

Beschlußempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)

zu dem von der Bundesregierung eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen
Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze
(Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz)
— Drucksache 9/570 —**

zu dem vom Bundesrat eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Reichsversicherungsordnung und
des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
— Drucksache 9/571 —**

A. Problem

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 Dauer zu sichern.

B. Lösung

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat — bei unterschiedlichem Stimmenverhältnis zu den einzelnen Vorschriften — den Gesetzentwurf der Bundesregierung im ganzen mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU angenommen und zur Verwirklichung der unter A. genannten Ziele im wesentlichen folgende Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie der die Krankenhauspflege betreffenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung beschlossen:

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

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

Außerdem wird eine sachgerechte Dauerregelung zur Finanzierung der mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten vorgeschlagen.

Ferner wird der sogenannte Halbierungserlaß aus dem Jahre 1942 aufgehoben mit dem Ziel, psychisch Kranke auch bei der stationären Versorgung sozialversicherungsrechtlich mit körperlich Kranken gleichzustellen.

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

Mehrheitsbeschluß

C. Alternativen

Die Fraktion der CDU/CSU hat sich für die Annahme des Gesetzentwurfs des Bundesrates — Drucksache 9/571 — ausgesprochen, der folgende Regelungen vorsieht:

- weiterhin Finanzierung der Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten über die Pflegesätze durch Verlängerung der bisherigen Übergangsregelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz bis zum 31. Dezember 1985;
- Bestandsschutz für Krankenhäuser, die bei Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes am 1. Januar 1972 betrieben wurden, durch Änderung des § 371 der Reichsversicherungsordnung.

Eine umfassende Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der damit im Zusammenhang stehenden versicherungsrechtlichen Vorschriften sollte einer späteren gesetzlichen Regelung vorbehalten bleiben.

D. Kosten

Die Neuregelungen zum Krankenhausfinanzierungsgesetz haben im Ergebnis bis Ende 1983 keine Mehrbelastungen für die öffentliche Hand zur Folge. Der ab 1984 geschätzte, durch die Förderung der Ausbildungsstätten bedingte 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.

Beschlußempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

1. den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz) — Drucksache 9/570 — in der aus der anliegenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
2. den vom Bundesrat eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Reichsversicherungsordnung und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes — Drucksache 9/571 — abzulehnen.

Bonn, den 30. Oktober 1981

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung

Rappe (Hildesheim)

Vorsitzender

Jagoda

Berichterstatter

Zusammenstellung

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

— Drucksache 9/570 —

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

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

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,“.

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

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. unverändert
2. unverändert
3. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 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,“.
 - b) In Nummer 4 wird das Wort „halbstationäre“ durch das Wort „teilstationäre“ ersetzt.

Entwurf

4. In § 3 wird folgender Satz 2 angefügt:
„§ 6 Abs. 2 Satz 2 und § 11 a bleiben unberührt.“
5. § 4 wird wie folgt geändert:
- In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „wäre“ die Worte „; dabei ist auf die wirtschaftliche Lage des Krankenhauses abzustellen“ angefügt.*
 - In Absatz 3 Nr. 8 werden die Worte „Ausbildungsstätten sowie“ gestrichen.
 - Folgender Absatz 5 wird angefügt:
„(5) Soweit Krankenhäuser für förderungsfähige Kosten Anspruch auf eine Investitionszulage 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 Zusammen-

Beschlüsse des 11. Ausschusses

4. unverändert
5. § 4 wird wie folgt geändert:
Buchstabe a entfällt
- unverändert
 - unverändert

6. § 6 erhält folgende Fassung:

„§ 6

Krankenhausbedarfsplanung

- (1) unverändert

(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 Hochschulkliniken sowie** die in § 3 Nr. 1 und 4 genannten Krankenhäuser einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen; **bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten.** Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung können einzelnen Krankenhäusern 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,

Entwurf

arbeit 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 Krankenhausesellschaft 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 § 6 a eingefügt:

„§ 6 a
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.

Beschlüsse des 11. Ausschusses

auch durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung untereinander, **zum Beispiel über die Vorhaltung medizinisch-technischer Großgeräte**, die Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten sicherstellen können.

(3) unverändert

(4) Die Krankenhausbedarfspläne werden in enger Zusammenarbeit mit der Krankenhausesellschaft 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, von Entwürfen zur Bedarfsplanung sowie Vorschlägen zur Anpassung der Bedarfsplanung, **jeweils** einschließlich der Folgekosten. 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. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

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,

8. In § 7 Abs. 2 Satz 1 werden **die** Worte „§ 6 Abs. 2“ **durch** die Worte „§ 6 a Abs. 3“ **ersetzt**.

9. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 **wird wie folgt geändert**:

aa) Satz 2 wird durch folgenden Satz ersetzt:

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

bb) 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.“

b) unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

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 2 a und 2 b eingefügt:

„(2 a) 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.

(2 b) 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 2 b“ 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 Nut-

10. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) unverändert
- b) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 2 a und 2 b eingefügt:

„(2 a) unverändert

(2 b) Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit Mehrkosten, insbesondere durch Preisentwicklungen und nachträglich genehmigte Planänderungen, für den Krankenhausträger unabweisbar sind, **und dieser die zuständige Landesbehörde unverzüglich nach dem Bekanntwerden von den Mehrkosten unterrichtet hat.**“
- c) unverändert
- d) unverändert

11. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

zungsdauer 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 § 11 a eingefügt:

„§ 11 a

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 Ein-

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

„§ 11 a

Anschaffung oder Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte

Die Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte ist unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsbedürfnisse, insbesondere der Leistungserfordernisse benachbarter Krankenhäuser sowie der niedergelassenen Ärzte, mit der zustän-

Entwurf

satz 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, so-

Beschlüsse des 11. Ausschusses

digen Landesbehörde abzustimmen, um einen wirtschaftlichen Einsatz der Geräte sicherzustellen; **dabei ist das Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen herzustellen.** 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. unverändert

14. unverändert

15. unverändert

Entwurf

weit 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 Fachkräften 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.“

Beschlüsse des 11. Ausschusses

16. § 15 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „Krankenhausanlage“ durch das Wort „Anlagegüter“ ersetzt.

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

„(2a) 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.“

17. § 17 wird wie folgt geändert:

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

„Sie müssen **die Selbstkosten** eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhauses **decken; die Selbstkosten sind nach Maßgabe der Krankenhaus-Buchführungsverordnung auf der Grundlage der kaufmännischen Buchführung und einer Kosten- und Leistungsrechnung zu ermitteln. Die Pflegesätze** sollen außerdem Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung schaffen und zugleich sicherstellen, daß das Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag im medizinisch zweckmäßigen und erforderlichen Umfang erfüllen kann.“

- a1) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Für die Kosten des medizinischen Bedarfs ist bei der Bildung des Pflegesatzes ein Höchstbetrag festzulegen. Dabei sind insbesondere die Preisentwicklung, die Zahl der zu behandelnden Personen, die Art der Krankheitsfälle sowie die Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsomme der Ortskrankenkassen im Lande zu berücksichtigen. Bei nicht nur geringfügigen Überschreitungen des Höchstbetrages haben die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 18 Abs. 2) die Ursachen der Überschreitung

Entwurf

- 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:
- „(4a) 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.

Beschlüsse des 11. Ausschusses

festzustellen. Mehraufwendungen, die den Höchstbetrag überschreiten, sind im darauf folgenden Pflegesatz nur zu berücksichtigen, soweit sie auf Preissteigerungen, einer erheblichen Zunahme der Krankenhaushäufigkeit oder von Krankheitsfällen beruhen, die einen besonders hohen Aufwand an medizinischem Bedarf erfordern. Jedes Krankenhaus führt eine Liste der Arzneimittel, die im Krankenhaus verordnet werden (Arzneimittelliste).“

- b) unverändert
- c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4 a eingefügt:
- „(4a) Die Kosten der in § 2 Nr. 3 Buchstabe e genannten Ausbildungsstätten **und** 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 **und die Worte „§ 330 c“ durch die Worte „§ 323 c“ ersetzt.**

17a. Nach § 17 wird folgender § 17 a eingefügt:

**„§ 17 a
Zeitweilige Pflegesatzbegrenzung**

In den Jahren 1982 und 1983 dürfen die Krankenhauspflegesätze nicht stärker steigen als die durchschnittliche Grundlohnsumme der Ortskrankenkassen im Lande, es sei denn, daß die Aufwendungen des Krankenhauses im Einzelfall unabweisbar sind.“

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

18. § 18 erhält folgende Fassung:

„§ 18
Pflegesatzverfahren

(1) Die Pflegesätze werden zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart. Die Krankenhausesellschaft 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 Krankenhausesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetz-

18. § 18 erhält folgende Fassung:

„§ 18
Pflegesatzverfahren

(1) unverändert

(2) unverändert

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

(4) unverändert

(5) unverändert

19. § 19 erhält folgende Fassung:

„§ 19
Empfehlungen

(1) Die Deutsche Krankenhausesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetz-

Entwurf

lichen 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 § 405 a 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.“

Beschlüsse des 11. Ausschusses

lichen 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. Sie **sollen** Sachverständige, **insbesondere der medizinischen Wissenschaft**, hinzuziehen; **sie haben** die Beratungsergebnisse des Ausschusses nach § 7 Abs. 1, des Beirats nach § 7 Abs. 4 und die Empfehlungen nach § 405 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung zu berücksichtigen.

(2) Kommt eine gemeinsame Empfehlung nach Absatz 1 innerhalb eines Jahres nicht zustande, nachdem ein nach Absatz 1 beteiligter Verband schriftlich zur Erarbeitung der Empfehlung aufgefordert hat, bestimmt die Bundesregierung die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

(3) Die Empfehlungen nach Absatz 1 und die Rechtsverordnungen nach Absatz 2 sollen bei entsprechenden Vereinbarungen auf Landesebene angemessen berücksichtigt werden.

(4) Die Empfehlungen und Vereinbarungen nach Absatz 1 und 3 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.“

19a. In § 21 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Zur bedarfsgerechten, gleichmäßigen Versorgung der Bevölkerung im Bundesgebiet mit leistungsfähigen Krankenhäusern ist bei der Gewährung der Finanzhilfen sicherzustellen, daß das Angebot an Krankenhausleistungen in den Ländern dem tatsächlichen Bedarf angepaßt wird.“

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;“.

20. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

21. In § 23 Abs. 2 werden vor dem Wort „Unterver-
sorgung“ die Worte „Über- oder“ eingefügt.
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 entspre-
chend ihren tatsächlichen Aufwendungen in
voller Höhe zuzuweisen, die Finanzhilfen
nach § 22 Abs. 1 Satz 2 in Höhe von 80 vom
Hundert nach ihrer Einwohnerzahl.“
b) In Absatz 2 werden vor dem Wort „Unterver-
sorgung“ die Worte „Über- oder“ eingefügt.
22. In § 27 wird nach Nummer 2 folgende Num-
mer 2a eingefügt:
„2a. unter welchen Voraussetzungen die Kran-
kenhäuser den Versorgungsstufen nach
§ 10 Abs. 2 zuzuordnen sind.“
22. unverändert
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 Ab-
satz 2 Satz 2 zu erfassenden Sachverhalte
als Bundesstatistik anzuordnen und das Nä-
here über Inhalt und Umfang dieser Stati-
stik, die Art der Erhebung, die Berichtszeit,
die Periodizität und den Kreis der Befragten
zu bestimmen.“
23. unverändert
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 Buchsta-
be e genannten Ausbildungsstätten genügt bis
zum 31. Dezember 1982 die Feststellung des
Landes, daß die Voraussetzungen für eine För-
derung nach diesem Gesetz vorliegen.
(2) Für einzelne Vorhaben nach § 10 Abs. 1
Satz 1 Nr. 2 verbleibt es bei den vor dem 1. Ja-
nuar 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.“
24. unverändert
25. § 30 erhält folgende Fassung:
„§ 30
Übergangsvorschrift für das Pflegesatzverfah-
ren
Bis zum Inkrafttreten einer Neufassung der
Bundespfllegesatzverordnung gilt § 18 in der bis
zum 31. Dezember 1981 geltenden Fassung wei-
ter.“
25. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

Artikel 2

Artikel 2

Änderung der Reichsversicherungsordnung**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 S. 1469)*, wird wie folgt geändert:

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch **§ 49 des Gesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705)**, wird wie folgt geändert:

1. In § 184 erhält Absatz 2 folgende Fassung:

1. unverändert

„(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:

2. unverändert

„§ 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 § 185b wird folgender Absatz 3 angefügt:

3. unverändert

„(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.“

3a. Dem § 188 wird folgender Satz angefügt:

„Spätestens ab 1. Januar 1984 wird dem Versicherten für jedes Kalendervierteljahr grundsätzlich nur ein Krankenschein für ärztliche Behandlung ausgestellt.“

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

3b. In § 368 n Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Vergütung ist als pauschaler Betrag für den einzelnen Behandlungsfall zu vereinbaren. Bei der Bestimmung der Höhe ist von den vergleichbaren durchschnittlichen Kosten in der kassenärztlichen Versorgung auszugehen; Leistungen und Kosten, die durch die Durchführung von Lehr- und Forschungsaufgaben sowie die besondere Untersuchungs- und Behandlungsweise in diesen Einrichtungen bedingt sind, dürfen hierbei nicht berücksichtigt werden. In den Verträgen sind Schlichtungsregelungen für den Fall vorzusehen, daß eine Vereinbarung über die im Satz 4 bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeit oder die Höhe der Vergütung nicht oder teilweise nicht zustande kommt; die Vertragsparteien haben für die Schlichtung einen unparteiischen Vorsitzenden vorzusehen.“

3c. In § 368 n Abs. 8 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Benehmen mit der für die Krankenhausbedarfsplanung zuständigen Landesbehörde und der Krankenhausgesellschaft im Lande darauf hinzuwirken, daß bei der Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte durch an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte die regionalen Versorgungsbedürfnisse, insbesondere die Leistungserfordernisse benachbarter Krankenhäuser sowie die Erfordernisse der kassenärztlichen Versorgung berücksichtigt werden, und einen wirtschaftlichen Einsatz der Geräte zu sichern. Der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt hat eine beabsichtigte Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.“

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 Pflgetage mit Sozialleistungsträgern oder mit Patienten abgerechnet hat, die keine höheren als die den Sozialleistungsträgern berechneten Pflegesätze zahlten.“

b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.**4. unverändert**

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

5. § 372 erhält folgende Fassung:

„§ 372

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen 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 Mitgliedskassen 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 Unterrichtung 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.“

5. § 372 erhält folgende Fassung:

„§ 372

(1) unverändert

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

1. unverändert
2. **die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,**
3. unverändert

(3) unverändert

(4) unverändert

(5) unverändert

(6) unverändert

(7) unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

(8) Werden Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Entbindungsanstalt durchgeführt, gelten die Richtlinien nach § 368 p Abs. 5.“

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

„§ 373

(1) In jedem Land *schließen* die Landesverbände der Krankenkassen *mit der* Krankenhaushausgesellschaft 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.

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

„§ 373

(1) In jedem Land **werden ein oder mehrere Prüfungsausschüsse errichtet**, die die Landesverbände der Krankenkassen **und die** Krankenhaushausgesellschaft im Lande **bilden. Der Prüfungsausschuß besteht aus** Vertretern der Krankenkassen und **der** Krankenhäuser in gleicher Zahl. **Die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen, die Vertreter der Krankenhäuser und deren Stellvertreter werden von der Krankenhaushausgesellschaft nach Maßgabe des Vertrages nach Satz 5 bestellt. Die Mitglieder des Prüfungsausschusses sind an Weisungen nicht gebunden.** Den Vorsitz **im Prüfungsausschuß** 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 **des Ausschusses und die Zahl seiner Mitglieder** im einzelnen, **die Einrichtung der Geschäftsführung bei einem der Beteiligten, die Kostenverteilung** sowie das Verfahren vor den Ausschüssen regelt **ein Vertrag zwischen den Beteiligten nach Satz 1, dessen Inhalt für die Verträge nach § 372 Abs. 1 und 2 verbindlich ist.**

(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 **und die Krankenhausärzte** sind verpflichtet, dem Prüfungsausschuß oder den von ihm Beauftragten **die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben** notwendigen Unterlagen **vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.**

(3) **Der Prüfungsausschuß hat** aus Anlaß der Einzelprüfung Empfehlungen abzugeben, die von den in § 372 Abs. 1 genannten Vertragspartnern zu beachten sind.

(4) Das Verfahren vor dem Prüfungsausschuß gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 des Sozialgerichtsgesetzes.

(5) Die Aufsicht über die Geschäftsführung des Prüfungsausschusses führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Sie beruft die Vertreter der

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

Krankenkassen und der Krankenhäuser, wenn und solange eine Bestellung durch die Beteiligten nicht erfolgt.

§ 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.“

§ 374

(1) unverändert

(2) In jedem Land **wird eine** Schiedsstelle **errichtet, die** die Landesverbände der Krankenkassen **und die** Krankenhausgesellschaft im Lande **bilden. Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt oder höheren Verwaltungsdienst, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Krankenkassen und der Krankenhäuser in gleicher Zahl. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Beteiligten nach Satz 1 einigen; die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen, die Vertreter der Krankenhäuser und deren Stellvertreter von der Krankenhausgesellschaft nach Maßgabe der Schiedsvereinbarung nach Satz 5 bestellt. Die Mitglieder der Schiedsstelle sind an Weisungen nicht gebunden. Das Nähere, insbesondere über die Zusammensetzung der Schiedsstelle und die Zahl ihrer Mitglieder im einzelnen, die Einrichtung der Geschäftsführung bei einem der Beteiligten nach Satz 1, die Kosten einschließlich der Verfahrenskosten und der Erstattungen und der Entschädigungen für die Mitglieder sowie das Verfahren nach Absatz 1 regelt ein Vertrag zwischen den Beteiligten nach Satz 1 (Schiedsvereinbarung). Die Schiedsvereinbarung gilt auch mit Wirkung für und gegen die Vertragspartner nach § 372 Abs. 1.**

(3) Das Verfahren vor der Schiedsstelle gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 des Sozialgerichtsgesetzes.

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

(4) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Sie beruft die Mitglieder der Schiedsstelle, wenn und solange die Beteiligten sich über die Mitglieder nicht einigen oder sie nicht bestellen. Kommt eine Schiedsvereinbarung nach Absatz 2 Satz 5 nicht zustande, so trifft die Landesregierung nach Maßgabe dieser Vorschrift die vorgesehenen Regelungen in einer Rechtsverordnung. Dies gilt erstmalig, wenn bis zum 1. Juli 1983 eine Schiedsvereinbarung nicht zustande kommt.“

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 Gesamtausgaben 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.

7. unverändert

8. In § 525 c Abs. 4 Satz 1 erhält der erste Halbsatz folgende Fassung:

„Für Verträge über Krankenhauspflege, die Errichtung von Prüfungsausschüssen und Schiedsstellen sowie deren Aufgaben gelten die §§ 371 bis 374;“

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

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:

01. Dem § 15 wird folgender Satz angefügt:

„Spätestens ab 1. Januar 1984 wird dem Versicherten für jedes Kalendervierteljahr grundsätzlich nur ein Krankenschein für ärztliche Behandlung ausgestellt.“

1. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

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 angemessener 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.

2. unverändert

3. § 76 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Für Verträge über Krankenhauspflege, die Errichtung von Prüfungsausschüssen und Schiedsstellen sowie deren Aufgaben gelten die §§ 371 bis 374 der Reichsversicherungsordnung; § 74 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 gilt entsprechend.“

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 4

Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes

§ 204 a Abs. 3 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), **erhält folgende Fassung:**

„(3) Für Verträge über Krankenhauspflege, die Errichtung von Prüfungsausschüssen und Schiedsstellen sowie deren Aufgaben gelten die §§ 371 bis 374 der Reichsversicherungsordnung; die in diesen Vorschriften den Bundesverbänden und den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nimmt die Bundesknappschaft wahr.“

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

Artikel 5

Artikel 5

**Änderung des Gesetzes
über die Ausübung der Zahnheilkunde**

unverändert

§ 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

Artikel 6

**Aufhebung des Halbierungserlasses;
Übergangsregelung**

unverändert

(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 tragen 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.

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

Artikel 6a

Änderung des Krankenpflegegesetzes

In § 9 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. September 1965 (BGBl. I S. 1443), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 4. Mai 1972 (BGBl. I S. 753), wird folgende Nummer 5 angefügt:

- „5. für Umschüler mit einer abgeschlossenen Ausbildung als Arzthelfer oder Zahnarzthelfer ein Lehrgang nach Absatz 1 um sechs Monate; nach mindestens dreijähriger Tätigkeit als Arzthelfer oder Zahnarzthelfer nach Abschluß der Ausbildung kann der Lehrgang um weitere sechs Monate verkürzt werden.

In den Fällen der Nummer 5 wird auf die Erfüllung der in § 8 Abs. 1 Nr. 2 für die Zulassung zum Besuch der Krankenpflege- oder Kinderkrankenpflegeschule genannten Voraussetzungen verzichtet. Satz 1 Nr. 5 und Satz 2 gelten nur für Umschulungen, die bis zum 31. Dezember 1985 begonnen werden.“

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 7

unverändert

Artikel 8

Berlin-Klausel

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

Artikel 8

unverändert

Artikel 9

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1982 in Kraft.

Artikel 9

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt mit Ausnahme der in Absatz 2 genannten Vorschriften am 1. Juli 1982 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nr. 3, 5 Buchstabe b, Nr. 9 Buchstabe a, Nr. 10 Buchstabe d, Nr. 11, 13 Buchstabe a, Nr. 17 Buchstabe c, Nr. 17a, 20 Buchstabe b, Nr. 22 und 24, Artikel 2 Nr. 5, soweit er § 372 Abs. 8 der Reichsversicherungsordnung regelt, und Artikel 6a treten am 1. Januar 1982 in Kraft.

Bericht des Abgeordneten Jagoda

A. Allgemeines

I. Zum Beratungsverfahren

In der 45. Sitzung des Deutschen Bundestages am 24. Juni 1981 sind der von der Bundesregierung eingebrachte

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

— Drucksache 9/570 —

und der vom Bundesrat eingebrachte

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Reichsversicherungsordnung und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

— Drucksache 9/571 —

in erster Beratung behandelt worden. Der Regierungsentwurf wurde an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung federführend, den Ausschuß für Wirtschaft und den Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit zur Mitberatung sowie an den Haushaltsausschuß gemäß § 96 der Geschäftsordnung überwiesen. Der Gesetzentwurf des Bundesrates wurde an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung federführend und an den Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit mitberatend überwiesen.

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat die Gesetzentwürfe in der Zeit vom 9. September bis 30. Oktober 1981 in mehreren Sitzungen beraten. Am 30. September 1981 hörte der Ausschuß im Rahmen einer öffentlichen Informationssitzung Sachverständige der Krankenhausträger, der Kirchen, der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Ärzteschaft, der Verbände des Krankenhauspersonals und der Sozialpartner zu beiden Gesetzentwürfen. Hierzu wird auf das Protokoll Nr. 22 des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung sowie auf die als Ausschußdrucksachen verteilten schriftlichen Stellungnahmen verwiesen.

Der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit hat beide Gesetzentwürfe am 28. Oktober 1981 beraten und mit Mehrheit gegen die Stimmen der Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion die Ablehnung des Gesetzentwurfs des Bundesrates — Drucksache 9/571 — und die Annahme des Regierungsentwurfs — Drucksache 9/570 — empfohlen. Die Ausschußmehrheit hat es begrüßt, daß mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auch der Krankenhausbereich in die durch gesetzliche Regelungen abgesicherte Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen einbezogen wird. Nur die Einbeziehung aller Sektoren des Gesundheitswesens verhindere eine ungleichgewichtige Kostenentwicklung, die auch gesundheitspolitisch unerwünschte Folgewirkungen haben müs-

se. Insbesondere begrüßt es der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit, daß

- den Trägern der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung bessere Mitwirkungsrechte bei der Krankenhausbedarfsplanung eingeräumt werden,
- an die Stelle der Pflegesatzfestsetzung durch die Landesbehörden der Grundsatz einer Verhandlungsregelung zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen tritt,
- die Bestimmungen über die öffentliche Förderung der Krankenhausinvestitionen flexibler gestaltet worden sind und damit den Krankenhausträgern die Möglichkeit zu wirtschaftlicherem Verhalten geben,
- mit der vorgesehenen Aufhebung des Halbie rungserlasses in der Psychiatrie ein überfälliger Schritt bei der Gleichstellung von psychisch Kranken mit den körperlich Kranken nunmehr getan werde.

Darüber hinaus hat der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit angeregt, in Artikel 2 des Regierungsentwurfs (Änderungen der Reichsversicherungsordnung) eine Bestimmung aufzunehmen, die die Rückkehr zum quartalsgebundenen Krankenschein vorsieht. Neben möglichen Kosteneinsparungen wird in einer solchen Regelung vor allem die gesundheitspolitisch erwünschte Stärkung der Hausarztfunktion gesehen, ohne daß das Prinzip der freien Arztwahl angetastet würde.

Die Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion im Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit halten demgegenüber in einem Minderheitsvotum den Regierungsentwurf nicht für geeignet, die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich nachhaltig zu dämpfen. Dazu sei ein völliger Abbau der Mischfinanzierung durch Bund und Länder bei den Krankenhausinvestitionen und ein zumindest teilweiser Abbau des dualen Finanzierungssystems notwendig.

Der Ausschuß für Wirtschaft hat in seiner Sitzung am 28. Oktober 1981 mit Mehrheit vorgeschlagen, dem Gesetzentwurf der Bundesregierung — Drucksache 9/570 — zuzustimmen.

Der Haushaltsausschuß wird seinen Bericht gesondert vorlegen.

II. Zum Inhalt des Gesetzentwurfs der Bundesregierung

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze — KHG

—) von 1972 geht davon aus, daß die Bereitstellung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe ist, die Bund und Ländern gemeinsam obliegt und von ihnen gemeinsam zu finanzieren ist. Mit dem Gesetz wurde das duale Finanzierungssystem eingeführt und der Selbstkostendeckungsgrundsatz normiert. Über die Pflegesätze sind nur die laufenden Betriebskosten zu tragen. Die Investitionskosten der Krankenhäuser werden durch öffentliche Mittel (Fördermittel) finanziert, die von Bund und Ländern gemeinsam aufgebracht werden. Fördermittel und Pflegesätze zusammen müssen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken.

Zweck des Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Diese Ziele des Gesetzes sind bislang nicht in vollem Umfang erreicht worden. Das liegt vor allem daran, daß

- das Leistungsangebot der Krankenhäuser in Spezialbereichen, wie z. B. bei Einrichtungen zur Durchführung von Herzoperationen oder zur Versorgung von Schwerstverbrannten, Querschnittgelähmten, Strahlenverletzten, Rheuma- und Krebskranken, noch nicht dem tatsächlichen Bedarf entspricht, und andererseits noch immer zahlreiche nicht bedarfsnotwendige Betten vorgehalten werden,
- abgesehen von teilweise regional bedingten Besonderheiten die Bettendichte, Bettennutzung, Verweildauer und damit die Kosten der Krankenhausversorgung in den einzelnen Bundesländern noch sehr unterschiedlich sind,
- die Krankenhausbedarfsplanung noch nicht zu der angestrebten Straffung und Neustrukturierung des Angebots an Krankenhausleistungen geführt hat, weil die Krankenhausbedarfspläne der Länder in den wichtigsten Bestimmungsgrößen für den Bedarf — Bevölkerungsentwicklung, Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer — nach wie vor voneinander abweichen,
- die Anwendung des § 371 Abs. 2 RVO — Gewährung von Krankenhauspflege durch nicht in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgenommene Krankenhäuser auf Grund von Bereiterklärungen der Krankenhäuser — in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich erfolgt und dadurch zu Unsicherheiten bei diesen Krankenhäusern führt.

Der mit dem KHG festgelegte Grundsatz der Selbstkostendeckung hat zu einer erheblichen Erhöhung der Ausgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege geführt. Sie haben sich in den Jahren 1971 bis 1980 mehr als verdreifacht und heute mit rd. 30 v. H. den höchsten Anteil an den gesamten Leistungsausgaben erreicht. Seit 1980 ist ein neuer Kostenschub im Krankenhausbereich zu verzeichnen, der zu einer weiteren Steigerung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für stationäre Behandlung geführt hat, die erheblich über dem Anstieg der beitragspflichti-

gen Löhne und Gehälter liegt und somit zu den Beitragssatzerhöhungen wesentlich beigetragen hat. Dadurch ist die in den Jahren 1977 bis 1979 weitgehend erreichte Beitragssatzstabilität gefährdet.

Nachdem die Bemühungen um eine Verringerung der Kostensteigerung in der stationären Versorgung zweimal — 1977 im Rahmen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) und 1980 durch eine Neufassung des KHG — an der fehlenden Zustimmung des Bundesrates gescheitert sind, soll mit dem vorliegenden Entwurf eines Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes nunmehr erneut der Versuch gemacht werden, durch Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen eine dauerhafte Steuerung der Kostenentwicklung auch im Krankenhausbereich zu erreichen. Neben dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz für die Krankenversicherung (KVEG) — Drucksachen 9/798, 9/845, 9/977 — soll auch der Entwurf eines Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes — Drucksache 9/570 — dazu beitragen, die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft zu sichern und die Aufwendungen der Sozialleistungsträger im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und der Einkommensentwicklung der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung zu halten. Darüber hinaus soll eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhauspflege zu sozial tragbaren Kosten auf Dauer gesichert werden.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung konzentriert sich auf punktuelle Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie solcher Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, die die Krankenhauspflege betreffen, und enthält im wesentlichen folgende Schwerpunkte:

1. eine bessere Anpassung des Leistungsangebots der Krankenhäuser insgesamt an den tatsächlichen Bedarf durch eine Verbesserung der Planungs- und sonstigen Steuerungsinstrumente im Krankenhausbereich. Dies soll vor allem erreicht werden durch
 - eine Pflicht zur Anpassung der Krankenhausbedarfspläne an die Entwicklung des Bedarfs für Krankenhausleistungen,
 - bestimmte Rahmenvorgaben als Mindestanforderungen für Aufgaben und Inhalt der Bedarfspläne im Hinblick auf die unterschiedliche Bedarfsplanung in den einzelnen Bundesländern,
 - Einbeziehung der Hochschulkliniken, der Krankenhäuser der Bundeswehr sowie der Renten- und der Unfallversicherungsträger in die Bedarfspläne, um das Leistungsangebot besser auf den Bedarf abzustimmen,
 - Abstimmung der Bedarfsplanung für Krankenhäuser von länderübergreifender Bedeutung unter den beteiligten Bundesländern,
 - Zuweisung bestimmter Aufgaben von besonderer Bedeutung an einzelne Krankenhäuser schon im Bedarfsplan, um die Bedarfsplanung zu verbessern und zu erleichtern,

- stärkere Beteiligung der Krankenhäuser und der Krankenkassen an der Bedarfsplanung durch enge Zusammenarbeit,
 - Einsatz der Schwerpunkt- und Modellförderungsmittel des Bundes auch zum Abbau regionaler Überversorgung;
2. wirtschaftlicherer Einsatz der öffentlichen Fördermittel zur wirksamen Unterstützung der Bemühungen der Krankenhäuser um eine möglichst wirtschaftliche Betriebsführung, insbesondere durch
- Berücksichtigung der Folgekosten bei den Investitionsentscheidungen der Länder,
 - Einbeziehung des kleinen Bau- und Ersatzbedarfs für mittel- und langfristige Anlagegüter in die Pauschalförderung nach § 10 KHG,
 - Staffelung der pauschalen Förderbeträge des § 10 KHG nach Versorgungsstufen, denen die Krankenhäuser entsprechend ihren Aufgaben zugeordnet sind, statt nach den Bettenzahlen,
 - Erweiterung der pauschalen Förderungsmöglichkeiten auch auf die Errichtung von Krankenhäusern,
 - Begrenzung der Nachbewilligung von Fördermitteln auf unabweisbare Mehrkosten,
 - Abstimmung beim Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte;
3. Verbesserungen im Pflegesatzrecht als Vorgaben für die wirtschaftliche Erbringung der Krankenhausleistungen durch
- Stärkung der Selbstverwaltung über die eigenverantwortliche Vereinbarung der Pflegesätze zwischen den Krankenhäusern und den beteiligten Sozialleistungsträgern. Die Pflegesatzvereinbarung soll bei der Genehmigung nur noch einer Rechtskontrolle unterliegen, lediglich bei Nichteinigung soll eine staatliche Festsetzung der Pflegesätze erfolgen,
 - Festlegung der Pflegesätze nur für künftige Zeiträume,
 - Stärkung der Selbstverwaltung mit dem 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 Personalbedarf und Sachkosten, zu erarbeiten;
4. bessere Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots der Reichsversicherungsordnung für Krankenhauspflge durch
- Verpflichtung der Krankenkassen und Krankenhäuser zum Abschluß von Verträgen über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhauspflge im Einzelfall durch paritätisch besetzte Prüfungsausschüsse,
 - Verpflichtung der Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser zum Abschluß dreiseitiger Verträge auf Landesebene zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern;
5. Bestands- und Vertrauensschutz für gemeinnützige, bereits 1972 betriebene und nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommene Krankenhäuser. Sie sollen auch weiterhin Krankenhauspflge für die in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten erbringen können, wenn sie leistungsfähig sind und wirtschaftlich arbeiten;
6. ausdrückliche Klarstellung zur Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen;
7. sozialversicherungsrechtliche Gleichstellung von psychisch Kranken und somatisch Kranken auch für die Leistung von Krankenhauspflge durch Aufhebung des sog. Halbierungserlasses aus dem Jahre 1942;
8. Dauerregelung zur Finanzierung der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten ab 1. Januar 1982 durch
- Einbeziehung der Investitionskosten in die öffentliche Förderung,
 - Tragung der Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung (schulische Kosten) ab 1. Januar 1984 durch die Länder,
 - Finanzierung der sonstigen laufenden Kosten der Ausbildungsstätten einschließlich der Ausbildungsvergütung weiterhin über die Pflegesätze.
- Die Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes machen Folgeregelungen in der Bundespflegesatzverordnung erforderlich, um die wirtschaftliche Erbringung der Krankenhausleistungen zu fördern. Die Bundesregierung hat angekündigt, hierzu einen Entwurf vorzulegen.

III. Zum Inhalt des Gesetzentwurfs des Bundesrates

Der Gesetzentwurf des Bundesrates zur Änderung der Reichsversicherungsordnung und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes — Drucksache 9/571 — beschränkt sich auf folgende nach Auffassung des Bundesrates vorrangig zu treffende Regelungen:

1. Die am 31. Dezember 1981 auslaufende Übergangsregelung des § 30 Abs. 2 KHG soll bis zum 31. Dezember 1985 verlängert werden; bis dahin sollen die Kosten der mit dem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten weiterhin im Pflegesatz berücksichtigt werden.
2. Bereits 1972 betriebene, aber nicht in den Bedarfsplan aufgenommene Krankenhäuser sollen den gleichen Bestandsschutz erhalten, wie er im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehen ist.

IV. Die Beratungen im Ausschuß

Der Ausschuß hat mit den Stimmen der Mitglieder der Koalitionsfraktionen den Gesetzentwurf des Bundesrates — Drucksache 9/571 — abgelehnt und den Gesetzentwurf der Bundesregierung — Drucksache 9/570 — zur Grundlage seiner Beschlußfassung gemacht.

1. Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Die Zielsetzung des Regierungsentwurfs wurde von allen Fraktionen bejaht. Unterschiedlich wurden dagegen die einzelnen Vorschriften beurteilt.

Die Mitglieder der Fraktionen der SPD und FDP sehen in den Regelungen des Gesetzentwurfs einen geeigneten Ansatz, um im Rahmen des geltenden Finanzierungssystems auch im Krankenhausbereich die Kostenentwicklung zu dämpfen. Sie halten auf dieser Grundlage allerdings zusätzliche Vorschriften für notwendig, um die Erhöhung der Ausgaben für Krankenhauspflege schon in den Jahren 1982 und 1983 auf den Anstieg der Grundlohnsumme in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen. Die Fraktionen der SPD und FDP haben daher im Ausschuß Änderungsanträge eingebracht und mit ihrer Mehrheit beschlossen, die vorsehen, daß

- für jedes Krankenhaus — jeweils zusammen mit dem Pflegesatz für dessen Geltungsdauer — ein Höchstbetrag für den medizinischen Bedarf des Krankenhauses festzulegen ist,
- die Krankenhauspflegesätze in den Jahren 1982 und 1983 nicht stärker steigen dürfen als die durchschnittliche Grundlohnsumme der Ortskrankenkassen im Lande, es sei denn, daß die Aufwendungen des Krankenhauses im Einzelfall unabweisbar sind,
- bei der Gewährung der Finanzhilfen des Bundes an die Länder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sicherzustellen ist, daß das Angebot an Krankenhausleistungen in den Ländern dem tatsächlichen Bedarf angepaßt wird.

Die Koalitionsfraktionen haben weiter in zahlreichen Änderungsanträgen Vorschläge des Bundesrates aufgegriffen oder seinen Bedenken durch eine andere Fassung von Einzelvorschriften oder ergänzende Vorschriften Rechnung getragen, soweit dies die Zielsetzung des Gesetzentwurfs nicht beeinträchtigt. Das gilt insbesondere für

- Inhalt und Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne,
- die Feststellung der Aufnahme eines Krankenhauses in den Bedarfsplan unter Bedingungen, Auflagen und anderen Nebenbestimmungen,
- die Förderung von Grundstückskosten sowie Anlauf- und Umstellungskosten,
- die Nabewilligung von Fördermitteln,
- die Abstimmung des Einsatzes medizinisch-technischer Großgeräte,
- die Behandlung der Fördermittel bei Ausscheiden aus dem Krankenhausbedarfsplan,

- die Genehmigungsfrist für Pflegesatzvereinbarungen,
- die Zuweisung der Finanzhilfen im Bereich der Drittelbeteiligung des Bundes an jedes Land entsprechend seinen tatsächlichen Aufwendungen,
- die Verträge über die Behandlung von Versicherten in den poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen und
- die Regelungen über gemeinsame Ausschüsse von Krankenkassen und Krankenhäusern zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhauspflege im Einzelfall.

Die Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion lehnten — bei unterschiedlicher Abstimmung zu einzelnen Vorschriften — den Gesetzentwurf im ganzen ab, weil er insgesamt nicht geeignet sei, die angestrebte Kostendämpfung bei Erhaltung der notwendigen Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu erreichen. Sie wandten sich vor allem gegen die Finanzierungsregelung für die Ausbildungsstätten, die Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen und gegen die von den Koalitionsfraktionen gestellten Änderungsanträge zur zusätzlichen Kostendämpfung insbesondere in den Jahren 1982 und 1983. Die Selbstkostendeckung in den Krankenhäusern sei schon jetzt nicht mehr gewährleistet. Die zusätzlichen Kostendämpfungsmaßnahmen gefährdeten die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. Mittelfristig sei eine Strukturveränderung zu Lasten der freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträger zu befürchten, da diese die aus der mangelnden Selbstkostendeckung entstehenden zusätzlichen Belastungen nicht auffangen könnten wie die öffentlichen Krankenhausträger.

Die CDU/CSU-Fraktion hatte weiter beantragt,

- im Krankenhausfinanzierungsgesetz ausdrücklich zu regeln, nach welchen Kriterien die Landesbehörde das ihr — entgegen einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts — zustehende Ermessen bei der Entscheidung über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan auszuüben hat, wenn das Angebot an Krankenhäusern den Bedarf übersteigt,
- die Frist für die Anpassung der Arzneimittelversorgung der Krankenhäuser an die neuen Vorschriften des Apothekengesetzes um drei Jahre bis Ende 1985 zu verlängern und
- die Übergangsregelungen zur Aufhebung des Halbierungserlasses zu streichen.

Die Änderungsanträge der Fraktion der CDU/CSU wurden von der Ausschlußmehrheit abgelehnt.

Eine Reihe wichtiger Regelungen wurde einstimmig beschlossen. Dazu gehören

- die Vorschriften über die Krankenhausbedarfsplanung und die Investitionsprogramme (§§ 6 und 6 a KHG),
- die Staffelung der pauschalen Fördermittel zur Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach Versorgungsstufen sowie die Ermächtigung

- des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, die Versorgungsstufen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates abzugrenzen (§§ 10 und 27 Nr. 2 a KHG),
- die Änderung und Ergänzung von Grundsatzvorschriften für die Pflegesatzregelung (§ 17 Abs. 1 Satz 2 und 3, Abs. 3 Satz 2 und Abs. 5 Satz 1 KHG),
 - die Neuregelung des Pflegesatzverfahrens (§ 18 KHG),
 - die Neufassung der Vorschrift über die Zuweisung der Finanzhilfen des Bundes (§ 22 Abs. 1 KHG),
 - die Änderungen zur häuslichen Krankenpflege und zur Gewährung von Haushaltshilfe (§§ 185 und 185 b RVO, § 18 KVLG),
 - die mit dem neuen § 11 a KHG korrespondierende Vorschrift zur Abstimmung des Einsatzes medizinisch-technischer Großgeräte durch an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (§ 368 n Abs. 8 RVO),
 - der Bestandsschutz für im Jahre 1972 bereits betriebene, jedoch nicht in den Bedarfsplan aufgenommene Krankenhäuser (§ 371 Abs. 3 RVO),
 - die Neufassung der Regelungen zu Verträgen der Krankenkassen im Zusammenhang mit der Erbringung von Krankenhauspflege (§§ 372 und 525 c Abs. 4 RVO, § 76 Abs. 1 KVLG, § 204 a Abs. 3 RKG) und
 - die Neuregelungen über gemeinsame Ausschüsse von Krankenkassen und Krankenhäusern zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhauspflege im Einzelfall (§§ 373, 374 und 525 c Abs. 4 RVO, § 76 Abs. 1 KVLG, § 204 a Abs. 3 RKG).

Die Beschlüsse des Ausschusses konzentrieren sich auf kostendämpfende Maßnahmen und sehen davon ab, zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser grundlegende Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, z. B. beim dualen Finanzierungssystem, der gemeinsamen Finanzierung der Krankenhausinvestitionen durch Bund und Länder oder beim Selbstkostendeckungsgrundsatz vorzunehmen. Solche Änderungen erscheinen ohne eingehende Untersuchungen insbesondere der betriebswirtschaftlichen, finanziellen und gesundheitspolitischen Auswirkungen nicht vertretbar. Darüber hinaus soll eine Neuregelung der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen der weiteren allgemeinen Diskussion vorbehalten bleiben, die zwischen Bund und Ländern über einen Abbau gemeinschaftlicher Finanzierungen bestimmter Aufgaben von gemeinsamen Interesse geführt wird.

Der Ausschuß hält die beschlossenen Regelungen mehrheitlich für dringend notwendig. Die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich duldet — nach der Abkoppelung des Krankenhausteils vom Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz 1977 und dem Scheitern der Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1980 — keinen erneuten Aufschub bis zu einer grundlegenden Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Das gilt ins-

besondere auch für die Regelung zur Finanzierung der Ausbildungsstätten, da die bisherige Übergangsvorschrift am 31. Dezember 1981 ausläuft.

2. Zum Gesetzentwurf des Bundesrates

Der Ausschuß hat mit der Mehrheit der Koalitionsfraktionen eine erneute Verlängerung der Übergangsvorschrift des § 30 Abs. 2 KHG zur Finanzierung der Ausbildungsstätten an Krankenhäusern abgelehnt. Er hält die Belastung der Krankenhausbenutzer bzw. ihrer Kostenträger mit den gesamten Ausbildungskosten nicht länger für tragbar und sieht in der Regelung des Regierungsentwurfs eine sachgerechte Dauerregelung. Die Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion sahen eine Verlängerung der Übergangsvorschrift für vertretbar und vorrangig an, um die Finanzierung der Ausbildungskosten unabhängig von der anstehenden Neuordnung der Krankenhausfinanzierung für weitere drei Jahre zu sichern.

Die Ausschußmehrheit ist ferner der Auffassung, daß die vom Bundesrat vorgeschlagene Ergänzung des § 371 RVO zum Bestandsschutz der 1972 bereits betriebenen, aber nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäuser in der Sache der im Regierungsentwurf vorgesehenen Regelung entspricht und daher als gesonderte Änderung entbehrlich ist. Die CDU/CSU-Fraktion stimmte dem unter der Voraussetzung zu, daß der Regierungsentwurf Gesetz wird.

B. Besonderer Teil

Soweit die Vorschriften des Regierungsentwurfs unverändert übernommen wurden, wird auf die Begründung zum Regierungsentwurf — Drucksache 9/570 — verwiesen.

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

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

Die CDU/CSU-Fraktion hatte beantragt, Artikel 1 Nr. 3 des Regierungsentwurfs zu streichen und als Folge hiervon Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe b zu streichen, durch Nr. 9 Buchstabe a lediglich § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG zu streichen, in Nr. 13 Buchstabe a die Worte „und die in § 2 Nr. 3 Buchstabe e genannten Ausbildungsstätten“ zu streichen sowie in Nr. 24 § 29 Abs. 1 KHG zu streichen. Die mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten seien bisher in die gemeinsame Förderung der Investitionskosten von Krankenhäusern nicht einbezogen, eine Herausnahme dieser Förderung aus der Mischfinanzierung von Bund und Ländern werde angestrebt. Es bestehe keine Notwendigkeit zu diesem Zeitpunkt, die derzeitige Mischfinanzierung auf weitere Bereiche auszudehnen und damit den zukünfti-

gen Entscheidungen der Länder vorzugreifen. Da zusätzliche Finanzmittel nicht zur Verfügung stünden, führe die Einbeziehung der Ausbildungsstätten zu einer Verringerung der Förderungsmöglichkeiten für die Krankenhäuser.

Der Antrag wurde mit den Stimmen von SPD und FDP abgelehnt. Nach Auffassung der Ausschlußmehrheit ist die alleinige Belastung der Patienten bzw. ihrer Kostenträger mit sämtlichen Ausbildungskosten nicht länger tragbar. Die im Regierungsentwurf vorgesehene Finanzierungsaufteilung ist als Dauerregelung sachgerecht. Einer möglichen Entflechtung der gemeinsamen Finanzierung von Krankenhausinvestitionen durch Bund und Länder wird dadurch schon deswegen nicht vorgegriffen, weil die Investitionskosten für Ausbildungsstätten mit etwa 40 Millionen DM jährlich gerade 1 v. H. der gesamten Investitionsförderung für Krankenhäuser nach dem KHG ausmachen.

Zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b (§ 2 Nr. 4 KHG)

Die mit den Stimmen von SPD und FDP beschlossene Änderung dient der begrifflichen Anpassung an die Regelung über teilstationäre Krankenhauspflege durch die Änderung des § 184 Abs. 1 RVO, die im Entwurf des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes (Drucksachen 9/798, 9/845, 9/977) vorgesehen ist.

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

Nach geltendem Recht ist ausschließlich auf die wirtschaftliche Situation des Krankenhausträgers abzustellen. Der Vorschlag, dagegen auf die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses abzustellen, würde dazu führen, daß Grundstückskosten sowie die Anlauf- und Umstellungskosten fast in jedem Fall durch Fördermittel aufgebracht werden müßten, weil das Krankenhaus selbst in aller Regel hierfür keine Mittel hat. Dies soll durch die Streichung von Nr. 5 Buchstabe a vermieden werden.

Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 6 KHG)

§ 6 Abs. 2 ist unter Verwertung der insoweit in der Stellungnahme des Bundesrates enthaltenen Änderungsvorschläge aufgrund eines Antrags der Koalitionsfraktionen einstimmig neu gefaßt worden. Der neugefaßte Satz 2 in Absatz 2 stellt klar, daß auch bei Hochschulkliniken auf den der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienenden Bedarf abzustellen ist; die Aufgaben aus Forschung und Lehre sind dabei jedoch zu berücksichtigen. Es erscheint ferner sachgerecht, durch Satz 3 klarzustellen, daß die Ziele der Raumordnung und Landesplanung als allgemeines Kriterium bei der Krankenhausbedarfsplanung zu berücksichtigen sind. Satz 4 macht die Zuweisung besonderer Aufgaben an einzelne Krankenhäuser nicht mehr von deren Zustimmung abhängig; dies wäre mit dem Wesen der Krankenhausbedarfsplanung nicht vereinbar. Die Zustim-

mung des Krankenhauses kann letztlich nicht Voraussetzung für eine sachgerechte Aufgabenteilung unter den Krankenhäusern sein. Satz 6 verdeutlicht, daß der Zusammenarbeit und Aufgabenteilung beim Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte besondere Bedeutung zukommt (vgl. hierzu § 11 a und § 17 Abs. 3 KHG).

Mit der Änderung des Satzes 2 in Absatz 4 soll klar gestellt werden, daß im Rahmen der engen Zusammenarbeit auch bei Vorschlägen zur Anpassung der Bedarfsplanung die Folgekosten zu berücksichtigen sind.

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

Die Regelung über die Abstimmung der Investitionsprogramme der Länder im Bund-Länder-Ausschuß nach § 7 KHG steht nach dem Entwurf nicht mehr in § 6 Abs. 2 KHG, sondern in § 6 a Abs. 3 KHG. Weil eine inhaltliche Änderung nicht gewollt ist, war in § 7 die Verweisung zu ändern. Daraus kann allerdings nicht geschlossen werden, daß die in § 6 geregelte Materie nicht der Abstimmung im Ausschuß zugänglich sein soll. Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich aus dem Gesamthalt des § 7 Abs. 2 KHG.

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

Durch den Oberbegriff „Nebenbestimmungen“ wird — entsprechend der Terminologie der Verwaltungsverfahrensgesetze des Bundes und der Länder — klargestellt, daß die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan auch befristet erfolgen kann. Das Bundesverwaltungsgericht hatte 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 Festsetzungsbescheides nach § 8 Abs. 1 KHG seien unzulässig. Das Wort „nur“ stellt klar, daß die Vorschrift die Voraussetzungen für Nebenbestimmungen zum Festsetzungsbescheid abschließend regelt.

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

Die Fraktion der CDU/CSU hatte beantragt, in § 8 KHG folgenden Absatz 1 a einzufügen:

„(1 a) Übersteigt das Angebot an Krankenhäusern den im Krankenhausbedarfsplan nach § 6 Abs. 2 ausgewiesenen Bedarf, so hat die Landesbehörde bei der Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern unter Berücksichtigung der Belange der Krankenhäuser und der Zielsetzung des § 1 nach pflichtgemäßem Ermessen abzuwägen, welches der betroffenen Krankenhäuser den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung gerecht wird. Die Feststellung nach Satz 1 kann mit Nebenbestimmungen nur verbunden werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausbedarfsplanung des Landes erforderlich ist.“

Zur Begründung wurde auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 26. März 1981 — 3 C 134.79 — verwiesen; darin werde die Auffassung vertreten, daß bei der Feststellung der Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan der zuständigen Landesbehörde weder ein Gestaltungsermessen (Planungsermessen) oder Handlungsermessen noch ein Beurteilungsspielraum zustehe. Dieser Auffassung könne nicht gefolgt werden. Eine sachgerechte Krankenhausplanung könne nicht nur die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie Bedarfsgerechtigkeit der vorhandenen Krankenhäuser berücksichtigen, sondern müsse auch als Planungsinstrument regionale, überregionale und sonstige planerische Fragen entscheiden. Insbesondere müsse die Krankenhausbedarfsplanung berücksichtigen, daß das Krankenhauswesen ein integriertes System unterschiedlicher Krankenhäuser mit verschiedenen Versorgungsstufen und Versorgungsaufgaben darstelle (integrierte, abgestufte Versorgung). Aus diesem Grund müsse der zuständigen Landesbehörde ein entsprechender Freiraum (Planungsermessen) eingeräumt werden. Eine entsprechende Bestimmung sei bisher im KHG nicht vorhanden. Die Rechtsprechung sei bis zur Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts aber stets davon ausgegangen, daß der Landesbehörde bei der Krankenhausbedarfsplanung ein Ermessen zustehe.

Der Antrag wurde von der Ausschlußmehrheit abgelehnt, da bisher noch keine Gelegenheit war, die Auswirkungen des Urteils und der vorgeschlagenen Änderung des § 8 KHG eingehend zu diskutieren.

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

Für die Nachbewilligung von Fördermitteln darf es entscheidend nur darauf ankommen, ob die Mehrkosten für den Krankenhausträger unabweisbar sind. Die Anfügung des letzten Halbsatzes ermöglicht die rechtzeitige Einplanung von Mehrkosten in die Finanzierungsprogramme.

Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 10 KHG)

Die in der Stellungnahme des Bundesrates zu § 10 Abs. 2 vorgesehene Rückkehr zur Einteilung der Krankenhäuser nach bloßen Bettenzahlen anstelle inhaltlich an der Versorgungsaufgabe orientierter Versorgungsstufen ist im Ausschuß nicht aufgegriffen worden. Der Ausschuß hält die von der Bundesregierung vorgeschlagene Einteilung gegenüber der geltenden Fassung des Gesetzes für sachgerechter.

Zu Artikel 1 Nr. 12 (§ 11 a KHG)

Die mit den Stimmen von SPD und FDP beschlossene Änderung des Regierungsentwurfs berücksichtigt, daß nicht nur die Anschaffung und der Betrieb medizinisch-technischer Großgeräte mit ungewöhn-

lich hohen Kosten verbunden sind, sondern auch der Einsatz solcher Geräte häufig mit einer strukturellen Änderung der Aufgabenstellung des Krankenhauses einhergeht. Dies erfordert, daß die zuständige Landesbehörde entsprechend den Zielen der Krankenhausplanung auf die Anschaffung und Nutzung solcher Geräte Einfluß nehmen kann, soweit nicht hierzu im Bedarfsplan selbst entsprechende Festlegungen getroffen worden sind (vgl. oben zu Artikel 1 Nr. 6, § 6 Abs. 2 KHG). Um den wirtschaftlichen Einsatz dieser Geräte im Krankenhaus sicherzustellen, erscheint es notwendig, bei der Abstimmung auch die niedergelassenen Ärzte und die Krankenkassen zu beteiligen. Das Verfahren zur Beschaffung von Großgeräten nach dem Hochschulbauförderungsgesetz bleibt hiervon unberührt.

Eine wirtschaftliche Nutzung dieser Geräte erscheint nur durch eine sinnvolle Abstimmung ihres Einsatzes möglich; die technologische Entwicklung wird damit nicht beeinträchtigt. Die Regelung erstreckt sich insbesondere auf Großgeräte wie Computertomographen, Gammakameras, Kobaltbomben, Linearbeschleuniger, Großrechner und dergleichen; die nähere Bestimmung zum Begriff des Großgerätes haben die Länder zunächst im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung zu treffen.

Die CDU/CSU-Fraktion erkennt die Notwendigkeit an, den Einsatz von Großgeräten im Interesse einer wirtschaftlichen Nutzung abzustimmen; sie hat dem § 11 a jedoch nicht zugestimmt, weil sie darin den verfehlten Weg einer Investitionslenkung sieht.

Zu Artikel 1 Nr. 16 Buchstabe b (§ 15 Abs. 2 a KHG)

Die Regelung erleichtert — in Ergänzung zu § 8 Abs. 2 KHG — das Ausscheiden eines Krankenhauses aus dem Krankenhausbedarfsplan, wenn es seine darin vorgesehene Aufgabe nicht mehr erfüllt.

Zu Artikel 1 Nr. 17 (§ 17 KHG)

Die redaktionell verbesserte Fassung des Absatzes 1 stellt klar, daß auch die kaufmännische Buchführung Grundlage für die Ermittlung der Selbstkosten ist; sie berücksichtigt zugleich, daß nach der Krankenhaus-Buchführungsverordnung Krankenhäuser von der Anwendung der Vorschriften dieser Verordnung befreit werden können. Das gilt insbesondere für eine Kosten- und Leistungsrechnung bei Krankenhäusern bis zu 250 Planbetten. Daneben wird bestimmt, daß die Pflegesätze Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung schaffen müssen.

Der mit den Stimmen von SPD und FDP beschlossene Absatz 2 a knüpft an die Vorschrift des § 368 f Abs. 6 RVO über den Arzneimittelhöchstbetrag in der kassenärztlichen Versorgung an. Zu einer wirkamen Dämpfung der stationären Behandlungskosten ist eine entsprechende Regelung für den Krankenhausbereich notwendig, allerdings mit der Maßgabe, daß der Höchstbetrag für jedes einzelne Kran-

kenhaus entsprechend seiner Kosten- und Leistungsstruktur bei der Bildung des Pflegesatzes festzulegen ist. Auch erscheint es geboten, den Höchstbetrag auf den gesamten medizinischen Bedarf des Krankenhauses zu erstrecken, wie er im Selbstkostenblatt zu § 18 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung in Teil E Ziffer V verbindlich festgelegt ist. Hierzu gehören z. B. Kosten für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Blut, Blutkonserven und Blutersatzmittel, Verbandmittel, ärztliches und pflegerisches Verbrauchsmaterial, Instrumente, medizinische Geräte, Narkose- und sonstigen Operationsbedarf, Röntgen- und Laborbedarf, Apothekenbedarf und andere Verbrauchsgüter des medizinischen Bedarfs. Dadurch werden im Durchschnitt etwa 49 v. H. der Sachkosten des Krankenhauses erfaßt. Das entspricht knapp 14 v. H. des gesamten Pflegesatzes, einem Anteil, der fast ebenso groß ist wie die Kosten des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus.

Die vorgeschlagene Regelung soll es den Pflegesatzparteien in diesem wichtigen Bereich der Sachkosten erleichtern, auf ein wirtschaftliches und sparsames Verhalten aller Beteiligten hinzuwirken. Sie dient insbesondere dem Ziel, die Krankenhausärzte und damit auch diejenigen, die sich später niederlassen wollen, schon während ihrer Aus- und Weiterbildung im Krankenhaus kostenbewußt zu machen und zu einer wirtschaftlichen und sparsamen Verordnungsweise anzuhalten. Hiervon wird auch ein günstiger Einfluß auf die Erwartungshaltung des einzelnen Patienten ausgehen, durch die erfahrungsgemäß Art und Umfang ärztlicher Verordnungen nicht unwesentlich mitbeeinflußt werden.

Eine Arzneimittelliste wurde bereits in zahlreichen Krankenhäusern auf freiwilliger Grundlage eingeführt. Sie hat sich als ein Instrument der internen Kostenkontrolle des Krankenhauses bewährt. Sie dient darüber hinaus den Pflegesatzparteien und der Pflegesatzbehörde neben dem Selbstkostenblatt als weitere Unterlage für die Bildung des Pflegesatzes und ist in diesem Rahmen insbesondere für die Festlegung des Höchstbetrages für den medizinischen Bedarf von Bedeutung. Die Liste ist so zusammenzustellen, daß die Ärzte daraus die zur Sicherung einer wirtschaftlichen und sparsamen Verordnungsweise notwendigen Angaben über den therapeutischen Nutzen, den Preis sowie die therapiegerechte Verordnungsmenge ersehen können.

Die Änderung in Absatz 4 Satz 1 entspricht einer Anregung des Bundesrates, ohne daß hieraus normative Folgerungen für das Verhältnis der Ausbildungsvergütung zu den Kosten der Ausbildungsstätte abgeleitet werden können.

Die CDU/CSU-Fraktion hatte beantragt, Satz 2 in Absatz 4a zu streichen. Die Trennung der Kosten der Ausbildung in einen praktischen und einen theoretischen Teil, wobei der letztere von den Ländern finanziert werden soll, erscheine weder sachgerecht noch technisch möglich. Das KHG müsse deshalb weiter vom Prinzip der Einheitlichkeit der Finanzierung der Ausbildungskosten über die Pflegesätze ausgehen. Die Ausschlußmehrheit hat diesen Antrag abgelehnt. Es gebe keinen Grundsatz, nach dem die Ausbildungskosten einheitlich zu finanzieren seien;

auf keinen Fall könne dies in der Weise geschehen, daß sämtliche Kosten den Patienten bzw. ihren Kostenträgern zur Last fallen. Die Aufteilung in theoretische und praktische Ausbildungskosten sei durchaus möglich; sie könne in jedem Fall auch pauschal erfolgen.

Die Änderung zu Absatz 5 berücksichtigt, daß die frühere Vorschrift des § 330 c StGB durch das 18. Strafrechts-Änderungsgesetz zu § 323 c StGB wurde.

Zu Artikel 1 Nr. 17 a (§ 17 a KHG)

Die Vorschrift wurde mit den Stimmen von SPD und FDP beschlossen. Eine wirksame Kostendämpfung ist nach Auffassung der Ausschlußmehrheit nur möglich, wenn auch der Ausgabenanstieg für Krankenhauspflege — dem größten Ausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherung — im Rahmen der Grundlohnentwicklung und damit der Beitragsentwicklung der Krankenkassen gehalten werden kann. Der Gesetzentwurf sieht daher die ausdrückliche Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vor. Diese Einbeziehung findet allerdings ihre Grenze an dem im Krankenhausfinanzierungsgesetz verankerten Selbstkostendeckungsgrundsatz. Auch von den Krankenhäusern kann und muß jedoch erwartet werden, daß sie in finanziell schwierigen Zeiten alle zumutbaren Anstrengungen unternehmen, ihre Ausgabenzuwächse in den Grenzen der Grundlohnentwicklung der beteiligten Krankenkassen zu halten. Mit der vorgeschlagenen Regelung werden die Pflegesatzerhöhungen für die Jahre 1982 und 1983 grundsätzlich auf den Anstieg der Grundlohnsomme beschränkt. Mehraufwendungen können von dem einzelnen Krankenhaus nur geltend gemacht werden, wenn es nachweist, daß sie auf unabwendbare Kostensteigerungen zurückzuführen sind, auf die es keinen Einfluß hat (z. B. Tarifabschlüsse, Ölpreissteigerungen). Zulässig bleiben höhere Pflegesatzsteigerungen auch dann, wenn bei zurückgehenden Berechnungstagen die Fixkosten des Krankenhauses nicht entsprechend gesenkt werden können.

Zu Artikel 1 Nr. 18 (§ 18 KHG)

Die im Regierungsentwurf in Absatz 3 vorgesehene starre Frist von einem Monat zur Genehmigung der Pflegesatzvereinbarungen erscheint nicht praktikabel. Insbesondere die Klärung von Fragen der wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung kann in schwierigen Fällen mehr Zeit erfordern. Auch Antragshäufungen zu bestimmten Zeiten können dazu führen, daß ein Monat zur Prüfung eines Genehmigungsantrages nicht ausreicht. Die Bestimmung, daß die Genehmigung unverzüglich zu erteilen ist, wird daher den Erfordernissen im Einzelfall besser gerecht.

Zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 19 KHG)

Nach Auffassung der Ausschlußmehrheit erscheint es zweckmäßig, in Absatz 1 ausdrücklich darauf hin-

zuweisen, daß insbesondere Sachverständige der medizinischen Wissenschaft bei der Erarbeitung der gemeinsamen Empfehlungen hinzugezogen werden sollen. Dies schließt nicht aus, daß die beteiligten Verbände auch andere Sachverständige, zum Beispiel aus dem Bereich der Krankenpflege oder der Betriebswirtschaft, hinzuziehen. Die Vorschrift schließt die Verpflichtung ein, die Empfehlungen jeweils der Entwicklung anzupassen.

Der mit den Stimmen von SPD und FDP beschlossene neue Absatz 2 ermächtigt die Bundesregierung zu einer Regelung durch Rechtsverordnung, falls sich die Verbände nicht auf gemeinsame Empfehlungen verständigen. Das Instrument der Empfehlungen auf Selbstverwaltungsebene bleibt wirkungslos, solange gemeinsame Empfehlungen in angemessener Frist nicht zustande kommen. Das zeigen auch die bisherigen, seit Jahren zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geführten Verhandlungen über den Personalbedarf im Krankenhaus. Es erscheint deshalb im öffentlichen Interesse geboten, daß Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser durch Rechtsverordnung geregelt werden, wenn sich die beteiligten Verbände innerhalb eines Jahres auf eine gemeinsame Empfehlung oder die Anpassung einer gemeinsamen Empfehlung an die Entwicklung nicht einigen.

Soweit Rechtsverordnungen nach Absatz 2 bestehen, sollten sie nach Auffassung der Ausschlußmehrheit bei Empfehlungsvereinbarungen auf Landesebene ebenfalls angemessen berücksichtigt werden.

Der bisherige Absatz 3 wird, redaktionell angepaßt, zum Absatz 4.

Zu Artikel 1 Nr. 19 a (§ 21 Satz 3 KHG)

Die mit den Stimmen von SPD und FDP beschlossene Änderung dient dazu, die Zweckbindung der Finanzhilfen des Bundes zu präzisieren um sicherzustellen, daß die Finanzhilfen entsprechend der Zielsetzung von Artikel 104 a Abs. 4 GG auf eine gleichmäßige stationäre Versorgung in den Ländern und damit insbesondere auf einen verstärkten Abbau nicht bedarfsnotwendiger Betten ausgerichtet werden. Die bloße Gewährung der Bundesmittel in Form einer Verteilung an die Länder hat nicht zu einer gleichmäßig bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen geführt; auch die Möglichkeiten des § 23 Abs. 2 KHG reichen hierzu nicht aus.

Die Bilanz der ersten acht Jahre der Geltung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zeigt, daß sich die unterschiedliche Bettendichte in den einzelnen Bundesländern kaum verändert hat. Die Zahl der Akutbetten je 1 000 Einwohner schwankte 1972 zwischen 5,63 in Schleswig-Holstein und 12,26 in Berlin bei einem Bundesdurchschnitt von 7,69 und 1979 zwischen 5,93 in Schleswig-Holstein und 12,45 in Bremen; die zweithöchste Bettendichte wies Berlin mit 12,38 auf bei einem Bundesdurchschnitt von 7,79. Damit korrespondieren weitgehend die Unter-

schiede in der Verweildauer und bei den Ausgaben für Krankenhauspflege je Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die durchschnittliche Verweildauer in Akutkrankenhäusern betrug 1972 in Schleswig-Holstein 15,3 Tage und in Berlin 25,6 Tage (Bundesdurchschnitt 17,8). 1979 waren es in Schleswig-Holstein 13,7 Tage und in Berlin 21,3 Tage; Bremen hatte die zweithöchste Verweildauer mit 18,1 Tagen (Bundesdurchschnitt 15,2 Tage). Die Ausgaben je Mitglied bewegten sich 1979 bei den landesunmittelbaren Krankenkassen zwischen 582,74 DM in Bayern (zweitniedrigster Wert: 688,74 DM in Schleswig-Holstein) und 1 028,03 DM in Berlin bei einem Bundesdurchschnitt von 716,10 DM; sie betrugen bei sämtlichen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung im Bundesdurchschnitt 667,43 DM.

Diese Unterschiede können nur zum Teil mit den Unterschieden der einzelnen Bundesländer z. B. in bezug auf Bevölkerungsdichte, Verkehrsdichte, Alters-, Erwerbs- und Wirtschaftsstruktur, oder mit länderübergreifend gewachsenen Versorgungsstrukturen erklärt werden. Der Kern des Problems ist, daß es bislang trotz eines Abbaues von etwa 15 000 Betten in Akutkrankenhäusern seit 1975 noch nicht gelungen ist, das Leistungsangebot der Krankenhäuser in erforderlichem Maße an den tatsächlichen Bedarf anzupassen. Das zeigt sich nicht zuletzt daran, daß rund 22 500 Betten außerhalb der Krankenhausbedarfspläne der Länder aufgrund eines Vertrags nach § 371 RVO für die Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Die Vorhaltung nicht bedarfsnotwendiger Krankenhausbetten belastet jedoch die Krankenhausbenutzer bzw. deren Kostenträger sowie die öffentliche Hand mit beträchtlichen Kosten.

Dem Auftrag im neuen § 21 Satz 3 kommt insbesondere im Hinblick auf die Änderung des § 23 Abs. 1 KHG (vgl. nachfolgend zu Artikel 1 Nr. 21) erhöhte Bedeutung zu. Wenn sich der Bund künftig beispielsweise bei der Förderung nach § 10 KHG entsprechend den tatsächlichen Aufwendungen der einzelnen Länder mit einem Drittel beteiligen soll, so ist das nur dann gerechtfertigt, wenn das Bettenangebot in den Ländern dem tatsächlichen Bedarf entspricht. Solange über den Einwohnerschlüssel hier ein gewisser Ausgleich bei unterschiedlicher Bettendichte stattgefunden hat, konnten diese Unterschiede noch hingenommen werden. Künftig erscheint das im Interesse der Gleichbehandlung der Länder nicht mehr zu rechtfertigen.

Zu Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe a (§ 23 Abs. 1 KHG)

Die mit den Stimmen von SPD und FDP beschlossene Änderung kommt den unterschiedlichen Verhältnissen in den einzelnen Ländern entgegen, soweit sie auf nicht beeinflussbaren Faktoren beruhen und deswegen gerechtfertigt sind.

Der Bund trägt im Bereich der Finanzhilfen nach § 22 Abs. 1 Satz 1 KHG ein Drittel der entsprechenden Aufwendungen in den Ländern insgesamt. In diesem Bereich, der etwa 40 v. H. aller KHG-Aufwendungen umfaßt, entfällt über die Hälfte der Aufwen-

dungen auf die Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 10 KHG.

Die bisher für die Finanzhilfen nach § 22 Abs. 1 Satz 1 KHG geltende Verteilung nach der Einwohnerzahl führte zu einer Ungleichbehandlung der Länder. Länder mit einer unterdurchschnittlichen Bettendichte erhalten mehr als ein Drittel ihrer tatsächlichen Aufwendungen in diesem Bereich, Länder mit einer überdurchschnittlichen Bettendichte erhalten weniger als ein Drittel.

Diese Ungleichbehandlung ist nicht gerechtfertigt, soweit die Faktoren, durch die die Investitionsausgaben der Länder maßgeblich beeinflußt werden, von den Ländern nicht ohne weiteres verändert werden können, wie beispielsweise die Bevölkerungsdichte, Verkehrsdichte, Alters-, Erwerbs- und Wirtschaftsstruktur. Hinzu kommt, daß vielfach länderübergreifend gewachsene Versorgungsstrukturen bestehen, insbesondere zwischen Stadtstaaten und angrenzenden Flächenstaaten, die maßgeblich auf die vorgehaltene Krankenhausstruktur Einfluß nehmen. Die vorgeschlagene Regelung trägt der unterschiedlichen Belastung der einzelnen Länder besser Rechnung und ermöglicht es, daß der Bund seine Finanzhilfen nach den tatsächlichen Ausgaben des einzelnen Landes bemißt. Auf die Notwendigkeit, bei dieser geänderten Situation auf eine ausgewogene Bettendichte hinzuwirken, ist im Zusammenhang mit § 21 Satz 3 KHG (vgl. oben zu Artikel 1 Nr. 19 a) schon hingewiesen worden.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 30 Abs. 2 KHG)

Die Fraktion der CDU/CSU hatte beantragt, die geltende Übergangsregelung des § 30 Abs. 2 KHG zur Finanzierung der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten bis zum 31. Dezember 1985 zu verlängern. Die Verlängerung der Übergangsregelung sei dringend geboten, da die Träger der Ausbildungsstätten angesichts der bis zu drei Jahre dauernden Ausbildungszeit schon heute wissen müßten, ob eine Finanzierung der Kosten der Ausbildungsstätten gesichert ist. Anderenfalls sei zu befürchten, daß Ausbildungsplätze verlorengehen. Dies wäre bei dem sich abzeichnenden Personal-mangel gesundheitspolitisch nicht zu vertreten.

Die Ausschlußmehrheit hat den Antrag abgelehnt, weil sie die im Regierungsentwurf enthaltene Finanzierungsregelung für eine sachgerechte Dauerregelung hält, die ebenfalls am 1. Januar 1982 in Kraft treten kann.

Zu Artikel 2 Nr. 3 a (§ 188 RVO)

Die unbeschränkte Ausgabe von Krankenscheinheften wird u. a. dafür verantwortlich gemacht, daß bei derselben Krankheit mehrere Ärzte in Anspruch genommen und Krankenscheinhefte mißbräuchlich verwendet werden (Handel mit Krankenscheinen).

Die Quartalsbindung für Krankenscheine, die auch das direkte Aufsuchen des Facharztes weiterhin er-

möglicht, soll dies verhindern. Um verwaltungsmäßige Schwierigkeiten zu vermeiden, besteht die gesetzliche Verpflichtung spätestens ab 1. Januar 1984.

Bei der Beratung der Vorschrift wurde darauf hingewiesen, daß damit nicht das Ausgabeverfahren für Krankenscheine geregelt werden solle. Die Krankenkasse habe auch künftig die Möglichkeit, dem Versicherten ein Heft mit Krankenscheinen für das ganze Jahr zu übersenden, wenn auf dem betreffenden Krankenschein jeweils das Quartal angegeben ist, für das er gelten soll. Im Bedarfsfall, z. B. bei einer Behandlung am Urlaubsort, können weitere Krankenscheine ausgestellt werden.

Zu Artikel 2 Nr. 3 b (§ 368 n Abs. 3 RVO)

Die mit den Stimmen von SPD und FDP angenommene Regelung beinhaltet die Erhaltung der bisher geltenden flexiblen Regelung. Es sollen jedoch andererseits die Nachteile, die insbesondere in Schwierigkeiten beim Abschluß von Vereinbarungen bestehen, dadurch beseitigt werden, daß obligatorisch die Vereinbarung von Schlichtungsregelungen vorgesehen wird. Zugleich soll durch die Regelung über die Vergütung sichergestellt werden, daß nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung aus Gründen der Lehre und Forschung aufwendige und deshalb unwirtschaftliche Behandlungsweisen finanziert werden.

Zu Artikel 2 Nr. 3 c (§ 368 n Abs. 8 RVO)

Die für den Krankenhausbereich in § 11 a KHG vorgesehene Regelung soll auch auf den Bereich der niedergelassenen Ärzte erstreckt werden.

Zu Artikel 2 Nr. 4 (§ 371 RVO)

Mit dem Beschluß zum Bestandsschutz für kleinere Krankenhäuser, die nicht in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgenommen sind, hat der Ausschuß seine bereits im vergangenen Jahr eingekommene Haltung bestätigt.

Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 372 RVO)

Die Änderung soll eine Gestaltungsfreiheit für die Selbstverwaltung bei der sozialen Betreuung im Krankenhaus (z. B. durch einen Sozialdienst) bewirken.

Die Ergänzung des § 372 um einen Absatz 8 stellt eine Folgeänderung zur Regelung über Früherkennungsmaßnahmen bei Krankenhauspflege durch die Änderung des § 368 Abs. 2 RVO dar, die in Artikel 1 Nr. 13 des Entwurfs des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes — Drucksachen 9/798, 9/845, 9/977 — vorgesehen ist. Die Krankenhäuser und Entbindungsanstalten werden zur Dokumentation der von ihnen durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen verpflichtet.

Zu Artikel 2 Nr. 6 (§§ 373, 374 RVO)

Durch die Änderungen sollen die rechtlichen Klarstellungen erzielt werden, die der Bundesrat in seiner Stellungnahme zu diesen Vorschriften angeregt hat.

Zu Artikel 2 Nr. 7 (§ 405 a RVO)

Die Fraktion der CDU/CSU hatte die Streichung dieser Vorschrift beantragt. Sie ist der Auffassung, daß eine stärkere Einbindung des Krankenhauswesens in die Konzertierte Aktion bei Beibehaltung des Grundsatzes der Selbstkostendeckung widersprüchlich sei. Pflegesatzverhandlungen, bei denen man der Empfehlung der Konzertierten Aktion folge, würden nicht zu kostendeckenden Pflegesätzen führen und Defizite mit sich bringen, die von den Krankenhausträgern (Ländern, Kommunen, freigemeinnützigen und privaten Trägern) abgedeckt werden müßten. Die stärkere Einbeziehung des Krankenhauses in die Konzertierte Aktion führe somit zu einer Situation, wie sie vor der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestanden habe. Die Begrenzung der Pflegesätze durch die Empfehlung der Konzertierten Aktion sei auch deshalb widersprüchlich, weil der größte Kostenfaktor im Krankenhaus, die Personalkosten, nicht reduzierbar sein dürfte und die Tarifpartner sich bei ihren Tarifverhandlungen kaum an die Empfehlungen der Konzertierten Aktion halten könnten.

Die Mehrheit des Ausschusses lehnte den Antrag ab, weil die ausdrückliche Einbeziehung der Krankenhäuser in die Konzertierte Aktion schon im Hinblick darauf notwendig sei, daß die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspflege mit 30 v. H. aller Leistungsausgaben den größten Ausgabenblock darstellen.

Zu Artikel 2 Nr. 8 (§ 525 c RVO)

Bei dieser Änderung handelt es sich um eine Folge-
regelung zu Artikel 2 Nr. 6 (§§ 373 und 374 RVO).

Zu Artikel 3 Nr. 01 (§ 15 KVLG)

Es handelt sich um eine Anpassung an die Änderung in Artikel 2 Nr. 3 a (§ 188 RVO).

Zu Artikel 3 Nr. 3 (§ 76 KVLG) und Artikel 4

Bei diesen Änderungen handelt es sich um Folge-
regelungen zu Artikel 2 Nr. 6 (§§ 373 und 374 RVO).

Nach Artikel 4

Die Fraktion der CDU/CSU hatte beantragt, nach Artikel 4 folgenden Artikel 4 a einzufügen:

„Artikel 4 a

Änderung des Gesetzes zur Änderung des Gesetzes für das Apothekenwesen vom 4. August 1980

In Artikel 2 Abs. 1 und 2 des Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen vom 4. August 1980 (BGBl. I S. 1142) wird die Zahl ‚1982‘ durch die Zahl ‚1985‘ ersetzt.“

Die bisherigen Bemühungen von Krankenhausträgern, die Arzneimittelversorgung ihrer Krankenhäuser durch eigene Krankenhausapotheken, Krankenhausapotheken anderer Träger und öffentliche Apotheken sicherzustellen, seien mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Dies sei neben organisatorischen Schwierigkeiten u. a. auch auf das Fehlen einer entsprechenden Apothekenbetriebsverordnung zurückzuführen. Es sei daher erforderlich, die Übergangsfrist für das Inkrafttreten des geänderten Apothekengesetzes um drei Jahre zu verlängern. Hierdurch würde außerdem Zeit gewonnen, um einen besseren Überblick über das Verhältnis der mit dem Gesetz angestrebten Verbesserungen den mit Sicherheit entstehenden Mehrkosten zu erhalten.

Die Mehrheit des Ausschusses lehnte diesen Antrag ab. Sie räumte ein, daß das Hinausschieben des Inkrafttretens kostendämpfende Wirkung haben könnte, lehnte jedoch den Antrag mit der Begründung ab, daß mit der im vergangenen Jahr beschlossenen Neuordnung insbesondere dem Apothekenversandhandel entgegnet werden sollte.

Zu Artikel 6 (Halbierungserlaß)

Die Fraktion der CDU/CSU hatte beantragt, Absatz 2 und 3 zu streichen. Sie ist der Ansicht, daß es an einer Regelungsbedürftigkeit für die mit Absatz 2 beabsichtigte Übergangsregelung fehle.

Dies führe lediglich zu einer im Interesse des Patienten nicht erforderlichen, darüber hinaus auch sachlich nicht gerechtfertigten Kostenverlagerung auf den überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Durch I § 43 SGB und auch durch die im Bundesgebiet durchweg bestehenden Ablösevereinbarungen zum Halbierungserlaß sei gewährleistet, daß Nachteile für die Patienten vermieden werden. Eine einseitige Verlagerung der Kostenträgerschaft für die Dauer eines Streites zwischen den Kostenträgern sei für den Patienten, insbesondere mit Blick auf den letzten Halbsatz in Absatz 2, unter Umständen sogar nachteilig; der überörtliche Sozialhilfeträger könne sich veranlaßt sehen, strittige Fälle, die bei normaler Durchführung des Verfahrens als Behandlungsfall anerkannt wurden, durch vorzeitige Anerkennung seiner Zuständigkeit zu beenden, um den Einsatz von Einkommen und Vermögen verlangen zu können.

Die Mehrheit des Ausschusses lehnte diesen Antrag ab. Die im Regierungsentwurf vorgesehenen Übergangsregelungen seien notwendig, um sicherzustellen, daß die Aufhebung des Halbierungserlasses nicht zu einer Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten über das Bestehen eines Anspruchs auf Kranken-

hauspflege führe. Auf die Übergangsregelungen könne gerade im Interesse der besonders schutzbedürftigen, psychisch kranken Patienten nicht verzichtet werden.

Auch die besondere Informationspflicht des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse und dem Sozialleistungsträger in Absatz 3 sei notwendig. Erfahrungsgemäß seien gerade bei dem hier in Betracht kommenden Personenkreis Abgrenzungsprobleme zwischen den Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialhilfe ungewöhnlich schwierig, so daß Sozialleistungsträger wie Krankenkassen ohne medizinische Information des Krankenhauses nicht sachgerecht entscheiden könnten.

Zu Artikel 6 a (§ 9 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes)

Durch die mit den Stimmen von SPD und FDP beschlossene Änderung wird die dreijährige Ausbildung in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege für Umschüler aus den artverwandten Berufen der Arzthelferin und Zahnarzthelferin verkürzt. Hierdurch soll ein Beitrag geleistet werden, Personalengpässe im Krankenhaus zu beheben und zugleich die hohe Arbeitslosigkeit in den Gesundheitsberufen zu verringern. Im Hinblick auf die geplante Neuordnung der Krankenpflegeausbildung wird die vorgeschlagene Umschulungsregelung auf Lehrgänge begrenzt, die bis Ende 1985 begonnen werden.

Die CDU/CSU-Fraktion enthielt sich der Stimme, unterstützte jedoch im Grundsatz die Zielsetzung des Änderungsantrags. Sie forderte, sowohl aus arbeitsmarktpolitischen Gründen als auch im Interesse einer größeren Wirksamkeit der Umschulungsmaßnahmen, eine Ausdehnung des begünstigten

Personenkreises. Die Erfahrungen aus anderen Bereichen der Umschulung, in denen es keine Beschränkung auf bestimmte Vorberufe gebe, hätten gezeigt, daß sich das Instrument der verkürzten Umschulung bewährt habe. Dies gelte insbesondere für den Bereich der Rehabilitation. Was bei Behinderten möglich sei, müsse auch mit gesunden Umschülern zu erreichen sein.

Zu Artikel 9 (Inkrafttreten)

Ein Hinausschieben des Inkrafttretens um sechs Monate erscheint zur besseren Vorbereitung auf die Gesetzesänderungen geboten. Für eine Reihe von Vorschriften ist das Inkrafttreten am 1. Januar 1982 jedoch erforderlich, um so

- die Anpassung der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz an die Kostenentwicklung vorzunehmen (Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe d, Nr. 11, Nr. 20 Buchstabe b, Nr. 22 und Nr. 24),
- die Anschlußfinanzierung der Ausbildungsstätten nach dem 31. Dezember 1981 sicherzustellen (Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a, Nr. 5 Buchstabe b, Nr. 9 Buchstabe a, Nr. 13 Buchstabe a, Nr. 17 Buchstabe c und Nr. 24),
- eine vollinhaltliche Anwendung der zeitweiligen Pflegesatzbegrenzung zu ermöglichen (Artikel 1 Nr. 17 a),
- ein gleichzeitiges Inkrafttreten mit korrespondierenden Änderungen im Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz zu gewährleisten (Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b und Artikel 2 Nr. 5 bezüglich § 372 Abs. 8 RVO) und
- den gegebenen Zeitrahmen bei der befristeten Änderung des Krankenpflegegesetzes voll auszunutzen (Artikel 6 a).

Bonn, den 3. November 1981

Jagoda

Berichterstatte

