

23.05.77

AS - Fz - In - R

Empfehlungen

der Ausschüsse

zum

Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung
und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG)

Punkt der 446. Sitzung des Bundesrates am 3. Juni 1977

I

Der federführende Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik (AS) und
der Finanzausschuß (Fz)
empfehlen dem Bundesrat, zu dem Gesetz die Einberufung des
Vermittlungsausschusses gemäß Artikel 77 Abs. 2 des Grundgesetzes
aus den nachstehend angeführten Gründen zu verlangen:

AS 1. Zu Art. 1 § 1 Nr. 3 Buchst. a
(§ 176 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RVO)

In Art. 1 § 1 Nr. 3 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

"a) In Satz 1 wird folgende Nummer 9 eingefügt:

"9. Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beziehen, es sei denn, sie sind im Zeitpunkt der Stellung des Rentenanspruches deswegen nicht versicherungspflichtig, weil sie nach § 173 b oder nach Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912), zuletzt geändert durch Artikel 3 § 8 des Gesetzes vom 21. Dezember 1967 (BGBl. I S. 1259), von der Versicherungspflicht befreit sind."

Begründung:

Mit der Änderung wird die Wiederherstellung der Regierungsvorlage verfolgt, weil die Verschärfung der Voraussetzungen für den Beitritt keine sachgerechte Lösung darstellt und überdies zu wohl kaum gewollten Ergebnissen führt. So könnte z.B. ein Gewerbetreibender, der nach dem 30.6.1977 von dem ihm zustehenden Beitrittsrecht nach § 176 Abs. 1 Nr. 3 RVO keinen Gebrauch gemacht hat oder beigetreten war und nach dem 30.6.1977 aus der freiwilligen Versicherung ausgeschieden ist, später als Rentner nicht nach der neuen Nummer 9 der Versicherung freiwillig beitreten, während ein Gewerbetreibender, der wegen seines über der Versicherungspflichtgrenze liegenden Gesamteinkommens nie nach § 176 Abs. 1 Nr. 3 RVO beitragsberechtigt war, dieses Recht als Rentner hätte.

AS 2. Zu Art. 1 § 1 Nr. 5 Buchst. a
(§ 180 Abs. 1 Satz 3 RVO),

a) In Art. 1 § 1 Nr. 5 ist der Buchstabe a zu streichen.

b) Vor dem neuen Absatz 4 erhält Nummer 5 folgende Fassung:

"5. § 180 Abs. 4 erhält folgende Fassung:"

Begründung zu a und b:

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bei unveränderter Versicherungspflichtgrenze soll allein deshalb erfolgen, um die Mehrbelastung der Krankenkassen durch die Krankenversicherung der Rentner wenigstens teilweise durch höhere Beitragseinnahmen auch bei unverändertem Beitragssatz auszugleichen. Betroffen wird ein Versichertenkreis der schon infolge der Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze von Jahr zu Jahr mit höheren Beiträgen belastet wird. Die zusätzliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die wegen der Neuregelung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner unumgänglichen Beitragssatzerhöhungen würden für diese Versicherten zu einer nicht vertretbaren Mehrfachbelastung führen. Außerdem handelt es sich um eine Regelung, die aus rein finanziellen Gründen die bisher in der Krankenversicherung vorhandene Identität von Versicherungspflicht-, Beitragsbemessungs- und Leistungsbemessungsgrenze aufhebt.

- AS 3. Zu Art. 1 § 1 Nr. 6 nach Buchst. b (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. e)
- Art. 1 § 1 nach Nr. 10 (§ 185 RVO),
Art. 1 § 1 nach Nr. 39 (§ 376 b RVO),
Art. 1 § 3 Nr. 5 nach Buchst. b (§ 13 Abs. 1 KVLG)
Art. 1 § 3 nach Nr. 8 (§ 18 KVLG)
Art. 1 § 3 nach Nr. 20 (§ 77 KVLG)

a) In Art. 1 § 1 Nr. 6 ist nach Buchst. b folgender Buchstabe c einzufügen:

"c) In Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe e wird nach dem Wort 'Arbeitstherapie' der Punkt durch ein Komma ersetzt und der folgende Buchstabe f angefügt:

'f) Hauspflege.'"

b) In Art. 1 § 1 ist nach Nummer 10 folgende neue Nummer 10a einzufügen:

"10a. § 185 erhält folgende Fassung:

'§ 185

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger (Hauspflege), wenn die Hauspflege erforderlich ist, um die Krankheit zu heilen, zu bessern oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und eine Krankenhauspflege nicht geboten ist. Hauspflege wird nur insoweit gewährt, als eine im Haushalt lebende Person, die Pflege nicht durchführen kann.

(2) Hauspflege wird auch gewährt, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist.

(noch Ziff. 3)

(3) Kann ein Krankenpfleger, eine Krankenschwester oder ein anderer Pfleger nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine selbst beschaffte Pflegekraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Pflegekraft entstehenden Kosten steht."

c) In Art. 1 § 1 ist nach Nummer 39 folgende neue Nummer 39a einzufügen:

"39a. § 376 b wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird mit folgender Änderung Absatz 1: In Satz 1 und 2 werden jeweils nach dem Wort "Gewährung" die Worte 'von Hauspflege und' eingefügt.

b) Folgender Absatz 2 wird eingefügt:

'(2) Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend, soweit im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a in Verbindung mit § 122 Abs. 1 Satz 2) bei anderen Einrichtungen Beschäftigte regelmäßig als Hilfspersonen in Anspruch genommen werden.'"

(noch Ziff. 3)

- 6 -

d) In Art. 1 § 3 Nr. 5 ist nach Buchstabe b folgender Buchstabe c einzufügen:

"c) In Nummer 5 wird der Punkt nach dem Wort 'Arbeitstherapie' durch ein Komma ersetzt; es wird folgende Nummer 6 angefügt:

'6. Hauspflege.'"

e) In Art. 1 § 3 ist nach Nummer 8 folgende neue Nummer 8a einzufügen:

"8a. § 18 erhält folgende Fassung:

'§ 18

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger (Hauspflege), wenn die Hauspflege erforderlich ist, um die Krankheit zu heilen, zu bessern oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und eine Krankenhauspflege nicht geboten ist. Hauspflege wird nur insoweit gewährt, als eine im Haushalt lebende Person die Pflege nicht durchführen kann.

(2) Hauspflege wird auch gewährt, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist.

(3) Kann ein Krankenpfleger, eine Krankenschwester oder ein anderer Pfleger nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine selbst beschaffte Pflegekraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Pflegekraft entstehenden Kosten steht.' "

- 7 -

(noch Ziff. 3)

f) In Art. 1 § 3 ist nach Nummer 20 folgende neue Nummer 20a einzufügen:

"20 a. § 77 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 und 2 werden jeweils nach dem Wort 'Gewährung' die Worte 'von Hauspflege und' eingefügt.

b) Es wird folgender Absatz 3 angefügt:

'(3) Absatz 2 gilt entsprechend, soweit im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung bei anderen Einrichtungen Beschäftigte regelmäßig als Hilfspersonen in Anspruch genommen werden.' "

Begründung zu a bis f:

Zu a:

Durch eine Änderung des § 182 sowie durch eine Neufassung der Bestimmungen der §§ 185 und 376 b soll die Hauspflege in den Katalog der Regel- und Pflichtleistungen aufgenommen werden, damit die einseitige Bevorzugung der stationären Krankenhilfe beseitigt und eine ausgewogene Regelung der Krankenhilfeleistungen geschaffen wird, die den medizinischen, sozialen und wirtschaftlichen Erfordernissen besser als bisher gerecht wird.

Das System der Krankenhilfeleistungen nach den §§ 182 ff. bevorzugt einseitig die Krankenhauspflege. Die

- 8 -

(noch Ziff. 3)

Krankenkassen tragen für einen Krankenhauspflegefall sämtliche Behandlungs- und Pflegekosten und gewähren darüberhinaus noch als Pflichtleistung Haushaltshilfe nach § 185 b, während sie für einen Patienten, der seine Krankheit zu Hause auskuriert, in der Regel nur die Kosten der ärztlichen Behandlung, jedoch keine Pflegekosten übernehmen. Nur wenn die engen Voraussetzungen des § 185 vorliegen, d.h. wenn eigentlich eine stationäre Behandlung erforderlich ist, kann ausnahmsweise als Ermessensleistung der Krankenkasse Hauspflege - die Wartung und Pflege durch Krankenschwestern oder andere Pfleger - neben der ärztlichen Behandlung gewährt werden.

Da durch dieses System in den meisten Fällen die notwendige häusliche Pflege nicht sichergestellt werden kann, müssen viele Patienten, die aus medizinischen und sozialen Gründen ebenso gut oder besser zu Hause gepflegt werden könnten, in ein Krankenhaus aufgenommen werden oder muß ein Aufenthalt im Krankenhaus länger als medizinisch erforderlich ausgedehnt werden. Dadurch wird die sog. Krankenhaushäufigkeit heraufgesetzt und die Verweildauer in den Krankenhäusern verlängert. Dieses System ist unwirtschaftlich, da in aller Regel die Kosten ambulanter Behandlung und ambulanter Krankenpflege niedriger sind als die Kosten der Krankenhauspflege.

Aus diesen Erkenntnissen heraus sind in einer Reihe von Bundesländern große Anstrengungen unternommen worden, durch Sozialstationen und ähnliche Einrichtungen zur Verbesserung der Angebote in der Gemeindekrankenpflege beizutragen. Besteht ein funktionierendes System solcher Einrichtungen, lassen sich die Kosten, die im stationären Bereich entstehen, reduzieren. Deshalb müssen

(noch Ziff. 3)

die Bemühungen um eine Verringerung der Verweildauer in Krankenhäusern und um einen Abbau von Krankenhausbetten begleitet werden durch einen gleichzeitigen Ausbau ambulanter Dienste.

Zur Sicherung des Ausbaues und des Betriebes von Sozialstationen bedarf es - neben den Zuschüssen von Ländern und Gemeinden - einer regelmäßigen finanziellen Beteiligung auch der Krankenkassen.

Die aufgeführten Ziele lassen sich nur verwirklichen, wenn die Hauspflege zu einer Regelleistung im Rahmen der Krankenhilfe erhoben wird.

(noch Ziff. 3)

Zu b:

Die Neufassung des § 185 will erreichen, daß die Gewährung von Hauspflege nicht mehr voraussetzt, daß grundsätzlich Krankenhauspflege geboten ist. Dies ist ein falscher Anknüpfungspunkt, der nur eine Steigerung der Zahl der Aufnahmen ins Krankenhaus und der Dauer der Krankenhauspflege und damit eine Kostensteigerung bewirkt. Durch die Änderung der Bestimmungen soll die Gewährung von Hauspflege allein davon abhängig gemacht werden, daß Hauspflege nach ärztlichem Urteil erforderlich ist. Allein aus medizinischen Gründen soll entschieden werden, ob eine ambulante Krankenpflege oder eine Krankenhauspflege besser zu einer Heilung von der Krankheit oder zur Linderung von Krankheitsbeschwerden beitragen kann und notwendig ist. Hauspflege soll auch nur in dem Umfang gewährt werden, der von Haushaltsangehörigen nicht erfüllt werden kann.

Hauspflege soll nach Absatz 2 zusätzlich auch dann eintreten, wenn ausnahmsweise eine an sich notwendige Krankenhauspflege nicht durchgeführt werden kann.

Die Regelung des Absatzes 3 entspricht der Regelung des § 185 b Abs. 2 Satz 2 RVO und deren vorgesehener Ergänzung nach der Vorlage der Bundesregierung. Hauspflege soll grundsätzlich durch Gestellung einer Pflegekraft geleistet werden. Dabei soll entweder auf eigene Pflegekräfte der Krankenkasse oder auf Pflegekräfte von Sozialstationen, Gemeindepflegestationen oder ähnliche Einrichtungen, die in der Regel von Trägern der Freien Wohlfahrtspflege unterhalten werden, zurückgegriffen werden. Soweit solche Pflegekräfte nicht gestellt werden, sollen die angemessenen Kosten für selbst beschaffte Pflegekräfte erstattet werden. Wie für § 185 b vorgesehen, sollen Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grade grundsätzlich bei der Kostenerstattung nicht berücksichtigt werden.

(noch Ziff. 3)

Zu c:

Die Krankenkasse soll - wie bei der Haushaltshilfe - das für die Hauspflege benötigte Pflegepersonal entweder selbst anstellen können oder - was in der Regel tatsächlich geschehen dürfte - die bewährten Dienste von Sozialstationen, Gemeindepflegestationen und ähnlichen Einrichtungen in Anspruch nehmen. Soweit auf die Pflegekräfte anderer Einrichtungen zurückgegriffen wird, sollen die Krankenkassen verpflichtet sein, durch Verträge mit den Trägern der Einrichtungen einerseits die Erbringung der Dienstleistungen sicherzustellen und andererseits angemessene Vergütungen für die eingesetzten Kräfte zu leisten.

Hilfskräfte von Sozialstationen, Gemeindepflegestationen und ähnlichen Einrichtungen wirken nicht nur durch die Hauspflege nach § 185 an den Leistungen der Krankenhilfe mit, sondern werden auch zu ergänzenden Leistungen im Rahmen der ärztlichen Behandlung herangezogen (§ 185 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a, in Verbindung mit § 122 Abs. 1 Satz 2. Die mit den Trägern der Einrichtungen zu schließenden Verträge sollen sich auch auf diese Leistungen erstrecken, um ein kontinuierliches Angebot dieser Dienste durch die Einrichtungen zu gewährleisten.

Zu d:

Folge der Änderung des Art. 1 § 1 Nr. 6 (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO).

Zu e:

Folge der Änderung des Art. 1 § 1 nach Nr. 10 (§ 185 RVO).

Zu f:

Folge der Änderung des Art. 1 § 1 nach Nr. 3 (§ 376 b RVO).

- Fz 4. Zu Art. 1 § 1 Nr. 7 (§ 182a RVO),
Art. 1 § 3 Nr. 6 (§ 14 KVLG)

In Art. 1 § 1 Nr. 7 und in § 3 Nr. 6 ist jeweils folgender Satz 3 anzufügen:

"Von der Zahlung nach Satz 1 sind Personen, die Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2 des Bundessozialhilfegesetzes haben, in jedem Fall befreit."

Begründung:

Der Arzneikostenanteil müßte in jedem Einzelfall bei Personen, die Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt haben, als Sonderbedarf im Rahmen des § 12 BSiHG vom Sozialhilfeträger übernommen werden. Diese zusätzliche Belastung der Sozialhilfe ist sachlich nicht gerechtfertigt; außerdem würden nicht vertretbare Verwaltungskosten entstehen, da der Sozialhilfeempfänger bei jedem Rezept vor dem Gang zur Apotheke einen Antrag beim Sozialamt stellen müßte.

- AS 5. Zu Art. 1 § 1 Nr. 10 (§ 184 Abs. 2 RVO),
Art. 1 § 3 Nr. 8 (§ 17 Abs. 2 KVLG),
Art. 2 § 17 Abs. 2

- a) In Artikel 1 § 1 ist die Nummer 10 und in Artikel 1 § 3 ist die Nummer 8 zu streichen.
- b) In Art. 2 § 17 Abs. 2 sind die Bezeichnung "10 und" sowie die Zahl "8," zu streichen.

Begründung zu a und b:

Es ist nicht gerechtfertigt, die Gewährung der Krankenhauspflege gegenüber dem Versicherten von dem Abschluss einer Vereinbarung über Verfahrensfragen und ähnliche Fragen nach § 372 RVO abhängig zu machen.

AS 6. Zu Art. 1 § 1 Nr. 12 (§ 187 RVO)
Art. 1 § 3 Nr. 4 (§ 11 KVLG)

In Art. 1 § 1 Nr. 12 sind in § 187 RVO und in Art. 1 § 3 Nr. 4 sind in § 11 KVLG jeweils in Satz 2 die Worte "für Arbeitnehmer" zu streichen.

Begründung:

Es erscheint rechtssystematisch bedenklich, im Gesetz die Versichertengruppe der Arbeitnehmer herauszuheben und nur für sie Sonderregelungen zuzulassen, auch wenn dahinter im Hinblick auf § 7 des Lohnfortzahlungsgesetzes die Absicht steht, Arbeitnehmern während einer Kur die Lohnfortzahlung zu erhalten. Mit der beantragten Streichung soll den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden, nicht nur bei Arbeitnehmern, sondern auch in anderen sozial vertretbaren Fällen die gesamten Kosten zu übernehmen.

AS 7. Zu Art. 1 § 1 Nr. 17 Buchst. a und c (§ 205 RVO),
Art. 1 § 3 Nr. 12 Buchst. a und c (§ 32 KVLG),
Art. 2 § 6

a) In Artikel 1 § 1 sind in Nummer 17 Buchst. a die Worte ", kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet," zu streichen.

b) Artikel 1 § 1 Nummer 17 Buchst. c ist wie folgt zu fassen:

"c) In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt gefaßt:

"Die Satzung kann Leistungen nach Absatz 1 auf sonstige Angehörige erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden und sich gewöhnlich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten; Absatz 1 Satz 3 gilt."

c) In Artikel 1 § 3 sind in Nummer 12 Buchst. a die Worte "und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet" zu streichen.

(noch Ziff. 7)

d) Artikel 1 § 3 Nummer 12 Buchst. c ist wie folgt zu fassen:

"c) Absatz 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:

'Die Satzung kann Leistungen der Familienhilfe auf sonstig Angehörige erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden und sich gewöhnlich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten.' "

e) Als Folge sind in Artikel 2 § 6 die Worte "Buchstaben a oder b" jeweils zu ersetzen durch die Worte "Buchstabe b".

Begründung zu a bis e:

Ein Gesamteinkommen von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße entspricht derzeit einem Betrag von 370,-- DM. Es erscheint auch und gerade unter familienpolitischen Gesichtspunkten äußerst bedenklich, unterhaltsberechtigten Ehegatten und Kinder bereits bei einem so niedrigen Einkommen von der Familienkrankenhilfe auszuschließen.

Jede Leistungsbegrenzung nach der Höhe des Einkommens muß insbesondere wegen der Notwendigkeit einer fortlaufenden Überprüfung einen erheblichen Verwaltungsaufwand nach sich ziehen. Auch aus dieser Überlegung sollte von der vorgesehenen Einschränkung der Familienkrankenhilfe abgesehen werden.

AS 8. Zu Art. 1 § 1 Nr. 32 Buchst. b (§ 368f Abs. 3 RVO)

In Art. 1 § 1 Nr. 32 Buchst. b ist in § 368 f Abs. 3 der Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Nach Auffassung des Bundesrats muss es den Vertragspartnern überlassen bleiben, an welchen Kriterien sie sich bei ihren Vereinbarungen über die Veränderung der Gesamtvergütung orientieren. Die Vertragsparteien sollen dabei auch weiterhin die Möglichkeit haben, anstelle oder in Verbindung mit linearen Erhöhungen auch strukturelle Veränderungen in der Vergütung ärztlicher Leistungen zu vereinbaren.

Im übrigen stösst die Bezugnahme auf die Daten des jeweiligen Jahreswirtschaftsberichts auch deshalb auf Bedenken, weil es sich bei diesen Daten um Zielvorgaben der Bundesregierung über eine erwünschte wirtschaftliche Entwicklung handelt. Die tatsächlichen Werte können davon erheblich abweichen, wie sich bereits jetzt für das Jahr 1977 zeigt.

AS 9. Zu Art. 1 § 1 Nr. 32 (§ 368 f Abs. 4 RVO),
Art. 1 § 1 Nr. 54 Buchst. a (§ 525c Abs. 2 RVO),
Art. 1 § 2 Buchst. a (§ 204a Abs. 1 RKG)

- a) In Art. 1 § 1 Nr. 32 Buchst. b ist in § 368f der Absatz 4 zu streichen.
- b) Die Eingangsworte des Buchstaben b laufen:
"Absätze 2 und 3 erhalten folgende Fassung:".
- c) Die Eingangsworte des Buchstaben c laufen:
"Absatz 4 wird wie folgt geändert:".
- d) Buchstabe d entfällt.
- e) Die Eingangsworte des Buchstaben e laufen:
"Es werden folgende Absätze 5, 6 und 7 angefügt:";
die eingeklammerten Zahlen eingangs der Absätze "(6)", "(7)" bzw. "(8)" lauten: "(5)", "(6)" bzw. "(7)".
- f) In Art. 1 § 1 Nr. 54 Buchst. a sind in § 525 c Abs. 2 Satz 1 die Worte "Abs. 4 und 7 gelten" zu ersetzen durch die Worte "Abs. 7 gilt".
- g) In Art. 1 § 2 Buchst. a sind die Worte "4 und" zu streichen.

Begründung zu a bis g:

Der Bundesrat ist der Auffassung, daß zunächst der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden sollte, ohne gesetzlichen Zwang Empfehlungen über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütung zu beschließen und damit den bereits mit Erfolg beschrittenen Weg fortzusetzen. Der Bundesrat schlägt zusätzlich eine konzertierte Aktion aller am Gesundheitswesen Beteiligten vor, die Rahmen- und Orientierungsdaten für die Leistungsentgelte und Vorschläge zur Rationalisierung und Erhöhung der Effektivität im Gesundheitswesen entwickeln soll.

AS 10. Zu Art. 1 § 1 Nr. 32 Buchst. e (§ 368f Abs. 6 und 7 RVO),

Art. 1 § 1 Nr. 54 Buchst. a (§ 525c Abs. 2 RVO),
Art. 1 § 2 Buchst. a (§ 204a Abs. 1 RKG),
Art. 2 § 5

- a) In Art. 1 § 1 Nr. 32 Buchst. e sind in § 368f die Absätze 6 und 7 zu streichen; Absatz 8 wird Absatz 6; die Eingangsworte lauten: "Es wird folgender Absatz 6 angefügt:".
- b) In Art. 1 § 1 Nr. 54 Buchst. a sind in § 525c Abs. 2 Satz 1 die Worte "Abs. 4 und 7 gelten" zu ersetzen durch die Worte "Abs. 4 gilt".
- c) In Art. 1 § 2 Buchst. a sind die Worte "und 7" zu streichen.
- d) In Art. 2 § 5 ist Absatz 2 zu streichen.

Begründung zu a bis d:

Zu a:

Der Bundesrat hält an seiner Auffassung fest, daß die Einbeziehung eines Arzneimittelhöchstbetrages in den Gesamtvertrag die Gefahr in sich birgt, daß hierdurch die Verwaltungspraxis der Ärzte in bedenklicher Weise eingeschränkt wird und bei den Versicherten der Eindruck entstehen könnte, ihre Versorgung mit Arzneimitteln sei nicht optimal.

(noch Ziff. 10)

Die vom Bundestag beschlossene Konfliktlösung bei Überschreitungen des vereinbarten Höchstbetrages, die nicht auf vertretbare Ursachen zurückzuführen sind, stellt sogar eine Verschärfung gegenüber dem Regierungsentwurf dar. Die Regelung, daß der Überschreibungsbetrag im Wege des Einzelregresses gegenüber denjenigen Kassenärzten ausgeglichen werden soll, die durch eine unwirtschaftliche Verordnungsweise hervorgetreten sind, übersteigt die Möglichkeiten einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und ist verwaltungsmäßig nicht durchführbar.

Der Bundesrat ist der Auffassung, daß die auch im Bereich der Arzneimittelversorgung unerlässlich notwendige Kostendämpfung in ordnungspolitisch einwandfreier und zugleich praktikabler Form am ehesten und wirkungsvollsten im Rahmen einer konzertierten Aktion der an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten zu verwirklichen ist.

Zu b bis d:

Folgeänderungen.

AS 11. Zu Art. 1 § 1 Nr. 39 (§ 371 Abs. 1 und 2 RVO)

In Art. 1 § 1 Nr. 39 ist § 371 Abs. 1 und 2 wie folgt zu fassen:

"(1) Die Krankenkassen haben Krankenhauspflege durch die Hochschulkliniken sowie die Krankenhäuser zu gewähren, die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind oder die sich gegenüber den Krankenkassen hierzu bereit erklärt haben.

(2) Die Landesverbände sind berechtigt, die Erklärung binnen drei Monaten abzulehnen, wenn eine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wirtschaftliche Krankenhauspflege nicht gegeben ist oder die Ziele des Krankenhausplanes gefährdet werden. Die Ablehnung oder die Annahme der Bereiterklärung eines Krankenhauses und die Kündigung des Vertrages bedürfen der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden. Die Kündigung ist unter den Bedingungen von Satz 1 nur mit einer Frist von zwei Jahren möglich. Soweit möglich, ist den religiösen Bedürfnissen der Kranken Rechnung zu tragen."

(noch Ziff. 11)

Begründung:

Die Formulierung in Absatz 1 stellt sicher, daß Hochschulkliniken und alle Krankenhäuser, die im Bedarfsplan aufgenommen sind, sich den Krankenkassen gegenüber zur Gewährung von Krankenhauspflege nicht mehr ausdrücklich anbieten müssen.

In Absatz 2 ist klargestellt, daß andere Krankenhäuser, die nicht im Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind, unter gewissen Voraussetzungen zur Krankenhauspflege berechtigt sind. Die Ablehnung oder die Annahme ihres Angebots gegenüber den Krankenkassen ist von der Zustimmung der Aufsichtsbehörde abhängig. Damit ist sichergestellt, daß diese Krankenhäuser auch dann abgelehnt werden können, wenn sie unabhängig von ihrer Leistungsfähigkeit die Krankenhausplanung gefährden.

12. Zu Art. 1 § 1 Nr. 39 (§ 372 Satz 1, 3 und 4 RVO)

In Art. 1 § 1 Nr. 39 sind in § 372 die Sätze 1, 3 und 4 durch folgenden Satz 1 zu ersetzen:

"Die Landesverbände schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen mit den Landesverbänden der Krankenhäuser Rahmenverträge über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhauspflege, insbesondere über Aufnahme und Entlassung, Bescheinigungen sowie Übernahme und Abwicklung der Kosten."

Begründung:

Eine Notwendigkeit für vertragliche Regelungen besteht nur für die im Änderungsvorschlag genannten Bereiche. Es erscheint ausreichend, wenn die Landesverbände hierüber Rahmenverträge abschließen.

AS 13. Zu Art. 1 § 1 Nr. 39 (§ 372 Satz 2 RVO)

In Artikel 1 § 1 Nr. 39 ist in § 372 der Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Das Gesetz stellt zwar klar, daß vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus Bestandteile der Krankenhauspflege sind und insoweit die ambulante kassenärztliche Versorgung nicht berühren. Trotzdem erscheint es verfrüht, jetzt schon die Möglichkeit vertraglicher, allgemeiner Regelungen über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung zu öffnen. Damit zusammenhängende Probleme sind noch keineswegs überschbar. Insbesondere hinsichtlich der vorstationären Diagnostik fehlen Erfahrungen darüber, in welchen Fällen sie überhaupt in Betracht kommt und in welchem Umfang durch sie eine Abkürzung der Krankenhausverweildauer und ein kostensenkender Effekt zu erwarten ist. Entsprechend der Entschließung der 37. Gesundheitsministerkonferenz am 27. Februar 1976 wird es deshalb für angebracht gehalten, eine gesetzliche Regelung erst dann in Erwägung zu ziehen, wenn die Ergebnisse der einschlägigen Untersuchungen des Deutschen Krankenhaus-Instituts und der laufenden Modellversuche bekannt und ausgewertet worden sind.

Sachzusammenhang mit Ziff. 17

AS 14. Zu Art. 1 § 1 Nr. 41 Buchst. a (§ 385 Abs. 2 RVO), Art. 1 § 1 Nr. 44 (§ 393 b Abs. 1 RVO), Art. 1 § 1 Nr. 51 (§ 514 Abs. 2 RVO)

a) In Artikel 1 § 1 Nr. 41 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

"a) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

"(2) Die Summe der Beiträge der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung

Sachzusammenhang mit Ziff. 1 der Drucksache 223/1/77

(noch Ziff. 14)

der Angestellten für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten beträgt den Vomhundertsatz der von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten gezahlten Renten, der dem durchschnittlichen Beitragssatz der Krankenkassen (§ 225) und der Ersatzkassen am ersten Tage des Kalenderjahres (§ 381 a Abs. 3) entspricht."

b) In Artikel 1 § 1 Nr. 44 sind in § 393 b Abs. 1 Satz 1 die Worte "§ 381 Abs. 2" durch die Worte "§ 381 Abs. 2 bis 2 b" zu ersetzen.

c) In Artikel 1 § 1 Nr. 51 sind in § 514 Abs. 2 die Worte "381 Abs. 2 und 3 Satz 2 und 3" durch die Worte "318 d, § 381 Abs. 2 bis 2 e, Abs. 3 Satz 2 und 3" zu ersetzen.

Begründung zu a bis c:

Vgl. Begründung der Änderung der Vorschriften über die Krankenversicherung der Rentner im 20. Renten Anpassungsgesetz zu Artikel 2 § 1 Nrn. 01 und weiteren Nummern.

AS 15. Zu Art. 1 § 1 nach Nummer 46

In Artikel 1 § 1 ist nach Nummer 46 folgende Nummer 46 a einzufügen:

"46 a. Nach §405 wird folgender Abschnitt Sechs A eingefügt:

Abschnitt Sechs A

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

§ 405 a

(1) Die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten entwickeln mit dem Ziel einer den Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigenden bedarfsgerechten Versorgung und einer ausgewogenen Verteilung der Lasten gemeinsam

1. Rahmen- und Orientierungsdaten für die Leistungsentgelte (Umfang und Bewertung) und
2. Vorschläge zur Rationalisierung und Erhöhung der Effektivität im Gesundheitswesen

und stimmen diese miteinander ab (konzertierte Aktion im Gesundheitswesen).

(2) An der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen nehmen auf Einladung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen, der Ersatzkassen, der Ärzte, der Zahnärzte, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Apotheker, der pharmazeutischen Industrie, der Gewerkschaften, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der Länder teil. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit sowie der Bundesminister für Wirtschaft sind zu beteiligen. Dem Sozialbeirat und dem Bundesgesundheitsrat ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) Die als Grundlage für die Beratung erforderlichen Daten werden vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zur Verfügung gestellt und erläutert; Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend."

(noch Ziff. 15)

Begründung:

Der Bundesrat hält an seiner im 1. Durchgang vertretenen Auffassung fest, daß eine "konzertierte Aktion" im Gesundheitswesen eingesetzt werden sollte. In der konzertierten Aktion sollen alle zusammenwirken, denen Verantwortung für das Gesundheitswesen zukommt. Ziel ist, daß jeder Bürger die bestmögliche medizinische Versorgung zu tragbaren Preisen erhält.

Dieses Ziel soll auf freiwilliger Basis erreicht werden. Das erfordert eine umfassende Einbeziehung (und damit Einbindung) der Beteiligten. Das ist auch eine - aus dem Zweck der Regelung folgende - Leitlinie für den verantwortlichen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bei der ihm obliegenden Entscheidung darüber, welche Organisationen im einzelnen berücksichtigt werden sollen. So sollten, was zum Beispiel die Ärzte und Zahnärzte betrifft, auch deren freie Verbände mit beteiligt werden.

Die Vorschriften verzichten bewußt auf eine enge Begrenzung der Aufgabenstellung und die Vorgabe einer Vielzahl genau beschriebener Kriterien, an denen sich die Arbeit der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen orientieren soll. Statt dessen wird die Arbeit der konzertierten Aktion unter "Erfolgszwang" stehen.

AS 16. Zu Art. 1 § 1 Nr. 47 Buchst. b (§ 414 b Abs. 2 a Satz 1 RVO)

In § 414 b Absatz 2 a wird Satz 1 wie folgt gefaßt:

"Die Satzungen der Landesverbände können einen Finanzausgleich unter den Mitgliedskassen eines Landes für den Fall vorsehen, daß der Bedarfssatz einer Kasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller beteiligten Mitgliedskassen um mehr als fünf vom Hundert überschreitet."

Begründung

Die Änderung enthält im wesentlichen wieder die vom Bundesrat am 11.03.77 (Drucks. 8/173) gegenüber dem Regierungsentwurf vorgeschlagene Regelung.

Bei länderübergreifenden Verbänden (§ 414 Abs. 2 RVO) sollen die Finanzausgleiche auf die Mitgliedskassen innerhalb der einzelnen Bundesländer beschränkt werden.

Die vom Bundestag beschlossene Formulierung scheidet die bundesunmittelbaren Krankenkassen, obwohl diese Mitglieder eines Landesverbandes sind, aus dem Finanzausgleich aus. Sie begünstigt damit die Entwicklung sehr unterschiedlicher Strukturen innerhalb der Mitgliedskassen eines Landesverbandes.

Bei einer Reihe von Landesverbänden der Betriebskrankenkassen werden auf Initiative der betroffenen Selbstverwaltungen bereits z.T. weitgehende Belastungsausgleichsverfahren unter Einbeziehung der bundesunmittelbaren Kassen durchgeführt.

Diese Bemühungen würden durch die Fassung des Gesetzes weitgehend in Frage gestellt.

Sachzusammenhang mit Ziff. 13

AS 17. Zu Art. 1 § 4 Nr. 1 (§ 2 Nr. 4 KHG)

In Artikel 1 § 4 ist die Nummer 1 zu streichen.

Begründung:

Es erscheint verfrüht, jetzt schon gesetzliche Regelungen über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung zu schaffen. Damit zusammenhängende Probleme sind noch keineswegs überschaubar. Insbesondere hinsichtlich der vorstationären Diagnostik fehlen Erfahrungen darüber, in welchen Fällen sie überhaupt in Betracht kommt und in welchem Umfang durch sie eine Abkürzung der Krankenhausverweildauer und ein Kostensenkender Effekt zu erwarten ist. Entsprechend der EntschlieÙung der 37. Gesundheitsministerkonferenz am 27. Februar 1976 wird es deshalb für angebracht gehalten, eine gesetzliche Regelung erst dann in Erwägung zu ziehen, wenn die Ergebnisse der einschlägigen Untersuchung des Deutschen Krankenhaus-Instituts und der laufenden Modellversuche bekannt und ausgewertet worden sind.

AS 18. Zu Art. 1 § 4 Nr. 2 Buchst. a (§ 6 Abs. 3 KHG)

In Artikel 1 § 4 Nr. 2 Buchstabe a ist § 6 Absatz 3 zu streichen.

Begründung:

Das Gesetz nimmt zwar eine Abschwächung derart vor, daß die hier angesprochenen Grundsätze nunmehr angemessen zu berücksichtigen sind. Jedoch bestehen auch gegen diese Regelung Bedenken.

Artikel 104 a Abs. 4 GG verleiht dem Bund keine Mitplanungs-, Mitverwaltungs- und Mitentscheidungsbefugnisse im Aufgabenbereich der Länder. Dem in Artikel 1 § 4

(noch Ziff. 18)

Nr. 3 Buchstabe a (§ 7 KHG) vorgesehenen Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser können deshalb nur Beratungs- und Koordinierungsfunktionen obliegen. Der Ausschuß kann daher nicht mit bindender Wirkung für die Länder "allgemeine Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser" aufstellen. Eine Bindung der Länder an solche Grundsätze ist auch mit dem grundgesetzlichen Verbot der Mischverwaltung unvereinbar (vgl. BVerfGE 32, 145, 156; 39, 96, 120).

AS 19. Zu Art. 1 § 4 Nrn. 3, 4 (§§ 7, 7 a KHG)

a) Nummer 3 ist wie folgt zu fassen:

"3. In § 7 Absatz 1, Absatz 3 und Absatz 4 werden jeweils die Worte 'Jugend, Familie und Gesundheit' ersetzt durch die Worte 'Arbeit und Sozialordnung'.

b) Nummer 4 ist zu streichen.

Begründung zu a und b:

Es handelt sich um die redaktionelle Anpassung des im Übrigen unveränderten § 7 KHG an die durch Organisationserlaß des Bundeskanzlers begründete Zuständigkeit des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung.

Die bisherigen Regelungen über Zusammensetzung und Aufgaben des Ausschusses für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (§ 7 Abs. 1 und Abs. 2) haben sich bewährt. Eine Änderung, insbesondere eine Vertiefung von Verfahrensfragen, ist nicht notwendig.

Das gilt auch für die Vorschriften über Vorsitz und Geschäftsordnung (§ 7 Abs. 3). Der gemeinsamen Verantwortung von Bund und Ländern bei der Durchführung des Gesetzes entsprechend ist die Geschäftsordnung im Ausschuß zu erarbeiten, wie auch ein Wechsel im Vorsitz

(noch Ziff. 19)

angebracht ist (vgl. auch Nr. 9 der Gründe für die Einberufung des Vermittlungsausschusses - Bundestags-Drucksache VI/3293).

Schließlich ist auch die Regelung hinsichtlich des Beirats (§ 7 Abs. 4) ausreichend, zumal die diesbezügliche Rechtsverordnung erlassen worden ist. Der Tätigkeit des Beirats steht nichts mehr im Wege.

AS 20. Zu Art. 1 § 4 Nr. 5 Buchst. a (§ 8 Abs. 2 KHG)

In § 8 Abs. 2 ist folgender Satz anzufügen:

"Außerdem kann bestimmt werden, daß Krankenhäuser, die gefördert werden, Weiterbildungsstellen für Allgemeinärzte zur Verfügung stellen müssen."

Begründung:

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

AS 21. Zu Art. 1 § 4 Nr. 6 (§ 11a KHG),
Art. 1 § 4 Nr. 9 (§ 16 Abs. 1 Satz 1 KHG)
Art. 1 § 4 Nr. 10 Buchst. a bis d
(§ 17 Abs. 1, 4, 5, 6 KHG),
Art. 1 § 4 Nr. 13, 14 (§§ 20, 22 KHG),
Artikel 2 § 13 Abs. 2

- a) In Artikel 1 § 4 ist die Nummer 6 zu streichen.
- b) In Artikel 1 § 4 Nr. 9 sind in § 16 Abs. 1 Satz 1 die Worte "und insbesondere auch über die Berücksichtigung des Eigenanteils nach § 17 Abs. 1 Satz 4" zu streichen.
- c) In Artikel 1 § 4 Nr. 10 Buchstabe a ist in § 17 Abs. 1 der neu anzufügende Satz 4 zu streichen.
- d) In Artikel 1 § 4 sind in Nummer 10 die Buchstaben b bis d zu streichen.
- e) In Artikel 1 § 4 sind die Nummern 13 und 14 zu streichen.
- f) In Artikel 2 ist § 13 Abs. 2 zu streichen.

Begründung:

Zu a:

Die Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, 10 v.H. der Investitionskosten sowie 5 v.H. der Kosten von Ersatzinvestitionen zunächst vorzufinanzieren. Diese Kosten sollen dann unter bestimmten Voraussetzungen über den Pflegegesetz finanziert werden.

Notwendige Investitionskosten werden hier lediglich neu verteilt. Die öffentliche Hand wird entlastet, die Benutzer oder ihre Kostenträger werden belastet, die auf diese Weise zur Sanierung der Bundesfinanzen beitragen sollen. Nach der Begründung zum Gesetz soll jedoch vor allem eine Dämpfung der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden. Die beabsichtigte Regelung steht diesem Ziel diametral entgegen.

(noch Ziff. 21)

Langfristig könnte auch bei dieser Regelung eine Existenzgefährdung von Krankenhäusern möglich sein, zumal der vom Gesetz unterstellte freie Finanzierungsspielraum durch Defizite, z.B. aus Personalwohnheim und Instandhaltungspauschale, bereits aufgezehrt ist und die Vorfinanzierung nicht in allen Fällen durch Bareinlagen möglich sein wird und daher nicht abdeckbare Kosten (Zinsen, Verwaltungsgebühren) anfallen.

Durch die beabsichtigte Regelung soll es zu mehr Wirtschaftlichkeit im Investitionsbereich kommen. Soweit Fördermittel auf der Grundlage von Einzelanträgen bewilligt werden, bedarf der Steuerungsmechanismus keiner Ergänzung, da die Anträge von den zur Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zuständigen Stellen sorgfältig geprüft werden.

Zu b bis f:

Folgeänderungen auf Grund der Änderung zu a.

AS 22. Zu Art. 1 § 4 Nr. 10 Buchst. a
(§ 17 Abs. 1 Satz 3 KHG)

In Art. 1 § 4 Nr. 10 Buchst. a ist in § 17 Abs. 1 der einzufügende Satz 3 zu streichen; die Eingangsworte des Buchst. a lauten wie folgt:

"In Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz angefügt:"

Begründung:

Trug die bisherige Regelung des Gewinn- und Verlustausgleichs nicht ausreichend zu wirtschaftlichem Verhalten der Krankenhäuser bei, so wird dies durch eine feste Laufzeit der Pflegesätze ohne Ausgleichsmöglichkeiten ebenfalls nicht erreicht. Vielmehr ist zu befürchten, daß die Krankenhäuser im Falle einer zu niedrigen Vorkalkulation verstärkt dazu übergehen würden, einer Kostenunterdeckung durch eine Verlängerung der Verweildauer zu begegnen.

Zusätzlich ist darauf hinzuweisen, daß hinsichtlich der Laufzeiten ein gewisser sachlicher Zusammenhang mit dem Pflegesatzverfahren besteht. Feste Pflegesatzlaufzeiten setzen - schon im Hinblick auf die dann dringend erforderliche Übergangsregelung für die Pflegesätze in der Zeit zwischen Laufzeitende der alten Sätze und Neufestlegung der neuen Sätze - weitgehend das vom Bundesrat abgelehnte Vereinbarungs- und Schiedsstellenverfahren (Art. 1 § 4 Nr. 11 und 12) voraus.

Begründung Fz
 ist weitergehend
 als Begründung AS

AS 23. Zu Art. 1 § 4 Nr. 10 nach Buchst. b
 Fz (§ 17 Abs. 4 Nr. 4 KHG),
Art. 1 § 4 nach Nr. 17
(§ 30 Abs. 2 KHG),
Art. 2 § 17

a) In Art. 1 § 4 Nr. 10 ist nach Buchstabe b folgender neuer Buchstabe b1 einzufügen:

"b1) In Absatz 4 Nr. 4 werden nach dem Wort 'Einrichtungen' die Worte 'mit Ausnahme der Aufwendungen der Ausbildungsstätten' eingefügt."

b) In Art. 1 § 4 ist nach Nummer 17 folgende neue Nummer 18 einzufügen:

"18. § 30 Abs. 2 wird wie folgt geändert.

a) Eingang von Absatz 1 wird die Absatzbezeichnung '(1)' gestrichen.

b) Absatz 2 wird gestrichen."

c) In Art. 2 § 17 ist in Absatz 2 die Ziffer "17" durch die Ziffer "18" zu ersetzen.

Begründung zu a bis c:

AS Nach § 30 Abs. 2 KHG ist es nur nach bis 31.12.1981 möglich, die Kosten von Ausbildungsstätten im Krankenhaus bei der Kalkulation von Pflegesätzen zu berücksichtigen. Sodann hätten die Krankenhausträger jene

(noch Ziff. 23)

Kosten zu tragen, was angesichts der schwierigen Haushaltslage von Ländern und Gemeinden und dem ohnehin hohen Betriebsrisiko der anderen Krankenhausträger nicht möglich wäre. Bei dieser Sachlage ist es nicht ausgeschlossen, daß dringend notwendige Ausbildungskapazitäten bereits jetzt abgebaut werden.

Die Rechtfertigung für die Belassung der Kosten der Ausbildung in der Kalkulation der Pflegesätze ergibt sich aus der Tatsache, daß die Auszubildenden im praktischen Teil der Ausbildung nicht unerheblich zur Krankenhausleistung beitragen.

Im Übrigen entspricht die Berichtigung dem Umstand, daß in den Bereichen der Verwaltung, der Versorgung (z. B. Küche) oder der Technik des Krankenhauses - auch nach Inkrafttreten des KHG - Auszubildende eingestellt wurden und weiterhin eingestellt werden.

Buchstaben b und c sind Folgeänderungen.

Fz

Nach § 17 Abs. 4 Nr. 4 KHG in Verbindung mit § 30 Abs. 2 KHG ist es nur noch bis zum 31. Dez. 1981 möglich, die Kosten der mit dem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten bei der Festsetzung der Pflegesätze zu berücksichtigen. Von diesem Zeitpunkt an würden die Träger der Ausbildungsstätten die gesamten Kosten allein tragen müssen. Diese Folge wäre insbesondere auch im Hinblick auf die schwierige Haushaltslage von Ländern und Gemeinden nicht vertretbar. Außerdem ist es erforderlich, Grundlagen zu schaffen, die den Betrieb der Ausbildungsstätten langfristig sichern. Bei der gegenwärtigen Rechtslage ist es nicht ausgeschlossen, daß dringend benötigte Einrichtungen im Hinblick auf die künftige ungewisse Entwicklung geschlossen werden.

(noch Ziff. 23)

Eine Berücksichtigung der Kosten der mit dem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten im Pflegesatz ist gerechtfertigt. Die Ausbildung ist mit der späteren Tätigkeit des Auszubildenden im Krankenhaus eng verknüpft. Im übrigen machen die Kosten der Ausbildungsstätten von den gesamten Selbstkosten der Krankenhäuser einen so geringen Anteil aus, daß mit einer Auswirkung auf die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu rechnen ist.

AS 24. Zu Art. 1 § 4 Nrn. 9, 11 und 12 (§§ 16, 18, 18a KHG)

- a) In Art. 1 § 4 sind die Nummern 11 und 12 zu streichen.
- b) In Art. 1 § 4 Nr. 9 sind in § 16 Abs. 1 Satz 1 die Worte "§§ 18 und 18a" durch die Worte "§ 18" zu ersetzen.

Begründung zu a und b:

Der Bundesrat lehnt es aus den im 1. Durchgang im einzelnen dargelegten Gründen nach wie vor strikt ab, Änderungen des bisherigen Pflegesatzfestsetzungsverfahrens zuzustimmen. Es ist kein gangbarer Weg, die - insbesondere auch nach den Vorschriften des KHG - gerechtfertigte Höhe der Entgelte für Krankenhausleistungen durch Änderungen des Verfahrens zu beeinflussen und in Frage zu stellen. Das bisherige Pflege-satzverfahren erlaubt es, die berechtigten privaten und öffentlichen Interessen aller Seiten voll zur Geltung und zum Ausgleich zu bringen und bedarf deshalb keiner Änderung. Jede kurzfristige Verschiebung der Gewichte zugunsten einer Seite bringt die Krankenhausversorgung als Ganzes in Gefahr und beeinträchtigt damit längerfristig die Interessen aller.

AS 25. Zu Art. 1 § 6

In Artikel 1 ist § 6 wie folgt zu ändern:

a) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

"(3) Im Land Hessen ist örtlich zuständig

1. die Hessen-Nassauische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für den Regierungsbezirk Kassel sowie den Hochtaunus-Kreis, den Landkreis Limburg-Weilburg, den Main-Kinzig-, Main-Taunus-, Rheingau-Taunus-Kreis und die kreisfreien Städte Frankfurt am Main und Wiesbaden im Regierungsbezirk Darmstadt,
2. die Land- und forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Darmstadt für den Regierungsbezirk Darmstadt mit Ausnahme der in Nummer 1 genannten Landkreise und kreisfreien Städte."

b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4; in ihm wird das Zitat "Absätzen 1 und 2" durch das Zitat "Absätzen 1 bis 3" ersetzt.

(noch Ziff. 25)

Begründung zu a und b:

Auch im Lande Hessen ist eine Anpassung der örtlichen Zuständigkeitsbereiche der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften an die durch die Gebietsreform neu geschaffenen Gebietskörperschaften beziehungsweise Neuabgrenzungen erforderlich. Eine Beibehaltung der gegenwärtigen Zuständigkeiten hätte zur Folge, daß für eine Stadt und für einige Landkreise in Hessen die Zuständigkeit mehrerer landwirtschaftlicher Sozialversicherungsträger gegeben wäre.

Durch die vorgeschlagene Änderung wird die auf Grund der Gebietsreform eingetretene Situation in der Weise bereinigt, daß für eine kreisfreie Stadt beziehungsweise einen Landkreis die jeweilige Zuständigkeit nur eines Versicherungsträgers gegeben ist.

AS 26. Zu Art. 1 nach § 6

In Art. 1 ist nach § 6 folgender neuer § 7 einzufügen:

"§ 7

Zuständigkeitsänderung bei den landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträgern in Schleswig-Holstein

- (1) Mit der Durchführung der landwirtschaftlichen Unfallversicherung im Land Hamburg wird die Schleswig-Holsteinische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft beauftragt.
- (2) Mit der Durchführung der landwirtschaftlichen Krankenversicherung im Land Hamburg wird die Landwirtschaftliche Krankenkasse beauftragt, die bei der Schleswig-Holsteinischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft errichtet ist.
- (3) Mit der Durchführung der Altershilfe für Landwirte im Land Hamburg wird die landwirtschaftliche Alterskasse beauftragt, die bei der Schleswig-Holsteinischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft errichtet ist.
- (4) § 44 des Sozialgesetzbuches - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - ist entsprechend anzuwenden."

(noch Ziff. 26)

Begründung

Durch die Schaffung eines gesetzlichen Auftragsverhältnisses soll erreicht werden, daß die Schleswig-Holsteinische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft und damit auch die Schleswig-Holsteinische landwirtschaftliche Krankenkasse sowie die Schleswig-Holsteinische landwirtschaftliche Alterskasse den Status landesunmittelbarer Körperschaften erhalten. Diese Regelung lehnt sich an die für die Hannoversche landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft gefundene Lösung an (§ 14 Abs. 2 des Gesetzes über Zulagen und Mindestleistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung und zur Überleitung des Unfallversicherungsrechts im Land Berlin vom 29. April 1952 - Bundesgesetzbl. III 8321 - 11 - und § 44 Abs. 4 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 - Bundesgesetzbl. I S. 1433 -). Die von der Bundesregierung in der Stellungnahme zum Gesetzentwurf des Bundesrates zur Anpassung der Bezirke der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften an die Gebietsreform (BT-Drucksache 7/4594) erhobenen verfassungsrechtlichen Bedenken sind deshalb unbegründet.

(noch Ziff. 26)

Wenn sich die Bundesregierung außerdem auf die gesetzliche Festschreibung der Bezirke der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften beruft, so ist dem entgegenzuhalten, daß durch Gesetz durchaus andere Regelungen getroffen werden können.

Ferner ist auch das Argument nicht stichhaltig, daß eine gesetzliche Beauftragung nur Sinn hätte, wenn auch für Hamburg eigene Träger geschaffen würden. Im Gegenteil soll gerade durch die Beauftragung vermieden werden, daß für Stadtstaaten eigene Träger errichtet werden müssen. Für Berlin führt die Hannoversche landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, die der Aufsicht des Landes Niedersachsen untersteht, die Aufgaben durch, ohne daß eigene Träger in Berlin bestehen.

Was schließlich der Hinweis auf § 791 in Verbindung mit § 652 Abs. 2 RVO angeht, so handelt es sich hier nicht um die Auflösung einer Berufsgenossenschaft, sondern um die Verlagerung der Aufsicht bei Erhaltung des Trägers.

II

Der Rechtsausschuß sieht unter rechtlichen und verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten keinen Anlaß, dem Bundesrat die Anrufung des Vermittlungsausschusses zu empfehlen.

III

Der Ausschuß für Innere Angelegenheiten empfiehlt dem Bundesrat, dem Gesetz gemäß Artikel 84 Abs. 1 und Artikel 104a Abs. 4 Satz 2 des Grundgesetzes nicht zuzustimmen.

Begründung:

Das Gesetz wird in wichtigen Punkten den kommunalen Belangen nicht gerecht.

Hingewiesen wird besonders auf die mangelnde Berücksichtigung der Krankenhausbedarfsplanung bei der Wahl der Krankenhäuser (Art. 1 § 1 Nr. 10), die Verpflichtung der Krankenhäuser, 10 % bzw. 5 % der Investitionskosten grundsätzlich selbst zu tragen (Art. 1 § 4 Nr. 6) und das vorgesehene Vereinbarungs- und Schiedsstellenverfahren zur Festlegung der Pflegesätze (Art. 1 § 4 Nr. 11 und 12).