

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz)

A. Zielsetzung

Die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen für Krankenhauspflege macht eine Kostendämpfung im Krankenhausbereich dringend notwendig. Seit Beginn des Jahres 1980 liegen die Ausgabenzuwächse der gesetzlichen Krankenversicherung für stationäre Behandlung wieder deutlich über dem Anstieg der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter. Ohne eine zielgerechte Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die auch im Krankenhausbereich eine wirksame Steuerung der Kostenentwicklung ermöglicht, ist die in den Jahren 1977 bis 1979 erreichte Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung ernsthaft gefährdet. Es droht ein Rückfall in die Situation der Jahre 1974 bis 1976 mit Steigerungsraten um 20 vom Hundert.

Der vorliegende Entwurf eines Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes ist daher auf das Ziel ausgerichtet, die Aufwendungen der Sozialleistungsträger im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und der Einkommensentwicklung der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung zu halten. Zugleich soll die Novelle dazu beitragen, eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhauspflege zu sozial tragbaren Kosten auf die Dauer zu sichern.

B. Lösung

Zur Verwirklichung dieser Ziele konzentriert sich der Gesetzentwurf auf punktuelle Änderungen des geltenden KHG sowie der die Krankenhauspflege betreffenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung.

Schwerpunkte sind

- eine bessere Anpassung des Leistungsangebots der Krankenhäuser an den tatsächlichen Bedarf,
- der wirtschaftlichere Einsatz der öffentlichen Fördermittel,
- Verbesserungen im Pflegesatzrecht als Vorgaben für die wirtschaftliche Erbringung der Krankenhausleistungen,
- die Stärkung der Selbstverwaltung im Krankenhausbereich, insbesondere die Einführung des Verhandlungsprinzips bei der Festlegung der Pflegesätze,
- bessere Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots der Reichsversicherungsordnung für Krankenhauspflege, sowie
- die ausdrückliche Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die konzertierte Aktion.

Nur auf diese Weise kann eine wirksame, humane und kostengünstige Versorgung der Bevölkerung mit den notwendigen Krankenhausleistungen auf die Dauer gesichert werden.

Daneben ist in dem Entwurf eine sachgerechte Dauerregelung zur Finanzierung der mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten vorgeschlagen. Außerdem wird der sogenannte Halbierungserlaß aus dem Jahre 1942 aufgehoben; dadurch werden psychisch Kranke auch bei der stationären Versorgung sozialversicherungsrechtlich mit körperlich Kranken gleichgestellt.

Der aktuellen Diskussion zwischen Bund und Ländern über die Herausnahme der Krankenhausfinanzierung aus der Mischfinanzierung wird durch den Gesetzentwurf nicht vorgegriffen.

C. Alternativen

keine

D. Kosten

Die Neuregelungen zum KHG haben im Ergebnis bis Ende 1983 keine Mehrbelastungen für die öffentliche Hand zur Folge. Der ab 1984 geschätzte jährliche Mehraufwand kann durch den mit der Novelle angestrebten weiteren Abbau überzähliger Bettenkapazitäten spürbar verringert werden.

Durch die Einbeziehung der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten in die Investitionsförderung wird die öffentliche Hand mit etwa 40 Millionen DM jährlich belastet. Die laufenden Kosten der Ausbildungsstätten einschließlich der Ausbildungsvergütung von insgesamt 935 Millionen DM werden bis Ende 1983 weiterhin über den Pflegesatz finanziert werden. Für die Zeit ab 1984 geht der Entwurf davon aus, daß die Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung in Höhe von jährlich etwa 135 Millionen DM — wie bei schulischen Kosten für andere Ausbildungsgänge auch — von den Ländern getragen werden.

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
14 (43) — 811 00 — Kr 76/81

Bonn, den 12. Juni 1981

An den Herrn
Präsidenten des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz) mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1). Ich bitte, die Beschlußfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Der Bundesrat hat in seiner 500. Sitzung am 5. Juni 1981 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 das Post- und Fernmeldewesen
Gscheidle

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz)

Inhaltsübersicht

- Artikel 1: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Artikel 2: Änderung der Reichsversicherungsordnung
Artikel 3: Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
Artikel 4: Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes
Artikel 5: Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde
Artikel 6: Aufhebung des Halbierungserlasses; Übergangsregelung
Artikel 7: Neubekanntmachung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Artikel 8: Berlin-Klausel
Artikel 9: Inkrafttreten

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

Artikel 1**Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze**

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 21. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2388), wird wie folgt geändert:

1. Das Gesetz erhält die Kurzbezeichnung „Krankenhausfinanzierungsgesetz — KHG“.
2. In § 1 wird folgender Satz 2 angefügt:
„Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten.“
3. In § 2 Nr. 3 wird folgender Buchstabe e angefügt:
„e) Kosten der in Nummer 2 sowie in Buchstabe a bis d bezeichneten Art, soweit sie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten betreffen und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind,“.
4. In § 3 wird folgender Satz 2 angefügt:
„§ 6 Abs. 2 Satz 2 und § 11 a bleiben unberührt.“

5. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „wäre“ die Worte „; dabei ist auf die wirtschaftliche Lage des Krankenhauses abzustellen“ angefügt.
- b) In Absatz 3 Nr. 8 werden die Worte „Ausbildungsstätten sowie“ gestrichen.
- c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Soweit Krankenhäuser für förderungsfähige Kosten Anspruch auf eine Investitionslage nach dem Investitionszulagengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 1979 (BGBl. I S. 24), geändert durch Gesetz vom 25. Juni 1980 (BGBl. I S. 737) oder nach § 19 des Berlinförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Dezember 1978 (BGBl. 1979 I S. 1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20. August 1980 (BGBl. I S. 1545), haben, werden sie nur in Höhe der die Investitionszulage übersteigenden Kosten gefördert. Fördermittel sind zurückzufordern, soweit sie den nach Satz 1 förderungsfähigen Betrag übersteigen.“

6. § 6 erhält folgende Fassung:

**„§ 6
Krankenhausbedarfsplanung**

(1) Die Länder stellen zur Verwirklichung des in § 1 genannten Zwecks Krankenhausbedarfspläne auf und passen sie der Entwicklung an. Die Krankenhausbedarfspläne sind in geeigneter Form zu veröffentlichen.

(2) Die Krankenhausbedarfspläne haben den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser insbesondere nach Standort, Bettenzahl, Fachrichtungen und Versorgungsstufe auszuweisen. In die Bedarfspläne sind auch die in § 3 Nr. 1 und 4 genannten Krankenhäuser einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. Einzubeziehen sind auch die in § 4 Abs. 3 Nr. 1 genannten Krankenhäuser; dabei ist der sich aus Forschung und Lehre ergebende Bettenbedarf zu berücksichtigen. Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung können einzelnen Krankenhäusern mit ihrer Zustimmung besondere Aufgaben zugeordnet werden. Krankenhäuser sollen für die Benutzer in zumutbarer Entfernung erreichbar sein. Die Bedarfspläne sollen ferner die Voraussetzung dafür schaffen, daß die Krankenhäuser, auch durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung untereinander, die Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten sicherstellen können.

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

(4) Die Krankenhausbedarfspläne werden in enger Zusammenarbeit mit der Krankenhaugesellschaft sowie den Spitzenverbänden der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, den kommunalen Spitzenverbänden und dem Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande aufgestellt und der Bedarfsentwicklung angepaßt. Die Zusammenarbeit erstreckt sich insbesondere auf die Erörterung von Planungszielen und -kriterien einschließlich der Folgekosten, von Entwürfen zur Bedarfsplanung sowie Vorschlägen zur Anpassung der Bedarfsplanung. Die Aufgaben der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Lande nehmen für die Ersatzkassen die nach § 525 a der Reichsversicherungsordnung gebildeten Verbände, für die knappschaftliche Krankenversicherung die Bundesknappschaft und für die Krankenversicherung der Landwirte die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen wahr. Das betroffene Krankenhaus und die sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande sind anzuhören; durch Landesrecht wird bestimmt, wer sonstiger wesentlich Beteiligter ist.“

7. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 6a
Investitionsprogramme

(1) Die Länder stellen für den Zeitraum der Finanzplanung auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne Programme zur Durchführung und Finanzierung des Krankenhausbaus

auf (mehrjährige Programme). In den Programmen ist der voraussichtliche Bedarf an Finanzierungsmitteln für die Errichtung von Krankenhäusern und für die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter anzugeben. Die Programme sind jährlich der Entwicklung anzupassen.

(2) In jedem Jahr stellen die Länder für das darauffolgende Kalenderjahr ein Krankenhausbauprogramm (Jahresbauprogramm) auf. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend; ferner ist der Bedarf an pauschalierten Finanzierungsmitteln nach § 10 anzugeben.

(3) Bei der Aufstellung der Investitionsprogramme sind die Folgekosten der vorgesehenen Investitionen zu berücksichtigen. Die nach § 6 Abs. 4 wesentlich Beteiligten sind anzuhören. Vor der endgültigen Aufstellung der Programme berät der Ausschuß nach § 7 Abs. 1 über die gegenseitige Abstimmung der Programme auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne, um den in § 1 genannten Zweck zu erreichen. Entsprechendes gilt für die Anpassung und Durchführung der Programme.

(4) Die zuständigen Stellen der Länder teilen dem Bundesminister des Innern zum frühestmöglichen Zeitpunkt diejenigen Krankenhausneubauvorhaben mit, die für eine Förderung nach diesem Gesetz in Betracht kommen. Innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Mitteilung teilt dieser dem Land und dem Träger seine Absicht mit, den Träger des Krankenhauses aufzufordern, in das Krankenhaus Schutzräume einzubauen, wenn der Bund die entstehenden Mehrkosten trägt. Der Bundesminister des Innern ist von diesem Zeitpunkt an insoweit am Planungsverfahren zu beteiligen. Die endgültige Aufforderung muß innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Planungsunterlagen ausgesprochen werden. Im Land Berlin sind die Sätze 1 bis 4 mit der Maßgabe anzuwenden, daß an die Stelle des Bundesministers des Innern die zuständige oberste Landesbehörde für den Zivilschutz tritt.“

8. In § 7 Abs. 2 Satz 1 werden nach den Worten „§ 6 Abs. 2“ die Worte „ , § 6 a Abs. 3“ eingefügt.

9. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Satz 2 durch folgenden Satz ersetzt:

„Satz 1 gilt entsprechend für die in § 2 Nr. 3 Buchstabe e genannten Ausbildungsstätten.“

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Krankenhäusern, die

1. nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen worden sind und die am 1. Oktober 1972 betrieben wurden oder mit deren Bau vor dem 1. Januar 1972 begonnen worden ist, oder

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

sind an Stelle der nach den §§ 9 bis 12 zu zahlenden Fördermittel Ausgleichszahlungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um bei der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben oder bei der Einstellung des Krankenhausbetriebs unzumutbare Härten zu vermeiden. Ausgleichszahlungen sind insbesondere zu bewilligen 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.

Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhauses auch pauschal geleistet werden.“

10. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „berücksichtigen“ die Worte „; in die Beurteilung sind die Folgekosten einzubeziehen“ angefügt.
- b) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 2a und 2b eingefügt:

„(2a) Die Errichtungsmaßnahmen können mit Zustimmung des Krankenhauses ganz oder teilweise auch durch einen Festbetrag gefördert werden; er kann auch auf Grund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden.

(2b) Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit Mehrkosten, insbesondere durch Preisentwicklungen und nachträglich genehmigte Planänderungen, für den Krankenhausträger unvorhergesehen und unabweisbar sind.“

- c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „und 2“ durch die Worte „bis 2b“ ersetzt.
- d) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 bleibt unberührt.“

11. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift erhält folgende Fassung:
„Pauschale Förderung“.
- b) Die Absätze 1 und 2 erhalten folgende Fassung:

„(1) Als pauschale Förderung werden auf Antrag Fördermittel nach Absatz 2 bewilligt

1. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu fünfzehn Jahren (kurzfristige Anlagegüter) und

2. für

- a) die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als fünfzehn Jahren (mittel- und langfristige Anlagegüter) und

- b) Errichtungsmaßnahmen, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben 50 000 DM ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen.

Die pauschale Förderung gilt auch bei Überschreiten der Wertgrenze nach Satz 1 Nr. 2, wenn eine Förderung nach § 9 nicht beantragt wurde.

(2) Die Fördermittel nach Absatz 1 betragen jährlich für jedes nach § 8 Abs. 1 Satz 1 als förderungsfähig zugrunde gelegte Krankenhausbett (Planbett) bei Krankenhäusern

- | | |
|------------------------------|-----------|
| 1. der Grundversorgung | 2 045 DM, |
| 2. der Regelversorgung | 2 481 DM, |
| 3. der Schwerpunktversorgung | 2 868 DM, |
| 4. der Zentralversorgung | 3 666 DM. |

Abweichend von Satz 1 kann im Ausnahmefall ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausbedarfsplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist. Die Fördermittel dürfen nur zur Erfüllung der im Krankenhausbedarfsplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses verwendet werden.“

- c) In Absatz 3 werden die Worte „den in Absatz 1 bezeichneten Vomhundertsatz oder die dort bezeichnete Bemessungsgrundlage“ durch die Worte „die Wertgrenze nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 2“ ersetzt.
- d) In Absatz 5 werden die Worte „Bemessungsgrundlage nach Absatz 1“ durch die Worte „Wertgrenze nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 2“ ersetzt.

12. Nach § 11 wird folgender § 11a eingefügt:

„§ 11a

Anschaffung oder Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte

Das Krankenhaus hat die Anschaffung oder Nutzung (§ 11) der ihm nicht schon durch den Krankenhausbedarfsplan zugeordneten medizinisch-technischen Großgeräte mit benachbarten Krankenhäusern abzustimmen, soweit dies erforderlich ist, um einen wirtschaftlichen Einsatz der Geräte sicherzustellen. Satz 1 gilt auch

für die Anschaffung oder Nutzung solcher Geräte in den in § 3 Nr. 1 und 4 genannten Krankenhäusern, soweit diese der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. Bei den in § 4 Abs. 3 Nr. 1 genannten Krankenhäusern ist der sich aus Forschung und Lehre ergebende Gerätebedarf zu berücksichtigen.“

13. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Für die Krankenhäuser und die in § 2 Nr. 3 Buchstabe e genannten Ausbildungsstätten, die nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes erstmals in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen werden, sind Fördermittel nach Satz 1 vom Zeitpunkt der Aufnahme an zu bewilligen.“

b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Umschuldung“ die Worte „nach dem 1. Januar 1970“ eingefügt.

c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Sind während der Förderzeit die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen höher als die geförderten Tilgungsbeträge, so sind bei Ausscheiden aus dem Krankenhausbedarfsplan Fördermittel in Höhe des Unterschiedsbetrages zu bewilligen. Sind während der Förderzeit die geförderten Tilgungsbeträge höher als die Abschreibungen für förderungsfähige Investitionen, so ist bei Ausscheiden aus dem Krankenhausbedarfsplan der Unterschiedsbetrag zurückzuzahlen. Soweit förderungsfähige Investitionen mit Zustimmung der Förderbehörde aus Eigenmitteln finanziert worden sind, sind die hierauf entfallenden Abschreibungen im Rahmen des § 13 zu berücksichtigen. Unberücksichtigt bleiben die Abschreibungen, die auf Investitionen entfallen, die mit öffentlichen Mitteln außerhalb dieses Gesetzes finanziert worden sind.“

14. § 13 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „Beendigung der Förderung“ durch die Worte „Ausscheiden aus dem Krankenhausbedarfsplan“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird gestrichen.

15. § 14 erhält folgende Fassung:

„§ 14
Nebenbestimmungen bei der Bewilligung
der Fördermittel

Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit sie zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks, insbesondere zur Erreichung der Ziele des Krankenhausbedarfsplans, erforderlich sind. Bei der Übertragung von Aufgaben der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräf-

ten des Gesundheitswesens ist sicherzustellen, daß die Finanzierung der Investitionskosten und der laufenden Kosten für die Ausbildung im notwendigen Umfang gewährleistet ist und die Funktionsfähigkeit des Krankenhauses für die Versorgung der Patienten nicht beeinträchtigt wird. Die Bewilligung der Mittel nach § 8 Abs. 2 kann außerdem mit Nebenbestimmungen verbunden werden, die für die Umstellung oder für die Einstellung des Betriebs erforderlich sind.“

16. In § 15 Abs. 2 Satz 3 wird das Wort „Krankenhausanlage“ durch das Wort „Anlagegüter“ ersetzt.

17. § 17 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Sie müssen auf der Grundlage einer Kosten- und Leistungsrechnung und der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhauses ermittelt werden. Außerdem sollen sie Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung schaffen und zugleich sicherstellen, daß das Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag im medizinisch zweckmäßigen und erforderlichen Umfang erfüllen kann.“

b) In Absatz 3 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Dies gilt auch, soweit Kosten für einen nach den Grundsätzen des Absatzes 1 Satz 2 nicht wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten entstehen, deren Anschaffung oder Nutzung entgegen § 11 a nicht abgestimmt ist oder die entgegen einer Zuordnung im Krankenhausbedarfsplan betrieben werden.“

c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4 a eingefügt:

„(4 a) Die Kosten der in § 2 Nr. 3 Buchstabe e genannten Ausbildungsstätten einschließlich der Ausbildungsvergütung sind im Pflegesatz zu berücksichtigen, soweit diese Kosten nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind. Das gilt für die Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung nur bis zum 31. Dezember 1983. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß zwischen Krankenhäusern mit solchen Ausbildungsstätten und Krankenhäusern ohne solche Ausbildungsstätten wegen der nach Satz 1 berücksichtigungsfähigen Kosten ein Ausgleich stattfindet und daß hierzu ein Teil dieser Kosten in den Pflegesätzen der Krankenhäuser ohne solche Ausbildungsstätten angemessen berücksichtigt wird.“

d) In Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „Sozialleistungsträgern“ die Worte „und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern“ eingefügt.

18. § 18 erhält folgende Fassung:

„§ 18
Pflegesatzverfahren

(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; § 6 Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend. Der Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande ist anzuhören.

(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung sind der Krankenhausträger und

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

im Jahr vor der Aufforderung zur Aufnahme der Pflegesatzverhandlungen mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Krankenhauses entfallen.

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

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

(5) Die Vereinbarung sowie die Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze sollen nur für künftige Zeiträume erfolgen. Die Genehmigung oder Festsetzung ist den Parteien nach Absatz 2, den betroffenen sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern sowie dem Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande bekanntzugeben. Der Krankenhausträger hat die genehmigten oder festgesetzten Pflegesätze gegenüber allen Benutzern des Krankenhauses anzuwenden.“

19. § 19 erhält folgende Fassung:

„§ 19
Empfehlungen

(1) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung erarbeiten unter

Beachtung der medizinischen und technischen Entwicklung gemeinsam Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten, und passen sie jeweils der Entwicklung an; sie können Sachverständige hinzuziehen. Die Beratungsergebnisse des Ausschusses nach § 7 Abs. 1, des Beirats nach § 7 Abs. 4 und die Empfehlungen nach § 405a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung sind zu berücksichtigen.

(2) Empfehlungen nach Absatz 1 sollen bei entsprechenden Vereinbarungen auf Landesebene angemessen berücksichtigt werden.

(3) Die Empfehlungen und Vereinbarungen nach Absatz 1 und 2 sind in enger Zusammenarbeit mit den Gewerkschaften sowie mit den Berufsverbänden, die für die Vertretung der Interessen der im Krankenhaus Beschäftigten wesentliche Bedeutung haben, und mit dem Verband der privaten Krankenversicherung zu erarbeiten. Sie sind so zu gestalten, daß sie entsprechend dem Grundsatz der Selbstkostendeckung (§ 4 Abs. 1) unter Beachtung der jeweiligen Kosten- und Leistungsstruktur des einzelnen Krankenhauses bei der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze berücksichtigt werden können.“

20. § 22 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Worte „, §§ 13 und 19 Abs. 2 und 3“ durch die Worte „und § 13“ ersetzt.

b) Satz 2 erster Halbsatz erhält folgende Fassung:

„Für Aufwendungen nach § 4 Abs. 2 Satz 2 und § 9 stellt der Bund 1980 226 Millionen DM, 1981 237 Millionen DM und 1982 255 Millionen DM bereit.“

21. In § 23 Abs. 2 werden vor dem Wort „Unterversorgung“ die Worte „Über- oder“ eingefügt.

22. In § 27 wird nach Nummer 2 folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. unter welchen Voraussetzungen die Krankenhäuser den Versorgungsstufen nach § 10 Abs. 2 zuzuordnen sind.“

23. § 28 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Worte „und Statistik“ angefügt.

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für Zwecke dieses Gesetzes Erhebungen insbesondere über die nach Absatz 2 Satz 2 zu erfassenden Sachverhalte als Bundesstatistik anzuordnen und das Nähere über Inhalt und Umfang dieser Stati-

stik, die Art der Erhebung, die Berichtszeit, die Periodizität und den Kreis der Befragten zu bestimmen.“

24. Nach § 28 wird folgender § 29 eingefügt:

„§ 29

Übergangsvorschrift für die Förderung und die Zuordnung zu Versorgungsstufen

(1) Für die Förderung der in § 2 Nr. 3 Buchstabe e genannten Ausbildungsstätten genügt bis zum 31. Dezember 1982 die Feststellung des Landes, daß die Voraussetzungen für eine Förderung nach diesem Gesetz vorliegen.

(2) Für einzelne Vorhaben nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 verbleibt es bei den vor dem 1. Januar 1982 ausgesprochenen Bewilligungen nach § 9.

(3) Bis zur Zuordnung der Krankenhäuser zu den Versorgungsstufen nach § 10 Abs. 2 gilt § 10 Abs. 1 und 2 in der bis zum 31. Dezember 1981 geltenden Fassung weiter.“

25. § 30 erhält folgende Fassung:

„§ 30

Übergangsvorschrift für das Pflegesatzverfahren

Bis zum Inkrafttreten einer Neufassung der Bundespflegesatzverordnung gilt § 18 in der bis zum 31. Dezember 1981 geltenden Fassung weiter.“

Artikel 2

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel II § 4 des Gesetzes vom 18. August 1980 (BGBl. I 1469), 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 Krankenpflegepersonen mit einer staatlichen Erlaubnis 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 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 solche Kraft 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 anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen 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. § 371 wird wie folgt geändert:

- a) Folgender Absatz 3 wird eingefügt:

„(3) Die Ablehnung der Bereiterklärung und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde können nicht mit einer Gefährdung der Ziele des Krankenhausbedarfsplanes begründet werden, wenn das Krankenhaus

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

- b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

5. § 372 erhält folgende Fassung:

„§ 372

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften mit den Krankenhäusern oder mit den sie vertretenden Vereinigungen im Lande Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhauspflege den Anforderungen des § 184 in Verbindung mit § 182 Abs. 2 entspricht.

(2) Die Verträge haben Regelungen zu enthalten, insbesondere über

1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhauspflege, insbesondere über Aufnahme und Entlassung, Bescheinigungen sowie Übernahme und Abwicklung der Kosten,
2. Aufgaben und Tätigkeit eines Sozialdienstes der Krankenhäuser,
3. das Verfahren zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhauspflege im Einzelfall durch Prüfungsausschüsse nach § 373.

(3) Durch Verträge nach Absatz 1 ist auch zu regeln, wie sichergestellt wird, daß der Behinderte über die Möglichkeiten der medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation beraten wird und die gebotenen Maßnahmen von den Rehabilitationsträgern frühzeitig eingeleitet werden. In den Verträgen ist zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren von den Krankenhäusern Mitteilungen über Behinderte an die Kassen zu machen sind.

(4) Die in Absatz 1 genannten Beteiligten können auch Verträge schließen über zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, die bei Krankenhauspflege auf Einweisung durch einen Kassenarzt erforderlich sind; Entsprechendes gilt für Einrichtungen nach § 184 a.

(5) Die Landesverbände schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedsassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den in Absatz 1 genannten Krankenhäusern oder Vereinigungen von Krankenhäusern Verträge über die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenhäusern, insbesondere über die Einweisung in geeignete Krankenhäuser und die gegenseitige Unterbringung und Überlassung von Krankenunterlagen.

(6) § 371 Abs. 4 gilt entsprechend.

(7) Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 bis 4 sowie zusammen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 5 abgeben.“

6. Nach § 372 werden folgende §§ 373 und 374 eingefügt:

„§ 373

(1) In jedem Land schließen die Landesverbände der Krankenkassen mit der Krankenhausgesellschaft im Lande einen Vertrag zur Errichtung eines oder mehrerer Prüfungsausschüsse. Den Prüfungsausschüssen gehören Vertreter der Krankenkassen und Krankenhäuser in gleicher Zahl an. Den Vorsitz führt jährlich wechselnd ein Vertreter der Krankenkassen oder ein Vertreter

der Krankenhäuser, dessen Stimme bei Stimmengleichheit den Ausschlag gibt. Das Nähere, insbesondere über die Zusammensetzung im einzelnen sowie das Verfahren vor den Ausschüssen regelt der Vertrag.

(2) Der Prüfungsausschuß überwacht die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit der Erbringung der Krankenhauspflege im Einzelfall und trifft hierzu Feststellungen, auch unter Berücksichtigung der im Krankenhausbedarfsplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses. Er kann bei Vorbereitung seiner Feststellungen Vertrauensärzte (§ 369 b) oder andere geeignete Sachverständige heranziehen. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Prüfungsausschuß oder den von ihm Beauftragten Zugang zum Krankenhaus und Einblick in die notwendigen Unterlagen zu gewähren.

(3) Die Prüfungsausschüsse haben aus Anlaß der Einzelprüfung Empfehlungen abzugeben, die von den in § 372 Abs. 1 genannten Vertragspartnern zu beachten sind.

§ 374

(1) Kommt ein Vertrag nach § 372 Abs. 1 bis 3 oder § 373 ganz oder teilweise nicht zustande, so hat die nach Absatz 2 errichtete Schiedsstelle auf Antrag eines der Vertragspartner zu versuchen, eine Einigung über den Inhalt des Vertrages herbeizuführen und, wenn die Vertragspartner sich innerhalb einer von der Schiedsstelle zu setzenden Frist nicht einigen, einen Vermittlungsvorschlag zu machen. Wird der Vermittlungsvorschlag von den Vertragspartnern nicht innerhalb eines Monats nach seiner Zustellung angenommen, so setzt die Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten den Inhalt des Vertrages fest. Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne des § 372 Abs. 1 bis 3 und § 373. Sie kann nach Ablauf eines Jahres mit vierteljährlicher Frist gekündigt werden, sofern nicht die Schiedsstelle eine frühere Kündigungsmöglichkeit vorsieht. Die Sätze 1 bis 4 gelten auch für den Fall, daß nach Kündigung eines Vertrages bis zu seinem Ablauf ein neuer Vertrag nicht zustande kommt; bis zur Entscheidung der Schiedsstelle gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages fort.

(2) In jedem Land schließen die Landesverbände der Krankenkassen mit der Krankenhausgesellschaft im Lande einen Vertrag zur Errichtung einer Schiedsstelle (Schiedsvereinbarung). Das Nähere, insbesondere über die Zusammensetzung, die Kosten und das Verfahren nach Absatz 1, regelt die Schiedsvereinbarung. Kommt eine Schiedsvereinbarung nicht zustande, errichtet die Landesregierung die Schiedsstelle durch Rechtsverordnung.“

7. § 405 a wird wie folgt geändert:

a) Folgender Absatz 2 wird eingefügt:

„(2) Durch die Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 2 über die Veränderung der Gesamtaus-

gaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege werden die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Bemessung der Pflegesätze entsprechend dem Grundsatz der Selbstkostendeckung unter Beachtung der jeweiligen Kosten- und Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht berührt. Empfehlungen über eine Veränderung einzelner Krankenhauspflegesätze sind nicht zulässig.“

- b) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden Absätze 3 und 4.

8. § 525 c wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 Satz 1 werden die Worte „und 372“ durch die Worte „bis 374“ ersetzt.
b) Der bisherige Absatz 4 Satz 2 wird Absatz 5.

Artikel 3

Änderung 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 II § 11 des Gesetzes vom 18. August 1980 (BGBl. I S. 1469), 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 Krankenpflegepersonen mit einer staatlichen Erlaubnis 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 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 solche Kraft in ange-

messener Höhe zu erstatten, wenn diese selbst beschafft wird.“

3. In § 76 Abs. 1 werden die Worte „und 372“ durch die Worte „bis 374“ ersetzt und nach den Worten „§ 74 Abs. 2 Satz 1“ die Worte „und Abs. 3“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes

In § 204 a Abs. 3 Satz 1 des Reichsknappschaftsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel II § 8 des Gesetzes vom 18. August 1980 (BGBl. I S. 1469), werden die Worte „und 372“ durch die Worte „bis 374“ ersetzt und vor dem Wort „Landesverbänden“ die Worte „Bundesverbänden und den“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde

§ 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2123-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert gemäß § 2 der Verordnung vom 27. September 1977 (BGBl. I S. 1869), erhält folgende Fassung:

„§ 15

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für zahnärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“

Artikel 6

Aufhebung des Halbierungserlasses; Übergangsregelung

(1) Der Erlass des Reichsarbeitsministers und des Reichsministers des Innern betreffend Beziehungen der Fürsorgeverbände zu den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bei Unterbringung von Geisteskranken vom 5. September 1942 (Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes S. 490) wird aufgehoben.

(2) Ist bei Aufhebung des Halbierungserlasses oder wird im Zusammenhang mit seiner Aufhebung streitig, ob ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder ein überörtlicher Träger der Sozialhilfe die Kosten der weiteren Krankenhausbehandlung wegen einer psychischen Erkrankung zu tra-

gen hat, gilt in den Fällen, in denen eine Person bei Inkrafttreten des Gesetzes wegen einer psychischen Erkrankung in einem Krankenhaus untergebracht ist, bis zur Klärung abweichend von § 43 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch, daß der überörtliche Träger der Sozialhilfe die Leistung vorläufig zu erbringen hat; er hat die Leistung bis zur Klärung des Streites über die Kostentragung ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen und Vermögen zu erbringen und davon abzusehen, wegen seiner Aufwendungen Ansprüche nach den §§ 90 und 91 des Bundessozialhilfegesetzes auf sich überzuleiten.

(3) Auf Verlangen der Krankenkasse hat das Krankenhaus auch in den Fällen des Absatzes 2 eine ärztliche Stellungnahme über das Bestehen der medizinischen Voraussetzungen für Krankenhauspflege der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen. Satz 1 gilt entsprechend für die überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

Artikel 7**Neubekanntmachung des
Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann den Wortlaut des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der ab Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekanntmachen.

Artikel 8**Berlin-Klausel**

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

Artikel 9**Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1982 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die Entwicklung der Ausgaben für Krankenhauspflege in der gesetzlichen Krankenversicherung macht eine Kostendämpfung bei der stationären gesundheitlichen Versorgung dringend notwendig. Ab dem Jahre 1980 sind diese Ausgaben wieder deutlich stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Arbeitsentgelte (Grundlöhne) der Versicherten. Die Anstrengungen aller Beteiligten zur wirtschaftlichen Leistungserbringung im Krankenhaus und zur Anpassung des Angebots von Krankenhausleistungen an den tatsächlichen Bedarf müssen durch geeignete gesetzliche Maßnahmen unterstützt werden, um die notwendigen Krankenhausleistungen dauerhaft finanzierbar zu erhalten. Ohne eine zielgerechte Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, mit der auch im Krankenhausbereich eine wirksame Steuerung der Kostenentwicklung ermöglicht wird, ist die in den Jahren 1977 bis 1979 weitgehend erreichte Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung ernsthaft gefährdet. Es gilt zu verhindern, daß wieder eine Situation wie in den Jahren 1972 bis 1976 eintritt, als die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspflege im Durchschnitt jährlich um rund 20 vom Hundert stiegen.

Der vorliegende Entwurf ist auf das Ziel ausgerichtet, die Aufwendungen der Sozialleistungsträger für Krankenhauspflege im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und der Einkommensentwicklung der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung zu halten. Zugleich soll er dazu beitragen, eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu sozial tragbaren Kosten auf Dauer zu sichern.

Zur Verwirklichung dieser Ziele konzentriert sich der Entwurf im wesentlichen auf punktuelle Änderungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze sowie der die Krankenhauspflege betreffenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung.

I. Einführung

1. Die Rechtsgrundlagen

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze — KHG — vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009) geht von der Grundsatzentscheidung aus, daß die Vorhaltung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe ist, die den Ländern und dem Bund gemeinsam obliegt und daher von ihnen auch gemeinsam zu finanzieren ist.

Zweck des KHG ist „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“. Um dies zu erreichen, ist mit dem Gesetz das sogenannte duale System der Krankenhausfinanzierung eingeführt worden, nach dem die Investitionskosten durch öffentliche Fördermittel und die laufenden Betriebskosten (Personal- und Sachkosten) über die Pflegesätze zu tragen sind. Beide Finanzquellen zusammen müssen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden leistungsfähigen Krankenhauses decken (Selbstkostendeckungsgrundsatz).

Zum Erlaß des KHG waren zwei Ergänzungen des Grundgesetzes notwendig, die am 12. Mai 1969 durch das 21. und 22. Änderungsgesetz erfolgten. Durch Einfügung der Nummer 19 a in Artikel 74 erhielt der Bund die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze und durch Artikel 104 a Abs. 4 die Möglichkeit, sich an der öffentlichen Förderung der Krankenhausinvestitionen zu beteiligen.

2. Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser vor dem KHG

Ausgangspunkt für die Änderung des Artikels 74 GG und die Schaffung des KHG war die allgemeine Erkenntnis, daß die nach damaligem Recht zu zahlenden Pflegesätze die Selbstkosten sparsam wirtschaftender Krankenhäuser zu einem erheblichen Teil nicht mehr deckten. Das hatte vor allem folgende Gründe: Verschiedene Vorgaben für die Ermittlung der Selbstkosten entsprachen nicht dem tatsächlichen Werteverzehr des Anlagevermögens; die Nutzungsdauer langfristiger Anlagegüter war zu hoch, die Wiederbeschaffungskosten aller Anlagegüter des Krankenhauses waren zu niedrig angesetzt. Von den so ermittelten Selbstkosten mußten die herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse abgesetzt werden. Schließlich war bei der Festsetzung der Pflegesätze die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der beteiligten Sozialleistungsträger zu berücksichtigen. Die Folge war trotz öffentlicher Zuschüsse ein Defizit von jährlich rund einer Milliarde DM; nach dem Bericht der Bundesregierung über die finanzielle Lage der Krankenanstalten in der Bundesrepublik Deutschland vom 19. Mai 1969 betrug der Verlust bereits im Jahre 1966 840 Millionen DM. Die ständigen Verluste führten dazu, daß Krankenhäuser nicht in dem erforderlichen Umfang erneuert wurden. Mehr als ein Drittel der Krankenhäuser war älter als 50 Jahre und entsprach nicht mehr den Anforderungen, die an eine leistungsfähige, zeitgemäße Krankenhausversorgung zu stellen sind.

3. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe

Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe. Die wesentlichen Zuständigkeiten liegen bei den Ländern.

- a) Den Ländern obliegt nach dem KHG die Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne, denen für die stationäre gesundheitliche Versorgung seit 1972 fundamentale Bedeutung zukommt. Die Bedarfspläne entscheiden darüber, wieviel und welche Krankenhäuser zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Sie entscheiden zugleich, welche Krankenhäuser die öffentlichen Fördermittel erhalten; gefördert werden nach dem KHG nur die Krankenhäuser, die in den Krankenhausbedarfsplan ihres Landes aufgenommen worden sind.
- b) Die öffentlichen Mittel zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen werden von Bund und Ländern unter Beteiligung der Gemeinden (Gemeindeverbände) gemeinsam aufgebracht und den Krankenhäusern von den Ländern als Fördermittel zur Verfügung gestellt. Nach dem KHG beteiligt sich der Bund an der Finanzierung von Baumaßnahmen mit im Gesetz bestimmten jährlichen Festbeträgen (Plafondmittel) und an der Finanzierung des übrigen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser mit einem Drittel der darauf entfallenden Fördermittel. Etwa 75 v. H. dieser Fördermittel mit Drittelbeteiligung des Bundes werden für Investitionen zum Ersatz kurzfristiger Anlagegüter aufgewendet; für diese Wirtschaftsgüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei und bis zu fünfzehn Jahren erhalten die Krankenhäuser pauschale Förderbeträge.

Außerdem stellt der Bund im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau (Artikel 91 a GG) erhebliche Mittel zur Finanzierung der Hochschulkliniken (Bauinvestitionen, Erstaussstattung, Großgeräte usw.) zur Verfügung.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung weist die KHG-Mittel des Bundes den Ländern als Finanzhilfen zu, und zwar die sich aus der Drittelbeteiligung ergebenden Beträge sowie 80 v. H. der Plafondmittel global nach Einwohnerzahl. 20 v. H. der Plafondmittel dienen der Schwerpunktförderung für Investitionen von überregionaler Bedeutung sowie für Rationalisierungs- und Modellmaßnahmen. Diese Mittel haben die Länder in den Jahren 1972 bis 1980 insbesondere erhalten für

- die Schaffung von Krankenhauseinrichtungen zur Versorgung Schwerstverbrannter, Querschnittgelähmter, Strahlenverletzter und Krebskranker,
- Die Intensivierung der Frühbehandlung von Behinderten im Krankenhaus, z. B. durch Einrichtung von sozialpädiatrischen Zentren,
- die Einführung neuartiger Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus,

- die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung durch die Krankenhäuser,
- den Ausbau von Rehabilitationseinrichtungen im Krankenhaus,
- die Förderung von Einrichtungen zur besseren Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung, z. B. Praxiskliniken,
- kostendämpfende Rationalisierungsmaßnahmen mit Modellcharakter im Krankenhaus, z. B. zur Energieeinsparung,
- die bessere Anpassung des Leistungsangebots der Krankenhäuser an den tatsächlichen Bedarf durch Umgliederung und Abbau von Betten für Akutkranke.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann ferner unter Beteiligung der Länder bis zu 0,5 v. H. der Finanzhilfen des Bundes für Forschungsvorhaben zur Förderung der Ziele des KHG einsetzen.

- c) Die Pflegesätze werden nach vorangegangenen Einigungsverhandlungen zwischen Krankenhaus und beteiligten Sozialleistungsträgern von den Ländern festgesetzt. Dabei hat die zuständige Landesbehörde nach dem geltenden KHG das Verhandlungsergebnis zu berücksichtigen, ist daran jedoch nicht gebunden. Die Pflegesätze sind für alle Krankenhauspatienten nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen; eine Unterscheidung etwa nach der Kostenträgerschaft ist nicht zulässig. Durch die Pflegesätze werden grundsätzlich alle unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen abgegolten, gleichgültig wie hoch die tatsächlichen Behandlungskosten im Einzelfall sind (Grundsatz der vollen Pauschalierung nach der geltenden Bundespflegesatzverordnung).
- d) Einem Bund-Länder-Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser obliegt nach dem KHG insbesondere die Abstimmung der allgemeinen Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser sowie die Beratung in allen sonstigen Angelegenheiten des Gesetzes mit dem Ziel, dessen Durchführung zwischen Bund und Ländern abzustimmen. Dem Ausschuß gehören die beteiligten Bundesministerien und die zuständigen obersten Landesbehörden an. Er wird durch einen Beirat unterstützt, dem neben Krankenhaus- und Sozialleistungsträgern auch die Ärzteschaft, Gewerkschaften und Arbeitgeber angehören.
- e) In Ausführung des KHG wurde zu seiner bundeseinheitlichen Anwendung eine Reihe von Rechtsverordnungen erlassen. Hierzu gehören
 - die Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung) vom 25. April 1973,
 - die Verordnung über die Bildung eines Beirats zur Beratung des Ausschusses für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 13. Oktober 1976,

- die Verordnung über die Abgrenzung und die durchschnittliche Nutzungsdauer von Wirtschaftsgütern in Krankenhäusern vom 5. Dezember 1977,
- die Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern vom 10. April 1978,
- drei Verordnungen zur Anpassung der pauschalen Förderbeträge für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter an die Kostenentwicklung,
- drei Verordnungen zur Anpassung pauschaler Kostenwerte für Instandhaltung und Instandsetzung an die Kostenentwicklung.

4. *Die gemeinschaftliche Finanzierung von Krankenhausinvestitionen durch Bund und Länder nach dem KHG 1972 bis 1980*

Auf der Grundlage des KHG sind den Krankenhäusern in den Jahren 1972 bis 1980 öffentliche Förder-

mittel in Höhe von insgesamt 29 Mrd. DM zugeflossen. Daran hat sich der Bund mit Finanzhilfen an die Länder in Höhe von rund 7,2 Mrd. DM beteiligt. Ferner hat der Bund in diesem Zeitraum rund 18,5 Millionen DM aus KHG-Mitteln für die Krankenhausforschung eingesetzt.

Der Bundesanteil an der öffentlichen Investitionsförderung der Krankenhäuser ist seit 1978 rückläufig. Ursachen hierfür sind die erheblichen Kürzungen der Plafondmittel durch das mit Zustimmung des Bundesrates beschlossene Haushaltsstrukturgesetz vom 18. Dezember 1975 und die vor allem im Jahre 1980 stark gestiegenen Aufwendungen für Bauinvestitionen.

Im einzelnen hat sich die Investitionsförderung nach dem KHG in den Jahren 1972 bis 1980 wie folgt entwickelt:

Investitionsförderung nach dem KHG

— Istergebnis in Millionen DM —

a = von den Ländern gezahlte Fördermittel an die Krankenhäuser

b = vom Bund gezahlte Finanzhilfen an die Länder

Jahr		Gesamtbeträge	Baden- Württemberg	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	Hessen
1972	a	997,587	24,100	105,523	49,016	18,556	41,740	95,641
	b	465,700	58,200	68,900	42,200	7,600	25,300	48,700
1973	a	3 199,665	386,189	419,021	269,065	111,058	162,593	304,432
	b	971,900	135,505	168,510	46,625	12,080	32,135	89,535
1974	a	3 513,045	558,386	494,519	250,020	85,512	120,066	352,825
	b	969,288	133,600	148,900	67,200	25,400	39,500	86,300
1975	a	3 422,890	512,735	636,610	223,386	104,568	113,214	260,647
	b	879,507	126,800	150,000	40,900	10,300	25,500	75,900
1976	a	3 538,998	554,003	518,395	265,250	87,765	96,811	260,181
	b	982,599	133,000	174,700	33,500	12,000	28,400	86,700
1977	a	3 241,174	544,888	465,197	238,347	78,319	84,803	261,006
	b	915,076	143,130	158,700	33,370	12,700	31,100	79,200
1978	a	3 611,754	518,878	680,905	240,686	60,002	102,762	325,538
	b	785,073	124,440	132,500	25,190	11,070	19,750	72,550
1979	a	3 532,433	486,421	707,226	290,014	46,787	105,558	344,830
	b	740,235	112,200	129,000	22,300	9,297	21,750	66,850
1980	a	3 975,287 *)	533,200	860,000	377,661	45,281	109,684	324,080
	b	749,482 **)	119,402	127,500	26,980	9,950	21,090	68,400
Summe	a	29 032,833	4 118,800	4 887,396	2 203,445	637,848	937,231	2 529,180
	b	7 458,860	1 086,277	1 258,710	338,265	110,397	244,525	674,135

*) Bedarfsanmeldung der Länder

**) Ohne Berücksichtigung einer Einbehaltung in Höhe von insgesamt 292,192 Millionen DM wegen Überzahlung des Bundes gegenüber allen Ländern aus den Jahren 1972 bis 1978.

5. Bilanz 1972 bis 1980

Das KHG hat die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser auf eine tragfähige Grundlage gestellt und damit in einer Weise dazu beigetragen, Umfang und Qualität der Krankenhausversorgung im Laufe von neun Jahren ständig zu verbessern, wie das ohne bundesgesetzliche Regelung so nicht möglich gewesen wäre. Das zeigt sich nicht nur an den zahlreichen Neu- und Ersatzbauten von Krankenhäusern, der besseren medizinisch-technischen Einrichtung der Krankenhäuser sowie einer erheblichen Erhöhung des qualifizierten Personals in den Krankenhäusern, sondern auch an dem allgemein erreichten hohen Versorgungsniveau und den damit verbundenen wesentlichen Behandlungsfortschritten. Auch die Unterbringung der Patienten wurde komfortabler, vor allem durch Verringerung der Betten je Zimmer und Verbesserung der sanitären Einrichtungen. Insgesamt nahm die Zahl der Krankenhäuser im Zuge der steigenden Leistungsanforderungen leicht ab, von 3 545 im Jahre 1971 auf gegenwärtig etwa 3 250. Die Zahl der Betten stieg zunächst

weiter, von rund 690 000 im Jahre 1971 auf rund 730 000 im Jahre 1975, und ist seitdem wieder rückläufig; sie liegt zur Zeit bei etwa 710 000, davon etwa 475 000 Betten in Krankenhäusern für Akutkranke.

Die Ziele des Gesetzes wurden jedoch bislang nicht im vollen Umfang erreicht.

a) Das Leistungsangebot der Krankenhäuser insgesamt entspricht teilweise noch nicht dem tatsächlichen Bedarf. Einerseits gibt es nach wie vor zu wenig Spezialeinrichtungen, z. B. zur Versorgung von Schwerstverbrannten, Querschnittgelähmten, Strahlenverletzten, Rheuma- und Krebskranken oder zur Durchführung von Herzoperationen. Andererseits werden — trotz eines Rückgangs von etwa 15 000 Betten für Akutkranke seit 1975 — weiterhin vor allem in Allgemeinkrankenhäusern nicht bedarfsnotwendige Betten in beträchtlicher Zahl vorgehalten, die sowohl die Krankenhausbenutzer bzw. deren Kostenträger als auch die öffentliche Hand mit hohen Kosten belasten. Das ist auf die Dauer nicht

Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Schleswig-Holstein
138,899 46,300	356,661 110,100	122,655 33,000	22,561 9,200	22,235 16,200
318,600 107,955	871,137 256,270	211,711 62,600	51,405 22,870	94,454 37,815
321,465 105,400	941,574 250,900	210,292 59,700	61,787 18,154	116,599 34,234
304,099 98,500	898,790 233,300	195,392 60,300	53,877 19,907	119,572 38,100
362,800 117,000	992,713 277,600	198,567 57,200	63,751 20,599	138,762 41,900
293,460 97,600	907,354 244,600	209,567 61,400	60,812 16,376	97,421 36,900
337,355 93,800	984,733 214,100	201,674 45,400	62,639 13,873	96,582 32,400
284,399 85,150	906,222 204,600	206,733 44,500	42,658 14,000	111,585 30,588
296,985 85,000	1 005,500 204,270	260,200 42,500	54,750 14,090	107,946 30,300
2 658,062 836,705	7 864,684 1 995,740	1 816,791 466,600	474,240 149,069	905,156 298,437

zu verantworten, weder im Interesse einer bedarfsgerechten und leistungsfähigen Versorgung der Bevölkerung, noch angesichts der Kostenintensität der Krankenhausversorgung.

- b) Ein weiteres Problem liegt in der unterschiedlichen Bettendichte der einzelnen Bundesländer. Die Zahl der Betten für Akutkranke (Akutbetten) je 1 000 Einwohner schwankte Ende 1978 zwischen 5,95 in Schleswig-Holstein und 13,63 in Berlin bei einem Bundesdurchschnitt von 7,91. Zugleich lag die durchschnittliche Bettenausnutzung in Schleswig-Holstein mit 81,3 v. H. am niedrigsten und in Berlin (und Bayern) mit 85,7 v. H. am höchsten bei einem Bundesdurchschnitt von 83,4 v. H. Auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten im Krankenhaus (Verweildauer) weist auffällige Unterschiede auf. Sie lag in Schleswig-Holstein mit 13,9 Tagen am zweitniedrigsten (nach Baden-Württemberg mit 13,6 Tagen) und in Berlin mit 22,6 Tagen am höchsten; Bremen, das 1978 die zweithöchste Bettendichte aufwies (12,45 Akutbetten je 1 000 Einwohner), hatte mit 17,9 Tagen auch die zweitlängste Verweildauer. Der Bundesdurchschnitt betrug 15,5 Tage.

Das Zusammentreffen von hoher Bettendichte und langer Verweildauer korrespondiert weitgehend mit den Ausgaben für Krankenhauspflege je Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie waren 1978 und 1979 in Schleswig-Holstein (nach Bayern) am zweitniedrigsten (646,98 und 688,74 DM) und in Berlin am höchsten (956,30 und 1 028,03 DM) bei einem Bundesdurchschnitt von 636,00 bzw. 667,43 DM.

Jüngere Daten der amtlichen Krankenhausstatistik sind für das gesamte Bundesgebiet noch nicht verfügbar, was die Notwendigkeit direkter bundesstatistischer Erhebungen im Krankenhausbereich unterstreicht, wie sie der Entwurf in § 28 KHG vorsieht. Aufgrund der bisherigen Entwicklung ist jedoch davon auszugehen, daß sich die Unterschiede in der Bettendichte, Bettenausnutzung und Verweildauer zwischen den einzelnen Bundesländern in den Jahren 1979 und 1980 nicht wesentlich geändert haben.

Diese Unterschiede erscheinen nur teilweise durch regionale Besonderheiten bedingt. Soweit dies nicht der Fall ist, stehen sie der Zielsetzung des KHG entgegen, die stationären Leistungen auch wirtschaftlich zu erbringen. Dazu gehört, daß Notwendigkeit und Dauer eines Krankenhausaufenthalts ausschließlich nach medizinischen Kriterien beurteilt werden. Das liegt nicht nur im wohlverstandenen Interesse des Patienten, sondern ist auch aus Kostengründen geboten.

- c) Dem unterschiedlichen Bild der Krankenhausversorgung in den einzelnen Bundesländern entsprechen weitgehend die Krankenhausbedarfspläne; zum bisherigen Stand der Bedarfsplanung der Länder ist im wesentlichen die Feststellung der Bundesregierung in ihrem Bericht über die Auswirkungen des KHG vom 30. Dezember 1975 (BT-Drucksache 7/4530) weiterhin gültig: „Die Krankenhausbedarfspläne ... stellen, gemessen an der Situation vor der Einführung des KHG ... einen Fortschritt dar. Sie haben bisher jedoch noch nicht zu der vom Gesetzgeber angestrebten Straffung und Neustrukturierung des Angebots an Krankenhausleistungen geführt“. Die Bedarfspläne weichen in den wichtigsten Bestimmungsgrößen für den Bedarf wie Bevölkerungsentwicklung, Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer, nach wie vor voneinander ab. Die Terminologie der Bedarfspläne ist von Land zu Land unterschiedlich, die Einteilung der Allgemeinkrankenhäuser variiert zwischen der Zuordnung zu drei und zu vier Versorgungsstufen, die Abgrenzung der Versorgungsstufen untereinander erfolgt nach unterschiedlichen Kriterien usw. Auf diese Weise kann von einer Vergleichbarkeit innerhalb der deutschen Krankheitslandschaft keine Rede sein. Das hat seine Ursache zum einen darin, daß gesetzliche Vorgaben für den Inhalt der Bedarfspläne fehlen, zum anderen liegt es daran, daß Bund und Länder im Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser die allgemeinen Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser bisher nicht

wie vorgesehen grundlegend miteinander abgestimmt, sondern sich insoweit im wesentlichen darauf beschränkt haben, einzelne konkrete, dringliche Probleme der alltäglichen Verwaltungspraxis zu erörtern, um wenigstens insoweit zu möglichst einheitlichen Lösungen zu gelangen. Notwendig ist nicht nur eine bundesweite Abstimmung über die der Krankenhausbedarfsplanung zugrunde zu legenden Bedarfsdeterminanten, sondern auch über die Kriterien, nach denen der Bedarf anhand dieser Determinanten unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Verhältnisse, wie z. B. bei der Altersstruktur der Bevölkerung oder der Erwerbs- und Wirtschaftsstruktur, in den einzelnen Bundesländern jeweils abzuleiten ist. Dies bleibt eine der Hauptaufgaben des Ausschusses für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, auch auf der Grundlage weiterer Forschungsergebnisse.

- d) Die Unterschiede innerhalb der Krankenhausbedarfspläne setzen sich fort in einer sehr unterschiedlichen Anwendung des § 371 Abs. 2 RVO in den einzelnen Ländern. Diese durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz neu gefaßte und am 1. Januar 1978 in Kraft getretene Vorschrift regelt die Gewährung von Krankenhauspflege durch solche Krankenhäuser, die nicht in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgenommen sind. Während die in den Bedarfsplan aufgenommenen Krankenhäuser damit zugleich auch zur Erbringung von Krankenhauspflege für die Krankenkassen zugelassen sind, bedarf es bei den übrigen Krankenhäusern dazu eines Vertrages (Bereiterklärung des Krankenhauses und Annahme der Bereiterklärung durch die Krankenkassen). Die Krankenkassen bedürfen für ihre Entscheidung über die Annahme oder Ablehnung einer Bereiterklärung der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Während in einigen Ländern die Bereiterklärungen der Krankenhäuser weitgehend abgelehnt worden sind mit dem Ziel, auf diese Krankenhäuser künftig zu verzichten, sind in anderen Ländern die Krankenhäuser außerhalb des Bedarfsplans nach wie vor zur Krankenhauspflege zugelassen. Diese Unterschiede bei der Anwendung des § 371 Abs. 2 RVO zeigen, daß innerhalb der Länder eine einheitliche Auffassung über Ziel und Aufgaben der Krankenhausbedarfsplanung nicht vorhanden ist; insbesondere gibt es keine einheitliche Auffassung darüber, in welchem Umfang für Krankenhäuser außerhalb des Bedarfsplans eine Existenzberechtigung gegeben ist. Hierdurch entstehen bei den in Betracht kommenden Krankenhäusern außerhalb des Bedarfsplans Unsicherheiten.

6. Die Entwicklung der Ausgaben für Krankenhauspflege 1972 bis 1980

Der Wegfall der vor Inkrafttreten des KHG geltenden Pflegesatzbeschränkungen führte auf der neuen Grundlage des gesetzlich verankerten Selbstkosten-

deckungsgrundsatzes in den Jahren 1972 bis 1976 zu einer teilweisen drastischen Erhöhung der Pflegesätze, obwohl diese nicht mehr mit Investitionskosten belastet waren. Als Folge stiegen die Ausgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege von rund 7,7 Mrd. DM im Jahre 1971 über rund 9,4 Mrd. DM im Jahre 1972 auf rund 19,4 Mrd. DM im Jahre 1976. Bis zum Jahre 1979 stiegen diese Ausgaben weiter auf 23,3 Mrd. DM und erreichten 1980 rund 25,3 Mrd. DM. Sie haben im vergangenen Jahr mit rund 29,5 v. H. ihren bisher höchsten Anteil an den gesamten Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht.

7. Novellierungsbemühungen 1977 bis 1980

Angesichts der steil ansteigenden Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspflege unternahm die Bundesregierung mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (KVKG) vom 28. Februar 1977 einen ersten Anlauf, auch die Kostenexpansion in der stationären Versorgung zu bremsen. Auf Antrag des Bundesrats [BR-Drucksache 225/77 (Beschluß)] wurden jedoch im Vermittlungsausschuß die vom Deutschen Bundestag beschlossenen Änderungen des KHG vom KVKG abgetrennt, um die Probleme des KHG „in ihrer Gesamtheit in einer zusammenhängenden erweiterten Novellierung“ dieses Gesetzes zu regeln. Der darauf von der Bundesregierung am 16. Mai 1978 vorgelegte Gesetzentwurf (BR-Drucksache 260/78) sah eine weitgehende Neufassung des KHG vor mit dem Ziel, eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhausversorgung zu sozial tragbaren Kosten auf Dauer zu sichern. Daneben sollte eine Reihe von Zweifelsfragen der Anwendung des Gesetzes geklärt werden. Trotz zweimaliger Anrufung des Vermittlungsausschusses kam es letztlich wegen finanzieller Mehrforderungen der Länder, die zu erfüllen der Bund sich nicht in der Lage sah, zu keiner Einigung. Der Bundesrat versagt am 4. Juli 1980 dem vom Bundestag am 20. März 1980 verabschiedeten Gesetz (BR-Drucksache 164/80) seine Zustimmung.

8. Jüngste Kostenentwicklung

Insbesondere seit dem zweiten Halbjahr 1980 hat sich die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich wieder erheblich beschleunigt. Die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege, die sich in den Jahren 1977 bis 1979 im Durchschnitt wieder im Rahmen der Grundlohnentwicklung gehalten hatten, stiegen erneut stärker an. Der 1980 einsetzende Kostenschub schlug sich in einer Steigerung der Ausgaben für Krankenhauspflege in Höhe von rd. 9 v. H. absolut oder knapp 8 v. H. je Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung nieder. Da die Grundlohnsumme je Mitglied (ohne Rentner) 1980 nur um rund 5,5 v. H. stieg, führte das bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Unterdeckung bei den Ausgaben für Krankenhauspflege im vergangenen

Jahr von insgesamt rund 580 Millionen DM. Dies hat wesentlich dazu beigetragen, daß zahlreiche Krankenkassen ihre Beitragssätze seit 1980 anheben mußten. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung, der 1979 auf 11,25 v. H. ermäßigt werden konnte, erhöhte sich 1980 auf 11,40 v. H. und ist zum 1. Januar 1981 weiter auf 11,75 v. H. gestiegen. Die in den Jahren 1977 bis 1979 weitgehend erreichte Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung ist dadurch ernsthaft gefährdet; bei einzelnen Krankenkassen haben die Beitragssätze inzwischen 15 v. H. der Bruttoarbeitsentgelte erreicht.

II. Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz 1981

Weder sozialpolitisch noch gesamtwirtschaftlich ist es tragbar, weitere Ausgabensteigerungen der Krankenkassen für Krankenhauspflege auf die Beitragszahler zu überwälzen oder etwa zu Lasten anderer Leistungsausgaben zu finanzieren. Nur durch eine zielgerechte Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist auch im Krankenhausbereich eine Steuerung der Kostenentwicklung auf Dauer erreichbar, die es ermöglicht, die notwendigen Aufwendungen im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und der Einkommensentwicklung der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung zu halten. Die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ist dauerhaft nur zu sichern, wenn auch der Krankenhausbereich gleichgewichtig in die Kostendämpfung und in die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen einbezogen wird. Die Bundesregierung hat daher zu Beginn der neunten Gesetzgebungsperiode des Deutschen Bundestages beschlossen, unter Konzentration auf die Kostendämpfung erneut eine Novelle zum KHG einzubringen. Der Bundeskanzler hat hierauf in seiner Regierungserklärung am 24. November 1980 hingewiesen.

1. Ziele des Gesetzentwurfs

a) Der Entwurf verfolgt als Hauptziele

- eine bessere Anpassung des Leistungsangebots der Krankenhäuser insgesamt an den tatsächlichen Bedarf durch eine Verbesserung der Planungs- und sonstigen Steuerungsinstrumente im Krankenhausbereich,
- einen wirtschaftlicheren Einsatz der öffentlichen Fördermittel, um die Krankenhäuser in ihrem Bemühen um eine möglichst wirtschaftliche Betriebsführung wirksamer zu unterstützen,
- bessere Regelungen im Pflegesatzrecht als Vorgaben für die wirtschaftliche Erbringung der Krankenhausleistungen,
- eine bessere Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots der Reichsversicherungsordnung für Krankenhauspflege,
- die ausdrückliche Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und

- die Stärkung der Selbstverwaltung im Krankenhauswesen durch größere Mitwirkung und Mitverantwortung der unmittelbar Beteiligten an allen wesentlichen Entscheidungen der Krankenhausversorgung.

Nur auf diese Weise wird eine wirksame, humane und kostengünstige Versorgung der Bevölkerung mit den notwendigen Krankenhausleistungen auf Dauer gesichert werden können.

Weitere Ziele sind

- die sozialversicherungsrechtliche Gleichstellung von psychisch Kranken und somatisch Kranken auch bei der stationären Versorgung durch Aufhebung des sogenannten Halbierungserlasses aus dem Jahre 1942 und
- eine sachgerechte Dauerregelung zur Finanzierung der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten.

- b) Der Entwurf läßt die grundlegenden Entscheidungen des KHG zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser unberührt. Insbesondere bleiben das duale System der Krankenhausfinanzierung und die Mitfinanzierung der Krankenhausinvestitionen durch den Bund unangetastet. Der allgemeinen Diskussion zwischen Bund und Ländern über die Neuregelung der gemeinschaftlichen Finanzierung bestimmter Aufgaben von gemeinsamem Interesse soll dadurch nicht vorgegriffen werden. Auch am Selbstkostendeckungsgrundsatz hält der Entwurf uneingeschränkt fest. Die im Gesetzesbeschluß des Deutschen Bundestages zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vorgesehene Eigenbeteiligung der Krankenhausträger an den Investitionskosten wurde in den Entwurf nicht aufgenommen, weil eine derartige Regelung nicht geeignet erscheint, zur Kostendämpfung im Krankenhauswesen beizutragen. Vorschläge zur teilweisen Finanzierung von Investitionskosten über den Pflegesatz sind im Rahmen einer über diesen Entwurf hinausgehenden Diskussion zu erörtern; solche Lösungen werden nicht ohne eine Neubestimmung der Position der Krankenkassen im Krankenhausbereich zu verwirklichen sein. Ohne eingehende Untersuchungen, insbesondere der betriebswirtschaftlichen, finanziellen und gesundheitspolitischen Auswirkungen erscheinen grundlegende Änderungen des geltenden, zwischen den Beteiligten seit 1972 praktizierten Finanzierungssystems nicht vertretbar.

Eine sinnvolle und auf Dauer wirksame Kostendämpfung im Gesundheitswesen und insbesondere im Krankenhausbereich läßt sich kaum mit kurzfristigen und spektakulären Maßnahmen erreichen, die zu Leistungsabbau oder Stillstand des medizinischen Fortschritts führen. Auch eine Kürzung der Investitionsförderung ist nach dem geltenden Finanzierungssystem kein geeignetes Mittel und steht im Entwurf nicht zur Diskussion. Es bedarf unter den gegebenen Umständen vielmehr einer Reihe gut abgestimmter Instru-

mente, die auch mittel- und längerfristig die Entwicklung der Ausgaben für die Krankenhausversorgung in gesamtwirtschaftlich vertretbaren Grenzen halten.

2. Schwerpunkte des Gesetzentwurfs

Als Schwerpunkte sieht der Entwurf zur Kostendämpfung folgende Regelungen vor:

- a) Eine bessere Anpassung des Leistungsangebots der Krankenhäuser insgesamt an den tatsächlichen Bedarf ist im gegebenen Rahmen des KHG vor allem auf der Grundlage einer wirkungsvollen Bedarfsplanung möglich. Die Krankenhausbedarfspläne stellen dabei das wichtigste Instrument zur Steuerung der Kostenentwicklung im Bereich der Krankenhausversorgung dar. Mit der Entscheidung über Art und Umfang des vorzuhaltenden Leistungsangebots sind die Folgekosten und damit auch die Kosten, die über den Pflegesatz zu finanzieren sind, weitgehend vorherbestimmt. Sie können auf dieser Ebene nur noch in geringem Umfang beeinflußt werden. Das zeigt sich besonders deutlich an Betten, die nicht oder für die vorgesehene Versorgungsaufgabe nicht benötigt werden. Auch solche Kapazitäten müssen, solange sie nach dem Krankenhausbedarfsplan anerkannt sind, bei der öffentlichen Förderung und bei der Ermittlung der Selbstkosten, die über den Pflegesatz abzudecken sind, berücksichtigt, d. h. laufend bezahlt werden. Der Entwurf sieht deshalb eine Pflicht zur Anpassung der Krankenhausbedarfspläne an die Entwicklung des Bedarfs für Krankenhausleistungen vor. Von der Vorgabe einer bestimmten Grenze der Bettenausnutzung, bei deren Unterschreitung der Plan anzupassen ist, wurde ebenso abgesehen wie von der gesetzlichen Vorgabe einer bestimmten Bettendichte, obwohl derartige Regelungen angesichts der aufgezeigten Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern durchaus diskutiert werden können. Die Plananpassung ist eine ständige Aufgabe, die unter Berücksichtigung der jeweiligen Versorgungsaufgabe sowie der regionalen und zeitlichen Schwankungen der Krankenhaushäufigkeit flexibel gehandhabt werden muß. Bestimmte Grenzen für die Bettenausnutzung können zudem ihren Zweck verfehlen, wenn dadurch die Verweildauer in den betroffenen Krankenhäusern beeinflußt wird.

Angesichts der unterschiedlichen Bedarfsplanung in den einzelnen Bundesländern sieht der Entwurf bestimmte Rahmenvorgaben als Mindestanforderungen für Aufgaben und Inhalt der Bedarfspläne vor. Zur besseren Abstimmung des Leistungsangebots auf den Bedarf ist es notwendig, auch die Hochschulkliniken sowie die Krankenhäuser der Bundeswehr, der Renten- und der Unfallversicherungsträger in die Bedarfspläne einzubeziehen sowie die Bedarfsplanung für Krankenhäuser von länderübergreifender Bedeutung unter den beteiligten Bundesländern abzustimmen.

Um die Planung zu präzisieren und zu erleichtern, wird ferner ausdrücklich klargestellt, daß zur Sicherung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung bestimmte Aufgaben von besonderer Bedeutung schon im Bedarfsplan einzelnen Krankenhäusern zugeordnet werden können. Außerdem wird die mißverständliche sogenannte 100-Betten-Grenze des § 8 Abs. 1 KHG gestrichen.

Von besonderer Bedeutung ist die vorgesehene stärkere Beteiligung der Krankenhäuser und der Krankenkassen an der Planung. An die Stelle der bislang vorgeschriebenen Anhörung tritt eine enge Zusammenarbeit, in deren Rahmen die Länder zu einer frühzeitigen Information über Planungsziele und -kriterien und zu einer eingehenden Erörterung auch von Planentwürfen und Vorschlägen zur Anpassung der Bedarfsplanung verpflichtet sind. Die Letztentscheidung und -verantwortung der Länder für die Krankenhausbedarfsplanung wird dadurch nicht berührt.

In § 23 Abs. 2 KHG wird klargestellt, daß die Schwerpunkt- und Modellförderungsmittel des Bundes auch zum Abbau regionaler Überversorgung eingesetzt werden können. Schließlich dient auch die Erleichterung der finanziellen Hilfen nach § 8 Abs. 2 KHG zur Einstellung oder Umstellung nicht bedarfsnotwendiger Versorgungseinheiten auf andere Aufgaben dazu, das Leistungsangebot bedarfsgerechter zu gestalten.

- b) Dem wirtschaftlicheren Einsatz der Fördermittel dient eine Reihe von Einzelkorrekturen in den Förderungsvorschriften; die Verteilung der Kostenlast zwischen der öffentlichen Hand und den Krankenhauspatienten bzw. ihren Kostenträgern wird dadurch nicht geändert. Hierzu gehören insbesondere
 - die Berücksichtigung der Folgekosten bei den Investitionsentscheidungen der Länder, und zwar sowohl allgemein bei der Aufstellung der Bedarfspläne als auch im Rahmen der jährlichen Investitionsprogramme und bei der Einzelbewilligung von Fördermitteln,
 - die Einbeziehung des kleinen Baubedarfs einschließlich des kleinen Ersatzbedarfs für mittel- und langfristige Anlagegüter in die Pauschalförderung,
 - die Staffelung der pauschalen Förderbeträge nach den Versorgungsstufen, denen die Krankenhäuser entsprechend ihren Aufgaben zugeordnet sind, anstatt nach den Bettenzahlen,
 - die Erweiterung der pauschalen Förderungsmöglichkeit auf die Errichtung von Krankenhäusern und
 - die Begrenzung der Nachbewilligung von Fördermitteln auf unvorhergesehene und unabweisbare Mehrkosten.

Außerdem werden die Krankenhäuser verpflichtet, die Beschaffung medizinisch-technischer

Großgeräte mit benachbarten Krankenhäusern abzustimmen, soweit dies erforderlich ist, um einen wirtschaftlichen Einsatz dieser Geräte sicherzustellen. Dies gilt unabhängig davon, ob das Gerät angeschafft oder nur gemietet wird und aus welchen Mitteln die Finanzierung erfolgt. Um eine wirksame Abstimmung dieses teuren Leistungsangebots zu erreichen, war es notwendig, auch die Hochschulkliniken sowie die Krankenhäuser der Bundeswehr, der Renten- und der Unfallversicherungsträger in die Abstimmungsverpflichtung einzubeziehen, soweit diese Krankenhäuser für die allgemeine Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen.

- c) Im Pflegesatzrecht sind ebenfalls bessere Vorgaben zur wirtschaftlichen Erbringung der Krankenhausleistungen notwendig, um eine Dämpfung der Kostenentwicklung zu erreichen; auch hierdurch sollen die medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt, sondern auf Dauer finanzierbar gehalten werden. Krankenhäuser und Krankenkassen tragen hierfür als unmittelbar Beteiligte gemeinsam eine besondere Verantwortung. Dies wird auch durch den wachsenden Anteil deutlich, mit dem die Krankenkassen durch die Ausgaben für Krankenhauspflege zur Finanzierung der Krankenhäuser beitragen; er war im Jahre 1973 rund 2,4 mal so groß wie der Anteil der öffentlichen Fördermittel und lag im vergangenen Jahr rund 6,4 mal so hoch. Dieser Situation wird das bisherige Pflegesatzverfahren nicht gerecht. Die Pflegesatzbehörden der Länder sind bei der Festsetzung der Pflegesätze an die Pflegesatzverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen nicht gebunden. Der Entwurf sieht daher zur Stärkung der Selbstverwaltung vor, daß die Pflegesätze zwischen Krankenhäusern und den beteiligten Sozialleistungsträgern, d. h. in erster Linie den Krankenkassen, eigenverantwortlich vereinbart und von der Pflegesatzbehörde genehmigt werden und dabei nur noch einer Rechtskontrolle unterliegen. Falls sich Krankenhaus und Sozialleistungsträger in angemessener Frist nicht einigen, verbleibt es bei der bisherigen staatlichen Festsetzung. Von einer Festlegung der Pflegesätze im Nichteinigungsfall durch eine Schiedsstelle wurde im Hinblick auf die nach dem geltenden Finanzierungssystem bestehende Mitverantwortung der öffentlichen Hand für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser abgesehen.

Als weiteren wichtigen Grundsatz zum Pflegesatzverfahren sieht der Entwurf vor, daß die Pflegesätze nur für künftige Zeiträume festgelegt werden sollen. Dies liegt im Interesse der Krankenhauspatienten bzw. ihrer Kostenträger, verhindert unnötigen, mit Pflegesatznachforderungen verbundenen Verwaltungsaufwand bei Krankenhäusern und Kostenträgern und erleichtert vor allem die Abgrenzung der pflegesatzfähigen Aufwendungen der Krankenhäuser. Das schließt die Berücksichtigung von Über- oder Unterdeckungen aus vergangenen Pflegesatzpe-

rioden entsprechend dem Selbstkostendeckungsgrundsatz nicht aus. Hierzu bedarf es insbesondere einer grundlegenden Überarbeitung der Vorschriften über den sogenannten Gewinn- und Verlustausgleich in der Bundespflegesatzverordnung.

Der Stärkung der Selbstverwaltung im Krankenhausbereich dient auch der gesetzliche Auftrag an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, gemeinsame Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten, zu erarbeiten und dabei mit den sonstigen wesentlich Beteiligten eng zusammenzuarbeiten. Soweit entsprechende Vereinbarungen auf Landesebene getroffen werden, sollen solche Empfehlungen angemessen berücksichtigt werden. Außerdem sieht der Entwurf zum Pflegesatzrecht folgende Änderungen vor:

- die Klarstellung, daß die Pflegesätze Anreize schaffen sollen, die Krankenhausleistungen medizinisch zweckmäßig und ausreichend zu erbringen,
 - die Erstreckung der Pflegesatzbegrenzung bei nicht geförderten Krankenhäusern auf die Abrechnung gegenüber allen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern und
 - die Entlastung der Pflegesätze von den Kosten der Vorhaltung nicht wirtschaftlich genutzter medizinisch-technischer Großgeräte, wenn deren Beschaffung vom Krankenhaus nicht im notwendigen Maße mit benachbarten Krankenhäusern abgestimmt wurde oder gegen entsprechende Zuordnungen des Bedarfsplans verstößt.
- d) Zur besseren Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots der Reichsversicherungsordnung für Krankenhauspflege sieht der Entwurf einige Neuregelungen in der Reichsversicherung vor. Danach werden Krankenkassen und Krankenhäuser verpflichtet, Verträge auch über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhauspflege im Einzelfall durch paritätisch besetzte Prüfungsausschüsse abzuschließen. Für den Fall der Nichteinigung ist die Vertragsgestaltung durch Schiedsstellen vorgesehen, deren Errichtung von den Vertragspartnern ebenfalls vereinbart und bei Nichteinigung durch Rechtsverordnung der Landesregierung vorgenommen wird. Die vorgesehene Einzelfallprüfung dient nicht nur der besseren Anwendung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zur Krankenhauspflege, sondern ist auch geeignet, die Pflegesatzverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen von streitigen Einzelfällen zu entlasten und damit auf die wesentlichen Fragen eines angemessenen Pflegesatzes zu konzentrieren. Ferner werden Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser zum Abschluß dreiseitiger Verträge auf Landesebene verpflichtet, um die Zusammenarbeit zwi-

schen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zu verbessern. Auch dies liegt im wohlverstandenen Interesse des Patienten und trägt dazu bei, nicht notwendige Kosten der gesundheitlichen Versorgung zu vermeiden.

- e) Durch Änderung des § 371 der Reichsversicherungsordnung wird für bestimmte Krankenhäuser, die nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind, eine Regelung getroffen, die es ihnen ermöglicht, auch weiterhin Krankenhauspflege für die in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten zu leisten. Voraussetzung für den Bestands- und Vertrauensschutz ist, daß das Krankenhaus schon 1972 betrieben worden ist, die Voraussetzungen der Gemeinnützigkeit erfüllt, leistungsfähig ist und wirtschaftlich arbeitet.
- f) Durch Ergänzung des § 405 a der Reichsversicherungsordnung wird die Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bekräftigt. Zugleich wird ausdrücklich klargestellt, daß durch die Empfehlungen über die Veränderungen der Ausgaben für Krankenhauspflege die Vorschriften des KHG und insbesondere der Selbstkostendeckungsgrundsatz nicht berührt werden und Empfehlungen über eine Veränderung einzelner Krankenhauspflegesätze nicht zulässig sind. Die Empfehlungen richten sich nicht nur an die Krankenkassen, sondern an alle für die wirtschaftliche Erbringung von Krankenhauspflege Verantwortlichen.

3. Weitere Regelungen des Gesetzentwurfs

Weiter hervorzuheben sind folgende Regelungen:

- a) Durch die Aufhebung des Halbierungserlasses aus dem Jahre 1942 über die pauschale Kostenteilung zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern („Fürsorgeverbänden“) bei stationärer Versorgung psychisch Kranker („Geisteskranker“) werden diese mit somatisch Kranken sozialversicherungsrechtlich auch für die Leistung von Krankenhauspflege gleichgestellt. Eine Übergangsregelung stellt sicher, daß die Versicherten die erforderlichen Krankenhausleistungen auch dann erhalten, wenn im Einzelfall die Leistungszuständigkeit zwischen Sozialhilfeträgern und Krankenkassen im Zusammenhang mit der Aufhebung des Halbierungserlasses streitig ist.
- b) Die Finanzierung von notwendigerweise mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten wird auf eine dauerhafte Grundlage gestellt. Zur Ablösung der bis zum 31. Dezember 1981 befristeten alleinigen Finanzierung über den Pflegesatz ist vorgesehen, die Investitionskosten in die öffentliche Förderung einzubeziehen und die laufenden Kosten der Ausbildungsstätten einschließlich der Ausbildungsvergütung weiterhin über die Pflegesätze zu tragen. Diese Regelung gilt für die Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung jedoch nur für eine Übergangszeit bis Ende 1983. Bis dahin können die Länder die Voraussetzungen dafür schaffen, daß diese Ko-

sten von ihnen ebenso getragen werden wie die schulischen Kosten anderer Ausbildungsgänge. Die Länder sind entsprechend ihrer Zuständigkeit im Bildungswesen zur Übernahme dieser Ausbildungskosten unabhängig davon verpflichtet, wie die Ausbildung im einzelnen rechtlich und organisatorisch ausgestaltet wird. Die enge Verbindung von theoretischer und praktischer Ausbildung im Krankenhaus steht dem nicht entgegen; insbesondere rechtfertigt sie es nicht, diese Kosten auf Dauer den Krankenhauspatienten bzw. ihren Kostenträgern anzulasten. Das wurde im Grundsatz schon 1972 bei der Verabschiedung des KHG auch von den Ländern anerkannt.

4. Folgeregelungen in der Bundespflegesatzverordnung

Die Änderungen des KHG machen ergänzende Regelungen in der Bundespflegesatzverordnung erforderlich mit dem Ziel, die wirtschaftliche Erbringung der Krankenhausleistungen zu fördern. Hierzu gehören vor allem bessere Vorgaben zur Gestaltung und Bemessung der Pflegesätze, insbesondere eine erleichterte Einführung alternativer Pflegesatzformen und eine Neuregelung zum sogenannten Gewinn- und Verlustausgleich. Es ist vorgesehen, bis zu den abschließenden Beratungen des vorliegenden Gesetzentwurfs einen Entwurf zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vorzulegen.

5. Die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände hat im Rahmen ihrer Beteiligung nach § 25 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien, Besonderer Teil (GGO II), gegen die nach ihrer Auffassung zu geringen Ansätze in den Pauschalen des § 10 KHG und im Plafond des § 22 Abs. 1 Satz 2 KHG und gegen die Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (§ 405 a RVO) Bedenken geäußert. Gemäß § 40 Abs. 3 GGO II wird auf diese abweichende Meinungsäußerung hingewiesen.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nummer 1: Einführung einer Kurzbezeichnung des Gesetzes

Die Einführung der Kurzbezeichnung „Krankenhausfinanzierungsgesetz — KHG“ soll es ermöglichen, diese zwischenzeitlich gebräuchliche Bezeichnung auch offiziell zu verwenden.

Zu Nummer 2: Änderung des § 1 — Grundsatz

Die Einfügung des Satzes 2 mit der Verpflichtung, bei der Durchführung des Gesetzes die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten, geht von der historisch gewachsenen Dreiteilung in öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhausträger aus;

an dieser unterschiedlichen Trägerschaft sollte durch das KHG und soll auch künftig nichts geändert werden. Die Aufnahme des an sich selbstverständlichen Grundsatzes in das Gesetz entspricht einem einmütigen Wunsch der Organisationen der Krankenhausträger.

Zu Nummer 3: Änderung des § 2 — Begriffsbestimmungen

Die Ergänzung des § 2 stellt sicher, daß künftig auch die Investitionskosten der mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten in gleicher Weise gefördert werden können wie die Investitionskosten der Krankenhäuser selbst. Um eine nicht gerechtfertigte Ausdehnung der Förderung auf alle möglichen Arten von Ausbildungsstätten zu vermeiden, wurde die Vorschrift auf diejenigen Ausbildungsstätten beschränkt, die notwendigerweise mit einem Krankenhaus verbunden sind. Gemeint sind damit Einrichtungen, die solche Ausbildungen durchführen, die nach den einschlägigen Ausbildungsvorschriften im Krankenhaus durchzuführen sind; das gilt insbesondere für die Ausbildung von Krankenpflegekräften und Hebammen.

Wegen der Förderung der laufenden Kosten der Ausbildungsstätten vgl. § 17 Abs. 4 a.

Zu Nummer 4: Änderung des § 3 — Anwendungsreich

Der Hinweis auf § 6 Abs. 2 und § 11 a ist geboten, weil ein Teil der nicht in den Anwendungsbereich des KHG fallenden Krankenhäuser in den beiden Vorschriften angesprochen wird (Abstimmung der Bedarfsplanung, Anschaffung oder Nutzung von Großgeräten).

Zu Nummer 5: Änderung des § 4 — Förderungsgrundsätze

Buchstabe a

Die Ergänzung in Absatz 1 Satz 1 stellt klar, daß bei der Entscheidung, ob Anlauf- oder Umstellungskosten zu fördern sind, auf die wirtschaftliche Situation des einzelnen Krankenhauses und nicht auf die Gesamtsituation des Trägers abzustellen ist.

Buchstabe b

Folgeänderung wegen Nummer 3

Buchstabe c

Die Einfügung des Absatzes 5 soll sicherstellen, daß den Krankenhäusern nicht aus verschiedenen Quellen über die tatsächlichen Investitionskosten hinaus Förderungsmittel zufließen.

Zu Nummer 6: Neufassung des § 6 — Krankenhausbedarfsplanung

Seit Inkrafttreten des KHG sind die Krankenhausbedarfspläne der Länder zu einem wichtigen Instrument der Gesundheitspolitik und der Einflußnahme auf die Kostenentwicklung geworden. Es besteht weitgehend Übereinstimmung darüber, daß dieses Instrument weiter verbessert werden muß, um eine

bedarfsgerechte Begrenzung des Leistungsangebots der Krankenhäuser zu sichern. Diesem Ziel dient die Neufassung der Vorschrift.

Absatz 1 Satz 1 präzisiert die Aufgabe der Bedarfsplanung im Hinblick auf den im § 1 genannten Gesetzeszweck und stellt die daraus folgende Notwendigkeit zur Anpassung der Pläne an die Entwicklung als ständige Aufgabe der Länder klar. Die Letztentscheidung über die Bedarfspläne liegt beim Land; daran wird durch die im Absatz 4 in Form der engen Zusammenarbeit vorgesehene Beteiligung nichts geändert. Absatz 1 Satz 2 entspricht dem bisherigen § 6 Absatz 3 Satz 3.

Durch die Rahmenbestimmungen der Absätze 2 und 3 werden zu Aufgaben und Inhalt der Bedarfspläne bestimmte Mindestanforderungen festgelegt, die zu einer planvollen Steuerung der Krankenhausentwicklung notwendig sind. Zugleich wird damit eine stärkere Ausrichtung auf vergleichbare Planungsziele, -methoden und -kriterien angestrebt. Durch Absatz 2 Sätze 2 und 3 werden die Hochschulkliniken sowie die Krankenhäuser der Bundeswehr und der Sozialleistungsträger, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen, in die Bedarfsplanung einbezogen; dies soll — unbeschadet der sonstigen Aufgaben dieser Krankenhäuser — zu einer besseren Abstimmung mit den Versorgungsaufgaben der nach dem KHG geförderten Krankenhäuser beitragen. Absatz 2 Satz 4 stellt klar, daß besondere Aufgaben schon im Bedarfsplan einzelnen Krankenhäusern zugeordnet werden können, um eine wirksame und kostengünstige Erfüllung dieser Aufgabe zu sichern. Dies kommt z. B. für den Einsatz teurer medizinisch-technischer Geräte in der Computertomografie, Dialyse, Nuklearmedizin usw. in Betracht; ebenso für zentrale Einrichtungen zur Versorgung mehrerer Krankenhäuser, z. B. in der Arzneimittelversorgung und Wäschereinigung, oder auch für Einrichtung von Ausbildungsstätten. Absatz 2 Sätze 5 und 6 ersetzen die mißverständliche Regelung der sogenannten 100-Betten-Grenze im bisherigen § 8 Abs. 1 Satz 2 durch allgemeine Kriterien. Bei der Bedarfsplanung muß auch für größere Krankenhäuser in jedem Einzelfall geprüft werden, ob sie zur Versorgung der Bevölkerung auf Dauer erforderlich sind und auf welche Weise, insbesondere auch unter Berücksichtigung von Möglichkeiten der Zusammenarbeit und Aufgabenteilung mit anderen Krankenhäusern, sie ihren Versorgungsauftrag am besten erfüllen können.

Absatz 3 verpflichtet die Länder, ihre Bedarfsplanung für Krankenhäuser von länderübergreifender Bedeutung aufeinander abzustimmen, um überflüssige Investitionen zu vermeiden und eine gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung zu sichern. Dies ist von besonderer Bedeutung für Spezialkliniken oder Spezialabteilungen von Krankenhäusern, etwa zur Versorgung Querschnittgelähmter, Schwerstverbrannter oder Strahlenverletzter, und für Tumorzentren. Die Vorschrift wird insbesondere im Verhältnis von Stadtstaaten zu angrenzenden Flächenstaaten anzuwenden sein, aber auch für die übrigen aneinandergrenzenden Bundesländer.

Absatz 4 dient dem Ziel, durch stärkere Mitwirkung der wesentlich Betroffenen die Krankenhausversorgung besser auf den tatsächlichen Bedarf abzustimmen. Die weitgehende Beteiligung der unmittelbar Betroffenen am Planungsverfahren in Gestalt einer engen Zusammenarbeit (statt bloßer Anhörung nach geltendem Recht) folgt aus der fachlichen und finanziellen Mitverantwortung insbesondere von Krankenhäusern und Krankenkassen für eine leistungsfähige, bedarfsgerechte, wirtschaftliche und humane Krankenhausversorgung; sie entspricht der bereits in einer Reihe von Ländern geübten Praxis. Diese Beteiligung ist für die Krankenkassen zugleich die notwendige Ergänzung ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach § 371 RVO, Krankenhauspflege durch diejenigen Krankenhäuser zu gewähren, die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind. Die Letztverantwortung der Länder für die Bedarfsplanung wird dadurch nicht eingeschränkt. Abweichend von § 5 Abs. 2 in der Fassung des Gesetzesbeschlusses des Deutschen Bundestages vom 20. März 1980 (vgl. BR-Drucksache 164/80) ist die Art und Weise der engen Zusammenarbeit bei der Bedarfsplanung nicht mehr in allen Einzelheiten geregelt. Hierbei geht die Bundesregierung davon aus, daß die erforderlichen Unterlagen frühzeitig zur Verfügung gestellt werden und daß mit dem Ziele, eine einverständliche Lösung zu erreichen, zusammengearbeitet wird. Für die nicht im Gesetz genannten wesentlichen Beteiligten beläßt es Absatz 4 bei der Anhörungspflicht und bei der Bestimmung dieser Beteiligten durch die Länder. Hier werden insbesondere die Gewerkschaften und die Berufsverbände, die für die Vertretung der Interessen der im Krankenhaus Beschäftigten wesentliche Bedeutung haben, die Unfall- und Rentenversicherungsträger, die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern zu beteiligen sein.

Abweichend vom Inhalt des § 6 Abs. 3 in der Fassung des Gesetzesbeschlusses des Deutschen Bundestages vom 20. März 1980 (vgl. BR-Drucksache 164/80) wurde davon abgesehen, im neuen § 6 weitergehende inhaltliche Vorgaben für die Krankenhausbedarfsplanung aufzustellen. Zum einen war die Aufzählung in § 6 Abs. 3 der Bundestagsfassung nicht vollständig, zum anderen ist es ohnehin Aufgabe und Verpflichtung der Länder, alle sachdienlichen Erwägungen in die Bedarfsplanung einfließen zu lassen. Das gilt insbesondere für die Vielfalt der Krankenhausträger und die Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung, der Einrichtungen und Planungen der ambulanten und sonstigen gesundheitlichen Versorgung einschließlich der Pflegeeinrichtungen sowie der teilstationären Krankenhausleistungen und einer leistungsfähigen belegärztlichen Versorgung.

Zu Nummer 7: Einfügung eines § 6 a — Investitionsprogramme

Die Vorschrift regelt die Aufstellung der mehrjährigen Krankenhausbauprogramme (Absatz 1) und der Jahreskrankenhausbauprogramme (Absatz 2). Der Inhalt der Vorschrift entspricht im wesentlichen der Regelung, die bisher im § 6 mitenthalten war. Im In-

teresse einer besseren Übersicht wurde die Regelung über die Bauprogramme in einer besonderen Vorschrift zusammengefaßt. Absatz 3 regelt die Mitwirkung der wesentlich Beteiligten in Form der Anhörung. Absatz 4 entspricht dem bisherigen § 6 Abs. 4 und betrifft die Förderung von Schutzräumen in Krankenhäusern.

Zu Nummer 8: Änderung des § 7 — Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Es handelt sich um eine Folgeverordnung zu § 6 a, um sicherzustellen, daß der Bund-Länder-Ausschuß auch über die sich aus dieser Vorschrift ergebenden Aufgaben berät.

Zu Nummer 9: Änderung des § 8 — Voraussetzungen der Förderung

Die Streichung des bisherigen Satzes 2 in Absatz 1 bedeutet einen Verzicht auf die mißverständliche Regelung der sogenannten 100-Betten-Grenze (vgl. insbesondere die Begründung zur Neufassung des § 6). Der neue Satz 2 ist notwendig wegen der Einbeziehung der Ausbildungsstätten in die Investitionsförderung.

Die Neufassung des Absatzes 2 stellt klar, daß ein Ausgleich nicht nur bei der Nichtaufnahme, sondern auch beim Ausscheiden aus dem Krankenhausbedarfsplan zu bewilligen 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. Für den Umfang der Ausgleichszahlungen stellt die Vorschrift auf den bei Einstellung oder Umstellung entstehenden, zeitlich begrenzten Mittelbedarf ab. Die in Satz 1 genannten Voraussetzungen, insbesondere das Vorliegen einer unzumutbaren Härte, gelten auch im Rahmen der Beispielsfälle des Satzes 2. Abwicklungskosten nach Satz 2 Nr. 1 schließen auch Schadensersatzleistungen ein, soweit diese unumgänglich sind. Bei den in Satz 2 Nr. 2 angesprochenen angemessenen Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile des Krankenhauspersonals kann beispielsweise auf entsprechende Vereinbarungen über Sozialpläne zurückgegriffen werden. Satz 3 ermöglicht mit Zustimmung des Krankenhauses eine pauschale Abgeltung von Ausgleichsleistungen, um eine zügige und zugleich flexible Handhabung der Vorschrift zu erleichtern. Bei Beurteilung der Frage, ob eine unzumutbare Härte vorliegt, können auch die nach § 13 bestehenden Ausgleichsansprüche berücksichtigt werden, wenn dies nach Lage des Falles angezeigt ist.

Zu Nummer 10: Änderung des § 9 — Förderung der Errichtung von Krankenhäusern, der Wiederbeschaffung mittelfristiger Anlagegüter und des Ergänzungsbedarfs

Die Ergänzung des Satzes 2 in Absatz 1 stellt klar, daß in die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der zu fördernden Investitionsmaßnahmen auch die Folgekosten einzubeziehen sind. Dies gilt für Folgeinve-

stitutionen und für die über den Pflegesatz zu finanzierenden Folgekosten gleichermaßen. Die Errichtungskosten können angesichts der langen Nutzungsdauer (mehr als 15 Jahre) nur zusammen mit den Folgekosten zuverlässig auf ihre Wirtschaftlichkeit beurteilt werden. Die unterschiedliche Finanzierung der Errichtungskosten und des überwiegenden Teils der Folgekosten darf einer solchen einheitlichen Betrachtungsweise nicht entgegenstehen.

Absatz 2a ermöglicht mit Zustimmung des Krankenhauses eine pauschalierte Förderung von Errichtungsmaßnahmen. Die Vorschrift vereinfacht und beschleunigt das Bewilligungsverfahren und stärkt die Eigenverantwortlichkeit des Krankenhausträgers bei der sparsamen Verwendung der Fördermittel. Der Festbetrag kann durch eine auf die Kosten des Einzelfalles eingehende Einzelberechnung oder auch auf Grund pauschaler Kostenwerte ermittelt werden.

Absatz 2b Satz 1 stellt klar, daß Mehrkosten nur dann förderungsfähig sind, wenn sie für den Krankenhausträger unvorhergesehen und unabweisbar sind.

Die Änderung in Absatz 3 Satz 1 folgt aus der Einfügung der Absätze 2a und 2b, die Anfügung des Absatzes 5 aus der Neufassung des § 10 Abs. 1.

Zu Nummer 11: Änderung des § 10 — Pauschale Förderung

Der neu gefaßte Absatz 1 erweitert durch Satz 1 die Zweckbestimmung der pauschalen Fördermittel auf die Finanzierung von kleinen Baumaßnahmen und des kleinen Ersatzbedarfs an mittel- und langfristigen Anlagegütern. Der Verzicht auf die hierfür bisher notwendige Einzelbewilligung erweitert den eigenverantwortlichen Handlungsspielraum des Krankenhauses für den wirtschaftlichen Einsatz der Fördermittel und führt bei der Förderbehörde zu einer wesentlichen Verwaltungsvereinfachung. Satz 2 stellt klar, daß diese Investitionen auch dann aus den Pauschalmitteln zu finanzieren sind, wenn die Wertgrenze von 50 000 DM nach Beginn einer entsprechenden Maßnahme überschritten wird, obwohl vor Beginn der Maßnahme eine Einzelbewilligung nicht beantragt wurde. Von einer prozentualen Beschränkung bei der Verwendung der Pauschalen für kleine Baumaßnahmen wurde zwar abgesehen; jedoch soll damit nicht einer ungezügelten Ausgabe der pauschalen Fördermittel allein für Baumaßnahmen Vorschub geleistet werden mit der Folge, daß Mittel für den eigentlichen Verwendungszweck — die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter — nicht mehr zur Verfügung stehen.

Nach Absatz 2 werden die Pauschalbeträge je Planbett nicht mehr nach einer an der Gesamtbettzahl orientierten Größenklasse des Krankenhauses und dem Jahr seiner Inbetriebnahme gestaffelt, sondern nach seiner Aufgabe entsprechend der Zuordnung zu einer von vier Versorgungsstufen im Bedarfsplan. Dies trägt den tatsächlich erforderlichen Aufwendungen des Krankenhauses besser Rechnung. Grundlage für die Bemessung der Höhe der neuen Pauschalbeträge bildet ein gewogener Mittelwert

der bisherigen tatsächlichen Zahlungen. Dabei wurde eine Anpassung an die Kostenentwicklung der damit zu finanzierenden Wirtschaftsgüter sowie eine Erhöhung im Hinblick auf die Erweiterung des Verwendungszwecks der Pauschalmittel berücksichtigt. Satz 3 stellt klar, daß auch die pauschalen Fördermittel nur zur Erfüllung der im Krankenhausbedarfsplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses verwendet werden dürfen.

Die Änderungen der Absätze 3 und 5 folgen aus der Neufassung des Absatzes 2.

Zu Nummer 12: Einfügung eines § 11 a — Anschaffung oder Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte

Die Vorschrift soll sicherstellen, daß die Anschaffung oder die Nutzung nach § 11 von medizinisch-technischen Großgeräten zwischen benachbarten Krankenhäusern abgestimmt wird. Hierdurch soll einmal die Anschaffung überflüssiger Geräte verhindert und zum anderen ein möglichst wirtschaftlicher Einsatz der Geräte erreicht werden. Die Abstimmungspflicht erstreckt sich daher in erster Linie auf solche Geräte, die das einzelne Krankenhaus allein nicht voll auslasten kann. Soweit im Bedarfsplan bereits über die Notwendigkeit derartiger Geräte eine Regelung getroffen ist, bedarf es der Abstimmung nicht.

Wegen der Nichtbeachtung der Abstimmungspflichtung vgl. § 17 Abs. 3 Satz 2.

Zu Nummer 13: Änderung des § 12 — Förderung bei Aufnahme von Darlehen

Die Anfügung des Satzes 3 im Absatz 1 regelt, wie zu verfahren ist, wenn ein bereits bestehendes Krankenhaus nachträglich in den Bedarfsplan aufgenommen wird; der Stichtag in diesen Fällen ist der Zeitpunkt der Aufnahme in den Plan. Satz 1 zieht ferner die Folgerungen aus der Einbeziehung der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten in die Investitionsförderung.

Die Änderung des Absatzes 2 Satz 2 sowie die Anfügung des Absatzes 4 dienen der Klarstellung, um die Abwicklung bei Ausscheiden eines Krankenhauses aus dem Krankenhausbedarfsplan zu erleichtern.

Zu Nummer 14: Änderung des § 13 — Ausgleich für Eigenmittel

Die Änderung im Absatz 1 soll verhindern, daß das Krankenhaus einseitig durch Verzicht auf die Fördermittel den Anspruch auf die Ausgleichszahlungen auslösen kann.

Die Streichung des Absatzes 3 folgt aus der Änderung des § 8 Abs. 2; sie erscheint im Verhältnis der beiden Ansprüche zueinander sachgerecht.

Zu Nummer 15: Änderung des § 14 — Nebenbestimmungen bei der Bewilligung von Fördermitteln

Die Änderungen im Satz 1 dienen zum einen der Anpassung an den Sprachgebrauch des Verwaltungsverfahrensgesetzes, zum anderen ermöglichen sie eine flexiblere Gestaltung der Bewilligungsbe-

scheide über die Fördermittel, um dem Zweck des Gesetzes besser gerecht werden zu können. Der neu eingefügte Satz 2 regelt die Übertragung von Aufgaben der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens auf die Krankenhäuser; dabei ist die Finanzierung der notwendigen Investitionskosten und auch der laufenden Kosten sicherzustellen; die Versorgung der Patienten darf nicht beeinträchtigt werden. Satz 3 entspricht dem bisherigen Satz 2.

Zu Nummer 16: Änderung des § 15 — Sicherung der Zweckbindung

Der jetzt verwendete Begriff „Anlagegüter“ ist präziser als der bisherige Begriff „Krankenhausanlage“.

Zu Nummer 17: Änderung des § 17 — Grundsätze für die Pflegesatzregelung

Durch die Änderung in Absatz 1 wird die besondere Bedeutung der Pflegesatzgestaltung betont, insbesondere die Notwendigkeit, Anreize für eine wirtschaftliche Erbringung der Krankenhausleistungen zu schaffen.

Die Ergänzung des Absatzes 3 enthält die notwendige Folgeregelung zur Einfügung des § 11 a. Falls ein Krankenhaus entgegen dieser Vorschrift die Anschaffung oder Miete medizinisch-technischer Großgeräte nicht mit den benachbarten Krankenhäusern abstimmt und hierdurch einen unwirtschaftlichen Einsatz der Geräte in Kauf nimmt, können diese Kosten im Pflegesatz nicht berücksichtigt werden. Das gilt auch für die Fälle, daß Großgeräte entgegen einer Zuordnung im Krankenhausbedarfsplan betrieben werden.

Der neu eingefügte Absatz 4 a regelt die Übernahme der laufenden Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten in die Pflegesätze. Hierzu ist die Bundesregierung der Auffassung, daß eigentlich nur diejenigen Kosten zu übernehmen wären, die durch den praktischen Teil der Ausbildung entstehen, und außerdem die Kosten der Ausbildungsvergütung.

Nicht übernommen werden dürften die Kosten der theoretischen Ausbildung, die als schulische Personal- und Sachkosten von den Ländern ebenso zu tragen sind wie die Berufsschulkosten anderer Ausbildungsgänge. Da jedoch eine entsprechende Anschlußfinanzierung der Länder zum 1. Januar 1982 nicht sichergestellt ist, schlägt die Bundesregierung vor, diese Kosten für eine Übergangszeit von zwei Jahren ebenfalls über die Pflegesätze zu finanzieren.

Um eine gerechte Verteilung der durch die Ausbildungsstätten entstehenden Belastungen zu erreichen, werden die Länder ermächtigt, zwischen den Krankenhäusern mit und ohne Ausbildungsstätten einen Belastungsausgleich herbeizuführen.

Durch die Ergänzung des Absatzes 5 wird erreicht, daß neben den Sozialleistungsträgern auch andere öffentliche Kostenträger, beispielsweise die zur Gewährung von Heilfürsorge verpflichteten Stellen bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zivildienst und

Polizeien der Länder, in die Schutzwirkung dieser Vorschrift einbezogen werden.

Zu Nummer 18: Änderung des § 18 — Pflegesatzverfahren

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 unpraktisch 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 § 17 enthaltenen Grundsätzen für die Bemessung entsprechen. Diese Prüfung umfaßt auch die Frage, ob bei der Vereinbarung der Grundsatz der Selbstkostendeckung (§ 4 Abs. 1) 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. Die Festsetzung des Pflegesatzes durch die zuständige Landesbehörde ist ein Verwaltungsakt, der nach den allgemeinen Vorschriften der verwaltungsgerichtlichen Nachprüfung unterliegt.

Absatz 5 normiert erstmals den Grundsatz, daß die Pflegesätze nur für künftige Zeiträume vereinbart, genehmigt oder festgesetzt werden sollen. Hierdurch soll erreicht werden, daß die Krankenhäuser die in den Pflegesatzverhandlungen festgesetzten Vorgaben auch tatsächlich einhalten können. Bei einer rückwirkenden Regelung der Pflegesätze blieben derartige Vorgaben in aller Regel ohne Auswirkungen. Die erforderliche Konkretisierung der Nichtrückwirkung der Pflegesätze und die ergänzenden Regelungen über den Gewinn- und Verlustausgleich sind in der Bundespflegesatzverordnung zu treffen.

Darüber hinaus regelt Absatz 5 die Bekanntgabe und die Rechtswirkungen der genehmigten oder festgesetzten Pflegesätze. Die Bekanntgabe auch an den Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung trägt dessen Interesse an der Pflegesatzregelung Rechnung; deshalb wurde diesem Ausschuß auch im Absatz 1 ein Anhörungsrecht eingeräumt.

Zu Nummer 19: Änderung des § 19 — Empfehlungen

Die Vorschrift sieht in Absatz 1 vor, daß die Bundesverbände der Krankenhausträger und der Kranken-

kassen gemeinsam Empfehlungen über allgemeine Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser erarbeiten mit dem Ziel, in Selbstverwaltung der unmittelbar Beteiligten sachgerechte Kriterien für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern zu finden. Hierbei ist der medizinische Fortschritt, insbesondere auch in der ärztlichen und pflegerischen Betreuung, sowie der Fortschritt in Technik und Verwaltung zu beachten; soweit erforderlich, sind Sachverständige heranzuziehen. Die Bundesverbände werden diese Aufgaben als Selbstverwaltungsaufgaben wahrnehmen; eine Erstattung des Verwaltungsaufwandes durch die öffentliche Hand ist nicht vorgesehen. Durch Satz 2 wird sichergestellt, daß bei den Empfehlungen der Selbstverwaltung auch eine Beteiligung der staatlichen Ebene in Gestalt des Bund-Länder-Ausschusses und eine Beteiligung des Beirats nach § 7 erfolgt; ferner sind die Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, die sich auf die Erhöhung der Effektivität und Effizienz sowie die Rationalisierung im Gesundheitswesen beziehen (§ 405 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RVO) zu berücksichtigen.

Absatz 2 sieht vor, daß bei entsprechenden Vereinbarungen der Verbände der Krankenhäuser und der Krankenkassen auf der Landesebene die Empfehlungen der Bundesebene angemessen zu berücksichtigen sind.

Absatz 3 regelt in Satz 1 die Mitwirkung der Gewerkschaften und der wesentlich beteiligten Berufsverbände der im Krankenhaus Beschäftigten sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung am Zustandekommen der Empfehlungen und Vereinbarungen. Nach Satz 2 ist der Inhalt der Empfehlungen so flexibel zu gestalten, daß den besonderen Verhältnissen des einzelnen Krankenhauses bei der Vereinbarung und Festsetzung der Pflegesätze Rechnung getragen werden kann.

Zu Nummer 20: Änderung des § 22 — Finanzierungsplafond

Die Änderung berücksichtigt die Fortschreibung der Plafondmittel für die Jahre 1980 bis 1982 entsprechend der gesetzlichen Anpassungspflicht.

Zu Nummer 21: Änderung des § 23 — Verteilung der Finanzhilfen

Die Einfügung des Wortes „Überversorgung“ soll es ermöglichen, die Modellmittel des § 23 Abs. 2 entsprechend der zwischenzeitlich veränderten Bedarfssituation auch zum Abbau von Überkapazitäten einzusetzen.

Zu Nummer 22: Änderung des § 27 — Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen

Die Vorschrift ermöglicht eine bundeseinheitliche Anwendung des § 10 Abs. 2. Eine Abgrenzung der Versorgungsstufen nach § 10 Abs. 3 durch Rechtsverordnung ist notwendig, um die pauschalen Fördermittel nach dieser Vorschrift sachgerecht und gleichmäßig einzusetzen.

Zu Nummer 23: Änderung des § 28 — Auskunftspflicht und Statistik

Die Einfügung des Absatzes 3 soll sicherstellen, daß die im Krankenhauswesen zu ermittelnden Daten auch im Wege einer Bundesstatistik erhoben werden können. Die näheren Einzelheiten dieser Statistik, die durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates geregelt werden sollen, bedürfen noch eingehender Prüfung und Klärung, auch in dem von der Bundesregierung eingesetzten Abteilungsleiterausschuß Statistik.

Zu Nummer 24: Einfügung eines § 29 — Übergangsvorschrift für die Förderung und die Zuordnung zu Versorgungsstufen

Absatz 1 enthält eine Übergangsregelung für die Investitionsförderung der Ausbildungsstätten bis zur Aufnahme in den Bedarfsplan.

Absatz 2 stellt klar, daß die Neuregelung des § 10 Abs. 1 Nr. 2 — Zulässigkeit der Verwendung der Pauschalmittel für kleine Baumaßnahmen und den kleinen Ersatzbedarf für mittel- und langfristige Anlagegüter — nur für solche Vorhaben Anwendung findet, mit denen nach Inkrafttreten der Novellierung begonnen wird.

Absatz 3 soll eine Weiterzahlung der Pauschalen bis zur Neueinteilung der Krankenhäuser in die Versorgungsstufen des § 10 Abs. 2 ermöglichen.

Zu Nummer 25: Änderung des § 30 — Übergangsvorschrift für das Pflegesatzverfahren

Die Übergangsregelung stellt sicher, daß das bisher geltende Pflegesatzverfahren auch nach Inkrafttreten der Novellierung des KHG bis zur Neufassung der Bundespflegesatzverordnung weitergilt.

Zu Artikel 2: Änderung der Reichsversicherungsordnung

Zu Nummer 1: Änderung des § 184

Redaktionelle Anpassung des § 184 an § 371 RVO.

Zu Nummer 2: Änderung des § 185

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

Zu Nummer 3: Änderung des § 185 b

§ 185 b Abs. 3 schreibt vor, daß die Krankenkasse Haushaltshilfe auch in den Fällen erbringen kann, in denen der Kranke zu Hause ist, aber wegen Krankheit oder Entbindung den Haushalt vorübergehend nicht weiterführen kann. Unter welchen Bedingungen und für welchen Zeitraum Haushaltshilfe geleistet wird, ist in der Satzung festzulegen. Als Bedingungen dafür kommen z. B. in Betracht: Schwere der Erkrankung, Zahl und Alter der zu versorgenden Kinder, Vermeidung der Einweisung des Kranken in ein Krankenhaus, besondere familiäre Belastungen. Da die Kasse die Anspruchsvoraussetzungen selbst bestimmt, kann sie auch ihre finanziellen Möglichkeiten berücksichtigen.

Zu Nummer 4: Änderung des § 371

Durch den in § 371 eingefügten neuen Absatz 3 soll bestimmten Krankenhäusern, die nicht in die Krankenhausbedarfspläne aufgenommen worden sind, die sich aber gegenüber den Krankenkassen zur Erbringung von Krankenhauspflege bereit erklärt haben, ein Bestands- und Vertrauensschutz eingeräumt werden.

Bestandsschutz in diesem Zusammenhang bedeutet, daß Krankenhäuser, die bereits bei Inkrafttreten des KHG im Jahre 1972 betrieben worden sind, zwischenzeitlich keine wesentlichen Änderungen erfahren haben (vgl. Nummer 1) und für die letzten Jahre das Kriterium der Gemeinnützigkeit erfüllen (vgl. Nummer 2), auch weiterhin für die in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten Krankenhauspflege erbringen können. Voraussetzung ist allerdings, daß die Krankenhäuser eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenpflege anbieten; denn es kann nicht Sinn des Bestandsschutzes sein, unwirtschaftliche Krankenhäuser zu erhalten.

Liegen die genannten Voraussetzungen vor, so kann ein Vertrag des Krankenhauses mit den Kassen künftig nicht mit der Begründung abgelehnt oder gekündigt werden, die Ziele des Krankenhausbedarfsplans seien gefährdet.

Die Vorschrift entspricht in ihrem wesentlichen Inhalt einer Empfehlung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, die er im Dezember 1977 im Interesse einer einheitlichen Durchführung des damals neu gefaßten § 371 RVO herausgegeben hat. Eine entsprechende Regelung war auch vom Deutschen Bundestag im Zusammenhang mit der im vergangenen Jahr gescheiterten Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beschlossen worden; sie wurde damals insbesondere zum Schutz kleiner Krankenhäuser von allen Fraktionen befürwortet (vgl. BT-Drucksache 8/3758, S. 10, 11).

Zu Nummer 5: Änderung des § 372

Absatz 1 des neu gefaßten § 372 RVO verpflichtet die genannten Vertragspartner, zur Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei Erbringung der Krankenhauspflege Verträge abzuschließen. Die Regelung läßt zu, daß auf seiten der Krankenkassen die im Lande bestehenden Landesverbände gemein-

sam mit den Ersatzkassenverbänden und der Bundesknappschaft die Verträge schließen, so daß für alle Kassenarten einheitlich geltende Vertragsbestimmungen geschaffen werden können. Die Regelung geht im übrigen davon aus, daß auch auf seiten der Krankenhäuser Verträge in der Regel durch die sie vertretende Vereinigung im Lande, d. h. die Landeskrankenhausgesellschaft, abgeschlossen werden. Gemeinsame Verträge liegen schon deshalb nahe, weil auch die Pflegesätze einheitlich für alle Krankenhauspatienten bzw. ihre Kostenträger vereinbart oder festgesetzt werden.

Absatz 2 nennt den verpflichtenden Mindestinhalt der Verträge. Nummer 1 entspricht dem bisherigen § 372 Satz 1 RVO. Nummer 2 erstreckt den Vertragsinhalt auf Aufgabenstellung und Tätigkeit der Sozialdienste. Solche Dienste sollen für die soziale Betreuung und Beratung der Patienten sorgen, darauf hinwirken, daß der Patient ihm zustehende Sozialleistungen erhält, und insbesondere auch die weitere Betreuung im Anschluß an die Krankenhausbehandlung sicherstellen. Der Sicherung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei der Erbringung von Krankenhauspflege im Einzelfall dient der Abschluß von Prüfvereinbarungen nach Nummer 3, wie sie ähnlich auch im Bereich der ambulanten kassenärztlichen Versorgung vorgeschrieben sind. Anders als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Rahmen der Pflegesatzfestsetzung nach § 16 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung geht es hier nicht um die Wirtschaftlichkeit des gesamten Krankenhauses, sondern vielmehr um die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 182 Abs. 2 RVO im einzelnen Behandlungsfall.

Absatz 3 überträgt den Regelungsgehalt der im Interesse der Behinderten im Bereich der ambulanten kassenärztlichen Versorgung bereits bestehenden Vorschriften des § 368 s RVO auch auf die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern und schreibt auch für die Mitteilung von Behinderungen in diesem Bereich Verträge vor. Wie auch beim Vertrag nach § 368 s RVO haben die Vertragspartner bei ihren Vereinbarungen den Schweigepflichten, insbesondere der Ärzte, sowie den Erfordernissen des Datenschutzes Rechnung zu tragen.

In Absatz 4 wird die bisher im § 372 Satz 2 RVO getroffene Regelung über zeitlich begrenzte vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen übernommen. Eine inhaltliche Änderung ist nicht beabsichtigt. Dies bedeutet, daß vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung nur im Zusammenhang mit kassenärztlich verordneter Krankenhauspflege zulässig sind (§ 184 i. V. m. § 368 Abs. 2 RVO); durch die neue Formulierung „auf Einweisung durch einen Kassenarzt“ (in das Krankenhaus) soll das gegenüber der bisherigen Fassung verdeutlicht werden.

Absatz 5 sieht eine Verpflichtung zum Abschluß dreiseitiger Verträge zwischen Landesverbänden der Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft über die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenhäusern vor. Dadurch soll die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung verbessert werden.

Absatz 6 entspricht dem bisherigen § 372 Satz 3 RVO; er enthält eine organisatorische Regelung für den Bereich der Betriebskrankenkassen.

Die Rahmenempfehlungen der Spitzenorganisationen auf der Bundesebene nach Absatz 7 sollen, soweit dies möglich und zweckmäßig ist, der Einheitlichkeit der auf der Landesebene nach § 372 Abs. 1 bis 4 RVO zu schließenden Verträge dienen.

Zu Nummer 6: Einfügung der §§ 373, 374

Der neu geschaffene § 373 RVO verpflichtet die Vertragspartner des § 372 RVO auf Landesebene zur Errichtung eines oder — wenn dies durch die Verhältnisse geboten ist — mehrerer paritätisch besetzter Prüfungsausschüsse, die entsprechend den nach § 372 Abs. 2 Nr. 3 RVO zu vereinbarenden Prüfungsverfahren die Wirtschaftlichkeitsüberwachung in Einzelfällen durchzuführen haben. Vertragspartner für die Errichtung solcher Prüfungsausschüsse ist auf Seiten der Krankenhäuser im Lande aus Gründen der organisatorischen Vereinfachung nur die zuständige Krankenhausvereinigung, d. h. die Landeskrankehausgesellschaft. Die Vorschrift legt den institutionellen Rahmen (Absatz 1), die Aufgabenstellung und die Prüfungsbefugnisse (Absatz 2) sowie den Umfang der Prüfungsfolgen (Absatz 3) nur allgemein fest; Einzelheiten, wozu auch das Verfahren vor den Ausschüssen gehört, werden von den Vertragspartnern zu vereinbaren sein. Dazu gehört auch die Ausgestaltung des Inhalts der Feststellungen und der möglichen Empfehlungen der Ausschüsse nach Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3. Es dürfte sachdienlich sein, daß auch den Fachkräften des betroffenen Krankenhauses, insbesondere den Ärzten, Pflegekräften und der Verwaltung, Gelegenheit gegeben wird, zur Sachaufklärung im Einzelfall beizutragen. Da anders als beispielsweise im Kassenarztrecht für die Tätigkeit des Kassenarztes die Vorschrift eine unmittelbare finanzielle Sanktion (z. B. Regreß) bei Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht vorsieht, sollen die Empfehlungen nach Absatz 3 dazu beitragen, daß die als unwirtschaftlich festgestellten Vorgänge und Verfahren abgestellt werden können. Die Vorschrift schließt dabei die Möglichkeit ein, daß darüber besondere Vereinbarungen zwischen den Beteiligten geschlossen werden.

§ 374 RVO enthält eine Regelung über ein Schiedsverfahren, welches durch eine Schiedsstelle für den Fall durchgeführt wird, daß die in den Vorschriften der §§ 372, 373 RVO vorgeschlagenen Verträge nicht zustande kommen. Die Einrichtung der Schiedsstelle und Einzelheiten des Schiedsverfahrens sind ebenfalls Gegenstand einer Vereinbarung. Nur für den Fall, daß insoweit Regelungen nicht zustande kommen, ist eine ersatzweise Einrichtung durch staatlichen Rechtssetzungsakt vorgesehen.

Zu Nummer 7: Änderung des § 405 a

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 ge-

setzlichen Krankenversicherung wären die Orientierungsdaten der konzertierten Aktion unvollständig. Die Empfehlungen zum Krankenhausbereich richten sich daher an alle für die wirtschaftliche Erbringung von Krankenhauspflege Verantwortlichen, an die Krankenhausträger, an die Länder, an die Krankenkassen, an die Ärzte und alle im Krankenhaus Tätigen, durch gemeinsame Anstrengungen den Ausgabenanstieg für Krankenhauspflege insgesamt im Rahmen der Beitragsentwicklung und der Empfehlungen der konzertierten Aktion zu halten.

Die Festsetzung der Pflegesätze des einzelnen Krankenhauses nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung unter Beachtung des Selbstkostendeckungsprinzips werden von den Empfehlungen nicht unmittelbar berührt. Die Empfehlungen bedeuten also keine unmittelbar wirkende Bindung für die Bemessung des Pflegesatzes des einzelnen Krankenhauses. Dem einzelnen Krankenhaus, das sich im Rahmen seiner im Krankenhausbedarfsplan bestimmten Aufgaben hält, sind die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Kosten im Einzelfall auch über die Zuwachsraten der Empfehlungen hinaus zu erstatten, wenn trotz aller Bemühungen der Kostenanstieg nicht in den Grenzen der Empfehlungen gehalten werden kann. Denn es ist selbstverständlich, daß es keine Empfehlungen für die Veränderung des Pflegesatzes eines einzelnen Krankenhauses gibt. Die Empfehlungen der konzertierten Aktion stellen also das Selbstkostendeckungsprinzip des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht in Frage; im Konfliktsfall geht der Selbstkostendeckungsgrundsatz vor. Die Empfehlungen über die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich beeinträchtigen auch — entgegen einer gelegentlich geäußerten Auffassung — nicht die Tarifautonomie der Sozialpartner beim Abschluß von Tarifverträgen mit Auswirkung auf den Krankenhausbereich. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Tarifansprüche der im Krankenhaus Beschäftigten unabhängig von den Empfehlungen der konzertierten Aktion zu erfüllen und die den Krankenhäusern dadurch entstehenden Aufwendungen über die Pflegesätze abzudecken sind; die Empfehlungen enthalten keine Vorgaben für Tarifverhandlungen.

Zu Nummer 8: Änderung des § 525 c

Folgeregelung aufgrund der neuen Vorschriften der §§ 372 bis 374 RVO.

Zu Artikel 3 Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Folgeregelungen zu Artikel 2 Nr. 1 und 2 sowie Nr. 5 und 6.

Zu Artikel 4: Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes

Folgeregelungen zu Artikel 2 Nr. 5 und 6.

Zu Artikel 5: Änderung des Gesetzes über die Zahnheilkunde

Die Ermächtigung zum Erlass einer Gebührenordnung für zahnärztliche Leistungen wird dem Wortlaut des § 11 der Bundesärzteordnung angepaßt; in § 11 der Bundesärzteordnung ist die Ermächtigung zum Erlass einer Gebührenordnung für ärztliche Leistungen enthalten. Die Neufassung trägt dem Konkretisierungsgebot des Artikels 80 GG besser Rechnung.

Zu Artikel 6: Aufhebung des Halbierungserlasses, Übergangsregelung

Die Aufhebung des Halbierungserlasses in Absatz 1 entspricht einer seit langem von verschiedenen Seiten, vor allem seitens der Psychiatrie erhobenen Forderung, um die sozialversicherungsrechtliche Gleichbehandlung der psychisch Kranken und der somatisch Kranken herzustellen.

Es ist möglich, daß es im Zusammenhang mit der Aufhebung des Halbierungserlasses — sei es schon vorher in Erwartung einer solchen Regelung, sei es infolge ihres Inkrafttretens oder durch Kündigung bestehender Ersatz- oder Teilungsabkommen — zu rechtlichen Unsicherheiten bei der Krankenhausbehandlung psychisch Kranker kommt. Absatz 2 stellt deshalb für die Fälle, in denen jemand wegen einer psychischen Erkrankung bei Inkrafttreten des Gesetzes in einem Krankenhaus behandelt wird, sicher, daß Meinungsverschiedenheiten über die Leistungszuständigkeit nicht zu einer Verzögerung bei der Leistungserbringung zu Lasten des Versicherten führen. Dies gilt sowohl dann, wenn die Meinungsverschiedenheiten schon vor der Aufhebung des Halbierungserlasses entstanden waren, als auch in Fällen, in denen die Leistungszuständigkeit erst nach der Aufhebung streitig wird. Die Vorleistungsverpflichtung entsteht mit dem Streitigwerden der Kostenträgerschaft, frühestens aber mit der Aufhebung des Halbierungserlasses und besteht so lange, bis die Frage zwischen beiden Leistungsträgern geklärt ist. Wegen der während dieses Zeitraums zu erbringenden Leistungen darf der überörtliche Träger der Sozialhilfe weder bei dem Versicherten selbst

noch bei den nach bürgerlichem Recht Unterhaltspflichtigen Rückgriff nehmen.

Absatz 3 stellt eine bereits heute zwischen Krankenkasse und Krankenhaus bestehende Auskunftspflicht klar, die sich auf die Erforderlichkeit der Krankenhauspflege aller stationär untergebrachten Versicherten erstreckt. Dieses soll auch für den in Absatz 2 geregelten Fall gelten.

Zu Artikel 7: Neubekanntmachung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Im Hinblick auf die zahlreichen Änderungen, die das Krankenhausfinanzierungsgesetz zwischenzeitlich erfahren hat, empfiehlt sich eine Neubekanntmachung der jetzt geltenden Fassung.

Zu Artikel 8: Berlin-Klausel

Die Vorschrift enthält die übliche Berlin-Klausel.

C. Finanzielle Auswirkungen

Der Gesetzentwurf hat mit Ausnahme der Artikel 1 und 6 keine unmittelbaren finanziellen Auswirkungen auf die Haushalte des Bundes, der Länder und Gemeinden sowie der Sozialleistungsträger.

- I. Die Neuregelungen zum KHG in Artikel 1 haben gegenüber dem bisherigen Recht für die öffentliche Hand im Ergebnis bis Ende 1983 keine Mehrbelastungen zur Folge. Die bisherige Aufteilung der Finanzierungskosten für Krankenhäuser auf die öffentliche Hand einerseits und die Krankenhauspatienten bzw. ihre Kostenträger andererseits bleibt erhalten und wird auf die mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten erstreckt. Auch der Finanzierungsanteil des Bundes an den Investitionskosten bewegt sich im bisherigen Rahmen.
1. Durch die Neubemessung der pauschalen Förderbeträge nach § 10 KHG treten bei gleichzeitigem Unterlassen der nach geltendem Recht zum 1. Oktober 1980 vorgeschriebenen Anpassung der Pauschalen an die Kostenentwicklung folgende Mehr- bzw. Minderausgaben in den Jahren 1980 bis 1985 ein:

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	insgesamt
	in Millionen DM						
Länder	-20,0	- 83,3	+53,3	-16,7	+56,7	-23,3	-33,3
Bund	-10,0	- 41,7	+26,7	- 8,3	+28,3	-11,7	-16,7
insgesamt	-30,0	-125,0	+80,0	-25,0	+85,0	-35,0	-50,0

Der für 1984 geschätzte Mehraufwand tritt jedoch nur ein, wenn das bestehende Bettenangebot unverändert bleibt. Schon bei einem Abbau von 10 000 Betten würden sich die Aufwendungen für pauschale Fördermittel nach § 10 KHG um etwa 25 Millionen DM jährlich verringern. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß durch die Ausweitung des Verwendungs-

zwecks der pauschalen Fördermittel auf die Finanzierung kleiner Baumaßnahmen und des kleinen Ersatzbedarfs für mittel- und langfristige Anlagegüter sich in entsprechendem Umfang bisherige Aufwendungen nach § 9 KHG vermindern. Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehr- bzw. Minderausgaben werden bei Auf-

stellung des Haushaltsentwurfs für 1982 und bei Fortschreibung des Finanzplans berücksichtigt.

2. Durch die Einbeziehung der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten in die Investitionsförderung wird die öffentliche Hand ab 1982 mit etwa 40 Millionen DM jährlich belastet. Insoweit wurde von einer Änderung der §§ 10 und 22 abgesehen, um der Diskussion zwischen Bund und Ländern über die Neuregelung der gemeinschaftlichen Finanzierung bestimmter Aufgaben von gemeinsamem Interesse nicht vorzugreifen.

Die laufenden Kosten der Ausbildungsstätten einschließlich der Ausbildungsvergütung in Höhe von insgesamt etwa 935 Millionen DM jährlich werden bis Ende 1983 in vollem Umfang weiterhin über den Pflegesatz finanziert. Für die Zeit ab 1984 geht der Entwurf davon aus, daß die auf den theoretischen Teil der Ausbildung entfallenden Kosten in Höhe von etwa 135 Millionen DM jährlich außerhalb des KHG von den Ländern getragen werden.

3. Soweit aufgrund der Neuregelung des § 8 Abs. 2 KHG diese Vorschrift in der Praxis künftig öfter angewandt und mit ihrer Hilfe nicht bedarfsgerechte Krankenhauskapazitäten abgebaut werden, wird der Mehraufwand an Ausgleichsleistungen durch die Verringe-

rung der Aufwendungen für entsprechende Fördermittel in der Folgezeit ausgeglichen. Geringfügige Mehraufwendungen zum Ausgleich der „alten Last“ aufgrund der Änderung des § 12 KHG dürften kaum ins Gewicht fallen.

- II. Die Aufhebung des Halbierungserlasses wird im Hinblick auf die zunehmend verbesserten Behandlungsmöglichkeiten für psychisch Kranke zu einer Verlagerung der Kosten auf die gesetzliche Krankenversicherung führen. Das Ausmaß dieser Mehrbelastung läßt sich nicht quantifizieren.

Insgesamt ist zu erwarten, daß der Entwurf vor allem durch einen verstärkten und beschleunigten Abbau nicht bedarfsgerechter Betten zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung in der Krankenhausversorgung führt. Bei der öffentlichen Investitionsförderung ist deshalb trotz Einbeziehung der Ausbildungsstätten mittelfristig nicht mit wesentlich höheren Mehraufwendungen als nach geltendem Recht zu rechnen. Bei den Ausgaben für Krankenhauspflege wird der Entwurf dazu beitragen, die Aufwendungen der Sozialleistungsträger im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und der Einkommensentwicklung der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung zu halten.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

1. Zum Gesetzentwurf

Der Bundesrat geht davon aus, daß die Krankenhausfinanzierung in die Überlegungen zur Entflechtung der Aufgaben von Bund und Ländern einzubeziehen ist. Er verweist darauf, daß entsprechende Vorschläge derzeit im Rahmen einer von den Regierungschefs des Bundes und der Länder eingesetzten Arbeitsgruppe erarbeitet werden. Der Bundesrat kann sich daher an der von der Bundesregierung unabhängig von dieser Zielsetzung eingeleiteten Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur unter dem Vorbehalt beteiligen, daß die Bestrebungen zum Abbau der Mischfinanzierung mit entsprechendem finanziellen Ausgleich im Krankenhausbereich hierdurch nicht beeinträchtigt werden.

2. Zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 2 KHG),
 Nr. 5 Buchstabe b (§ 4 Abs. 3 KHG),
 Nr. 9 Buchstabe a (§ 8 Abs. 1 KHG),
 Nr. 13 Buchstabe a (§ 12 Abs. 1 KHG),
 Nr. 24 (§ 29 Abs. 1 KHG)

Artikel 1 Nr. 3 ist zu streichen.

Als Folge hiervon sind in Artikel 1

- Nummer 5 Buchstabe b zu streichen,
- Nummer 9 Buchstabe a wie folgt zu fassen:
 „a) In Absatz 1 wird Satz 2 gestrichen.“,
- in Nummer 13 Buchstabe a die Worte „und die in § 2 Nr. 3 Buchstabe e genannten Ausbildungsstätten“ zu streichen.
- in Nummer 24 der § 29 Abs. 1 zu streichen.

Begründung

Die mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten sind bisher in die gemeinsame Förderung der Investitionskosten von Krankenhäusern nicht einbezogen. Eine Herausnahme dieser Förderung aus der Mischfinanzierung von Bund und Ländern wird angestrebt. Es besteht keine Notwendigkeit, zu diesem Zeitpunkt die derzeitige Mischfinanzierung auf weitere Bereiche auszudehnen und damit den zukünftigen Entscheidungen der Länder vorzugreifen.

Da zusätzliche Finanzmittel nicht zur Verfügung stehen, führt die Einbeziehung der Ausbildungsstätten zu einer Verringerung der Förderungsmöglichkeiten für die Krankenhäuser.

3. Zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe a (§ 4 Abs. 2 KHG)

In Artikel 1 Nr. 5 ist Buchstabe a zu streichen

Begründung

Die jetzige Regelung, wonach Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstücks- und Erschließungskosten nur gefördert werden, wenn ohne eine solche Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre, erscheint weiterhin ausreichend. Sie stellt zu Recht auch auf die wirtschaftliche Situation des Krankenhausträgers ab. Würde man nunmehr auf die finanzielle Situation des Krankenhauses abstellen, müßten diese Kosten wohl immer gefördert werden, da nicht ersichtlich ist, aus welchen Erträgen das Krankenhaus diese Kosten abdecken soll. Auf die öffentliche Hand kämen damit erhebliche zusätzliche Lasten zu. Dies kann nicht als Beitrag zur Kostendämpfung verstanden werden.

4. Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 6 Abs. 2 Sätze 2 und 3 KHG)

In § 6 Abs. 2 sind die Sätze 2 und 3 durch folgenden Satz zu ersetzen:

„In die Bedarfspläne sind auch die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nr. 1 und 4 genannten Krankenhäuser einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen.“

Begründung

Die Bedeutung der jetzigen Regelung in Satz 3, wonach bei Hochschulkliniken, „der sich aus Forschung und Lehre ergebende Bettenbedarf zu berücksichtigen“ sei, ist unklar und deckt sich nicht mit der Begründung zu dieser Vorschrift. In Übereinstimmung mit dieser Begründung kann nur auf den „der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienenden Bedarf abgestellt werden“.

5. Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 6 Abs. 2 Satz 3 zweiter Halbsatz KHG)

In § 6 Abs. 2 ist an den neuen Satz 2*) folgender Halbsatz anzufügen:

*) s. Ziffer 4

„; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen.“

Begründung

Die Aufgaben aus Forschung und Lehre sind kein Kriterium für die Errechnung des Bettenbedarfs; hierfür ist vielmehr allein maßgebend, zur Versorgung der Bevölkerung in genügender Zahl geeignete Krankenhäuser vorzuhalten.

6. Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 6 Abs. 2 Satz 4 KHG)

In § 6 Abs. 2 Satz 4 sind die Worte „mit ihrer Zustimmung“ zu streichen.

Begründung

Die „besonderen Aufgaben“, die einem einzelnen Krankenhaus zugeordnet werden können, sind äußerst vielfältig. Sie betreffen wesentliche und umfassende Teile des Krankenhausbedarfsplans. Es ist mit dem Wesen dieser Bedarfsplanung und der Planungshoheit der Länder nicht vereinbar, wesentliche Teile der Bedarfsplanung von der Zustimmung der einzelnen Krankenhäuser abhängig zu machen. Diese Regelung hat sicherlich keine kostendämpfende Wirkung. Auch bei dem Wegfall des Zustimmungsvorbehalts werden die Länder sicherlich weitgehend des Einvernehmen mit dem einzelnen Krankenhaus suchen. Es kann aber letztlich nicht Voraussetzung für eine sachgerechte Aufgabenverteilung unter den Krankenhäusern sein.

7. Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 6 Abs. 2 KHG)

In § 6 Abs. 2 ist folgender Satz anzufügen:

„Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten.“

Begründung

Krankenhäuser sind Einrichtungen der sozialen Infrastruktur von besonderer Raumbedeutung. Entscheidungen über die Errichtung, Kapazität und Standortwahl bedürfen neben der erforderlichen fachlichen Würdigung der Abstimmung mit den Erfordernissen der räumlichen Gesamtentwicklung. Die Berücksichtigung der Erfordernisse der Raumordnung trägt auch zu dem volkswirtschaftlich sinnvollen Einsatz öffentlicher Mittel unter Vermeidung von Fehlinvestitionen bei.

Raumordnungsklauseln weisen auf dieses Erfordernis hin und ermöglichen bzw. erleichtern ihre Verwirklichung. Aus diesem Grund finden sich Raumordnungsklauseln beispielsweise auch in den Gesetzen über die Gemeinschaftsaufgaben

— „Ausbau und Neubau von Hochschulen“ vom 1. September 1969 (BGBl. I S. 1556) in der durch das Hochschulrahmengesetz vom 26. Januar 1976 (BGBl. I S. 185) geänderten Fassung,

— „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“ vom 6. Oktober 1969 (BGBl. I S. 1861),

— „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes“ vom 3. September 1969 (BGBl. I S. 1573).

Die Aufnahme einer Raumordnungsklausel in den Vorschriften über die Krankenhausbedarfsplanung ist auch deshalb geboten, weil die Planung erhebliche Wirkung auch für Krankenhäuser mit privaten Trägern hat. Die Ziele der Raumordnung und Landesplanung binden demgegenüber gemäß § 5 Abs. 4 i.V.m. § 4 Abs. 5 ROG nur die öffentlichen Planungsträger.

8. Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 6 Abs. 2 Satz 6 KHG)

In § 6 Abs. 2 sind in Satz 6 nach dem Wort „untereinander,“ die Worte „zum Beispiel über die Vorhaltung medizinischer Großgeräte,“ einzufügen.

Begründung

Die Krankenhausbedarfsplanung erfordert unter anderem auch die Planung für den Standort und den Einsatz medizinischer Großgeräte. Überregionale Versorgungsgesichtspunkte sind zu berücksichtigen. Darüber hinaus wird durch diese Regelung eine stärkere Mitwirkung der wesentlich Beteiligten, insbesondere der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht.

9. Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 6 Abs. 4 Satz 2 KHG)

In § 6 Abs. 4 Satz 2 sind nach den Worten „Planungszielen und -kriterien“ die Worte „einschließlich der Folgekosten“ zu streichen und nach dem Wort „Bedarfsplanung“ die Worte „einschließlich der Folgekosten“ einzufügen.

Begründung

Redaktionelle Verbesserung

10. Zu Artikel 1 Nr. 7 (§ 6 a Abs. 1 bis 3 — neu — KHG)

In § 6 a — neu — sind die Absätze 1 bis 3 durch folgenden Absatz 1 zu ersetzen:

„(1) Die Länder stellen auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne jährlich ein Krankenhausbauprogramm auf. Darin ist der voraussichtliche Bedarf an Finanzierungsmitteln

für förderungsfähige Investitionskosten anzugeben.“

Begründung

Die Aufstellung mehrjähriger Programme zur Durchführung und Finanzierung des Krankenhausbaues und ihre Beratung im Ausschuß nach § 7 Abs. 1 ist, wie die Vergangenheit gezeigt hat, entbehrlich. Sie wären auch kein geeignetes Steuerungsinstrument. Steuerungsmöglichkeiten würden nur im Rahmen der gestaltbaren Ausgaben bestehen. Aufgrund der gesetzlichen Plafondierung der Bundesmittel ist insoweit eine gegenseitige Einflußnahme gar nicht vorgesehen. Das gilt auch im Verhältnis der Länder untereinander, die aufgrund ihrer Selbständigkeit eigenverantwortlich über den Umfang der Krankenhausförderung entscheiden, soweit es sich nicht um die Befriedigung gesetzlicher Förderansprüche handelt.

Die Länder stellen deshalb Investitionsprogramme zur Durchführung des Krankenhausbaues auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne nach eigenem Ermessen auf.

11. Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 7 Abs. 2 Satz 1 KHG)

Nummer 8 ist wie folgt zu fassen:

„8. In § 7 Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „§ 6 Abs. 2 und“ gestrichen.“

Begründung

Die Verweisung auf § 6 Abs. 2 KHG muß entfallen. Diese Vorschrift bestimmt in der Fassung des Entwurfs keine Aufgaben des Ausschusses nach § 7 KHG, sondern regelt ausschließlich die dem Land als eigene Angelegenheit obliegende Krankenhausbedarfsplanung. Über die bereits in der geltenden Fassung des § 7 Abs. 2 KHG vorgesehenen beratenden und koordinierenden Funktionen hinaus besitzt der Bund keine Mitplanungs- oder Mitwirkungsbefugnisse im Aufgabenbereich der Länder (Artikel 30, 83 Grundgesetz; BVerfGE 39, 120, 122). Eine gegenseitige Beratung bei der Aufstellung der jährlichen Krankenhausprogramme (§ 6 a Abs. 1 — neu —) ist nicht erforderlich.

12. Zu Artikel 1 Nr. 9 nach Buchstabe a (§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHG)

In Nummer 9 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a 1 einzufügen:

„a1) Absatz 1 Satz 3 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Feststellung nach Satz 1 kann mit Nebenbestimmungen nur verbunden werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausbedarfsplanung des Landes erforderlich ist.““

Begründung

Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil vom 10. Juli 1980 — 3 C 136.79 — die Auffassung vertreten, echte Nebenbestimmungen im Sinne von Bedingungen, Befristungen und Widerrufsvorbehalten als Bestandteil des Feststellungsbescheides nach § 8 Abs. 1 seien unzulässig.

Die Änderung soll in zwei Punkten eine Klarstellung herbeiführen:

- Durch das Wort „Nebenbestimmungen“ soll deutlich gemacht werden, daß die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan auch zeitlich begrenzt erfolgen kann. Bisher war die Zulässigkeit der Beifügung von Befristungen aus dem Wort „solange“ in § 8 Abs. 1 Satz 1 und daraus gefolgert worden, daß die Worte „Bedingungen und Auflagen“ in § 8 Abs. 1 Satz 3 nicht im engen juristisch-technischen Sinne interpretiert werden dürften.
- Die Einfügung des Wortes „nur“ soll zum Ausdruck bringen, daß § 8 Abs. 1 als Spezialvorschrift die Voraussetzungen für die Beifügung von Nebenbestimmungen zum Feststellungsbescheid abschließend regelt.

13. Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b (§ 9 Abs. 2 a KHG)

In § 9 ist Absatz 2 a wie folgt zu fassen:

„(2 a) Die Errichtungskosten können ganz oder teilweise auch durch Festbetrag gefördert werden. Der Festbetrag ist unter Beachtung des § 4 Abs. 1 so zu bemessen, daß er eine den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entsprechende Verwirklichung der Maßnahme ermöglicht. Er kann auch aufgrund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden.“

Begründung

Die bisher vorgesehene Bemessung der Förderung nach den im Einzelfall entstehenden, nachgewiesenen und nach Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gerechtfertigten Kosten zwingt zu einem erheblichen Prüfungsaufwand, der die Förderung wesentlich erschwert und verzögert; zugleich wird der Entscheidungsspielraum der Krankenhausträger stark beeinträchtigt und kein Anreiz zur sparsamen Verwirklichung der Maßnahme gegeben. Zur Vereinfachung und Beschleunigung des Verfahrens wie auch zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Krankenhausträger ist die Möglichkeit vorgesehen, für die Maßnahme bei Bewilligung einen Festbetrag festzulegen. Er kann aufgrund einer auf die Kosten des Einzelfalls eingehenden Einzelberechnung oder aber — was zur weiteren Vereinfachung führt — auch aufgrund von pauschalen Kostenwerten

ermittelt werden. Die jetzt vorgesehene Regelung, wonach eine solche Festbetragsförderung nur „mit Zustimmung“ der Krankenhausträger möglich ist, trägt dem nicht Rechnung und läßt die Vorschrift ins Leere gehen. Sie ist kein Beitrag zur Kostendämpfung und bietet keinen Anreiz zur sparsamen Verwirklichung notwendiger Investitionen.

14. Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b (§ 9 Abs. 2 b KHG)

In § 9 Abs. 2 b sind nach dem Wort „sind“ folgende Worte anzufügen:

„und dieser die zuständige Landesbehörde unverzüglich nach dem Bekanntwerden von den Mehrkosten unterrichtet hat“.

Begründung

Die Regelung stellt die rechtzeitige Einplanung von Mehrkosten in die Finanzierungsprogramme sicher.

**15. Zu Artikel 1 Nr. 11 Buchstabe b (§ 10 Abs. 2 Satz 1 KHG)
Nr. 22 (§ 27 Nr. 4 KHG)
Nr. 24 (§ 29 Überschrift und Absatz 3 KHG)**

a) In Nummer 11 Buchstabe b sind in § 10 Abs. 2 Satz 1 die Worte „der Grundversorgung“ zu ersetzen durch die Worte „der Anforderungsstufe I (bis zu 250 Planbetten)“, die Worte „der Regelversorgung“ durch die Worte „der Anforderungsstufe II (mehr als 250 und bis zu 350 Planbetten)“, die Worte „der Schwerpunktversorgung“ durch die Worte „der Anforderungsstufe III (mehr als 300 und bis zu 650 Planbetten)“, die Worte „der Zentralversorgung“ durch die Worte „der Anforderungsstufe IV (mehr als 650 Planbetten)“.

b) Nummer 22 ist zu streichen.

c) In Nummer 24 sind in § 29 in der Überschrift die Worte „und die Zuordnung zu Versorgungsstufen“ und Absatz 3 zu streichen.

Begründung zu a) bis c)

Die bundesgesetzliche Vorgabe von Versorgungsstufen steht im Widerspruch zur Planungshoheit der Länder; sie ist auch nicht geeignet, den unterschiedlichen Verhältnissen in den einzelnen Bundesländern Rechnung zu tragen. Die Bemessung der pauschalen Abgeltung nach der jeweiligen Versorgungsstufe birgt außerdem die Gefahr in sich, daß aus finanziellen Motiven die Zuordnung zu einer höheren Versorgungsstufe angestrebt wird. Demgegenüber hat sich das Abstellen auf Anforderungsstufen, die ihrerseits nach der Bettenzahl bemessen

sind, in der Praxis bewährt. Es soll daher bei der bisher im KHG getroffenen Regelung verbleiben.

Im übrigen Folgeänderungen.

16. Zu Artikel 1 Nr. 12 (§ 11 a Satz 1 KHG)

§ 11 a Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Die Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte ist unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsbedürfnisse, insbesondere der Leistungserfordernisse benachbarter Krankenhäuser, mit der zuständigen Landesbehörde abzustimmen, um einen wirtschaftlichen Einsatz der Geräte sicherzustellen.“

Begründung

Satz 1 in der Fassung des Entwurfs entbehrt jeder Steuerungsmöglichkeit der Planungs- bzw. Förderbehörde, weil nur ein Abstimmungsprozeß zwischen den beteiligten Krankenhäusern vorgesehen ist, nicht aber mit der zuständigen Behörde.

Wegen der mit der Beschaffung medizinischer Großgeräte in der Regel einhergehenden strukturellen Veränderung der Aufgabenstellung und der Kostenrelevanz für den Pflegesatzbereich hinsichtlich der Folgekosten ist es vielmehr notwendig, daß die zuständige Behörde Einfluß auf eine aufgabengerechte Beschaffung medizinischer Großgeräte nehmen kann, die nicht auf die nur begrenzte Ausweisungsmöglichkeit im Krankenhausbedarfsplan beschränkt ist.

17. Zu Artikel 1 Nr. 16 (§ 15 Abs. 2 KHG)

Nummer 16 ist wie folgt zu fassen:

„16. § 15 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 3 wird ... (unverändert wie Nummer 16 des Entwurfs).

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2 a eingefügt:

„(2 a) Im Falle des Absatzes 2 Satz 1 kann von einer Rückforderung abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde aus dem Krankenhausbedarfsplan ausscheidet.“

Begründung

Buchstabe a entspricht dem Vorschlag der Bundesregierung.

In der Praxis der Krankenhausbedarfsplanung hat sich herausgestellt, daß es leichter ist, Krankenhäuser einvernehmlich aus der Förderung zu nehmen, wenn die Möglichkeit besteht, auf

eine Rückforderung der gewährten Fördermittel zu verzichten. Eine solche Regelung verfolgt eine ähnliche Zielsetzung wie der Härteausgleich nach § 8 Abs. 2.

18. Zu Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe a (§ 17 Abs. 1 KHG)

In Nummer 17 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

„a) In Absatz 1 wird folgender Satz 3 angefügt:
„Außerdem sollen sie Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung schaffen.““

Begründung

Nach geltendem Recht muß der Pflegesatz „eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und die medizinisch und wirtschaftlich rationelle Versorgung durch die Krankenhäuser sichern“. Dieser Zweck wird jetzt mehr beiläufig erwähnt und die Kosten- und Leistungsrechnung in den Vordergrund gestellt. Eine derartige Verschiebung der Gewichte durch eine in ihren Auswirkungen rechtlich nicht überschaubare Neuformulierung ist nicht geboten und nicht sachgerecht.

Die in Satz 3 des Entwurfs vorgeschlagene Neuformulierung ist zudem mißverständlich und geeignet, den im selben Satz enthaltenen Kostendeckungsgrundsatz zu relativieren.

19. Zu Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe a (§ 17 Abs. 1 KHG)

Das geltende Finanzierungsrecht enthält kaum Anreize für die Krankenhäuser, sich um eine wirtschaftliche Leistungserstellung zu bemühen. Anfallende Gewinne verbleiben nicht dem Krankenhaus. Darüber hinaus wird im Folgejahr von den Kosten des abgelaufenen Kalenderjahres ausgegangen und somit das Ausgangsniveau festgeschrieben. Auch diese Technik der Pflegesatzbildung trägt grundsätzlich nicht dazu bei, die Bemühungen der Krankenhäuser um mehr Wirtschaftlichkeit zu unterstützen.

Die Notwendigkeit, Anreize für eine wirtschaftliche Erbringung von Krankenhausleistungen zu schaffen, wird auch von der Bundesregierung gesehen. Jedoch beläßt sie es bei der allgemeinen bekannten Lehrformel „Pflegesätze sollen wirtschaftliche Anreize schaffen“. Der Bundesrat fordert daher die Bundesregierung auf, bereits im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens konkrete Vorschläge zu diesem Komplex zu unterbreiten. Sie wird darüber hinaus gebeten zu prüfen, ob die Belassung von Gewinnen in einem gewissen Umfang im Entstehungsjahr und Folgejahren ein Beitrag zur Stärkung der Motivation der Krankenhäuser, sich wirtschaftlich zu verhalten, sein könnte.

20. Zu Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe c (§ 17 Abs. 4 a Satz 1 KHG)

In Nummer 17 Buchstabe c ist in Absatz 4 a Satz 1 das Wort „einschließlich“ durch das Wort „und“ zu ersetzen.

Begründung

Die Änderung dient der Klarstellung. Satz 1 des Absatzes 4 a könnte dahin gehend mißverstanden werden, daß die Kosten der Ausbildungsvergütung zu den Kosten der Ausbildungsstätten gerechnet werden müssen. Dies ist jedoch nicht der Fall; vielmehr sind die Kosten der Ausbildungsstätten und die Kosten der Ausbildungsvergütung voneinander zu trennen

21. Zu Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe c (§ 17 Abs. 4 a Satz 2 KHG)

In Nummer 17 Buchstabe c ist in Absatz 4 a der Satz 2 zu streichen.

Begründung

Die Trennung der Kosten der Ausbildung in einen praktischen und theoretischen Teil, wobei der letztere von den Ländern finanziert werden soll, erscheint weder sachgerecht noch rein technisch möglich. Das KHG muß deshalb weiter vom Prinzip der Einheitlichkeit der Finanzierung der Ausbildungskosten über die Pflegesätze ausgehen.

22. Zu Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe c (§ 17 Abs. 4 a Satz 3 KHG)

In § 17 Abs. 4 a ist der Satz 3 zu streichen.

Begründung

Der Kostenausgleich zwischen den Krankenhäusern führt zu keinerlei Kosteneinsparung, sondern lediglich zu einer stärkeren Bürokratisierung, die ihrerseits zusätzliche Kosten verursacht.

Die Durchführung dieser Regelung würde in der Praxis wahrscheinlich an einem geeigneten Schlüssel für die Umlage scheitern müssen; mindestens wird jedoch eine „gerechte“ Kostenaufteilung selbst mit größerem Aufwand nicht zu erzielen sein.

Die Regelung wäre zudem ein Präzedenzfall, weil mit gleichem Anspruch auch andere Leistungen einzelner Krankenhäuser zu Kostenumlagen Veranlassung geben.

Die Problematik ließe sich einfacher durch eine entsprechende Regelung der Sozialleistungsträger untereinander lösen.

23. Zu Artikel 1 Nr. 17 nach Buchstabe d (§ 17 Abs. 5 KHG)

In Nummer 17 ist nach Buchstabe d folgender Buchstabe e einzufügen:

,e) In Absatz 5 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Satz 1 gilt nicht für die in § 4 Abs. 3 Nr. 1 erster Halbsatz bezeichneten Krankenhäuser.“

Begründung

Klarstellung, daß Hochschulkliniken mangels Vergleichbarkeit nicht auf die Pflegesätze nach dem KHG geförderter Krankenhäuser verwiesen werden können.

24. Zu Artikel 1 Nr. 18 (§ 18 Abs. 3 KHG)

In § 18 Abs. 3 sind die Worte „innerhalb eines Monats nach Vorlage der Pflegesatzvereinbarung“ durch das Wort „unverzüglich“ zu ersetzen.

Begründung

Die starre Frist von einem Monat für die Entscheidung im Genehmigungsverfahren wird den Gegebenheiten nicht gerecht. Nach den vorliegenden Erfahrungen kann eine fundierte Aufklärung und Abwägung insbesondere von Fragen der wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung in schwierigen Fällen nur erfolgen, wenn mehr Zeit zur Verfügung steht. Im übrigen ist es nicht vertretbar und keineswegs finanzierbar, ständig einen Verwaltungsapparat von dem Umfang vorzuhalten, daß auch in Ausnahmesituationen (z. B. stoßweiser Eingang von Genehmigungen, Personalausfälle durch Krankheit usw.) stets innerhalb eines Monats entschieden werden kann.

25. Zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 19 Abs. 1 Satz 2 KHG)

In § 19 Abs. 1 Satz 2 sind vor den Worten „zu berücksichtigen“ die Worte „von den in Satz 1 Genannten“ einzufügen.

Begründung

Klarstellung des Gewollten.

26. Zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 19 Abs. 2 KHG)

In § 19 Abs. 2 ist das Wort „entsprechenden“ durch die Worte „der Beratung über entsprechende“ zu ersetzen.

Begründung

Es bedarf der Klarstellung, daß durch § 19 Abs. 2 in dem dort bestimmten Umfang keine rechtliche Bindung der Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung bei Vereinbarungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser an entsprechende Arbeitsergebnisse der Bundesverbände bewirkt wird.

27. Zu Artikel 1 Nr. 21 (§ 23 Abs. 1 und 2 KHG)

Nummer 21 ist wie folgt zu fassen:

,21. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die Finanzhilfen des Bundes nach § 22 Abs. 1 Satz 1 sind den Ländern entsprechend ihren tatsächlichen Aufwendungen in voller Höhe zuzuweisen, die Finanzhilfen nach § 22 Abs. 1 Satz 2 in Höhe von 90 vom Hundert nach ihrer Einwohnerzahl.“

b) In Absatz 2... (unverändert wie Artikel 1 Nr. 21 des Entwurfs).‘

Begründung zu a) und b)

Das KHG geht sowohl in der geltenden Fassung als auch im Gesetzentwurf von einer Drittelbeteiligung des Bundes an den Fördermittelaufwendungen der Länder aus. Die derzeitige Praxis der Verteilung der Finanzhilfen (geltende Fassung § 23 Abs. 1) ausschließlich nach den Einwohneranteilen hat jedoch zur Folge, daß Länder mit einer hohen Bettendichte für bestimmte Fördermittelaufwendungen (geltende Fassung § 22 Abs. 1) vom Bund weniger als ein Drittel dieser Aufwendungen erhalten und somit die Differenz ausschließlich aus Mitteln des Landes und seiner Gemeinden finanzieren müssen. Länder mit einer unterdurchschnittlichen Bettendichte erzielen dagegen Bundeseinnahmen, die höher sind als ein Drittel ihrer tatsächlichen Fördermittelaufwendungen. Die Ursachen für den überdurchschnittlichen Bedarf an Fördermitteln sind vielfältig. Wesentliche Faktoren sind z. B. hohe Bevölkerungsdichte, ungünstige Altersstruktur, hohe Verkehrsdichte. Diese Faktoren entziehen sich weitgehendst der Einflußnahme der betroffenen Länder. Die Änderung ist wegen der Gleichbehandlung der Bundesländer geboten. Sie gestattet darüber hinaus eine genauere Kalkulation der Finanzplanung der einzelnen Länder. Nach dem vorgelegten Gesetzentwurf hängt die auf das jeweilige Land entfallende Bundesförderung vom Investitionsverhalten aller Länder ab, auf die das einzelne Land keinen Einfluß hat.

Nach den bisherigen Erfahrungen ist die Verteilung der Finanzhilfen ohne Drittelbeteiligung des Bundes (Planfondmittel) mit 80 vom Hundert nach der Einwohnerzahl zu gering bemessen. Die Bereitstellung eines Betrages in Höhe von 10 vom Hundert der Plafondmittel für die in § 23 Abs. 2 genannten Zwecke erscheint völlig ausreichend. In die Verteilung sind daher 90 v. H. einzubeziehen.

28. Zu Artikel 2 Nr. 2 (§ 185 RVO),
Artikel 3 Nr. 2 (§ 18 KVLG)

- a) In Artikel 2 Nr. 2 ist § 185 wie folgt zu fassen:

„§ 185

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie die zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhauspflege oder zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderliche häusliche Krankenpflege, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht pflegen kann.

(2) Häusliche Krankenpflege wird durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder Kinderkrankenschwestern durchgeführt; Krankenpflegehelfer und -helferinnen oder andere geeignete Kräfte von Sozialstationen oder ambulanten Krankenpflegediensten können eingesetzt werden, soweit dies im Einzelfall für die fachgerechte Pflege des Kranken ausreichend ist.

(3) Kann eine der in Absatz 2 genannten Krankenpflegekräfte nicht gestellt werden oder besteht Grund, von einer Gestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine solche Kraft in angemessener Höhe zu erstatten, wenn diese selbst beschafft wird.“

- b) In Artikel 3 Nr. 2 ist § 18 wie folgt zu fassen:

„§ 18

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie die zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhauspflege oder zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderliche häusliche Krankenpflege, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht pflegen kann.

(2) Häusliche Krankenpflege wird durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder Kinderkrankenschwestern durchgeführt; Krankenpflegehelfer und -helferinnen oder andere geeignete Kräfte von Sozialstationen oder ambulanten Krankenpflegediensten können eingesetzt werden, soweit dies im Einzelfall für die fachgerechte Pflege des Kranken ausreichend ist.

(3) Kann eine der in Absatz 2 genannten Krankenpflegekräfte nicht gestellt werden oder besteht Grund, von einer Gestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine solche Kraft in angemessener Höhe zu erstatten, wenn diese selbst beschafft wird.“

Begründung zu a) und b)

Die durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 vorgenommene Aufsplitterung der häuslichen Krankenpflege in einen Pflichtleistungsbereich (häusliche Krankenpflege zur Vermeidung und Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes) und in einen Mehrleistungsbereich (häusliche Krankenpflege zur Sicherung der ärztlichen Behand-

lung) hat sich nicht bewährt. Sie hat zu einer wesentlichen Verwirrung der Ärzte geführt, die vielfach die Differenzierung nicht nachvollziehen können. Die Aufspaltung hat außerdem die Träger von Sozialstationen und Gemeindepflegestationen erheblich belastet, insbesondere da beide Leistungsbereiche meistens in höchst unterschiedlicher Weise mit den Krankenkassen abgerechnet werden mußten.

Es ist daher geboten, die häusliche Krankenpflege im Krankenversicherungsrecht wieder als eine Einheit zu behandeln. Beide Ziele der häuslichen Krankenpflege, die Vermeidung und Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes und die Sicherung der ärztlichen Behandlung durch eine angemessene Pflege des Kranken, rechtfertigen es, die häusliche Krankenpflege insgesamt zu einer gesetzlichen Pflichtleistung der Krankenkassen zu machen. Dies hatte der Bundesrat bereits beim Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz angestrebt.

Im übrigen muß sichergestellt werden, daß die häusliche Krankenpflege durch ausreichend qualifizierte Fachkräfte erbracht wird. Ausgebildete Krankenschwestern und Krankenpfleger können nicht einfach mit anderen Kräften gleichgesetzt werden.

Die häusliche Krankenpflege erstreckt sich sowohl auf grundpflegerische Leistungen als auch auf behandlungspflegerische Maßnahmen. Behandlungspflegerische Maßnahmen dürfen nur von Krankenschwestern, Krankenpflegern oder Kinderkrankenschwestern durchgeführt werden.

Krankenpflegehelfer, Altenpfleger, Haus- und Familienpfleger oder andere geeignete Kräfte können nur eingesetzt werden, wenn zuvor durch den behandelnden Arzt und durch eine Krankenschwester oder einen Krankenpfleger einer Sozialstation oder Gemeindepflegestation festgestellt ist, daß ausschließlich grundpflegerische Leistungen zu erbringen sind.

Im übrigen Folgeänderung.

29. Zu Artikel 2 Nr. 3 (§ 185 b Abs. 3 RVO)

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren eine Regelung vorzuschlagen, die im Interesse der Gleichbehandlung aller Versicherten anstelle der vorgesehenen Satzungsbestimmung auch die Voraussetzungen und den Zeitraum der Gewährung von Haushaltshilfe in anderen als den in § 185 b Abs. 1 RVO genannten Fällen gesetzlich festlegt.

30. Zu Artikel 2 nach Nummer 3 (§ 368 n Abs. 3 RVO)

In Artikel 2 ist nach Nummer 3 folgende neue Nummer 3 a einzufügen:

„3a. § 368 n Abs. 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 3 werden die Worte „Vergütung für“ gestrichen.
- b) Es werden folgende Sätze 5 bis 7 angefügt:

„Die Höhe der Vergütung für die von den poliklinischen Einrichtungen erbrachten Leistungen beträgt 80 vom Hundert des Durchschnittsfallwertes der entsprechenden Arztgruppe im Bereich der für den Standort der Einrichtung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Kann eine Einigung über den benötigten Umfang nicht erzielt werden, wird dieser auf Antrag eines der Vertragspartner von den nach § 368 i gebildeten Landesschiedsämtern festgelegt. Für die Festlegung nach Satz 6 entscheidet das Landesschiedsamt ohne die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder, ergänzt um Vertreter der obersten Landesgesundheitsbehörde und der für die Hochschule zuständigen obersten Landesbehörde in gleicher Zahl wie Ärzte und Krankenkassen im Landesschiedsamt vertreten sind.

Begründung

Die Höhe der den poliklinischen Einrichtungen zu zahlenden Vergütung soll als eine Pauschale gesetzlich festgelegt werden. Die Pauschale soll ein Anteil des Durchschnittsfallwertes sein, der sich als quartalsweiser Kostenbetrag pro Behandlungsfall einer bestimmten Arztgruppe ergibt. Dieser Betrag wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen ermittelt. Mit dem Durchschnittsfallwert wird die darin implizierte gesetzlich vorgeschriebene sparsame und wirtschaftliche Behandlungsweise automatisch für den Bereich der poliklinischen Einrichtungen wirksam gemacht. Durch die Festlegung einer Pauschalvergütung erübrigt sich eine Wirtschaftlichkeitskontrolle der Leistungen der poliklinischen Einrichtungen.

Ein Abschlag von 20 v. H. von den Durchschnittsfallwerten erscheint notwendig, aber auch angemessen, weil es nicht gerechtfertigt ist, Investitionen der Hochschuleinrichtungen für Lehre und Forschung auf die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung zu überwälzen.

Die vorgesehene Schiedsregelung erscheint zweckmäßig, um im Nichteinigungsfall über den benötigten Umfang der Behandlungen zu einer schnellen und pragmatischen Entscheidung kommen zu können.

31. Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 372 Abs. 2 Nr. 2 RVO)

In § 372 Abs. 2 ist Nummer 2 wie folgt zu fassen:

- „2. Aufgaben und Tätigkeit eines im Krankenhaus bestehenden oder geplanten Sozialdienstes“.

Begründung

Artikel 74 Nr. 19a und Artikel 74 Nr. 12 GG ermöglichen es nicht, über die Bedingungen einer ausreichenden und wirtschaftlichen Krankenhauspflege hinaus die innere Organisation und Einrichtung der Krankenhäuser zu regeln. Eine bundesgesetzliche Rechtspflicht der Krankenhausträger zu Vereinbarungen nach § 372 Abs. 2 Nr. 2 RVO i. V. m. Artikel 2 Nr. 6 — § 374 RVO — setzt daher voraus, daß sie einen Sozialdienst eingerichtet haben oder dessen Einrichtung planen. Dies bedarf der Klarstellung.

32. Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 372 Abs. 4 RVO)

In § 372 ist Absatz 4 wie folgt zu fassen:

„(4) Die Verträge nach Absatz 1 können auch allgemeine Regelungen über zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus vorsehen. Diese Maßnahmen bedürfen der Zustimmung des Kassenarztes, der die Krankenhauspflege verordnet hat. Entsprechendes gilt für Einrichtungen nach § 184a.“

Begründung

Eine Klarstellung ist nötig; sie wird aber durch den vorgesehenen Text nicht erreicht, zumal der neu eingefügte Begriff der „Einweisung“ im Kassenarztrecht nicht verwendet wird.

Das Kassenarztrecht rechnet jedoch die „Verordnung von Krankenhauspflege“ (vgl. § 368 Abs. 2 Satz 2 RVO) zur kassenärztlichen Versorgung. Die jetzt vorgeschlagene Fassung knüpft hier an und vermeidet Auslegungszweifel.

33. Zu Artikel 2 Nr. 6 (§ 373 Abs. 1, § 374 Abs. 2 RVO)

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob nicht die Errichtung der Prüfungsausschüsse nach § 373 Abs. 1 und der Schiedsstellen nach § 374 RVO sowie die Regelung ihrer Zusammensetzung und ihres Verfahrens eines Rechtssatzes bedarf. Die Vereinbarungen über Errichtung und Verfahren der Prüfungsausschüsse und Schiedsstellen sollen nicht nur die Vertragsparteien dieser Vereinbarungen selbst (Krankenhausgesellschaft, Landesverbände der Krankenkassen) binden, sondern Dritte, nämlich die einzelnen Krankenhäuser, deren Vertragsabschlußfreiheit nach Artikel 2 Nr. 5 (§ 372 Abs. 1 bis 3 RVO) durch die Befugnisse der Schiedsstelle zur Festsetzung von Zwangsverträgen verdrängt wird und die den hoheitlichen Eingriffsbefugnissen der Prüfungsausschüsse (§ 373 Abs. 2 und 3 RVO) als Drittbetroffene unterliegen. Mit der Errichtung der Prüfungsausschüsse und Schiedsstellen und der Regelung ihrer Zusammensetzung und ihres Verfahrens erlassen die Krankenhausesell-

schaft und die Landesverbände der Krankenkassen generelle organisatorische und verfahrensrechtliche Regelungen mit wesentlichen Auswirkungen für die ihnen unterworfenen drittbetroffenen Krankenhausträger. Diese Regelungen haben Rechtssatzcharakter, ohne daß es sich jedoch bezüglich der Krankenhausträger um Satzungsrecht öffentlich-rechtlicher Körperschaften für ihre Mitglieder handelte.

Abgesehen von diesen Bedenken würde sich zu § 374 Abs. 2 Satz 3 RVO die Frage stellen, ob die hier vorgesehene VO-Ermächtigung inhaltlich ausreicht. Käme die Schiedsvereinbarung nicht zustande, so müßte die VO der Landesregierung auch Regelungen des Verfahrens und der Kosten (vgl. § 374 Abs. 2 Satz 2) einschließen.

34. Zu Artikel 2 Nr. 6 (§ 373 Abs. 2 Satz 3 RVO)

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob die hier umfassend vorgesehene Pflicht zur Gewährung von Zugang zum Krankenhaus einer Einschränkung im Hinblick auf das Grundrecht der Patienten und der Krankenhausbediensteten aus Artikel 13 Abs. 1 und 3 GG hinsichtlich der Krankenzimmer (vgl. Dagtoglou in Bonner Kommentar zum GG, Artikel 13 Rdn. 27) und der im Krankenhaus zur Verfügung gestellten Wohnräume bedarf. Für Räume, die Wohnzwecken i. S. des Artikels 13 GG dienen, gilt Artikel 13 Abs. 3 GG uneingeschränkt, auch wenn sie zugleich betrieblich genutzt werden (BVerfGE 32, 75). Die Eingriffsvoraussetzungen des Artikels 13 Abs. 3 GG (Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung) werden für Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen nicht herangezogen werden können.

Die weiter umfassend vorgesehene Pflicht, „Einblick in die notwendigen Unterlagen zu gewähren“, sollte im Hinblick auf den Schutz der Privatsphäre der Patienten aus Artikel 2 Abs. 1 i. V. m. Artikel 1 Abs. 1 GG bezüglich der ärztlichen Aufzeichnungen über den Gesundheitszustand (Krankenblätter) eingeschränkt werden (BVerfGE 32, 379 ff.; 44, 372 f.).

35. Zu Artikel 2 Nr. 6 (§ 374 Abs. 2 Satz 3 RVO)

In § 374 Abs. 2 ist Satz 3 wie folgt zu fassen:

„Kommt bis zum 31. Dezember 1982 eine Schiedsvereinbarung nicht zustande, errichtet die Landesregierung die Schiedsstelle durch Rechtsverordnung.“

Begründung

Es bedarf einer Fristsetzung zur Klärung, von welchem Zeitpunkt an die Landesregierung für die Errichtung der Schiedsstelle ersatzweise zuständig sein soll. Das Gesetz soll am 1. Januar 1982 in Kraft treten. Die vorgeschlagene einjährige Frist sollte für das Handeln der Vertragspartner ausreichend sein.

36. Zu Artikel 6 Abs. 2 und 3 (Aufhebung des Halbierungserlasses; Übergangsregelung)

In Artikel 6 sind die Absätze 2 und 3 zu streichen.

Begründung

Für die mit Absatz 2 beabsichtigte Übergangsregelung fehlt es an einer Regelungsbedürftigkeit. Sie führt lediglich zu einer vom Interesse des Patienten her nicht erforderlichen, darüber hinaus sachlich auch nicht gerechtfertigten Kostenverlagerung auf den überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Durch I § 43 SGB und auch durch die im Bundesgebiet durchweg bestehenden Ablösevereinbarungen zum Halbierungserlaß ist gewährleistet, daß Nachteile für die Patienten vermieden werden.

Eine einseitige Verlagerung der Kostenträgerschaft für die Dauer eines Streites zwischen den Kostenträgern ist für den Patienten, insbesondere mit Blick auf den letzten Halbsatz in Absatz 2, unter Umständen sogar nachteilig; der überörtliche Sozialhilfeträger könnte sich veranlaßt sehen, strittige Fälle, die bei normaler Durchführung des Verfahrens als Behandlungsfall anerkannt würden, durch vorzeitige Anerkennung seiner Zuständigkeit zu beenden, um den Einsatz von Einkommen und Vermögen verlangen zu können.

Absatz 3 ist entbehrlich.

Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates

Zu 1. (Zum Gesetzentwurf)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates, daß die künftige Regelung der Krankenhausfinanzierung von dem Ergebnis der Diskussion über die Entflechtung der Aufgaben von Bund und Ländern abhängig ist; abschließende Ergebnisse der am 13. März 1981 von Bund und Ländern gemeinsam eingesetzten Arbeitsgruppe werden aber nicht so rechtzeitig vorliegen, daß sie noch in diesem Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden können. Denn eine beschleunigte, auf Kostendämpfung ausgerichtete Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist unverzichtbar, insbesondere wegen der im Jahre 1980 erneut deutlich gewordenen Ausgabenüberhänge der gesetzlichen Krankenkassen; außerdem bedarf die Finanzierung der Ausbildungsstätten zum 1. Januar 1982 einer Neuregelung.

Deshalb ist die Bundesregierung der Meinung, daß der von ihr vorgelegte Gesetzentwurf von den gesetzgebenden Körperschaften zügig verabschiedet werden sollte. Über die Konsequenzen aus der Diskussion um die Mischfinanzierung, soweit sie für den Bereich der Krankenhausfinanzierung zu ziehen sein sollten, ist später zu befinden.

Diese ihre Haltung hatte die Bundesregierung bereits im Allgemeinen Teil der Begründung des Gesetzentwurfs zum Ausdruck gebracht (vgl. BR-Drucksache 175/81, S. 46, 47).

Zu 2. (Artikel 1 Nr. 3, § 2 KHG,
Nr. 5 Buchstabe b, § 4 Abs. 3 KHG,
Nr. 9 Buchstabe a, § 8 Abs. 1 KHG,
Nr. 13 Buchstabe a, § 12 Abs. 1 KHG,
Nr. 24, § 29 Abs. 1 KHG)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten waren nur im Wege einer Übergangslösung den Pflegesätzen zugeordnet und damit den Krankenhausbenutzern angelastet worden. Nachdem diese Übergangsregelung im Jahre 1975 bereits einmal verlängert worden ist, erscheint es jetzt notwendig, eine sachgerechte Dauerlösung zu schaffen. Diese Dauerlösung kann für die Finanzierung der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten nur so getroffen werden, wie die Finanzierung der Krankenhäuser im Krankenhausfinanzierungsgesetz geregelt ist. Das bedeutet, daß die Investitionskosten der Ausbildungsstätten — wie bei den Krankenhäusern — von der öffentlichen Hand zu tragen sind.

Zu 3. (Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe a, § 4 Abs. 2 KHG)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Klarstellung erscheint erforderlich, um auch insoweit — unabhängig von der Trägerschaft des jeweiligen Krankenhauses — eine einheitliche Anwendung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sicherzustellen. Es erscheint nicht gerechtfertigt, die Förderung der Anlauf- und Umstellungskosten von der Zufälligkeit abhängig zu machen, ob der Krankenhausträger neben dem geförderten Krankenhaus noch über weitere Vermögenswerte verfügt.

Zu 4. (Artikel 1 Nr. 6, § 6 Abs. 2 Sätze 2 und 3 KHG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 5. (Artikel 1 Nr. 6, § 6 Abs. 2 Satz 3 zweiter Halbsatz KHG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 6. (Artikel 1 Nr. 6, § 6 Abs. 2 Satz 4 KHG)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

An dem Erfordernis der Zustimmung des Krankenhausträgers zur Übertragung besonderer Aufgaben auf das Krankenhaus wird festgehalten. Es erscheint nicht angängig, den Krankenhausträger gegen seinen Willen zur Vorhaltung bestimmter Krankenhauseinrichtungen zu zwingen.

Zu 7. (Artikel 1 Nr. 6, § 6 Abs. 2 KHG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Die Bundesregierung geht davon aus, daß auch ohne ausdrückliche gesetzliche Regelung die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und der Landesplanung bei der Krankenhausbedarfsplanung beachtet werden; inhaltliche Bedenken gegen den Vorschlag des Bundesrates sind also nicht zu erheben. Wenn allerdings ein für die Krankenhausbedarfsplanung selbstverständlicher Grundsatz in den § 6 aufgenommen werden soll, so sollte auch geprüft werden, ob nicht weitere Planungskriterien aufgenommen werden sollten, beispielsweise die Situation der ambulanten Versorgung, der pflegerischen Versorgung oder die Bedürfnisse des Zivilschutzes.

Zu 8. (Artikel 1 Nr. 6, § 6 Abs. 2 Satz 6 KHG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 9. (Artikel 1 Nr. 6, § 6 Abs. 4 Satz 2 KHG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 10. (Artikel 1 Nr. 7, § 6 a Abs. 1 bis 3 — neu — KHG)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Mehrfährige Investitionsprogramme sind ein geeignetes Instrument, um die Krankenhausbedarfsplanung mittelfristig umzusetzen. Daß nicht alle Länder in der Vergangenheit dieser gesetzlichen Verpflichtung des geltenden § 6 Abs. 1 KHG nachgekommen sind, macht den insoweit bestehenden Abstimmungsbedarf nicht entbehrlich. Deshalb besteht auch kein Anlaß, insoweit eine Beratung im Bund-Länder-Ausschuß nach § 7 Abs. 1 KHG nicht mehr vorzusehen.

Zu 11. (Artikel 1 Nr. 8, § 7 Abs. 2 Satz 1 KHG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 12. (Artikel 1 Nr. 9 nach Buchstabe a, § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 13. (Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b, § 9 Abs. 2 a KHG)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Das Erfordernis der Zustimmung des Krankenhausträgers zur Festbetragsförderung erscheint im Hinblick auf den Selbstkostendeckungsgrundsatz geboten; die Bundesregierung vermag sich den insoweit geäußerten Bedenken der Krankenhausträger nicht zu verschließen.

Zu 14. (Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b, § 9 Abs. 2 b KHG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt

Zu 15. (Artikel 1 Nr. 11 Buchstabe b, § 10 Abs. 2 Satz 1 KHG,
Nr. 22, § 27 Nr. 4 KHG,
Nr. 24, § 29 Überschrift und Absatz 3 KHG)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Es erscheint nicht sachgerecht, die pauschalen Fördermittel allein nach der Größe der Krankenhäuser

abzustufen. Eine sinnvolle Staffelung der Förderbeträge kann nur nach den Versorgungsaufgaben der Krankenhäuser vorgenommen werden. Die Größe des Krankenhauses wird dadurch angemessen berücksichtigt, daß der Förderbetrag je Planbett zu zahlen ist.

Zu 16. (Artikel 1 Nr. 12, § 11 a Satz 1 KHG)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Nach Auffassung der Bundesregierung kann auf eine Abstimmung benachbarter Krankenhäuser untereinander bei der Beschaffung medizinisch-technischer Geräte nicht verzichtet werden. Es geht hier um Geräte, deren Vorhaltung nicht bereits durch die Krankenhausbedarfspläne vorgeschrieben ist; ob auch in diesen Fällen stets eine Einschaltung der zuständigen Landesbehörde erforderlich ist, bedarf noch näherer Prüfung.

Zu 17. (Artikel 1 Nr. 16, § 15 Abs. 2 KHG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 18. (Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe a, § 17 Abs. 1 KHG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 19. (Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe a, § 17 Abs. 1 KHG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Nach Auffassung der Bundesregierung bedarf allerdings insbesondere die Frage des Gewinn- und Verlustausgleichs einer detaillierten Regelung, die besser in der Bundespflegesatzverordnung getroffen werden sollte.

Zu 20. (Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe c, § 17 Abs. 4 a Satz 1 KHG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 21. (Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe c, § 17 Abs. 4 a Satz 2 KHG)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß der Solidargemeinschaft der Versicherten und den selbst zahlenden Krankenhauspatienten nicht Kosten auferlegt werden sollen, für die die Länder aufgrund ihrer Zuständigkeit im Bildungsbereich aufzukommen haben, und zwar unabhängig davon, wie diese Ausbildung im einzelnen rechtlich und organisatorisch gestaltet ist. Für die Kosten des praktischen Teils der Ausbildung einschließlich der Ausbildungsvergütung erscheint eine weitere Finanzierung über die Pflegesätze gerechtfertigt, weil die Auszubildenden im Krankenhaus hierfür bereits praktische Arbeit leisten. Dies gilt jedoch nicht für

die davon durchaus abgrenzbaren Kosten des „theoretischen“ Teils der Ausbildung. Diese sind nach Ablauf der 1975 bereits einmal verlängerten Übergangsregelung des § 30 Abs. 2 KHG von den Ländern zu übernehmen, wie die schulischen Kosten für andere Ausbildungsgänge. Dies wurde im Grundsatz schon 1972 bei der Verabschiedung des KHG auch von den Ländern anerkannt. Die in dem Regierungsentwurf vorgeschlagene Übergangszeit bis Ende 1983 gibt den Ländern hinreichend Zeit, sich auf diese Lage einzustellen.

Eine Vorentscheidung zugunsten eines dualen Ausbildungssystems für die Krankenpflegeberufe ist mit der in dem Regierungsentwurf vorgesehenen Trennung des „schulischen“ Teils von dem „praktischen“ Teil der Ausbildungskosten nicht verbunden. Das schließt aber eine Kostenaufteilung nicht aus. Die Bundesregierung ist durchaus bereit, in Abstimmung mit den Ländern als „schulischen“ Teil der Kosten von vornherein einen bestimmten Prozentsatz (z. B. 20 Prozent) von den gesamten Ausbildungskosten auszugliedern, um die von den Ländern befürchtete Präjudizierung der Ausbildungsregelung zu vermeiden.

Zu 22. (Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe c, § 17 Abs. 4 a Satz 3 KHG)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Ermächtigung der Landesregierung zum Erlaß einer Rechtsverordnung erscheint sachdienlich, um eine gerechte Verteilung der durch die Ausbildung entstehenden Belastungen zu ermöglichen und die Ausbildungsbereitschaft der Krankenhäuser zu fördern. Die Sozialleistungsträger wären überfordert, wollte man ihnen den Belastungsausgleich überlassen, ganz abgesehen davon, daß die selbst zahlenden Krankenhauspatienten in einen solchen Ausgleich nicht eingeschlossen werden könnten. Schon dies zeigt, daß eine sachgerechte Lösung nur über eine rechtliche Regelung möglich ist.

Im übrigen steht es den einzelnen Ländern frei, ob sie von der Ermächtigung durch Erlaß einer Rechtsverordnung Gebrauch machen wollen oder nicht. Diejenigen Länder, die das nicht wollen, sollten den anderen Ländern diese Möglichkeit nicht verweigern.

Zu 23. (Artikel 1 Nr. 17 nach Buchstabe d, § 17 Abs. 5 KHG)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Solange der Anteil der Kosten für Forschung und Lehre an den Selbstkosten nicht aufgrund einer Kosten- und Leistungsrechnung in den Hochschulkliniken konkret ermittelt werden kann, ist es nicht vertretbar, die Anwendung des § 17 Abs. 5 KHG auf die Hochschulkliniken generell auszuschließen.

Zu 24. (Artikel 1 Nr. 18, § 18 Abs. 3 KHG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 25. (Artikel 1 Nr. 19, § 19 Abs. 1 Satz 2 KHG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 26. (Artikel 1 Nr. 19, § 19 Abs. 2 KHG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 27. (Artikel 1 Nr. 21, § 23 Abs. 1 und 2 KHG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen, soweit in seinem ersten Teil die Finanzhilfen des Bundes nach § 22 Abs. 1 Satz 1 KHG den Ländern entsprechend ihren tatsächlichen Aufwendungen zugewiesen werden sollen.

Dem Vorschlag wird widersprochen, soweit in seinem zweiten Teil die Finanzhilfen des Bundes nach § 22 Abs. 1 Satz 2 KHG den Ländern in Höhe von 90 vom Hundert nach ihrer Einwohnerzahl zugewiesen werden sollen.

Der Mitteleinsatz für die Schwerpunkt- und Modellförderung durch den Bund nach § 23 Abs. 2 KHG in Höhe von 20 vom Hundert des Plafonds ist notwendig, um Investitionen von überregionaler Bedeutung weiterhin fördern zu können. Dies gilt insbesondere für die projektbezogene Förderung zur Versorgung von Schwerstverbrannten, Querschnittgelähmten, Strahlenverletzten, Rheuma- und Krebskranken, psychisch Kranken sowie zur Durchführung von Herzoperationen.

Der Umstand, daß das eine oder andere Land von der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Finanzhilfen nach § 23 Abs. 2 KHG in den letzten Jahren keinen Gebrauch gemacht hat, sollte nicht dazu führen, die Finanzhilfen des Bundes an alle Länder für die Schwerpunkt- und Modellförderung auf 10 vom Hundert zu beschränken.

Zu 28. (Artikel 2 Nr. 2, § 185 RVO, Artikel 3 Nr. 2, § 18 KVLG)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die vom Bundesrat vorgeschlagene Neufassung des § 185 RVO beseitigt den dem Satzungsrecht überlassenen Gestaltungsspielraum bei der häuslichen Krankenpflege und engt damit die Befugnisse der Selbstverwaltung der Krankenkassen ein. Außerdem beschränkt die Neufassung den Kreis der zur häuslichen Krankenpflege Berechtigten, indem neben Krankenpflegepersonen mit einer staatlichen Erlaubnis nur solche Krankenpflegekräfte zugelassen werden, die von Sozialstationen oder ambulanten Krankenpflegediensten beschäftigt sind, und geht damit ohne zwingenden Grund hinter den Entwurf der Bundesregierung zurück.

Zu 29. (Artikel 2 Nr. 3, § 185 b Abs. 3 RVO)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß die von ihr vorgeschlagene Regelung nicht verändert werden sollte. Ihre Ausgestaltung über das Satzungsrecht soll bewußt der Selbstverwaltung der Kran-

kenkassen vorbehalten bleiben, da sie den Regelungsbedarf, der von Kasse zu Kasse unterschiedlich sein kann, besser kennt und besser festlegen kann als der Gesetzgeber. Außerdem kann über eine Satzungsermächtigung der finanziellen Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse besser Rechnung getragen werden, als über eine für alle Kassen verpflichtende Leistungsausweitung.

Zu 30. (Artikel 2 nach Nummer 3, § 368 n Abs. 3 RVO)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 31. (Artikel 2 Nr. 5, § 372 Abs. 2 Nr. 2 RVO)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 32. (Artikel 2 Nr. 5, § 372 Abs. 4 RVO)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Jedoch wird darauf hingewiesen, daß die vorgeschlagene Fassung keine Klarstellung, sondern eher Unklarheit hinsichtlich der Verantwortlichkeit der Vertragspartner nach Absatz 1 bewirkt. Sie führt außerdem zu Rechtsunsicherheit, weil sie den Verantwortungsbereich des Krankenhausarztes mit dem des Kassenarztes vermischt und nicht praktikabel ist. Daher soll die Problematik auch im Hinblick auf Erörterungen in den Ausschüssen des Bundesrates noch einmal geprüft werden.

Zu 33. (Artikel 2 Nr. 6, § 373 Abs. 1, § 374 Abs. 2 RVO)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Die Bundesregierung wird im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen, ob im Hinblick auf den Gesamtzusammenhang der Vorschriften der §§ 372 bis 374 RVO die in der Prüfungsempfehlung hinsichtlich der Rechtswirkungen der Befugnisse der Prüfungsausschüsse und Schiedsstellen zum Ausdruck gebrachten Bedenken begründet sind.

Soweit der Inhalt der Verordnungsermächtigung nach § 374 Abs. 2 RVO angesprochen wird, ist die Bundesregierung der Auffassung, daß folgende Fassung besser den Anforderungen an eine inhaltliche Konkretisierung entsprechen würde:

„(2) In jedem Land schließen die Landesverbände der Krankenkassen mit der Krankenhausesellschaft im Lande einen Vertrag zur Errichtung einer Schiedsstelle (Schiedsvereinbarung), die aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Krankenkassen und der Krankenhäuser in gleicher Zahl zu bestehen hat. Das Nähere, insbesondere über die Zusammensetzung im einzelnen, die Kosten und das Verfahren nach Absatz 1, regelt die Schiedsvereinbarung.

Kommt eine Schiedsvereinbarung nicht zustande, regelt die Landesregierung durch Rechtsverordnung die Errichtung der Schiedsstelle, insbesondere deren Zusammensetzung nach Maßgabe des Satzes 1 sowie die Kosten und das Verfahren nach Absatz 1.“

Zu 34. (Artikel 2 Nr. 6, § 373 Abs. 2 Satz 3 RVO)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Die Bundesregierung wird im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens die zum Umfang der Zugangsrechte vorgeschlagene Prüfung vornehmen. Soweit eine Einschränkung der Einsicht in Unterlagen vorgeschlagen wird, wird die Bundesregierung ebenfalls prüfen, inwieweit den Bedenken des Bundesrates Rechnung getragen werden muß. Hinzuweisen ist allerdings darauf, daß die in den vorgesehenen Regelungen eingeführte Wirtschaftlichkeitsprüfung ohne die Möglichkeit, für die dabei auftauchenden Fragestellungen notwendige medizinische Unterlagen einsehen zu können, nicht funktionsfähig wäre.

Zu 35. (Artikel 2 Nr. 6, § 374 Abs. 2 Satz 3 RVO)

Dem Vorschlag wird inhaltlich zugestimmt.

Jedoch ist es nach Auffassung der Bundesregierung sachdienlich, eine solche Regelung in eine Übergangsvorschrift aufzunehmen, da § 374 Abs. 2 Satz 3 RVO in der vorgesehenen Fassung unbeschadet einer Frist für den Fall Bedeutung behält, daß eine Schiedsvereinbarung in einem späteren Zeitpunkt gekündigt wird, eine neue Schiedsvereinbarung, wie sie nach der gesetzlichen Regelung vorgesehen ist, jedoch nicht zustande kommt.

Zu 36. (Artikel 6 Abs. 2 und 3 (Aufhebung des Halbierungserlasses; Übergangsregelung)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Bundesregierung hält es nach wie vor für unerlässlich, Übergangsregelungen vorzusehen, die sicherstellen, daß die Aufhebung des Halbierungserlasses nicht zu einer Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten über das Bestehen eines Anspruchs auf Krankenhauspflege führt. Darauf kann gerade im Interesse der besonders schutzbedürftigen psychisch kranken Patienten nicht verzichtet werden.

Auch auf die besondere Informationspflicht der Krankenkasse gegenüber dem Sozialleistungsträger in Absatz 3 kann nicht verzichtet werden. Erfahrungsgemäß sind gerade bei dem hier in Betracht kommenden Personenkreis Abgrenzungsprobleme zwischen den Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialhilfe ungewöhnlich schwierig, so daß der Sozialleistungsträger ohne medizinische Informationen des Krankenhauses nicht sachgerecht entscheiden kann.