs. 3.

Die Einfügung des § 31 Abs. 3 Satz 2 stellt klar, daß entsprechend den für jedes Haushaltsjahr von den Ländern vorzulegenden Verwendungsmittelungen eine jährliche Abrechnung der Finanzhilfen vorzunehmen ist und daraus sich ergebende Salden zugunsten der Länder oder des Bundes unverzüglich auszugleichen sind. Die zusätzliche Prüfung nach § 32, ob der Bundesanteil in einem Land im jeweiligen Dreijahreszeitraum mehr als ein Drittel betragen hat, ist unabhängig von den jährlichen Abrechnungen vorzunehmen; hierbei kann sich allenfalls zugunsten des Bundes ein Saldo ergeben, der nach dem neu gefaßten § 32 Abs. 2 ebenfalls unverzüglich auszugleichen ist.

Zu Artikel 1 § 33

Die Ergänzung des Einleitungssatzes dient einer zeitnahen Durchführung der jährlichen Abrechnung nach § 31 Abs. 3 Satz 2 — und auch der Abrechnung nach § 32 Abs. 2 —, da die endgültige Ab-

rechnung der Finanzhilfen erst möglich ist, wenn die Verwendungsmittelungen sämtlicher Länder vorliegen.

Zu Artikel 1 § 34 Satz 2

Die Änderung soll ermöglichen, Mittel auch für die Zusammenfassung und Aufbereitung von Forschungsergebnissen zur Anwendung im Krankenhausbereich einzusetzen. In diesem Zusammenhang wird auch zu prüfen sein, ob die bereits bei den parlamentarischen Beratungen zum bisherigen Krankenhausfinanzierungsgesetz erwogene Schaffung eines besonderen Forschungsinstituts geeignet ist, Krankenhausforschung entsprechend den Bedürfnissen der Krankenhauspraxis weiter zu entwickeln und zu koordinieren.

Zu Artikel 1 §§ 35 und 36

Die Verkürzung der Überschrift des § 36 sowie die Neufassung von dessen Absatz 1 trägt zum Teil Bedenken des Bundesrates Rechnung. Zugleich wird deutlich gemacht, daß die Aufgabe des Beirates in der Erörterung und Klärung grundsätzlicher Angelegenheiten im Regelungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes liegt. Durch die Neufassung des Absatzes 1 Satz 2 wurde § 35 Abs. 3 entbehrlich.

Zu Artikel 1 § 37

Die Neufassung des Absatzes 1 Satz 1 stellt aufgrund von Bedenken des Bundesrates klar, daß der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die nach § 37 Abs. 1 zu erteilenden Auskünfte nicht unmittelbar, sondern über die zuständigen Behörden der Länder erhält; außerdem wird darauf hingewiesen, daß sämtliche Auskünfte aufgrund dieser Vorschrift den Anforderungen des Datenschutzrechts genügen müssen. Die Veränderung des Absatzes 1 Satz 2 dient der Anpassung an den Sprachgebrauch des neu gefaßten § 3. Die Neufassung des Absatzes 2 Nr. 2 trägt den Bedenken des Bundesrates im Hinblick auf die Anforderungen an Ermächtigungsnormen Rechnung; sie lehnt sich an entsprechende Formulierungen im Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke sowie im Entwurf eines neuen Bundesstatistikgesetzes (Drucksachen 8/2517, 8/3413) an.

Zu Artikel 1 § 38 a

Die Vorschrift stellt klar, daß die bisherigen Krankenhausbedarfspläne bis zur Anpassung an die Vorschriften des neu gefaßten Krankenhausfinanzierungsgesetzes weitergelten, längstens bis 1983.

Zu Artikel 1 § 39

Die Veränderung des bisherigen Textes dient der redaktionellen Straffung und trägt dem nach Artikel 6 veränderten Termin des Inkrafttretens Rechnung. Die Einfügung des Absatzes 2 stellt entsprechend einer Empfehlung des Bundesrates sicher, daß die bisherigen pflegesatzrechtlichen Vorschriften des

Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum Inkrafttreten einer auf die Regelung in §§ 23 bis 28 abgestimmten Neufassung der Bundespflegesatzverordnung weitergelten. Die gesetzliche Neuordnung muß jedoch spätestens am 1. Januar 1982 in Kraft treten. Die Ergänzung der Überschrift folgt aus Absatz 2.

Zu Artikel 1 § 40 Abs. 1

Die redaktionelle Veränderung der Vorschrift stellt sicher, daß sämtliche Vorschriften über die Finanzierung der Ausbildung einheitlich zum 1. Januar 1982 in Kraft treten.

Zu Artikel 1 § 40 a

Die neu eingefügte Vorschrift stellt entsprechend einer Empfehlung des Bundesrates klar, wie beim Übergang von den bisherigen auf die jetzt in §§ 12 bis 14 vorgesehenen Finanzierungsregelungen zu verfahren ist.

Zu Artikel 2 Nr. 2 und Artikel 3 Nr. 2 (§ 185 Abs. 1 Satz 1 RVO und § 18 Abs. 1 Satz 1 KVLG)

Die mit den Stimmen der SPD und der FDP beschlossenen Änderungen dienen der redaktionellen Vereinfachung, um nicht die einzelnen für die häusliche Krankenpflege in Betracht kommenden Berufe im Gesetzestext aufzuführen. Mit der bereits im Regierungsentwurf vorgenommenen sachgemäßen Erweiterung des in Betracht kommenden Personenkreises in Absatz 1 sind in erster Linie fachlich erfahrene Personen gemeint, die in Gemeinde- oder Sozialstationen tätig sind, ohne eine staatliche Erlaubnis im Krankenpflegebereich zu besitzen. Dadurch und durch Absatz 2 sind — auch im Fall des Absatzes 3 — Haushalts- oder Familienangehörige als zur Krankenpflege geeignete Personen in der Regel ausgeschlossen.

Zu Artikel 2 Nr. 3 a (§ 371 RVO)

Die mit den Stimmen der SPD und der FDP beschlossene Einfügung des neuen Absatzes 3 dient der Klarstellung, um für die Anwendung des § 371 sicherzustellen, daß der Gesichtspunkt des Bestands- und Vertrauensschutzes für diejenigen Krankenhäuser beachtet wird, die schon vor dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes betrieben wurden. Damit wird insoweit — in künftigen wie in den noch nicht abgeschlossenen Verfahren — eine einheitliche Durchführung des § 371 RVO gewährleistet, die im Ergebnis weitgehend der Empfehlung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom Dezember 1977 entspricht. Für den Bestands- und Vertrauensschutz wird darauf abgestellt, daß das Krankenhaus bereits am 1. Januar 1972 betrieben wurde und daß nach diesem Stichtag keine wesentlichen Änderungen in bezug auf das Krankenhaus eingetreten sind. Der Ausschuß ging einvernehmlich davon aus, daß bei der Beurteilung, ob eine Änderung als „wesentlich“ anzusehen ist, nicht kleinlich verfahren und ein berech-

tigtes Bedürfnis nach Bestands- und Vertrauensschutz beachtet wird. Als zusätzliche Voraussetzung enthält Nummer 2, daß das Krankenhaus im Durchschnitt der Jahre vor dem Inkrafttreten des geltenden § 371 RVO (1. Januar 1978) das Kriterium der Gemeinnützigkeit mindestens in dem Umfang erfüllt hat, wie dies nach Artikel 1 § 10 Abs. 1 Nr. 3 für die Förderung erforderlich ist. Im übrigen sind auch für die Krankenhäuser, die nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind, die Ansprüche nach Artikel 1 § 19 in Betracht zu ziehen. Die Notwendigkeit der Änderung des § 371 wurde aufgrund der Erfahrungen mit der Anwendung dieser Vorschrift in den Ländern zum Schutze kleinerer, meist privater Krankenhäuser von allen Fraktionen befürwortet.

Der inhaltlich ähnliche, aber redaktionell abweichende Änderungsantrag der Fraktion der CDU/CSU zu dieser Vorschrift wurde von der Ausschlußmehrheit abgelehnt. Der Antrag der CDU/CSU-Fraktion hatte ebenfalls zum Ziel, auch zukünftig sicherzustellen, daß weiterhin kleinere und private Krankenhäuser an der Krankenhausversorgung teilnehmen können, wenn eine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wirtschaftliche Krankenhauspflege gegeben sei. Die Ausschlußmehrheit sprach sich für eine Änderung des § 371 Abs. 3 RVO in der von den Koalitionsparteien vorgeschlagenen Formulierung aus. Die vom Ausschuß mehrheitlich beschlossene Fassung entspricht nach Auffassung der Fraktion der CDU/CSU nur teilweise dem Ziel ihres Antrags.

Zu Artikel 2 Nr. 3 b (§ 372 RVO)

Durch die mit den Stimmen der SPD und der FDP beschlossene Neufassung soll die Vorschrift inhaltlich erweitert und zugleich übersichtlicher formuliert werden.

In Absatz 1 entspricht Nummer 1 dem bisherigen § 372 Satz 1. Nummer 2 erweitert die beispielhaft genannten Gegenstände von Rahmenverträgen auf Aufgabenstellung und Tätigkeit der Sozialdienste, wie sie in einer Reihe von Krankenhäusern schon bestehen. Diese Dienste sorgen für die soziale Betreuung und Beratung der Patienten und wirken darauf hin, daß der Patient ihm zustehende Sozialleistungen erhält; insbesondere stellen sie auch die weitere Betreuung im Anschluß an die Krankenhausbehandlung sicher. Im übrigen sind wie bisher Verträge zwischen Krankenhaus- und Krankenkassenseite — auch zu sonstigen Fragen — sowohl auf Landes- wie auf örtlicher Ebene möglich.

Absatz 2 entspricht mit redaktionellen Klarstellungen der bisher in § 372 Satz 2 enthaltenen Regelung über die vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus.

Durch die in Absatz 3 vorgesehenen dreiseitigen Verträge über die Beziehungen zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern soll die Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich verbessert werden. Dies gilt insbesondere für die gegenseitige Information

sowie die Bereitstellung und Überlassung von Krankenunterlagen, um auch eine wirksame Nachsorge sicherzustellen.

Absatz 4 entspricht dem bisherigen § 372 Satz 3; er enthält eine organisatorische Regelung für die Betriebskrankenkassen.

Die gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach Absatz 5 sollen dazu beitragen, daß in den betreffenden Verträgen Fragen allgemeiner und überregionaler Art gleich geregelt werden, und zwar unter Einbeziehung aller Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Artikel 2 Nr. 3 c und 5, Artikel 3 Nr. 3 sowie Artikel 3 a (§§ 373 und 525 c RVO, § 76 KVLG sowie § 204 a RKG)

Der neu eingefügte § 373 RVO übernimmt die in § 368 s für die ambulante Versorgung getroffene Regelung sinngemäß für den Krankenhausbereich und sieht auch über die Mitteilung von Behinderungen Rahmenverträge nach § 372 Abs. 1 vor. Die Neuregelung geht davon aus, daß die Vertragspartner bei ihren Vereinbarungen — wie auch beim Vertrag nach § 368 s RVO — den Schweigepflichten, insbesondere der Ärzte, sowie den Erfordernissen des Datenschutzes Rechnung tragen. Die Änderungen in § 525 c RVO, § 76 KVLG und § 204 a RKG sind redaktionelle Anpassungen an die Einfügung des § 373 RVO.

Zu Artikel 2 Nr. 4 (§ 405 a RVO)

Die von der Fraktion der CDU/CSU mit der Begründung beantragte Streichung einer Neufassung des § 405 a RVO, die Zielsetzung des KHG, insbesondere das unbestrittene Prinzip der Selbstkostendeckung nicht zu gefährden, wurde von der Ausschlußmehrheit abgelehnt. Die Bedenken der Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion, daß Empfehlungen über Veränderungen der Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspflege — trotz des Hinweises auf § 2 Abs. 1 und 2 KHG (neu) — mit den allgemeinen Grundsätzen des KHG unvereinbar seien, da durch die Empfehlungen eine Einnahmeorientierung der Krankenkassen und damit eine Gefährdung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser entstünde, wurden von der Ausschlußmehrheit nicht geteilt. Die Abgeordneten der SPD und der FDP wiesen demgegenüber darauf hin, daß die Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen inzwischen allgemein akzeptiert ist; durch einen Verzicht auf die entsprechende gesetzliche Klarstellung könnten deshalb an der Einbeziehung Zweifel begründet werden. Die mit ihren Stimmen beschlossene Klarstellung des § 405 a beschränkt sich darauf, daß bei Empfehlungen über die Veränderung der Gesamtausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspflege die Grundsätze des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Bemessung der Pflegesätze und insbesondere das Selbstkostendeckungsprinzip zu beachten sind, um die wirtschaftliche Sicherung der einzelnen Krankenhäuser zu gewährleisten.

Zu Artikel 4 a (§ 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde)

Die Änderung dient der Angleichung an den Wortlaut des § 11 der Bundesärzteordnung, um dem Konkretisierungsgebot des Artikels 80 GG besser Rechnung zu tragen.

Zu Artikel 6

Die Veränderung des Termins für das Inkrafttreten des Gesetzes trägt dem Zeitablauf Rechnung.

C. Finanzielle Auswirkungen

Gegenüber dem Regierungsentwurf werden die als Pauschalen nach Artikel 1 § 14 Abs. 2 zu zahlenden

Beträge im Hinblick auf die notwendige Anpassung an die Kostenentwicklung um 10 v. H. erhöht. Bund, Länder und Gemeinden werden hierdurch insgesamt mit Mehrausgaben von voraussichtlich rund 110 Millionen DM jährlich belastet. Davon hat der Bund nach Artikel 1 § 30 Abs. 1 ein Drittel, mithin rund 37 Millionen DM, zu tragen.

Die in Artikel 1 § 14 Abs. 3 a vorgesehene Pauschale für Ausbildungskosten erfordert (ab 1982) Aufwendungen von rund 175 Millionen DM, soweit die Ausbildungsstätten nicht nach anderen Vorschriften gefördert werden; danach beläuft sich die zusätzliche Belastung des Bundes auf höchstens rund 58 Millionen DM jährlich. Außerdem sind die Bundesmittel nach Artikel 1 § 30 Abs. 2 gegenüber dem Ansatz im Regierungsentwurf um jährlich 10 Millionen DM aufgestockt worden.

Bonn, den 25. Februar 1980

Zink Egert Schmidt (Kempten)
Berichterstatter