

und der für die Hochschule zuständigen obersten Landesbehörde in gleicher Zahl wie Ärzte und Krankenkassen im Landesschiedsamt vertreten sind."

Begründung:

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

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

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

Bundesrat

Drucksache 175/81 (Beschluß)  
05.06.81

**Stellungnahme**

des Bundesrates

zum

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

Der Bundesrat hat in seiner 500. Sitzung am 5. Juni 1981 gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus der Anlage ersichtlich Stellung zu nehmen.

und der für die Hochschule zuständigen obersten Landesbehörde in gleicher Zahl wie Ärzte und Krankenkassen im Landesschiedsamt vertreten sind."

Begründung:

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

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

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

**Stellungnahme**

des Bundesrates

zum

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

Der Bundesrat hat in seiner 500. Sitzung am 5. Juni 1981 gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus der Anlage ersichtlich Stellung zu nehmen.

Anlage

Stellungnahme

zum

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

1. Zum Gesetzentwurf

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

2. Zu 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)

Artikel 1 Nr. 3 ist zu streichen.

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.

Begründung:

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

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

3. Zu 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.

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".

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

In § 6 Abs. 2 ist an den neuen Satz 2<sup>\*)</sup> folgender Halbsatz anzufügen:

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

Begründung:

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

<sup>\*)</sup> s. Ziff. 4

6. 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 umfassende Teile des Krankenhausbedarfsplans. Es ist mit dem Wesen dieser Bedarfsplanung und der Planungshoheit der Länder nicht vereinbar, wesentliche Teile der Bedarfsplanung von der Zustimmung der einzelnen Krankenhäuser abhängig zu machen. Diese Regelung hat sicherlich keine kostendämpfende Wirkung. Auch bei dem Wegfall des Zustimmungsvorbehalts werden die Länder sicherlich weitgehend das Einvernehmen mit dem einzelnen Krankenhaus suchen. Es kann aber letztlich nicht Voraussetzung für eine sachgerechte Aufgabenverteilung unter den Krankenhäusern sein.

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

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

Begründung:

Redaktionelle Verbesserung.

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

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

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

Begründung:

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

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

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

Nummer 8 ist wie folgt zu fassen:

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

Begründung:

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

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

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.

Die Änderung soll in zwei Punkten eine Klarstellung herbeiführen:

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

13. Zu 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 vorsehen, für die Maßnahme bei Bewilligung einen Festbetrag festzulegen. Er kann aufgrund einer auf die Kosten des Einzelfalls eingehenden Einzelberechnung oder aber - was zur weiteren Vereinfachung führt - auch aufgrund von pauschalen Kostenwerten ermittelt werden. Die jetzt vorgesehene Regelung, wonach eine solche Festbetragsförderung nur "mit Zustimmung" der Krankenhausträger möglich ist, trägt dem nicht Rechnung und läßt die Vorschrift ins Leere gehen. Sie ist kein Beitrag zur Kostendämpfung und bietet keinen Anreiz zur sparsamen Verwirklichung notwendiger Investitionen.

14. Zu 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.



15. 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)

- 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.

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

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

Nummer 16 ist wie folgt zu fassen:

"16. § 15 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 3 wird ..... (unverändert wie 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.'

Begründung:

Buchst. a entspricht dem Vorschlag der Bundesregierung.

In der Praxis der Krankenhausbedarfsplanung hat sich herausgestellt, daß es leichter ist, Krankenhäuser einvernehmlich aus der Förderung zu nehmen, wenn die Möglichkeit besteht, auf eine Rückforderung der gewährten Fördermittel zu verzichten. Eine solche Regelung verfolgt eine ähnliche Zielsetzung wie der Härteausgleich nach § 8 Abs. 2.

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

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

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

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

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

20. Zu 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.

21. 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.

Begründung:

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

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

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

Begründung:

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

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

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

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

23. Zu 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.

24. 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.

25. 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.

26. 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.

27. 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 90 vom Hundert nach ihrer Einwohnerzahl.'

- b) In Absatz 2 ..... (unverändert wie Art. 1 Nr. 21 des Entwurfs)."

Begründung zu a und b:

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

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

28. Zu 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 Gestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine solche Kraft in angemessener Höhe zu erstatten, wenn diese selbst beschafft wird."



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."

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.



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

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

30. Zu Art. 2 nach Nr. 3 (§ 368n Abs. 3 RVO)

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

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

a) In Satz 3 werden die Worte 'Vergütung für' gestrichen.

b) Es werden folgende Sätze 5 bis 7 angefügt:

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

und der für die Hochschule zuständigen obersten Landesbehörde in gleicher Zahl wie Ärzte und Krankenkassen im Landesschiedsamt vertreten sind."

Begründung:

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

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

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

31. 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 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 Nr. 6 - § 374 RVO - setzt daher voraus, daß sie einen Sozialdienst eingerichtet haben oder dessen Einrichtung planen. Dies bedarf der Klarstellung.

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

In § 372 ist Absatz 4 wie folgt zu fassen:

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

Begründung:

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

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

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

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

34. Zu 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.

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

35. Zu 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. Die vorgeschlagene einjährige Frist sollte für das Handeln der Vertragspartner ausreichend sein.

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

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

Begründung:

Für die mit Absatz 2 beabsichtigte Übergangsregelung fehlt es an einer Regelungsbedürftigkeit. Sie führt lediglich zu einer vom Interesse des Patienten her nicht erforderlichen, 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

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.