

Bundesrat

Drucksache 494/81

13.11.81

AS - Fz

Gesetzesbeschluß

des Deutschen Bundestages

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

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 64. Sitzung
am 12. November 1981 auf Grund der Beschlußempfehlung
und des Berichts des Ausschusses für Arbeit und
Sozialordnung (11. Ausschuß) - Drucksache 9/976 -
sowie des Änderungsantrags - Drucksache 9/1024 -
den von der Bundesregierung eingebrachten

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

- Drucksache 9/570 -

in der nachstehenden Fassung angenommen:

Fristablauf: 04.12.81

Erster Durchgang: Drs. 175/81

**Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen
Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegegesetze
(Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz)**

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

Artikel 1

Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegegesetze

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegegesetze vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009), zuletzt geändert durch Artikel 42 des Gesetzes vom 14. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3341) und die Verordnung vom 21. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2388), wird wie folgt geändert:

1. Das Gesetz erhält die Kurzbezeichnung „Krankenhausfinanzierungsgesetz — KHG“.
2. In § 1 wird folgender Satz 2 angefügt:
„Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenträger zu beachten.“
3. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 3 wird folgender Buchstabe e angefügt:
„e) Kosten der in Nummer 2 sowie in Buchstabe a bis d bezeichneten Art, soweit sie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten betreffen und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind.“
 - b) In Nummer 2 wird das Wort „halbstationäre“ durch das Wort „teilsstationäre“ ersetzt.
4. In § 3 wird folgender Satz 2 angefügt:
„§ 6 Abs. 2 Satz 2 und § 11 a bleiben unberührt.“
5. § 4 wird wie folgt geändert:
 - b) In Absatz 3 Nr. 8 werden die Worte „Ausbildungsstätten sowie“ gestrichen.
 - c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:
„(5) Soweit Krankenhäuser für förderungsfähige Kosten Anspruch auf eine Investitionszulage nach dem Investitionszula-

gengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 1979 (BGBl. I S. 24), geändert durch Gesetz vom 25. Juni 1980 (BGBl. I S. 737) oder nach § 19 des Berlinförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Dezember 1976 (BGBl. 1979 I S. 1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20. August 1980 (BGBl. I S. 1545), haben, werden sie nur in Höhe der die Investitionszulage übersteigenden Kosten gefördert. Fördermittel sind zurückzufordern, soweit sie den nach Satz 1 förderungsfähigen Betrag übersteigen.“

6. § 6 erhält folgende Fassung:

„§ 6
Krankenhausbedarfsplanung

- (1) Die Länder stellen zur Verwirklichung des in § 1 genannten Zwecks Krankenhausbedarfspläne auf und passen sie der Entwicklung an. Die Krankenhausbedarfspläne sind in geeigneter Form zu veröffentlichen.
- (2) Die Krankenhausbedarfspläne haben den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser insbesondere nach Standort, Bettenzahl, Fachrichtungen und Versorgungsstufe auszuweisen. In die Bedarfspläne sind auch die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nr. 1 und 4 genannten Krankenhäuser einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten. Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung können einzelnen Krankenhäusern besondere Aufgaben zugeordnet werden. Krankenhäuser sollen für die Benutzer in zumutbarer Entfernung erreichbar sein. Die Bedarfspläne sollen ferner die Voraussetzung dafür schaffen, daß die Krankenhäuser,

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

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

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

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

„§ 6 a
Investitionsprogramme

(1) Die Länder stellen für den Zeitraum der Finanzplanung auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne Programme zur Durchführung und Finanzierung des Krankenhausbaus auf (mehrjährige Programme). In den Programmen ist der voraussichtliche Bedarf an Finanzierungsmitteln für die Errichtung von Krankenhäusern und für die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter anzugeben. Die Programme sind jährlich der Entwicklung anzupassen.

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

(3) Bei der Aufstellung der Investitionsprogramme sind die Folgekosten der vorgesehenen Investitionen zu berücksichtigen. Die nach § 6 Abs. 4 wesentlich Beteiligten sind anzuhören.

Vor der endgültigen Aufstellung der Programme berät der Ausschuß nach § 7 Abs. 1 über die gegenseitige Abstimmung der Programme auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne, um den in § 1 genannten Zweck zu erreichen. Entsprechendes gilt für die Anpassung und Durchführung der Programme.

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

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

9. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird durch folgenden Satz ersetzt:

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

bb) Satz 3 wird durch folgenden Satz ersetzt:

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

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Krankenhäusern, die

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

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

sind an Stelle der nach den §§ 9 bis 12 zu zahlenden Fördermittel Ausgleichszahlungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind,

um bei der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben oder bei der Einstellung des Krankenhausbetriebs unzumutbare Härten zu vermeiden. Ausgleichszahlungen sind insbesondere zu bewilligen für

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,
2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Einstellung entstehen, und
3. Investitionen zur Umstellung auf andere, vor allem soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.

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

10. § 9 wird wie folgt geändert:

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

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

(2b) Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit Mehrkosten, insbesondere durch Preisentwicklungen und nachträglich genehmigte Planänderungen, für den Krankenträger unabweisbar sind, und dieser die zuständige Landesbehörde unverzüglich nach dem Bekanntwerden von den Mehrkosten unterrichtet hat."

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „und 2“ durch die Worte „bis 2b“ ersetzt.

d) Folgender Absatz 5 wird angefügt:
„(5) § 10 Abs 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 bleibt unberührt.“

11. § 10 wird wie folgt geändert:

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

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

1. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nut-

zungsdauer von mehr als drei bis zu fünfzehn Jahren (kurzfristige Anlagegüter) und

2. für
 - a) die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als fünfzehn Jahren (mittel- und langfristige Anlagegüter) und
 - b) Errichtungsmaßnahmen, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben 50 000 DM ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen.

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

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

| | |
|------------------------------|-----------|
| 1. der Grundversorgung | 2 045 DM, |
| 2. der Regelversorgung | 2 401 DM, |
| 3. der Schwerpunktversorgung | 2 866 DM, |
| 4. der Zentraversorgung | 3 866 DM. |

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

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

d) In Absatz 5 werden die Worte „Bemessungsgrundlage nach Absatz 1“ durch die Worte „Wertgrenze nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und die Förderbeträge nach Absatz 2“ ersetzt.

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

„§ 11 a
Anschaffung oder Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte

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

digen Landesbehörde abzustimmen, um einen wirtschaftlichen Einsatz der Geräte sicherzustellen; dabei ist das Benehmen mit der Kassenerztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen herzustellen. Satz 1 gilt auch für die Anschaffung oder Nutzung solcher Geräte in den in § 3 Nr. 1 und 4 genannten Krankenhäusern, soweit diese der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. Bei den in § 4 Abs. 3 Nr. 1 genannten Krankenhäusern ist der sich aus Forschung und Lehre ergebende Gerätebedarf zu berücksichtigen."

13. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird folgender Satz 3 angefügt:
„Für die Krankenhäuser und die in § 2 Nr. 3 Buchstabe e genannten Ausbildungsstätten, die nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes erstmals in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen werden, sind Fördermittel nach Satz 1 vom Zeitpunkt der Aufnahme an zu bewilligen.“
- b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Umschuldung“ die Worte „nach dem 1. Januar 1970“ eingefügt.
- c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

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

14. § 13 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „Beendigung der Förderung“ durch die Worte „Ausscheiden aus dem Krankenhausbedarfsplan“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird gestrichen.

15. § 14 erhält folgende Fassung:

„§ 14
Nebenbestimmungen bei der Bewilligung der Fördermittel

Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, so-

weit sie zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks, insbesondere zur Erreichung der Ziele des Krankenhausbedarfsplans, erforderlich sind. Bei der Übertragung von Aufgaben der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens ist sicherzustellen, daß die Finanzierung der Investitionskosten und der laufenden Kosten für die Ausbildung im notwendigen Umfang gewährleistet ist und die Funktionsfähigkeit des Krankenhauses für die Versorgung der Patienten nicht beeinträchtigt wird. Die Bewilligung der Mittel nach § 8 Abs. 2 kann außerdem mit Nebenbestimmungen verbunden werden, die für die Umstellung oder für die Einstellung des Betriebs erforderlich sind.“

16. § 15 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „Krankenhausanlage“ durch das Wort „Anlagegüter“ ersetzt.
- b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
„(2a) Im Falle des Absatzes 2 Satz 1 kann von einer Rückforderung abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde aus dem Krankenhausbedarfsplan ausscheidet.“

17. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:
„Sie müssen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhauses decken; die Selbstkosten sind nach Maßgabe der Krankenhaus-Buchführungsverordnung auf der Grundlage der kaufmännischen Buchführung und einer Kosten- und Leistungsrechnung zu ermitteln. Die Pflegesätze sollen außerdem Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung schaffen und zugleich sicherstellen, daß das Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag im medizinisch zweckmäßigen und erforderlichen Umfang erfüllen kann.“
- b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

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

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

- c) In Absatz 3 wird folgender Satz 2 angefügt:
„Dies gilt auch, soweit Kosten für einen nach den Grundsätzen des Absatzes 1 Satz 2 nicht wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten entstehen, deren Anschaffung oder Nutzung entgegen § 11a nicht abgestimmt ist oder die entgegen einer Zuordnung im Krankenhausbedarfsplan betrieben werden.“
- d) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

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

- e) In Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „Sozialleistungsträgern“ die Worte „und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern“ eingefügt und die Worte „§ 336c“ durch die Worte „§ 323c“ ersetzt.

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

„§ 17a
Zeitweilige Pflegesatzbegrenzung

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

19. § 18 erhält folgende Fassung:

„§ 18
Pflegesatzverfahren

(1) Die Pflegesätze werden zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart. Die Krankenhausesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Lande sind zu beteiligen; § 6 Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend. Der Ausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande ist anzuhören.

(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung sind der Krankenhausträger und

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

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

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

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

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

20. § 19 erhält folgende Fassung:

„§ 19
Empfehlungen

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

leben Krankenversicherung arbeiten unter Beachtung der medizinischen und technischen Entwicklung gemeinsam Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten. Sie sollen Sachverständige, insbesondere der medizinischen Wissenschaft, Anzuziehen; sie haben die Beratungsergebnisse des Ausschusses nach § 7 Abs. 1, des Beirats nach § 7 Abs. 4 und die Empfehlungen nach § 405a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung zu berücksichtigen.

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

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

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

21. In § 21 wird folgender Satz 3 angefügt:
 „Für bedarfsgerechten, gleichmäßigen Versorgung der Bevölkerung im Bundesgebiet mit leistungsfähigen Krankenhäusern ist bei der Gewährung der Finanzhilfen sicherzustellen, daß das Angebot an Krankenhausleistungen in den Ländern dem tatsächlichen Bedarf angepaßt wird.“

22. § 22 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 a) In Satz 1 werden die Worte „§§ 13 und 19 Abs. 2 und 3“ durch die Worte „und § 13“ ersetzt.
 b) Satz 2 erster Halbsatz erhält folgende Fassung:
 „Für Aufwendungen nach § 4 Abs. 2 Satz 2 und § 9 stellt der Bund 1980 226 Millionen DM, 1981 237 Millionen DM und 1982 255 Millionen DM bereit.“

23. § 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.“
 b) In Absatz 2 werden vor dem Wort „Unterver-sorgung“ die Worte „Über- oder“ eingefügt.

24. In § 27 wird nach Nummer 2 folgende Nummer 2a eingefügt:
 „2a. unter welchen Voraussetzungen die Krankenhäuser den Versorgungsstufen nach § 10 Abs. 2 zuzuordnen sind.“

25. § 28 wird wie folgt geändert:
 a) In der Überschrift werden die Worte „und Statistik“ angefügt.
 b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
 „(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für Zwecke dieses Gesetzes Erhebungen insbesondere über die nach Absatz 2 Satz 2 zu erfassenden Sachverhalte als Bundesstatistik anzuordnen und das Nähere über Inhalt und Umfang dieser Statistik, die Art der Erhebung, die Berichtszeit, die Periodizität und den Kreis der Befragten zu bestimmen.“

26. Nach § 28 wird folgender § 29 eingefügt:
 „§ 29
 Übergangsvorschrift für die Förderung und die Zuordnung zu Versorgungsstufen
 (1) Für die Förderung der in § 2 Nr. 3 Buchstabe e genannten Ausbildungsstätten genügt bis zum 31. Dezember 1982 die Feststellung des Landes, daß die Voraussetzungen für eine Förderung nach diesem Gesetz vorliegen.
 (2) Für einzelne Vorhaben nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 verbleibt es bei den vor dem 1. Januar 1982 ausgesprochenen Bewilligungen nach § 9.
 (3) Bis zur Zuordnung der Krankenhäuser zu den Versorgungsstufen nach § 10 Abs. 2 gilt § 10 Abs. 1 und 2 in der bis zum 31. Dezember 1981 geltenden Fassung weiter.“

27. § 30 erhält folgende Fassung:
 „§ 30
 Übergangsvorschrift für das Pflegesatzverfahren
 Bis zum Inkrafttreten einer Neufassung der Bundespflegesatzverordnung gilt § 10 in der bis zum 31. Dezember 1981 geltenden Fassung weiter.“

Artikel 2

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch § 43 des Gesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 765), wird wie folgt geändert:

1. In § 184 erhält Absatz 2 folgende Fassung:
 „(2) Der Versicherte kann unter den Krankenhäusern wählen, die nach § 371 für die Erbringung von Krankenhauspflege vorgesehen sind. Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als eines der nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser, die in Satz 1 genannt sind, in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.“

2. § 185 erhält folgende Fassung:
 „§ 185
 (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch Krankenpflegepersonen mit einer staatlichen Erlaubnis oder durch andere zur Krankenpflege geeignete Personen, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist, oder Krankenhauspflege dadurch nicht erforderlich wird. Die Satzung kann bestimmen, daß häusliche Krankenpflege auch dann gewährt wird, wenn diese zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.
 (2) Häusliche Krankenpflege wird insoweit gewährt, als eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht pflegen kann.
 (3) Kann eine der in Absatz 1 bezeichneten Krankenpflegekräfte nicht gestellt werden oder besteht Grund, von einer Gestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine solche Kraft in angemessener Höhe zu erstatten, wenn diese selbst beschafft wird.“

3. In § 185b wird folgender Absatz 3 angefügt:
 „(3) Die Satzung bestimmt, unter welchen Voraussetzungen und für welchen Zeitraum in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe gewährt werden kann, wenn dem Versicherten oder seinem Ehegatten wegen Krankheit oder Mutterschaft die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 gehen.“

4. Dem § 188 wird folgender Satz angefügt:
 „Spätestens ab 1. Januar 1984 wird dem Versicherten für jedes Kalendervierteljahr grundsätzlich nur ein Krankenschein für ärztliche Behandlung ausgestellt.“

5. In § 368n Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:
 „Die Vergütung ist als pauschaler Betrag für den einzelnen Behandlungsfall zu vereinbaren. Bei der Bestimmung der Höhe ist von den vergleichbaren durchschnittlichen Kosten in der kassenärztlichen Versorgung auszugehen; Leistungen und Kosten, die durch die Durchführung von Lehr- und Forschungsaufgaben sowie die besondere Untersuchungs- und Behandlungsweise in diesen Einrichtungen bedingt sind, dürfen hierbei nicht berücksichtigt werden. In den Verträgen sind Schlichtungsregelungen für den Fall vorzusehen, daß eine Vereinbarung über die im Satz 4 bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeit oder die Höhe der Vergütung nicht oder teilweise nicht zustande kommt; die Vertragsparteien haben für die Schlichtung einen unparteilichen Vorsitzenden vorzusehen.“

6. In § 368n Abs. 8 werden folgende Sätze angefügt:
 „Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Benehmen mit der für die Krankenhausbedarfsplanung zuständigen Landesbehörde und der Krankenhausgesellschaft im Lande darauf hinzuwirken, daß bei der Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte durch an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte die regionalen Versorgungsbedürfnisse, insbesondere die Leistungserfordernisse benachbarter Krankenhäuser sowie die Erfordernisse der kassenärztlichen Versorgung berücksichtigt werden, und einen wirtschaftlichen Einsatz der Geräte zu sichern. Der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt hat eine beabsichtigte Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.“

7. § 371 wird wie folgt geändert:
 a) Folgender Absatz 3 wird eingefügt:
 „(3) Die Ablehnung der Bereiterklärung und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde können nicht mit einer Gefährdung der Ziele des Krankenhausbedarfsplanes begründet werden, wenn das Krankenhaus
 1. am 1. Januar 1972 betrieben und seitdem ohne Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan, ohne Veräußerung und ohne wesentliche Änderung der Zielsetzung und des Bettenbestandes ununterbrochen fortgeführt wurde und
 2. für die Kalenderjahre 1975 bis 1979 im Durchschnitt mindestens 40 vom Hundert der Pflgetage mit Sozialleistungsträgern oder mit Patienten abgerechnet hat, die keine höheren als die den Sozialleistungsträgern berechneten Pflegesätze zählten.“

b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

3. § 372 erhält folgende Fassung:

§ 372

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen schließen, mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften (mit oder ohne Krankenhäuser) oder mit den sie vertretenden Vereinigungen im Lande Verträge, um sicheres und einmütiges Handeln über die Art und den Umfang der Krankenhauspflüge den Anforderungen des § 104 in Verbindung mit § 152 Abs. 2 entsprechen.

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

- 1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhauspflüge, insbesondere über Aufnahme und Entlassung, Bescheinigungen sowie Übernahme und Abwicklung der Kosten,
- 2. die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,
- 3. das Verfahren zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhauspflüge im Einzelteil durch Prüfungsausschüsse nach § 373.

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

(4) Die in Absatz 1 genannten Beteiligten können auch Verträge schließen über zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, die bei Krankenhauspflüge auf Einweisung durch einen Kassearzt erforderlich sind; Entsprechendes gilt für Einrichtungen nach § 104a.

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

(6) § 371 Abs. 4 gilt entsprechend.

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

(6) Werden Maßnahmen zur Frühkennung von Krankheiten bei einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Erholungsanstalt durchgeführt, gelten die Richtlinien nach § 368 p Abs. 5."

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

§ 373

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

(2) Der Prüfungsausschuß überwacht die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit der Erbringung der Krankenhauspflüge im Einzelteil und trifft hierzu Feststellungen, auch unter Berücksichtigung der im Krankenhausbedarfsplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses. Er kann bei Vorbereitung seiner Feststellungen Vertrauensärzte (§ 369b) oder andere geeignete Sachverständige heranziehen. Die Krankenhäuser und die Kassenärztliche Bundesvereinigungen sind verpflichtet, dem Prüfungsausschuß oder den von ihm Beauftragten die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

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

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

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

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

§ 374

(1) Kommt ein Vertrag nach § 372 Abs. 1 bis 3 oder § 373 ganz oder teilweise nicht zustande, so hat die nach Absatz 2 errichtete Schiedsstelle auf Antrag eines der Vertragspartner zu versuchen, eine Einigung über den Inhalt des Vertrages herbeizuführen und, wenn die Vertragspartner sich innerhalb einer von der Schiedsstelle zu setzenden Frist nicht einigen, einen Vermittlungsvorschlag zu machen. Wird der Vermittlungsvorschlag von den Vertragspartnern nicht innerhalb eines Monats nach seiner Zustellung angenommen, so setzt die Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten den Inhalt des Vertrages fest. Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne des § 372 Abs. 1 bis 3 und § 375. Sie kann nach Ablauf eines Jahres mit vierjährlicher Frist gekündigt werden, sofern nicht die Schiedsstelle eine frühere Kündigungsmöglichkeit vorsieht. Die Sätze 1 bis 4 gelten auch für den Fall, daß nach Kündigung eines Vertrages bis zu seinem Ablauf ein neuer Vertrag nicht zustande kommt; bis zur Entscheidung der Schiedsstelle gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages fort.

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

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

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

10. § 405a wird wie folgt geändert:

a) Folgender Absatz 2 wird eingefügt:

„(2) Durch die Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 2 über die Veränderung der Gesamtkosten gaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflüge werden die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Bemessung der Pflegesätze entsprechend dem Grundsatz der Selbstkostendeckung unter Beachtung der jeweiligen Kosten- und Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht berührt. Empfehlungen über eine Veränderung einzelner Krankenhauspflugesätze sind nicht zulässig.“

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

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

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

Artikel 3

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel II § 11 des Gesetzes vom 18. August 1980 (BGBl. I S. 1469), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 15 wird folgender Satz angefügt:

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

2. In § 17 erhält Absatz 2 folgende Fassung:

„(2) Der Versicherte kann unter den Krankenhäusern wählen, die nach § 76 für die Erbringung

von Krankenhauspfllege vorgesehen sind. Wird aus irgendwelchen Grund ein anderes als eines der nächstbestehenden geeigneten Krankenhäuser wie in Satz 1 genannt sind, in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen."

3. § 10 erhält folgende Fassung:

§ 10

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch Krankenpflegepersonen mit einer staatlichen Heimabteilung oder durch andere zur Krankenpflege geeignete Personen, wenn Krankenhauspfllege geboten, aber nicht ausführbar ist, oder Krankenhauspfllege dadurch nicht erforderlich wird. Die Satzung kann bestimmen, daß häusliche Krankenpflege auch dann gewährt wird, wenn diese zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

(2) Häusliche Krankenpflege wird insoweit gewährt, als eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht pflegen kann.

(3) Kann eine der in Absatz 1 bezeichneten Krankenpflegekräfte nicht gestellt werden oder besteht Grund, von einer Bestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine solche Kraft in angemessener Höhe zu erstatten, wenn diese selbst besuchbar wird."

4. § 70 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

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

Artikel 14

Änderung des Reichs-Lohnverordnungs-Gesetzes

„§ 10 Abs. 2 des Reichs-Lohnverordnungs-Gesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil I, C, Nummer 21 vom 22. September 1937 veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 11 § 6 des Gesetzes vom 18. August 1960 (BGBl. I S. 1469), erhält folgende Fassung:

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

Artikel 5

Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde

§ 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2123 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert gemäß § 2 der Verordnung vom 21. September 1977 (BGBl. I S. 1889), erhält folgende Fassung:

§ 15

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

Artikel 6

Aufhebung des Halbierungserlasses; Übergangsregelung

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

(2) Ist bei Aufhebung des Halbierungserlasses oder wird im Zusammenhang mit seiner Aufhebung streitig, ob ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder ein überörtlicher Träger der Sozialhilfe die Kosten der weiteren Krankenhausbehandlung wegen einer psychischen Erkrankung zu tragen hat, gilt in den Fällen, in denen eine Person bei Inkrafttreten des Gesetzes wegen einer psychischen Erkrankung in einem Krankenhaus untergebracht ist, bis zur Klärung abweichend von § 43 des Ersten Buchs Sozialgesetzbuch, daß der überörtliche Träger der Sozialhilfe die Leistung vorläufig zu erbringen hat; er hat die Leistung bis zur Klärung des Streites über die Kostentragung ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen und Vermögen zu erbringen und davon abzusehen, wegen seiner Aufwendungen Ansprüche nach den §§ 90 und 91 des Bundessozialhilfegesetzes auf sich überzuleiten.

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

Artikel 7

Änderung des Krankenpflegegesetzes

in § 9 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. September 1935 (BGBl. I S. 1443), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 4. Mai 1972 (3GBL I S. 753), wird folgende Nummer 5 angefügt:

- "5. für Umschüler mit einer abgeschlossenen Ausbildung als Arzthelfer, Zahnärzthelfer, Masseur, Masseur und medizinischer Bodenerster, medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent oder medizinisch-technischer Radiologieassistent ein Lehrgang nach Absatz 1 um sechs Monate; nach mindestens dreijähriger Tätigkeit im erlernten Beruf kann der Lehrgang um weitere sechs Monate verkürzt werden.

In den Fällen der Nummer 5 wird auf die Erfüllung der in § 3 Abs. 1 Nr. 2 für die Zulassung zum Besuch der Krankenpflege- oder Kinderkrankenpflegeschule genannten Voraussetzungen verzichtet. Satz 1 Nr. 5 und Satz 2 gelten nur für Umschulungen, die bis zum 31. Dezember 1985 begonnen werden."

Artikel 8

Neubekanntmachung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

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

Artikel 10

Inkrafttreten

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

(2) Artikel 1 Nr. 3, 5 Buchstabe a, Nr. 9 Buchstabe a, Nr. 10 Buchstabe d, Nr. 11, 13 Buchstabe a, Nr. 17 Buchstabe d, Nr. 18, 22 Buchstabe b, Nr. 24 und 26, Artikel 2 Nr. 8, soweit er § 372 Abs. 8 der Reichsversicherungsordnung regelt, und Artikel 7 treten am 1. Januar 1982 in Kraft.

Artikel 9

Berlin-Klausel

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