

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

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

## Bundesrat

Drucksache 175/1/81

25.05.81

AS - Fz - G - In - R

### Empfehlungen

der Ausschüsse

zum

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

Punkt der 500. Sitzung des Bundesrates am 5. Juni 1981

Der federführende Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik (AS), der Finanzausschuß (Fz), der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit (G), der Ausschuß für Innere Angelegenheiten (In) und der Rechtsausschuß (R) empfehlen dem Bundesrat, gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes zu dem Gesetzentwurf wie folgt Stellung zu nehmen:

#### 1. Zum Gesetzentwurf

Der Bundesrat geht davon aus, daß die Krankenhausfinan-zierung in die Überlegungen zur Entflechtung der Aufgaben von Bund und Ländern einzubeziehen ist. Er verweist darauf, daß entsprechende Vorschläge derzeit im Rahmen einer von den Regierungschefs des Bundes und der Länder eingesetzten Arbeitsgruppe erarbeitet werden. Der Bundesrat kann sich daher an der von der Bundesregierung unabhängig von dieser Zielsetzung eingeleiteten Novellierung des Krankenhaus-finanzierungsgesetzes nur unter dem Vorbehalt beteiligen,

AS  
Fz  
G  
In

- 2 -

(noch Ziff. 1)

- Fz (a) daß die Bestrebungen zum Abbau der Mischfinanzierung mit entsprechendem finanziellen Ausgleich im Krankenhausbereich hierdurch nicht beeinträchtigt werden.
- (a) und (b) schließen einander aus
- AS (b) daß die Diskussion über den Abbau der Mischfinanzierung im Krankenhausbereich hierdurch nicht beeinträchtigt wird.
- G
- In

- Fz 2. Zu Art. 1 Nr. 3 (§ 2 KHG),  
Nr. 5 Buchst. b (§ 4 Abs. 3 KHG),  
Nr. 9 Buchst. a (§ 8 Abs. 1 KHG),  
Nr. 13 Buchst. a (§ 12 Abs. 1 KHG),  
Nr. 24 (§ 29 Abs. 1 KHG)

Sachzusammenhang mit Ziff. 25 Artikel 1 Nr. 3 ist zu streichen.

- Bei Annahme entfallen Ziff. 15 u. 22
- Als Folge hiervon sind in Artikel 1
- Nummer 5 Buchst. b zu streichen,
  - Nummer 9 Buchst. a wie folgt zu fassen:
    - "a) In Absatz 1 wird Satz 2 gestrichen.",
  - in Nummer 13 Buchst. a die Worte "und die in § 2 Nr. 3 Buchstabe e genannten Ausbildungsstätten" zu streichen,
  - in Nummer 24 der § 29 Abs. 1 zu streichen.

- 3 -

(noch Ziff. 2)

Begründung:

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

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

- Fz 3. Zu Art. 1 Nr. 5 Buchst. a (§ 4 Abs. 2 KHG)

In Art. 1 Nr. 5 ist Buchst. a zu streichen.

Begründung:

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

AS  
G 4. Zu Art. 1 Nr. 6 (§ 6 Abs. 2 Sätze 2 und 3 KHG)

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

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

Begründung:

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

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

In § 6 Abs. 2 Satz 3 ist der zweite Halbsatz wie folgt zu fassen: +)

"; dabei sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen."

Begründung:

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

(8 : 2 : 1)

- + ) bei Annahme der Änderungsempfehlung in Ziff. 4 lautet die Empfehlung eingangs:  
"An den neuen Satz 2 ist folgender Halbsatz anzufügen:  
' ; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben.....' "

- 6 -

AS  
Fz  
G6. Zu Art. 1 Nr. 6 (§ 6 Abs. 2 Satz 4 KHG)

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

Begründung:

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

- 7 -

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

In § 6 Abs. 2 ist folgender Satz anzufügen:

"Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten."

Begründung:

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

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

- "Ausbau und Neubau von Hochschulen" vom 1.9.1969 (BGBl. I S. 1556) in der durch das Hochschulraumengesetz vom 26.1.1976 (BGBl. I S. 185) geänderten Fassung,
- "Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur" vom 6.10.1969 (BGBl. I S. 1861),
- "Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes" vom 3.9.1969 (BGBl. I S. 1573).

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

- 8 -

AS  
G8. Zu Art. 1 Nr. 6 (§ 6 Abs. 2 Satz 6 KHG)

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

Begründung:

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

- 9 -

R 9. Zu Art. 1 Nr. 6 (§ 6 Abs. 4 Sätze 1, 2 und 4 KHG)

a) In § 6 Abs. 4 sind die Sätze 1 und 2 wie folgt zu fassen:

Bei Annah-  
me entfal-  
len Ziff. 10  
und 11

"Bei der Aufstellung und Anpassung der Krankenhausbedarfspläne sind die Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und die sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören. Die Landesregierungen bestimmen, wer als sonstiger wesentlich Beteiligter nach Satz 1 anzusehen ist."

b) In § 6 Abs. 4 ist Satz 4 zu streichen.

Begründung:

Vorschriften, die im einzelnen die Art und Weise regeln, wie die Länder die Krankenhausbedarfspläne zu erarbeiten haben, sind durch Artikel 74 Nr. 19 a GG nicht gedeckt. Detaillierte Regelungen über die "enge Zusammenarbeit" mit bestimmten Verbänden und über die Ausgestaltung dieser engen Zusammenarbeit liegen außerhalb des Gesetzgebungszwecks der "wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser". Zu der Verantwortung der Länder für die Krankenhausversorgung gehört es, kraft ihrer Planungshoheit über die Art und Weise zu entscheiden, wie es zu normativen Planungsvorgaben kommt, die den politischen und tatsächlichen Verhältnissen im Land entsprechen. § 6 Abs. 4 Satz 4 ist hier nach entbehrlich. Soweit verwaltungsverfahrenrechtliche Anhörungspflichten bei der Bedarfsplanung im Hinblick auf § 8 KHG bezüglich der Krankenhausträger bestehen, sind die Verwaltungsverfahrensgesetze der Länder maßgebend.

- 10 -

AS  
G 10. Zu Art. 1 Nr. 6 (§ 6 Abs. 4 Satz 2 KMG)Entfällt  
bei Annahme  
von Ziff. 9

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

Begründung:

Redaktionelle Verbesserung.

AS  
G 11. Zu Art. 1 Nr. 6 (§ 6 Abs. 4 Satz 4 KMG)Entfällt  
bei Annahme  
von Ziff. 9

In § 6 Abs. 4 ist Satz 4 eingangs wie folgt zu fassen:  
"Die sonstigen wesentlich Beteiligten .....

Begründung:

Die Anhörung der betroffenen Krankenhäuser neben den Spitzenverbänden und den sonstigen wesentlich Beteiligten ist weder praktikabel noch notwendig. In Nordrhein-Westfalen müßten z.B. bei Aufstellung des Krankenhausbedarfsplans mehr als 600 Krankenhäuser mit ihren unterschiedlichen Interessen neben den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrts- und Pflegeverbände, der Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen, den kommunalen Spitzenverbänden und den sonstigen wesentlich Beteiligten gehört werden. Die Anhörung der Krankenhäuser und der Ausgleich der jeweiligen unterschiedlichen Interessen ist vielmehr Aufgabe des zuständigen Spitzenverbandes.

- 11 -

In 12. Zu Art. 1 Nr. 7 (§ 6a Abs. 1 bis 3 -neu- KMG),  
Nr. 8 (§ 7 Abs. 2 Satz 1 KMG)bei Annahme  
von  
Buchst. a  
entfällt  
Ziff. 13

a) In Nummer 7 sind in § 6a -neu- die Absätze 1 bis 3 durch folgenden Absatz 1 zu ersetzen:

"(1) Die Länder stellen auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne jährlich ein Krankenhausbauprogramm auf. Darin ist der voraussichtliche Bedarf an Finanzierungsmitteln für förderungsfähige Investitionskosten anzugeben."

Buchst. b  
entfällt  
bei Annahme  
von Ziff. 14

b) Nummer 8 ist zu streichen.

Begründung zu a und b:

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

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

Im übrigen: Keine Änderung.

AS  
G

13. Zu Art. 1 Nr. 7 (§ 6a Abs. 3 Satz 3 KHG)

Entfällt  
bei Annah-  
me von  
Ziff. 12  
Buchst. a

In § 6a Abs. 3 Satz 3 sind nach dem Wort "Programme"  
die Worte "nach Absatz 1" einzufügen.

Begründung:

Nur die mehrjährigen Programme nach  
§ 6a Abs. 1 sollten in dem Ausschuß  
nach § 7 beraten werden.

AS  
R

14. Zu Art. 1 Nr. 3 (§ 7 Abs. 2 Satz 1 KHG)

Ziff. 14  
ist weiter-  
gehend als  
Ziff. 12  
Buchst. b

Nummer 8 ist wie folgt zu fassen:

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

Begründung:

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

AS  
G

15. Zu Art. 1 Nr. 9 Buchst. a und nach Buchst. a (§ 8 Abs. 1 KHG),  
Nr. 13 Buchst. a (§ 12 Abs. 1 Satz 3 KHG),  
Nr. 24 (§ 29 Abs. 1 KHG)

Ziff. 15  
entfällt  
bei An-  
nahme von  
Ziff. 2

a) Nummer 9 Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

"a) In Absatz 1 wird Satz 2 gestrichen."

b) In Nummer 9 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a2  
einzufügen:

"a2) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

"(1a) Die in § 2 Nr. 3 Buchstabe e genannten Ausbildungs-  
stätten werden auf Antrag nach diesem Gesetz gefördert,  
soweit sie bedarfsgerecht sind. Die am 1. Juni 1981  
betriebenen Ausbildungsstätten nach Satz 1 gelten  
als bedarfsgerecht, bis die nach Landesrecht zuständige  
Behörde durch Verwaltungsakt feststellt, daß diese  
Voraussetzung nicht mehr gegeben ist."

c) Als Folge sind in Nummer 13 Buchst. a die Worte "und die  
in § 2 Nr. 3 Buchstabe e genannten Ausbildungsstätten"  
sowie in Nummer 24 in § 29 der Absatz 1 zu streichen.

Begründung zu a bis c:

Die Streichung des bisherigen Satzes 2  
in Absatz 1 bedeutet den Verzicht auf  
die Regelung der sogenannten Hundert-  
Betten-Grenze (vgl. auch Begründung zu  
Nr. 9 des Entwurfs).

Der neue Satz 2 des Absatzes 1 ist nicht  
notwendig infolge der Einfügung des  
neuen Absatzes 1a.

Absatz 1a regelt die Voraussetzungen,  
unter denen die in § 2 Nr. 3 Buchstabe e  
genannten Ausbildungsstätten gefördert  
werden.

(noch Ziff. 15)

Dies gilt sowohl hinsichtlich der vorhandenen als auch der künftigen Ausbildungsstätten. Die am 1. Juni 1981 betriebenen Ausbildungsstätten, die staatlich anerkannt sind, wie z.B. nach dem Krankenpflegegesetz i.d.F. des Gesetzes vom 4. Mai 1972 (BGBl. I S. 753), werden als bedarfsgerecht angesehen.

Das im Gesetzentwurf vorgesehene Planungsverfahren, das dem Verfahren der Krankenhausbedarfsplanung entspricht, ist insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Vereinfachung des Verwaltungshandelns nicht notwendig.

Im übrigen Folgeänderung aufgrund der neuen Formulierung in § 8.

AS  
G

16. Zu Art. 1 Nr. 9 nach Buchst. a (§ 8 Abs. 1 Satz 3 KMG)

In Nummer 9 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a1 einzufügen:

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

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

Begründung:

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

(noch Ziff. 16)

Die Änderung soll in zwei Punkten eine Klarstellung herbeiführen:

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



Fz 17. Zu Art. 1 Nr. 10 Buchst. b (§ 9 Abs. 2a KHG)

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

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

Begründung:

Die bisher vorgesehene Bemessung der Förderung nach den im Einzelfall entstehenden, nachgewiesenen und nach Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gerechtfertigten Kosten zwingt zu einem erheblichen Prüfungsaufwand, der die Förderung wesentlich erschwert und verzögert; zugleich wird der Entscheidungsspielraum der Krankenhausträger stark beeinträchtigt und kein Anreiz zur sparsamen Verwirklichung der Maßnahme gegeben. Zur Vereinfachung und Beschleunigung des Verfahrens wie auch zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Krankenhausträger ist die Möglichkeit vorgesehen, für die Maßnahme bei Bewilligung einen Festbetrag festzulegen. Er kann aufgrund einer auf die Kosten des Einzelfalls eingehenden Einzelberechnung oder aber - was zur weiteren Vereinfachung führt - auch aufgrund von pauschalen Kostenwerten ermittelt werden. Die jetzt vorgesehene Regelung, wonach eine solche Festbetragsförderung nur "mit Zustimmung" der Krankenhausträger möglich ist, trägt dem nicht Rechnung und läßt die Vorschrift ins Leere gehen. Sie ist kein Beitrag zur Kostendämpfung und bietet keinen Anreiz zur sparsamen Verwirklichung notwendiger Investitionen.

Fz 18. Zu Art. 1 Nr. 10 Buchst. b (§ 9 Abs. 2b KHG)

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

", und dieser die zuständige Landesbehörde unverzüglich nach dem Bekanntwerden von den Mehrkosten unterrichtet hat".

Begründung:

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

In 19. Zu Art. 1 Nr. 11 Buchst. b (§ 10 Abs. 2 Satz 1 KHG)

Nr. 22 (§ 27 Nr. 4 KHG)

Nr. 24 (§ 29 Überschrift und Abs. 3 KHG)

bei An-  
nahme  
entfällt  
Ziff. 20

- a) In Nummer 11 Buchst. b sind in § 10 Abs. 2 Satz 1 die Worte "der Grundversorgung" zu ersetzen durch die Worte "der Anforderungsstufe I (bis zu 250 Planbetten)", die Worte "der Regelversorgung" durch die Worte "der Anforderungsstufe II (mehr als 250 und bis zu 350 Planbetten)", die Worte "der Schwerpunktversorgung" durch die Worte "der Anforderungsstufe III (mehr als 300 und bis zu 650 Planbetten)", die Worte "der Zentralversorgung" durch die Worte "der Anforderungsstufe IV (mehr als 650 Planbetten)".
- b) Nummer 22 ist zu streichen.
- c) In Nummer 24 sind in § 29 in der Überschrift die Worte "und die Zuordnung zu Versorgungsstufen" und Absatz 3 zu streichen.

Begründung zu a bis c:

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

Im übrigen Folgeänderungen.

AS  
G 20. Zu Art. 1 Nr. 11 Buchst. b (§ 10 Abs. 2 Satz 1 KHG),  
Nr. 22 (§ 27 Nr. 4 KHG)

Entfällt  
bei Annah-  
me von  
Ziff. 19

a) In § 10 Abs. 2 Satz 1 sind die Nummern 1 bis 4  
wie folgt zu fassen [ ], und nach Satz 1 ist folgender  
Satz einzufügen:]

[ - ] nur AS  
Fassung AS  
ist weiter-  
gehend als  
Fassung G

"1. der Versorgungsstufe 1	2.045 DM,
2. der Versorgungsstufe 2	2.481 DM,
3. der Versorgungsstufe 3	2.868 DM,
4. der Versorgungsstufe 4	3.666 DM.

[Die Zuordnung zu den Versorgungsstufen erfolgt bei  
der Bewilligung der Fördermittel auf der Grundlage  
des Krankenhausbedarfsplans.]"

[b) Die Nummer 22 ist zu streichen.]

AS Begründung zu a und b:

Es ist nicht sachgerecht, bundeseinheitlich  
und ohne Berücksichtigung der unterschiedlichen  
Versorgungsstruktur in den einzelnen  
Bundesländern über diese Fördervorschrift  
und die in Nummer 22 vorgesehene Rechts-  
verordnung des Bundes mittelbar den Inhalt  
der Bedarfspläne der Länder so weitgehend  
festzulegen. Es ist Aufgabe der Länder,  
die Krankenhäuser entsprechend den landes-  
politischen Besonderheiten und in Einklang  
mit der Krankenhausbedarfsplanung den ein-  
zelnen Versorgungsstufen zuzuordnen.

Im übrigen Folgeänderung.

G Begründung:

Die Begriffe "Grundversorgung", "Regel-  
versorgung", "Schwerpunktversorgung" und  
"Zentralversorgung" sollten durch die  
neutralen Begriffe "Versorgungsstufen 1  
bis 4" ersetzt werden.

AS  
G 21. Zu Art. 1 Nr. 12 (§ 11a Satz 1 KHG)  
§ 11a Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

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

Begründung:

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

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

AS 22. Zu Art. 1 Nr. 13 Buchst. a (§ 12 Abs. 1 Satz 3 KHG)  
G

Entfällt bei An-  
nahme von  
Ziff. 2

In Nummer 13 Buchst. a ist folgender Satz anzufügen:  
"Ausbildungsstätten, die vor dem 1. Juni 1981  
betrieben wurden, werden ab dem 1. Januar 1982 nach  
Satz 1 erster Halbsatz gefördert."

Begründung:

Die Ergänzung ist notwendig, weil die Bedarfs-  
gerechtigkeit der Ausbildungsstätten nicht  
im gleichen Verfahren wie bei Krankenhäusern  
festgestellt werden soll. Durch die  
Änderung wird klargestellt, daß nach  
dem 31. Mai 1981 neu errichtete Ausbildungs-  
stätten keine Fördermittel nach § 12  
Abs. 1 erhalten.

AS  
G  
In

24. Zu Art. 1 Nr. 17 Buchst. a (§ 17 Abs. 1 KHG)

In Nummer 17 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

"a) In Absatz 1 wird folgender Satz 3 angefügt:

'Außerdem sollen sie Anreize für eine wirtschaftliche  
Betriebsführung schaffen.'"

Begründung:

Nach geltendem Recht muß der Pflege-  
satz "eine wirtschaftliche Betriebs-  
führung ermöglichen und die medizinisch  
und wirtschaftlich rationelle Ver-  
sorgung durch die Krankenhäuser sichern".  
Dieser Zweck wird jetzt mehr beiläufig  
erwähnt und die Kosten- und Leistungs-  
rechnung in den Vordergrund gestellt.  
Eine derartige Verschiebung der Gewichte  
durch eine in ihren Auswirkungen recht-  
lich nicht überschaubare Neuformulierung  
ist nicht geboten und nicht sachgerecht.

[Die in Satz 3 des Entwurfs vorgeschlagene  
Neuformulierung ist zudem mißverständlich  
und geeignet, den im selben Satz ent-  
haltenen Kostendeckungsgrundsatz zu  
relativieren.]

AS 23. Zu Art. 1 Nr. 16 (§ 15 Abs. 2 KHG)  
G

Nummer 16 ist wie folgt zu fassen:

"16. § 15 wird wie folgt geändert:

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

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

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

[ - ] nur In

(noch Ziff. 23)

Begründung:

Buchst. a entspricht dem Vorschlag der  
Bundesregierung.

In der Praxis der Krankenhausbedarfs-  
planung hat sich herausgestellt, daß es  
leichter ist, Krankenhäuser einvernehm-  
lich aus der Förderung zu nehmen, wenn  
die Möglichkeit besteht, auf eine Rück-  
forderung der gewährten Fördermittel  
zu verzichten. Eine solche Regelung ver-  
folgt eine ähnliche Zielsetzung wie der  
Härteausgleich nach § 8 Abs. 2.

Fz 25. Zu Art. 1 Nr. 17 Buchst. c (§ 17 Abs. 4a Satz 1 KHG)

Sachzusammenhang mit Ziff. 2 In § 17 Abs. 4a ist Satz 1 wie folgt zu fassen:

Bei Annahme entfällt Ziff. 26

"Die Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten einschließlich der Investitionskosten sowie der Ausbildungsvergütungen sind im Pflegesatz zu berücksichtigen."

Begründung:

wie bisherige Übergangslösung im § 30 Abs. 2 KHG, wonach auch die Investitionskosten für Ausbildungsstätten in den Pflegesätzen zu berücksichtigen sind, [die nach dem Gesetzentwurf zur Änderung der Reichsversicherungsordnung und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein - Drucksache 108/81 - bis 31.12.1985 verlängert werden soll,] sollte mit unbegrenzter Zeit als Dauerlösung in das Krankenhausfinanzierungsgesetz aufgenommen werden.

[ - ] nur bei Einbringung des Gesetzentwurfes beim Deutschen Bundestag (TO-P. 5 der 500. Sitzung des Bundesrates)

AS  
G

entfällt  
bei Annahme  
von  
Ziff. 25

26. Zu Art. 1 Nr. 17 Buchst. c (§ 17 Abs. 4a Satz 1 KHG)

In Nummer 17 Buchst. c ist in Absatz 4a Satz 1 das Wort "einschließlich" durch das Wort "und" zu ersetzen.

Begründung:

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

AS  
Fz  
G  
In

27. Zu Art. 1 Nr. 17 Buchst. c (§ 17 Abs. 4a Satz 2 KHG)

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

AS  
G

Begründung:

Die Bundesregierung spaltet die Ausbildung in einen theoretischen und in einen praktischen Teil auf. Hieran knüpft sich die Finanzierung dieses Ausbildungssystems an. Diesen Überlegungen liegt die Absicht zugrunde, das duale Ausbildungssystem des Berufsbildungsgesetzes für die Krankenpflegeausbildung zu übernehmen. Dieses System ist aber ungeeignet, weil es die bisher einheitliche Verantwortung für die theoretische und praktische Ausbildung aufgibt. Der praktische Einsatz auf der Station muß von der Krankenpflegeschule

(noch Ziff. 27)

Begr. AS  
G

und nicht vom Krankenhaus gesteuert werden. Eine qualifizierte theoretische und praktische Ausbildung kann nur dann gewährleistet werden, wenn die Verantwortung dafür in einer Hand liegt.

Um keine Vorentscheidung zu der noch zu regelnden Frage des Ausbildungssystems zu treffen (vgl. Entwurf eines "Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger"), muß das KHG weiter vom Prinzip der Einheitlichkeit der Finanzierung über den Pflegesatz ausgehen.

Der in den Entwurf aufgenommene Fristvermerk (31. Dezember 1983) ist vor diesem Hintergrund abzulehnen.

In Begründung:

Nach der vorgesehenen Neuregelung sollen nur die Kosten des praktischen Teils der im Krankenhaus durchgeführten Ausbildung bei der Bemessung der Pflegesätze berücksichtigt werden. Dies ist sachlich nicht gerechtfertigt. Die Ausbildung des Krankenhauspersonals steht insgesamt in engem Zusammenhang mit dem Betrieb der Krankenhäuser. Es sollte daher entsprechend der bisherigen bewährten Praxis daran festgehalten werden, daß die laufenden Kosten sowohl der theoretischen wie auch der praktischen Ausbildung bei der Festsetzung der Pflegesätze berücksichtigt werden. Eine solche Regelung vermeidet auch zusätzlichen Verwaltungsaufwand, der entstehen würde, wenn zwischen den Kosten für die theoretische und praktische Ausbildung unterschieden werden müßte.

(noch Ziff. 27)

Begr. In

Die mit einer solchen Aufspaltung der Ausbildungskosten zwangsläufig verbundene Präjudizierung der politisch umstrittenen Neuordnung der Ausbildung ist abzulehnen.

Fz

Begründung:

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

Fz 28. Zu Art. 1 Nr. 17 nach Buchst. d (§ 17 Abs. 5 KHG)

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

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

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

Begründung:

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

AS  
G 29. Zu Art. 1 Nr. 18 (§ 18 Abs. 3 KHG)

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

Begründung:

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

R 30. Zu Art. 1 Nr. 19 (§ 19 Abs. 1 Satz 2 KHG)

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

Begründung:

Klarstellung des Gewollten.

R 31. Zu Art. 1 Nr. 19 (§ 19 Abs. 2 KHG)

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

Begründung:

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

AS  
Fz  
G

32. Zu Art. 1 Nr. 21 (§ 23 Abs. 1 und 2 KHG)

Nummer 21 ist wie folgt zu fassen:

"21. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

'(1) Die Finanzhilfen des Bundes nach § 22 Abs. 1 Satz 1 sind den Ländern entsprechend ihren tatsächlichen Aufwendungen in voller Höhe zuzuweisen, die Finanzhilfen nach § 22 Abs. 1 Satz 2 in Höhe von 80 vom Hundert nach ihrer Einwohnerzahl.'

(noch Ziff. 32)

- b) In Absatz 2 werden vor dem Wort 'Unterver-sorgung' die Worte 'Über- oder' eingefügt."

Begründung zu a und b:

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

Buchstabe b entspricht Art. 1 Nr. 23 der Regierungsvorlage.

33. Zu Art. 2 Nr. 2 (§ 185 RVO),  
Art. 3 Nr. 2 (§ 18 KVLG)

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

"§ 185

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie die zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhauspflege oder zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderliche häusliche Krankenpflege, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht pflegen kann.
- (2) Häusliche Krankenpflege wird durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder Kinderkrankenschwestern durchgeführt; Krankenpflegehelfer und -helferinnen oder andere geeignete Kräfte von Sozialstationen oder ambulanten Krankenpflegediensten können eingesetzt werden, soweit dies im Einzelfall für die fachgerechte Pflege des Kranken ausreichend ist.
- (3) Kann eine der in Absatz 2 genannten Krankenpflegekräfte nicht gestellt werden oder besteht Grund, von einer Bestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine solche Kraft in angemessener Höhe zu erstatten, wenn diese selbst beschafft wird."

(noch Ziff. 33)

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

## "§ 18

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

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

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

(noch Ziff. 33)

Begründung zu a und b:

Die durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 vorgenommene Aufspaltung der häuslichen Krankenpflege in einen Pflichtleistungsbereich (häusliche Krankenpflege zur Vermeidung und Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes) und in einen Mehrleistungsbereich (häusliche Krankenpflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung) hat sich nicht bewährt. Sie hat zu einer wesentlichen Verwirrung der Ärzte geführt, die vielfach die Differenzierung nicht nachvollziehen können. Die Aufspaltung hat außerdem die Träger von Sozialstationen und Gemeindepflegestationen erheblich belastet, insbesondere da beide Leistungsbereiche meistens in höchst unterschiedlicher Weise mit den Krankenkassen abgerechnet werden mußten.

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

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

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

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

Im Übrigen Folgeänderung.



AS 34. Zu Art. 2 Nr. 3 (§ 185b Abs. 3 RVO)  
G

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

Fz 35. Zu Art. 2 nach Nr. 3 (§ 368n RVO)

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

"3 a. § 368 n Abs. 3 erhält nach Satz 2 folgende Fassung:

Die kassenärztlichen Vereinigungen haben Verträge über die ambulante ärztliche Versorgung von Versicherten mit den Trägern der medizinischen Einrichtungen der Hochschulen abzuschließen.

Die Verträge müssen den genannten Einrichtungen die Untersuchung und Behandlung von Versicherten in dem für die Durchführung ihrer Lehre oder Forschungsaufgaben benötigten Umfang gewährleisten; kann eine Einigung über den benötigten Umfang nicht erzielt werden, wird dieser auf Antrag einer der Vertragsparteien von der obersten Landesgesundheitsbehörde im Einvernehmen mit der für die Hochschule zuständigen obersten Landesbehörde festgelegt. Die Höhe der Vergütung für die von den Einrichtungen erbrachten Leistungen richtet sich nach den für die Kassenärzte geltenden Maßstäben."

(noch Ziff. 35)

Begründung:

Die Weigerung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Leistungen der poliklinischen Einrichtungen bei der Behandlung von Kassenpatienten mit den gleichen Sätzen zu vergüten, wie sie den Kassenärzten zugute kommen, hat dazu geführt, daß die Kosten der ambulanten Behandlung sozialversicherter Patienten in einem von Jahr zu Jahr zunehmenden Maße die Kultushaushalte belasten. Diese Kosten können nicht mehr allein als "Aufwendungen für Lehre und Forschung" gerechtfertigt werden, da es sich dabei ganz überwiegend um Aufwendungen der ambulanten Krankenversorgung handelt, die allein die Krankenversicherungsträger zu zahlen haben. Die Entwicklung hat mittlerweile dazu geführt, daß mehr als 90 % der tatsächlichen Kosten für die ambulante Untersuchung und Behandlung sozialversicherter Patienten in den medizinischen Hochschuleinrichtungen keine entsprechenden Einnahmen auf Grund der Poliklinikverträge gegenüberstehen.

Zudem kann mehr und mehr beobachtet werden, daß sich die faktische Inanspruchnahme der Polikliniken keineswegs nach der theoretisch ermittelten Fallzahl, geschweige denn nach besonders für Lehre und Forschung geeigneten und ausgewählten Behandlungsfällen richtet, sondern ausschließlich nach den praktischen Bedürfnissen der Krankenversorgung. Von den niedergelassenen Kassenärzten werden in erster Linie schwierig gelagerte, zeitlich und medikamentös aufwendige Behandlungsfälle sowie solche, die spezialisiertes Fachwissen oder besondere Labor- oder operative Einrichtungen erfordern, an die Polikliniken überwiesen.

Das führt nicht nur dazu, daß die vertraglich vorgegebenen Fallzahlen oft beträchtlich überschritten werden, sondern auch dazu, daß die Polikliniken Leistungen erbringen, die im Vergleich zu den Leistungen niedergelassener Kassenärzte kostentensiver sind, aber keinen unmittelbaren Nutzen für Forschung und Lehre haben.

Die Ausschüsse ..... widersprechen .....

(noch Ziff. 35)

- 34 -

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik und  
der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit  
widersprechen dieser Empfehlung ausdrücklich mit  
folgender

Begründung:

Die Frage, wie der Zugang zu den Polikliniken und die Erstattung der damit verbundenen Kosten unter Berücksichtigung der Interessen aller Beteiligten neu geregelt werden soll, wird zur Zeit durch eine Arbeitsgruppe geprüft, der Vertreter der Konferenzen der Gesundheitsminister, der Kultusminister, der Arbeits- und Sozialminister sowie der Finanzminister angehören. Das Ergebnis dieser Untersuchung sollte abgewartet werden.

Im übrigen wäre die vorgeschlagene Regelung kein Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

AS  
636. Zu Art. 2 Nr. 4 (§ 371 Abs. 3 RVO)

Nummer 4 ist zu streichen.

Begründung:

Im Hinblick auf die in §§ 1 und 6 KMG normierten Ziele der Krankenhausbedarfsplanung ist ein Bestandschutz für nicht bedarfsnotwendige Krankenhäuser schädlich. Die Bedarfsplanung kann nur insoweit wirksam werden, als die nicht bedarfsnotwendigen Häuser künftig keine stationären Leistungen mehr erbringen. Unterbleiben Betriebsumstellungen oder Bettenabbau, so beeinflussen die nicht mehr geförderten Krankenhausbetten in unberechenbarer Weise die Realisierung einer bedarfsgerechten Bettenplanung.

Nicht notwendige Krankenhäuser beeinträchtigen die Wirtschaftlichkeit der in den Bedarfsplan aufgenommenen Häuser u.a. über die Beeinflussung der Bettennutzung erheblich und führen dadurch zu zusätzlichen Kosten.

Die Interessen der nicht bedarfsnotwendigen Krankenhäuser können über Ausgleichszahlungen nach § 8 KMG und vernünftige Auslaufristen, ggf. bis zur rechtskräftigen Vertragsablehnung, ausreichend berücksichtigt werden.

R 37. Zu Art. 2 Nr. 5 (§ 372 Abs. 2 Nr. 2 RVO)

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

"2. Aufgaben und Tätigkeit eines im Krankenhaus bestehenden oder geplanten Sozialdienstes,".

Begründung:

Artikel 74 Nr. 19 a und Artikel 74 Nr. 12 GG ermöglichen es nicht, über die Bedingungen einer ausreichenden und wirtschaftlichen Krankenhauspflege hinaus die innere Organisation und Einrichtung der Krankenhäuser zu regeln. Eine bundesgesetzliche Rechtspflicht der Krankenhausträger zu Vereinbarungen nach § 372 Abs. 2 Nr. 2 RVO i.V.m. Artikel 1 Nr. 6 - § 374 RVO - setzt daher voraus, daß sie einen Sozialdienst eingerichtet haben oder dessen Einrichtung planen. Dies bedarf der Klarstellung.

G 38. Zu Art. 2 Nr. 5 (§ 372 Abs. 4 RVO)

bei Annahme entfällt  
Ziff. 39

In § 372 Abs. 4 sind die Worte "die bei Krankenhauspflege auf Einweisung durch einen Kassenarzt" zu ersetzen durch die Worte "die bei Verordnung von Krankenhauspflege durch einen Kassenarzt".

Begründung:

Zur kassenärztlichen Versorgung gehört die Verordnung von Krankenhauspflege durch den Kassenarzt (§ 2 des Bundesmantelvertrages über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge). Aufgrund der Verordnung von Krankenhauspflege entscheiden die Krankenkassen über ihre Leistungsverpflichtung und weisen den Versicherten in das Krankenhaus ein. Der Kassenarzt übernimmt neben der Verordnung der Krankenhauspflege nur in Notfällen auch die Einweisung.

AS 39. Zu Art. 2 Nr. 5 (§ 372 Abs. 4 RVO)

entfällt  
bei Annahme  
von  
Ziff. 38

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens sollte geprüft werden, ob es nicht richtiger wäre, in § 372 Abs. 4 zweiter Halbsatz die Worte "die bei Krankenhauspflege auf Einweisung durch einen Kassenarzt" durch die Worte "die bei Verordnung von Krankenhauspflege durch einen Kassenarzt" zu ersetzen.

Zur kassenärztlichen Versorgung gehört die Verordnung von Krankenhauspflege durch den Kassenarzt (§ 2 des Bundesmantelvertrages über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge). Aufgrund der Verordnung von Krankenhauspflege entscheiden die Krankenkassen über ihre Leistungsverpflichtung und weisen den Versicherten in das Krankenhaus ein. Der Kassenarzt übernimmt neben der Verordnung der Krankenhauspflege nur in Notfällen auch die Einweisung.

R 40. Zu Art. 2 Nr. 6 (§ 373 Abs. 1, § 374 Abs. 2 RVO)

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

(noch Ziff. 40)

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

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

R 41. Zu Art. 2 Nr. 6 (§ 373 Abs. 2 Satz 3 RVO)

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

(noch Ziff. 41)

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

AS 42. Zu Art. 2 Nr. 6 (§ 374 Abs. 2 Satz 3 RVO)

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

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

Begründung:

Es bedarf einer Fristsetzung zur Klärung, von welchem Zeitpunkt an die Landesregierung für die Errichtung der Schiedsstelle ersatzweise zuständig sein soll. Das Gesetz soll am 1.1.1982 in Kraft treten. Wie vorgeschlagene einjährige Frist sollte für das Handeln der Vertragspartner ausreichend sein.

- 40 -

AS 43. Zu Art. 6 Abs. 2 und 3 (Aufhebung des Halbierungs-  
Fz erlasses; Übergangsregelung)  
G

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

Bei Annah-  
me entfällt  
Ziff. 44

Begründung:

Für die mit Absatz 2 beabsichtigte Übergangsregelung fehlt es an einer Regelungsbedürftigkeit. Sie führt lediglich zu einer vom Interesse des Patienten her nicht erforderlichen, darüberhinaus sachlich auch nicht gerechtfertigten Kostenverlagerung auf den überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

Durch I § 43 SGB und auch durch die im Bundesgebiet durchweg bestehenden Ablösevereinbarungen zum Halbierungserlaß ist gewährleistet, daß Nachteile für die Patienten vermieden werden.

Eine einseitige Verlagerung der Kostenträgerschaft für die Dauer eines Streites zwischen den Kostenträgern ist für den Patienten, insbesondere mit Blick

- 41 -

(noch Ziff. 43)

auf den letzten Halbsatz in Absatz 2, unter Umständen sogar nachteilig; der überörtliche Sozialhilfeträger könnte sich veranlaßt sehen, strittige Fälle, die bei normaler Durchführung des Verfahrens als Behandlungsfall anerkannt würden, durch vorzeitige Anerkennung seiner Zuständigkeit zu beenden, um den Einsatz von Einkommen und Vermögen verlangen zu können.

Absatz 3 ist entbehrlich.

In 44. Zu Art. 6 Abs. 2 zweiter Halbsatz

entfällt  
bei Annah-  
me von  
Ziff. 43

In Art. 6 Abs. 2 ist der zweite Halbsatz wie folgt zu fassen:

„; er hat die Leistung bis zur Klärung des Streites über die Kostentragung zu erbringen.“

(noch Ziff. 44)

Begründung:

Die Aufhebung des Halbierungserlasses in Artikel 6 Abs. 1 entspricht einer seit langem von verschiedenen Seiten, vor allem seitens der Psychiatrie erhobenen Forderung, um die sozialversicherungsrechtliche Gleichbehandlung der psychisch Kranken und der somatisch Kranken herzustellen.

Es ist möglich, daß es im Zusammenhang mit der Aufhebung des Halbierungserlasses zu rechtlichen Unsicherheiten hinsichtlich der Kostenträgerschaft für bereits in Krankenhausbehandlung befindliche psychisch Kranke kommt. Artikel 6 Abs. 2 stellt deshalb für die Fälle, in denen jemand wegen einer psychischen Erkrankung bei Inkrafttreten des Gesetzes in einem Krankenhaus behandelt wird, sicher, daß Meinungsverschiedenheiten über die Leistungszuständigkeit nicht zu einer Verzögerung bei der Leistungserbringung zu Lasten des Versicherten führen. Dies gilt sowohl dann, wenn die Meinungsverschiedenheiten schon vor der Aufhebung des Halbierungserlasses entstanden waren, als auch in Fällen, in denen die Leistungszuständigkeit erst nach der Aufhebung streitig wird. Die Vorleistungsverpflichtung entsteht mit dem Streitigwerden der Kostenträgerschaft, frühestens aber mit der Aufhebung des Halbierungserlasses und besteht so lange, bis die Frage zwischen beiden Leistungsträgern geklärt ist. Insoweit sollten die Versicherten jedoch den allgemeinen Regelungen des Sozialhilferechts unterliegen.

03.06.81

**Antrag**

des Landes Niedersachsen

zum

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

Punkt 4 der 500. Sitzung des Bundesrates am 5. Juni 1981

Der Bundesrat möge beschließen:

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

In Nummer 17 Buchst. c ist in Absatz 4 a der Satz 3 zu streichen.

Begründung:

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

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