

**Beschlußempfehlung und Bericht**  
**des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)**

**zu dem von der Bundesregierung eingebrachten**

**Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung**  
**— Drucksache 10/2095 —**

**zu dem vom Bundesrat eingebrachten**

**Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung**  
**— Drucksache 10/2096 —**

**A. Problem**

Die Bundesregierung hält es im Interesse einer klaren, der föderativen Struktur der Bundesrepublik Deutschland entsprechenden Trennung der Aufgaben- und Ausgabenverantwortlichkeit für erforderlich, die im Krankenhausbereich bestehende Mischfinanzierung zwischen Bund und Ländern aufzulösen und die Gestaltungsmöglichkeiten der Länder bei der Krankenhausplanung und der öffentlichen Förderung der Krankenhäuser zu erweitern.

Die Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für stationäre Behandlung macht eine Kostendämpfung im Krankenhausbereich zwingend erforderlich. Seit 1980 liegen die Zuwachsraten bei den Ausgaben für Krankenhauspflege wieder deutlich über den Zuwachsraten der Beitragseinnahmen. In absoluten Zahlen betragen die Ausgabenüberhänge 1980, 1981 und 1983 jeweils etwa  $\frac{1}{2}$  Milliarde DM, 1982 sogar 1 Milliarde DM; 1984 wird der Überhang voraussichtlich über 1 Milliarde DM betragen. Diese Überhänge wurden in erster Linie durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Der Anteil am Finanzvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege stieg von 29,6 v. H. im Jahre 1980 auf 32,3 v. H. im Jahre 1983. Eine Fort-

setzung dieser Entwicklung ist nicht vertretbar, zumal 1984 auch die Entwicklung der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (Steigerung im ersten Halbjahr rund 8 v. H.) in keiner Weise mehr im Einklang mit der Entwicklung der Einnahmen (Grundlohnsteigerung im ersten Halbjahr rund 3 v. H.) steht.

Zu den Ursachen dieser unbefriedigenden Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich gehören insbesondere kostentreibende Wirkungen des geltenden Pflegesatzrechts und eine unzureichende Mitwirkung der Krankenkassen und Krankenhäuser an der staatlichen Krankenhausplanung und Investitionsförderung.

Ohne gezielte Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, welche die notwendigen Voraussetzungen für eine Eindämmung der Kostenentwicklung im Krankenhausbereich schaffen, sind die Bemühungen um eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen nicht erfolgversprechend fortzuführen und damit stabile Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht aufrechtzuerhalten.

## **B. Lösung**

Durch den Gesetzentwurf sollen die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Krankenhausbereich verbessert werden, insbesondere durch

- Auflösung der Mischfinanzierung,
- mehr Gestaltungsfreiraum für die Gesetzgebung der Länder,
- stärkere Beteiligung der Selbstverwaltung, insbesondere an der Krankenhausplanung und den Investitionsentscheidungen der Länder,
- Aushandlung der Pflegesätze durch Krankenhäuser und Krankenkassen; bei ergebnislosen Verhandlungen Festsetzung der Pflegesätze durch eine Schiedsstelle mit neutralem Vorsitzenden,
- Eröffnung der Möglichkeit für die Krankenhäuser und Krankenkassen, Investitionsverträge abzuschließen,
- mehr betriebswirtschaftlichen Spielraum der Krankenhäuser zugunsten einer wirtschaftlicheren Leistungserbringung,
- Stärkung des Grundsatzes der Trägervielfalt, insbesondere im Hinblick auf die Chancengleichheit freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger,
- Wahrung der religiösen Bedürfnisse der Versicherten.

Auf diese Weise sollen die Krankenhäuser insbesondere in die Lage versetzt werden, ihre Leistungen wirtschaftlicher und kostengünstiger zu erbringen. Zugleich sollen eine wesentliche Voraussetzung für die Fortführung der Politik der Kosten-

dämpfung geschaffen und die Verantwortungsbereiche von Bund und Ländern im Krankenhausbereich wieder deutlicher getrennt und abgegrenzt werden.

### **Mehrheitsbeschluß**

#### **C. Alternativen**

Der Entwurf des Bundesrats zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung — Drucksache 10/2096 — enthält Regelungen über

- den Wegfall der Bundesfinanzhilfen für die Krankenhausförderung,
- Ausgleichsleistungen an die Länder für die entfallenden Bundesfinanzhilfen,
- eine Erweiterung des Handlungsspielraums der Länder vorwiegend im Bereich der Krankenhausplanung und der öffentlichen Förderung durch Beschränkung der bundesrechtlichen Regelungen auf die notwendigen Grundsätze,
- die Schaffung von Anreizen zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung, insbesondere durch neue und alternative Pflegesatzformen und eine Budgetierung.

#### **D. Kosten**

Die Länder erhalten nach einer zwischen Bund und Ländern getroffenen Vereinbarung als Ausgleich für den Wegfall der Finanzhilfen des Bundes einen Betrag von jährlich 972 Millionen DM, der den gegenwärtigen Ansätzen in der Finanzplanung des Bundes für die Finanzhilfen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz entspricht.

## **Beschlußempfehlung**

Der Bundestag wolle beschließen,

1. den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung — Drucksache 10/2095 — in der aus der anliegenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
2. den vom Bundesrat eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung — Drucksache 10/2096 — für erledigt zu erklären.

Bonn, den 5. Dezember 1984

### **Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung**

<b>Glombig</b>	<b>Dr. Becker (Frankfurt)</b>
Vorsitzender	Berichterstatter

## Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

— Drucksache 10/2095 —

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

### Gesetzentwurf

#### Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

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

#### Artikel 1

#### Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009), zuletzt geändert durch Artikel 23 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) und die Verordnung vom 10. Juli 1984 (BGBl. I S. 891), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Satz 1 werden nach dem Wort „leistungsfähigen“ ein Komma gesetzt und die Worte „eigenverantwortlich wirtschaftenden“ eingefügt.

### Beschlüsse des 11. Ausschusses

#### Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz — KHNG)

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

#### Artikel 1

#### Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009), zuletzt geändert durch Artikel 23 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) und die Verordnung vom 10. Juli 1984 (BGBl. I S. 891), wird wie folgt geändert:

1. § 1 erhält folgende Fassung:

#### „§ 1

#### Grundsatz

(1) Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

(2) Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. Die Gewährung von Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.“

## Gesetzentwurf

2. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 Nr. 4 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„das gilt nicht für Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen.“

- b) Satz 2 erhält folgende Fassung:

„§ 11 bleibt unberührt.“

3. Nach § 3 wird die Überschrift

„2. Abschnitt

Förderung der Krankenhäuser“

gestrichen.

4. § 4 erhält folgende Fassung:

„§ 4

Wirtschaftliche Sicherung  
der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser werden *nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts* dadurch wirtschaftlich gesichert, daß

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen und
2. ihre Leistungen durch vertraglich festgelegte Entgelte vergütet

*werden. Die öffentlichen Fördermittel und die Entgelte müssen dementsprechend zusammen im Rahmen des Versorgungsauftrags die wirtschaftliche Existenz und die medizinische Leistungsfähigkeit sparsamer und wirtschaftlicher Krankenhäuser dauerhaft gewährleisten. Die öffentlichen Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts so zu bemessen, daß sie die notwendigen und förderungsfähigen Investitionskosten nach Dringlichkeit und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze angemessen decken. Die Entgelte müssen die Leistungen der Krankenhäuser angemessen vergüten.“*

5. § 5 erhält folgende Fassung:

„§ 5

Nicht förderungsfähige Einrichtungen

(1) Nach diesem Gesetz werden nicht gefördert

1. Krankenhäuser, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz vom 1. September 1969 (BGBl. I S. 1556), zuletzt geändert durch Gesetz vom 26. Januar 1976 (BGBl. I

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

2. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) unverändert

- b) Satz 2 erhält folgende Fassung:

„§ 10 bleibt unberührt.“

3. unverändert

4. § 4 erhält folgende Fassung:

„§ 4

Wirtschaftliche Sicherung  
der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, daß

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. Erlöse aus den Pflegesätzen erhalten.

Die öffentlichen Fördermittel und die Erlöse aus den Pflegesätzen müssen nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts zusammen die vorkalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken.“

5. unverändert

## Gesetzentwurf

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

- S. 185), gefördert werden; dies gilt für Krankenhäuser, die Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. April 1979 (BGBl. I S. 425, 609), geändert durch Verordnung vom 15. Juli 1981 (BGBl. I S. 660), erfüllen, nur hinsichtlich der nach dem Hochschulbauförderungsgesetz förderungsfähigen Maßnahmen,
2. Krankenhäuser, die nicht die in § 67 der Abgabenordnung bezeichneten Voraussetzungen erfüllen,
  3. Einrichtungen in Krankenhäusern,
    - a) soweit die Voraussetzungen nach § 2 Nr. 1 nicht vorliegen, insbesondere Einrichtungen für Personen, die als Pflegefälle gelten,
    - b) für Personen, die im Maßregelvollzug auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind,
  4. Tuberkulosekrankenhäuser mit Ausnahme der Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
  5. Krankenhäuser, deren Träger ein nicht bereits in § 3 Nr. 4 genannter Sozialleistungsträger ist, soweit sie nicht nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
  6. Versorgungskrankenhäuser,
  7. Kurkrankenhäuser sowie Kur- und Spezialeinrichtungen, soweit die Anwendung dieses Gesetzes nicht bereits nach § 3 Nr. 4 ausgeschlossen ist,
  8. die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, insbesondere die nicht für den Betrieb des Krankenhauses unerläßlichen Unterkunfts- und Aufenthaltsräume.
  9. Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften vorgehalten oder unterhalten werden; dies gilt nicht für Einrichtungen, soweit sie auf Grund des § 37 des Bundes-Seuchengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2262; 1980 S. 151), geändert durch Artikel II § 21 des Gesetzes vom 18. August 1980 (BGBl. I S. 1469), vorgehalten werden,
  10. Einrichtungen, soweit sie durch die besonderen Bedürfnisse des Zivilschutzes bedingt sind.

## Gesetzentwurf

(2) Durch Landesrecht kann bestimmt werden, daß die Förderung nach diesem Gesetz auch den in Absatz 1 Nr. 2 bis 8 bezeichneten Krankenhäusern und Einrichtungen gewährt wird.“

## 6. § 6 erhält folgende Fassung:

## „§ 6

Krankenhausplanung und  
Investitionsprogramme

(1) Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf; Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen. *Die Länder können Planungsaufgaben auf regionale Selbstverwaltungseinrichtungen der am Krankenhauswesen Beteiligten übertragen.*

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

(3) Das Nähere zur *Krankenhausplanung und zu den Investitionsprogrammen* wird durch Landesrecht bestimmt.“

## 7. § 6 a wird gestrichen.

## 8. § 7 erhält folgende Fassung:

## „§ 7

## Mitwirkung der Beteiligten

(1) Bei der Durchführung dieses Gesetzes, *insbesondere bei der Krankenhausplanung und den Investitionsprogrammen*, arbeiten die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Land Beteiligten eng zusammen. Mit den unmittelbar Beteiligten sind einvernehmliche Regelungen anzustreben; *das betroffene Krankenhaus ist anzuhören.*

(2) Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.“

## 9. Nach § 7 wird folgende Überschrift eingefügt:

## „2. Abschnitt

## Grundsätze der Investitionsförderung“

## 10. § 8 erhält folgende Fassung:

## „§ 8

## Voraussetzungen der Förderung

(1) Die Krankenhäuser haben nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

## 6. § 6 erhält folgende Fassung:

## „§ 6

Krankenhausplanung und  
Investitionsprogramme

(1) Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf; Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen.

(2) unverändert

(3) Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.“

## 7. unverändert

## 8. § 7 erhält folgende Fassung:

## „§ 7

## Mitwirkung der Beteiligten

(1) Bei der Durchführung dieses Gesetzes arbeiten die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Land Beteiligten eng zusammen; **das betroffene Krankenhaus ist anzuhören. Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme** sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben.

(2) unverändert

## 9. unverändert

## 10. unverändert



## Gesetzentwurf

eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan wird durch Bescheid festgestellt. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

(2) Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird.

(3) Für die in § 2 Nr. 1 a genannten Ausbildungsstätten gelten die Vorschriften dieses Abschnitts entsprechend.“

## 11. § 9 erhält folgende Fassung:

„§ 9

*Öffentliche Förderung*

(1) Die Länder *bewilligen* auf Antrag des Krankenhausträgers *Fördermittel*, insbesondere

1. für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern *sowie für die Ergänzung von Anlagegütern*,
2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als *fünfzehn* Jahren,
3. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen *und für Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung oder ihrer Finanzierung*,  
soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
4. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten *gewährt* worden sind,
5. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

## 11. § 9 erhält folgende Fassung:

„§ 9

**Fördertatbestände**

(1) Die Länder **fördern** auf Antrag des Krankenhausträgers **Investitionskosten, die entstehen** insbesondere

1. für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als **drei** Jahren.
- (2) Die Länder **bewilligen** auf Antrag des Krankenhausträgers **ferner Fördermittel**
  1. für die **Nutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde erfolgt**,
  2. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen **sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken**, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
  3. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten **aufgenommen** worden sind,
  4. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des

## Gesetzentwurf

Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz vorhanden waren,

6. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern oder ihrer Umstellung auf andere Aufgaben.

*(2) Die Fördermittel werden als Zuschüsse gewährt. Sie können auch für den Schuldendienst (Verzinsung, Tilgung und Verwaltungskosten) von Darlehen, die für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind, oder als Ausgleich für Kapitalkosten gewährt werden.“*

12. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Krankenhausbedarfsplan“ durch das Wort „Krankenhausplan“ ersetzt.

b) Die Absätze 3 bis 5 werden durch folgende Absätze 3 und 4 ersetzt:

*„(3) Der nach Absatz 2 ermittelte jährliche Gesamtbetrag der Fördermittel steht dem Krankenhaus während der Laufzeit des Krankenhausplans unabhängig von einer Verringerung der tatsächlichen Bettenzahl zu, soweit die Verringerung ein Fünftel der Planbetten nicht übersteigt.*

*(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung setzt in Abständen von höchstens zwei Jahren die Förderbeträge nach Absatz 2 entsprechend der durchschnittlichen Kostenentwicklung der Investitionen nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates neu fest. Er kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auch bestimmen, daß die Fördermittel nach Absatz 2 nicht nach Planbetten, sondern nach Bettenbandbreiten, Versorgungsaufträgen oder Krankenhausleistungen zu bemessen sind.“*

13. a) Der bisherige § 11 wird gestrichen.  
b) Der bisherige § 11 a wird neuer § 11 und wie folgt geändert:

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz vorhanden waren,

5. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern oder ihrer Umstellung auf andere Aufgaben.

**(3) Die Länder fördern die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleiner baulicher Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann; § 10 bleibt unberührt. Die Pauschalbeträge sind in regelmäßigen Abständen an die Kostenentwicklung anzupassen.**

**(4) Wiederbeschaffung im Sinne dieses Gesetzes ist auch die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese nicht über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht.**

**(5) Die Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts so zu bemessen, daß sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken.“**

12. a) Der bisherige § 10 wird gestrichen.

b) Der bisherige § 11 a wird neuer § 10 und wie folgt geändert:

**In Satz 3 wird die Verweisung „§ 4 Abs. 3 Nr. 1“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 1“ ersetzt.**

Nummer 13 entfällt

## Gesetzentwurf

*In Satz 3 wird die Verweisung „§ 4 Abs. 3 Nr. 1“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 1“ ersetzt.*

## 14. § 12 erhält folgende Fassung:

## „§ 12

Landesrechtliche Vorschriften  
über die Förderung

Das Nähere zur Förderung nach den §§ 9 und 10 wird durch Landesrecht bestimmt. Dabei kann auch geregelt werden, daß

1. die Fördermittel nach § 9 als Fest- oder Pauschalbeträge gewährt werden,
2. an Stelle der Förderung nach § 9 auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung der förderungsfähigen Anlagegüter bewilligt werden, wenn dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der Zweck der Förderung nicht beeinträchtigt wird,
3. die Fördermittel nach § 10 zur Finanzierung von Entgelten für die Nutzung der förderungsfähigen Anlagegüter verwendet werden, soweit die Voraussetzungen nach Nummer 2 vorliegen,
4. an Stelle der pauschalen Förderung nach § 10 jährliche Fördermittel in Höhe der Absetzungen für Abnutzung gewährt werden, die nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen zu ermitteln sind,
5. Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens besondere Aufgaben zu übernehmen haben; soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen, ist ihre Finanzierung zu gewährleisten.“

## 15. § 13 erhält folgende Fassung:

## „§ 13

## Darlehen aus Bundesmitteln

*Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aus Bundesmitteln gewährt worden sind, werden auf Antrag des Krankenhausträgers erlassen, soweit der Krankenhausträger vor dem 1. Januar 1985 von diesen Lasten nicht anderweitig freigestellt worden ist und solange das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen ist.“*

## 16. Die §§ 14 und 15 werden gestrichen.

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

## 14. § 11 erhält folgende Fassung:

## „§ 11

Landesrechtliche Vorschriften  
über die Förderung

Das Nähere zur Förderung wird durch Landesrecht bestimmt. Dabei kann auch geregelt werden, daß Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens besondere Aufgaben zu übernehmen haben; soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen, ist ihre Finanzierung zu gewährleisten.“

## Nummer 15 entfällt hier

siehe Nummer 31

## 16. Die §§ 12 bis 15 werden gestrichen.

## Gesetzentwurf

## 17. § 16 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen über

1. die Pflegesätze der Krankenhäuser,
2. die Abgrenzung der allgemeinen stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses von den ambulanten Leistungen, den Wahlleistungen und den belegärztlichen Leistungen,
3. die Nutzungsentgelte (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich) der zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigten Ärzte an das Krankenhaus, soweit diese Entgelte pflegesatzmindernd zu berücksichtigen sind,
4. die Berücksichtigung der Erlöse aus ambulanten Leistungen und Wahlleistungen des Krankenhauses bei der Bemessung der Pflegesätze,
5. die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten,
6. das Verfahren nach § 18,
7. die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Krankenhäuser.“

## 18. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 1 bis 3 erhalten folgende Fassung:

„(1) Die Pflegesätze sind für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen so zu bemessen, daß das Krankenhaus bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung seine stationären und teilstationären Leistungen *bedarfs- und patientengerecht* im medizinisch zweckmäßigen und erforderlichen Umfang erbringen kann. Dabei sind die *voraus kalkulierten Selbstkosten, die Pflegesätze* und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser sowie die Empfehlungen der *Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen* zu berücksichtigen. Überschüsse, die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehen, sollen dem Krankenhaus verbleiben; vom Krankenhaus zu vertretende Verluste, insbesondere auf Grund unwirtschaftlicher Betriebsführung, sind von ihm zu tragen.

(2) Zur Verwirklichung der Ziele des Absatzes 1 kann in der Rechtsverordnung nach § 16 Nr. 1 bestimmt werden, daß

1. neben oder an Stelle von tagesbezogenen Entgelten, Fallpauschalen oder anderen pauschalierten Entgelten einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen gesondert vergütet werden,

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

## 17. § 16 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen über

1. unverändert
2. unverändert
3. unverändert
4. die Berücksichtigung der Erlöse aus ambulanten Leistungen und Wahlleistungen des Krankenhauses **und sonstiger Entgelte** bei der Bemessung der Pflegesätze,
5. die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten **von den im Pflegesatz zu berücksichtigenden Kosten**,
6. unverändert
7. unverändert

## 18. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 1 bis 3 erhalten folgende Fassung:

„(1) Die Pflegesätze sind **auf der Grundlage der voraus kalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses** für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. **Sie müssen gewährleisten**, daß das Krankenhaus bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung seine stationären und teilstationären Leistungen im medizinisch zweckmäßigen und erforderlichen Umfang erbringen kann. **Bei der Bemessung der Pflegesätze sind auch die Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser sowie die Empfehlungen nach § 19 angemessen** zu berücksichtigen. Überschüsse, die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehen, sollen dem Krankenhaus verbleiben; vom Krankenhaus zu vertretende Verluste sind von ihm zu tragen.

(2) unverändert

## Gesetzentwurf

2. die Vergütung von Krankenhausleistungen für einen künftigen Zeitraum als fester oder veränderlicher Gesamtbetrag festgelegt wird (Budgetierung) oder
3. die Vergütung nach einem System berechnet wird, das sich aus einer Verbindung dieser Vergütungsarten ergibt.

Die Kosten der Krankenhausleistungen sind nach Maßgabe der Krankenhaus-Buchführungsverordnung auf der Grundlage der kaufmännischen Buchführung und einer Kosten- und Leistungsrechnung zu ermitteln.

(3) Im Pflegesatz sind nicht zu berücksichtigen

1. Kosten für Leistungen, die nicht der stationären oder teilstationären Krankenhausversorgung dienen,
2. Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über den normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen,
3. Kosten für den Betrieb von medizinisch-technischen Großgeräten, deren Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung entgegen § 10 nicht abgestimmt ist.“

b) Absatz 4 erster Halbsatz wird wie folgt geändert:

aa) Vor Nummer 1 wird die Verweisung „§ 4 Abs. 3 Nr. 1“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 1“ ersetzt.

bb) In Nummer 4 wird die Verweisung „§ 4 Abs. 3 Nr. 8 bis 10“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 8 bis 10“ ersetzt.

c) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die Vertragsparteien (§ 18 Abs. 2) können von der Rechtsverordnung nach § 16 Nr. 1 abweichende Entgeltformen vereinbaren.“

19. § 18 erhält folgende Fassung:

„§ 18

Pflegesatzverfahren

(1) Die Pflegesätze werden für alle Benutzer verbindlich zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart. Die Landeskrankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.

(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Krankenhausträger und

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

(3) unverändert

b) unverändert

**Buchstabe c entfällt**

19. § 18 erhält folgende Fassung:

„§ 18

Pflegesatzverfahren

(1) Die Pflegesätze werden zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart. Die Landeskrankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.

(2) unverändert

## Gesetzentwurf

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

im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Krankenhauses entfallen.

(3) Die Vereinbarung soll nur für zukünftige Zeiträume getroffen werden. Der Krankenhausträger hat die für die Ermittlung der Pflegesätze erforderlichen Kosten- und Leistungsnachweise vorzulegen.

(4) *Macht ein Dritter, der die Vereinbarung nicht mit getroffen hat, geltend, er sei durch die Vereinbarung in seinen Rechten verletzt, so finden die Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung über die Anfechtungsklage entsprechende Anwendung. Über den Widerspruch entscheidet die Schiedsstelle nach § 18 a. Die Klage ist gegen die Parteien der Pflegesatzvereinbarung zu richten.*

(5) Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, so setzt die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich und für alle Benutzer verbindlich fest. Für Streitigkeiten nach Satz 1 ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage ist gegen die Schiedsstelle zu richten.“

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

„§ 18 a  
Schiedsstelle

(1) Die Landeskrankengesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen bilden für jedes Land oder jeweils für Teile des Landes eine Schiedsstelle.

(2) Die Schiedsstellen bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Krankenhäuser und Krankenkassen in gleicher Zahl. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung mit

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

(3) unverändert

(4) Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, so setzt die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich fest.

(5) Die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze werden von der zuständigen Landesbehörde genehmigt, wenn sie den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entsprechen; die Genehmigung ist unverzüglich zu erteilen. Gegen die Genehmigung ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“

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

„§ 18 a  
Schiedsstelle

(1) unverändert

(2) Die Schiedsstellen bestehen aus einem neutralen Vorsitzenden sowie aus Vertretern der Krankenhäuser und Krankenkassen in gleicher Zahl. Der Schiedsstelle gehört auch ein von dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der

## Gesetzentwurf

*beratender Stimme* an. Die Vertreter der Krankenhäuser und deren Stellvertreter werden von *den Landeskrankenhausgesellschaften*, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter *sowie die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter* werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, *wird der Vorsitzende der Schiedsstelle und sein Stellvertreter* von der zuständigen Landesbehörde bestellt; *im übrigen entscheidet das Los auf der Grundlage einer gemeinsamen Liste, die mindestens die Namen für je zwei weitere unparteiische Mitglieder und ihre Stellvertreter enthalten muß. Die Amtszeit der durch Los bestimmten Mitglieder beträgt ein Jahr.*

(3) Die Mitglieder der Schiedsstellen führen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen.

(4) *Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung das Nähere über*

1. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
2. die Führung der Geschäfte der Schiedsstelle *durch die Landeskrankenhausgesellschaft oder einen Landesverband der Krankenkassen oder eine andere von der zuständigen Landesbehörde zu bestimmende Stelle,*
3. die Verteilung der Kosten der Schiedsstelle,
4. das Verfahren und die Verfahrensgebühren.

(5) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde."

21. Nach § 18 a wird folgender § 18 b eingefügt:

„§ 18 b

Investitionsverträge

(1) Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbaren, not-

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

**Krankenkassen angerechnet wird.** Die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter werden von **der** Landeskrankenhausgesellschaft, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt; kommt eine Einigung nicht zustande, **werden sie** von der zuständigen Landesbehörde bestellt.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstellen führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind **in Ausübung ihres Amtes** an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen; **ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.**

(4) **Die Landesregierungen werden ermächtigt**, durch Rechtsverordnung das Nähere über

1. unverändert
2. die Führung der Geschäfte der Schiedsstelle,
3. unverändert
4. das Verfahren und die Verfahrensgebühren **zu bestimmen; sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.**

(5) unverändert

21. Nach § 18 a wird folgender § 18 b eingefügt:

„§ 18 b

Investitionsverträge

(1) Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen **und dem Landesaus-**

## Gesetzentwurf

wendige Investitionen und Maßnahmen im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und Nr. 6 ganz oder teilweise durch einen Zuschlag auf den Pflegesatz zu finanzieren. Als notwendig sind Investitionen und Maßnahmen anzusehen, die geeignet sind, alsbald die Leistungen des Krankenhauses kostengünstiger zu erbringen (Rationalisierungsinvestitionen), Umstellungen zu erleichtern oder Überkapazitäten zu beseitigen.

(2) Der Abschluß von Investitionsverträgen berührt nicht die Verpflichtung des Landes, die Investitionskosten durch Fördermittel gemäß § 4 zu decken. Der Investitionsvertrag ist unwirksam, wenn er gegen die Ziele der Krankenhausplanung des Landes verstößt und die zuständige Landesbehörde deshalb widerspricht.

(3) Näheres zur Zulässigkeit und zum Inhalt von Investitionsverträgen kann durch Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmt werden.“

22. § 19 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Die Empfehlungen sind in enger Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden der im Krankenhaus Beschäftigten, der Ärzteschaft, den Gewerkschaften, den Arbeitgebern und mit dem Verband der privaten Krankenversicherung zu erarbeiten.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(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, so entscheidet eine von den beteiligten Verbänden gebildete Schiedsstelle. § 18a Abs. 1 bis 4 gilt entsprechend.“

c) Die Absätze 3 und 4 werden gestrichen.

23. Nach § 19 wird folgender § 19a eingefügt:

„§ 19a

Beirat für Pflegesatzfragen

(1) Beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ein Beirat gebildet, der die Bundesregierung in Pflegesatzfragen berät. Dem Beirat gehören Vertreter der beteiligten Ministerien des Bundes, der Krankenhausträger, der Sozialleistungsträger, der privaten

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

**schaft des Verbandes der privaten Krankenversicherung** vereinbaren, notwendige Investitionen und Maßnahmen im Sinne des § 9 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 1, 2 und 5 ganz oder teilweise durch einen Zuschlag auf den Pflegesatz zu finanzieren. Als notwendig sind Investitionen und Maßnahmen anzusehen, die geeignet sind, alsbald die Leistungen des Krankenhauses kostengünstiger zu erbringen (Rationalisierungsinvestitionen), Umstellungen zu erleichtern oder Überkapazitäten zu beseitigen.

(2) Der Abschluß von Investitionsverträgen berührt nicht die Verpflichtung des Landes, die Investitionskosten durch Fördermittel gemäß § 4 und § 9 zu decken. Der Investitionsvertrag bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde.

(3) Näheres zur Zulässigkeit und zum Inhalt von Investitionsverträgen wird durch Landesrecht bestimmt.“

22. § 19 wird wie folgt geändert:

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

„Unbeschadet der Vorschrift des § 17 Abs. 1 Satz 1 sind dabei auch die Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen angemessen zu berücksichtigen. Die Empfehlungen nach Satz 1 sind in enger Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden der im Krankenhaus Beschäftigten, der Ärzteschaft, den Gewerkschaften, den Arbeitgebern und mit dem Verband der privaten Krankenversicherung zu erarbeiten.“

**Buchstabe b entfällt**

c) unverändert

**Nummer 23 entfällt**



## Gesetzentwurf

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

*Krankenversicherung, der Berufsverbände der im Krankenhaus Beschäftigten, der Ärzteschaft, der Gewerkschaften und der Arbeitgeber an.*

*(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zusammensetzung und das Verfahren des Beirats zu regeln.“*

- |   |  |
|---|--|
| 24. § 20 wird wie folgt geändert:   | 24. unverändert  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) In Satz 1 werden die Worte „und des § 19 Abs. 1“ gestrichen und die Verweisung „§ 4 Abs. 3 Nr. 2, 4 oder 7“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7“ ersetzt.</li> <li>b) In Satz 2 wird die Verweisung „§ 4 Abs. 3 Nr. 4 oder 7“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 4 oder 7“ ersetzt.</li> </ul>   |  |
| 25. Die Überschrift nach § 20 erhält folgende Fassung:  | 25. unverändert  |
| <p>„4. Abschnitt<br/>Sonstige Vorschriften“</p>   |  |
| 26. Die §§ 21 bis 26 werden gestrichen.   | 26. unverändert  |
| 27. Vor § 27 wird die Überschrift   | 27. unverändert  |
| <p>„5. Abschnitt<br/>Ergänzende und Schlußvorschriften“</p> <p>gestrichen.</p>  |  |
| 28. § 27 erhält folgende Fassung:   | 28. unverändert  |
| <p>„§ 27<br/>Zuständigkeitsregelung</p> <p>Die in diesem Gesetz den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben 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.“</p> |  |
| 29. § 28 Abs. 1 wird wie folgt geändert:  | 29. § 28 Abs. 1 und 2 erhält folgende Fassung:   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nummer 2 erhält folgende Fassung:<br/>„2. für die Beurteilung der nach den §§ 16 bis 19 für die Bemessung der Pflegesätze maßgebenden Umstände.“</li> <li>b) Nummer 3 erhält folgende Fassung:<br/>„3. im Interesse der Krankenhausfor-<br/>schung.“</li> </ul>   | <p>„(1) Die Krankenhausträger und die Sozialleistungsträger sind verpflichtet, dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung sowie den zuständigen Behörden der Länder Auskünfte zu erteilen, die für die Beurteilung der nach den §§ 16 bis 19 für die Bemessung der Pflegesätze maßgebenden Umstände benötigt werden.“</p> |

## Gesetzentwurf

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

30. § 29 erhält folgende Fassung:

„§ 29

## Übergangsvorschriften

(1) Bis zum Inkrafttreten des Landesrechts nach § 6 Abs. 3, § 7 Abs. 2 und § 12 gelten die entsprechenden Vorschriften des Zweiten Abschnitts *mit Ausnahme des § 10* in der bis zum 31. Dezember 1984 geltenden Fassung weiter.

(2) Ab dem 1. Januar 1985 sind die Aufwendungen für die Förderung nach *dem Krankenhausfinanzierungsgesetz* allein von den Ländern zu tragen. Über die in den Jahren 1983 und 1984 in Anspruch genommenen Finanzhilfen findet eine Abrechnung zwischen Bund und Ländern nicht statt.

(3) § 17 Abs. 3 Nr. 3 gilt *nicht* für medizinisch-technische Großgeräte, die vor dem 1. August 1984 angeschafft, genutzt oder mitbenutzt worden sind.

(4) § 18 in der bis zum 31. Dezember 1981 geltenden Fassung gilt bis zum 31. Dezember 1985 weiter.“

31. § 30 wird gestrichen.

30. § 29 erhält folgende Fassung:

„§ 29

## Übergangsvorschriften

(1) Bis zum Inkrafttreten des Landesrechts nach § 6 Abs. 3, § 7 Abs. 2 und § 11 gelten die entsprechenden Vorschriften des Zweiten Abschnitts **sowie die Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2355)** in der bis zum 31. Dezember 1984 geltenden Fassung weiter. **Bewilligungen von Fördermitteln, die vor Inkrafttreten des Landesrechts erteilt worden sind, werden nach den der Bewilligung zugrundeliegenden Vorschriften abgewickelt.**

(2) Ab dem 1. Januar 1985 sind die Aufwendungen für die Förderung nach **diesem Gesetz** allein von den Ländern zu tragen. Über die in den Jahren 1983 und 1984 in Anspruch genommenen Finanzhilfen findet eine Abrechnung zwischen Bund und Ländern nicht statt.

(3) Für medizinisch-technische Großgeräte, die vor dem 1. August 1984 angeschafft, genutzt oder mitbenutzt worden sind, gilt § 17 Abs. 3 Satz 2 **in der bis zum 31. Dezember 1984 geltenden Fassung weiter.**

(4) unverändert

(5) **Auf Pflegesätze, die vor dem 1. Januar 1986 festgesetzt worden sind, ist das bis dahin geltende Pflegesatzrecht anzuwenden.“**

31. § 30 erhält folgende Fassung:

„§ 30

## Darlehen aus Bundesmitteln

**Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aus Bundesmitteln gewährt worden sind, werden auf Antrag des Krankenhausträgers erlassen, soweit der Krankenhausträger vor dem 1. Januar 1985 von diesen Lasten nicht anderweitig freigestellt worden ist und solange das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen ist. Für die in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten gilt Satz 1 entsprechend.“**

## Gesetzentwurf

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

## Artikel 2

## Artikel 2

## Ablösung der Mischfinanzierung

unverändert

## 1. Änderung des Wohnungsbau-Prämiengesetzes

Das Wohnungsbau-Prämiengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Februar 1982 (BGBl. I S. 131), geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 28. November 1983 (BGBl. I S. 1377), wird wie folgt geändert:

- a) In § 4 Abs. 1 wird nach dem Wort „Kalenderjahr“ der Klammerzusatz „(Sparjahr)“ eingefügt.
- b) Dem § 7 wird folgender Satz angefügt:  
„Ab dem Sparjahr 1984 stellt der Bund diese Beträge den Ländern in voller Höhe gesondert zur Verfügung.“

## 2. Änderung des Wohngeldgesetzes

§ 34 des Wohngeldgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1921) wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:  
„(2) Von der nach Absatz 1 einem Land verbleibenden Hälfte übernimmt der Bund ab 1. Januar 1985 jährlich folgenden Festbetrag:  

Bayern	35 000 000 DM
Berlin	25 000 000 DM
Bremen	3 000 000 DM
Hamburg	18 000 000 DM
Hessen	25 000 000 DM
Niedersachsen	27 000 000 DM
Nordrhein-Westfalen	122 000 000 DM
Rheinland-Pfalz	10 000 000 DM
Saarland	6 000 000 DM
Schleswig-Holstein	11 000 000 DM.

Der Festbetrag wird jeweils in vier gleich hohen Beträgen zum 1. Februar, 1. Mai, 1. August und 1. November gezahlt.“

## 3. Änderung des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen

In § 10 Abs. 1 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. Mai 1975, BGBl. I S. 1061), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532), werden die Worte „je zur Hälfte“ und die Worte „und von den Ländern“ gestrichen.

## 4. Änderung der Aufwundererstattungs-Verordnung

(1) Die Verordnung über die Erstattung von Aufwendungen für die gesetzliche Rentenversi-

## Gesetzentwurf

cherung der in Werkstätten beschäftigten Behinderten vom 11. Juli 1975 (BGBl. I S. 1896) wird wie folgt geändert:

- a) In § 1 Abs. 2 werden die Worte „die Hälfte des Betrages“ durch die Worte „den Betrag“ ersetzt.
- b) § 4 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Absatz 1 Satz 2 werden die Worte „die Hälfte des aufgewendeten Betrages“ durch die Worte „den aufgewendeten Betrag“ ersetzt.
  - bb) In Absatz 2 Satz 2 werden die Worte „die Hälfte dieser“ durch das Wort „diese“ ersetzt.
  - cc) In Absatz 3 werden die Worte „dem auf den Bund entfallenden Teil der“ durch das Wort „den“ und das Wort „Beträge“ durch das Wort „Beträgen“ ersetzt.

(2) Die auf Absatz 1 beruhenden Teile der Aufwendungserstattungs-Verordnung können auf Grund des § 10 Abs. 2 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. Mai 1975, BGBl. I S. 1061), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532), in Verbindung mit diesem Absatz durch Rechtsverordnung geändert werden.

## Artikel 3

## Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 3 Abs. 1 des Gesetzes vom 27. Juli 1984 (BGBl. I S. 1029), wird wie folgt geändert:

## 1. § 371 erhält folgende Fassung:

## „§ 371

(1) Die Krankenkassen haben Krankenhauspflege durch die Krankenhäuser zu gewähren, die sich dazu schriftlich bereit erklären und deren Bereiterklärung die Landesverbände der Krankenkassen angenommen haben (Vertragskrankenhäuser).

(2) Die Landesverbände haben mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften die Bereiterklärung binnen sechs Monaten anzunehmen oder abzulehnen. Die Bereiterklärung kann abgelehnt werden, wenn das Krankenhaus

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

## Artikel 3

## Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 3 Abs. 1 des Gesetzes vom 27. Juli 1984 (BGBl. I S. 1029), wird wie folgt geändert:

## 01. In § 184 Abs. 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

**„Bei der Gewährung von Krankenhauspflege ist, soweit möglich, den religiösen Bedürfnissen der Versicherten Rechnung zu tragen.“**

## Nummer 1 entfällt

## Gesetzentwurf

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

1. für eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen nicht erforderlich ist oder
2. keine Gewähr für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Krankenhauspflege bietet oder
3. die Krankenhauspflege unwirtschaftlich erbringt.

Bei ihrer Entscheidung haben die Landesverbände den Grundsatz der Trägervielfalt, die religiösen Bedürfnisse der Kranken und die Ziele der Krankenhausplanung des Landes zu berücksichtigen; die Entscheidungen ergehen in enger Zusammenarbeit mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde. Die Bereiterklärung kann nicht abgelehnt werden, soweit die nach Landesrecht an der Krankenhausplanung beteiligten Vertreter der Krankenkassen der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan und das Investitionsprogramm (§§ 6 und 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) zugestimmt haben.

(3) Die Ablehnung der Bereiterklärung kann nicht mit fehlendem Bedarf begründet werden, wenn das Krankenhaus

1. am 1. Januar 1972 betrieben und seitdem ohne Aufnahme in den Krankenhausplan, 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 Pflegetage mit Sozialleistungsträgern oder mit Patienten abgerechnet hat, die keine höheren als die den Sozialleistungsträgern berechneten Pflegesätze zahlten.

(4) Bei Krankenhäusern, die am 1. Januar 1985 nach den zu diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften zur Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen berechtigt waren, gilt die Bereiterklärung als abgegeben und von den Landesverbänden als angenommen.

(5) Der Vertrag kann mit einer Mindestfrist von einem Jahr gekündigt werden, von den Landesverbänden jedoch nur aus den in Absatz 2 genannten Gründen. Absatz 2 Satz 3 gilt für die Kündigung der Landesverbände entsprechend. Soweit das Krankenhaus mit Zustimmung der an der Krankenhausplanung beteiligten Vertreter der Krankenkassen in den Krankenhausplan und das Investitionsprogramm aufgenommen ist, ist eine Kündigung wegen fehlenden Bedarfs frühestens drei Jahre nach der Aufnahme oder, wenn das Krankenhaus erst zu einem späteren Zeitpunkt in Betrieb genommen worden ist, frühestens drei Jahre nach diesem Zeitpunkt zulässig. Wegen mangelnder Leistungsfähigkeit oder

## Gesetzentwurf

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

wegen Unwirtschaftlichkeit ist eine Kündigung erst zulässig, wenn die Mängel durch einen von den Beteiligten nach Absatz 1 gemeinsam bestellten neutralen Gutachter festgestellt und binnen einer angemessenen Frist nicht behoben worden sind. Kommt eine Einigung über den neutralen Gutachter nicht zustande, so wird dieser von der Schiedsstelle nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestellt.

(6) Die Bereiterklärung, ihre Annahme und die Kündigung des Vertrages können auf Teile des Krankenhauses beschränkt werden.

(7) Für die in § 414 Abs. 3 Satz 2 genannten Krankenkassen nimmt die Aufgaben der Landesverbände der Bundesverband der Betriebskrankenkassen wahr; er kann diese Aufgaben auf die Krankenkassen übertragen.“

2. § 372 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Nr. 1 werden nach dem Wort „Kosten“ die Worte „sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhauspflege in geeigneten Fällen durch den Vertrauensarzt oder andere beauftragte Ärzte“ eingefügt.

b) In Absatz 6 wird die Verweisung „§ 371 Abs. 4“ durch die Verweisung „§ 371 Abs. 7“ ersetzt.

3. In § 373 Abs. 1 Satz 3 wird die Verweisung „Satz 5“ durch die Verweisung „Satz 6“ ersetzt.

4. In § 374 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Für Streitigkeiten auf Grund der Vorschriften der §§ 371 bis 374 ist der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.“

5. In § 405a Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „entsprechend dem Grundsatz der Selbstkostendeckung unter Beachtung der jeweiligen Kosten- und Leistungsstruktur des Krankenhauses“ gestrichen.

2. § 372 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

**Buchstabe b entfällt**

3. unverändert

4. unverändert

**Nummer 5 entfällt**

## Artikel 4

## Neufassung

## des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

## Artikel 4

## unverändert

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann den Wortlaut des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der ab 1. Januar 1986 geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekannt machen.

## Gesetzentwurf

## Artikel 5

## Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

## Artikel 6

## Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt mit Ausnahme der in Absatz 2 genannten Vorschriften am 1. Januar 1985 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe a, soweit er § 17 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes regelt, und Buchstabe c, Nr. 19 und Nr. 20 tritt am 1. Januar 1986 in Kraft.

## Beschlüsse des 11. Ausschusses

## Artikel 5

## unverändert

(1) unverändert

(2) Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe a, soweit er § 17 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes regelt, Nr. 19 und Nr. 20 tritt am 1. Januar 1986 in Kraft.

**(3) Am 1. Januar 1985 treten außer Kraft:**

1. die Verordnung über die Bildung eines Beirats zur Beratung des Ausschusses für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 13. Oktober 1976 (BGBl. I S. 3004),
2. die Verordnung über die Abgrenzung und die durchschnittliche Nutzungsdauer von Wirtschaftsgütern in Krankenhäusern vom 5. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2355).

(4) Die Übergangsregelungen des Artikels 1 Nr. 30 (§ 29 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) bleiben unberührt.

## Bericht des Abgeordneten Dr. Becker (Frankfurt)

### A. Allgemeines

#### I. Zum Beratungsverfahren

Der vom Bundesrat eingebrachte Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung — Drucksache 10/2096 — wurde vom Deutschen Bundestag in der 91. Sitzung am 18. Oktober 1984 an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung federführend, an den Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit, an den Haushaltsausschuß und an den Ausschuß für Bildung und Wissenschaft mitberatend überwiesen. Der von der Bundesregierung eingebrachte Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung — Drucksache 10/2095 — wurde vom Deutschen Bundestag ebenfalls in der 91. Sitzung am 18. Oktober 1984 an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung federführend, an den Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit und an den Ausschuß für Bildung und Wissenschaft sowie an den Haushaltsausschuß mitberatend und gemäß § 96 der Geschäftsordnung überwiesen.

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat die beiden Gesetzentwürfe in drei Sitzungen, darunter einer öffentlichen Informationssitzung am 7. November 1984, erörtert. Bei der Informationssitzung wurden Sachverständige aus dem Bereich der Krankenhausträger, der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der Ärzte und des sonstigen Krankenhauspersonals, der Rentenversicherungsträger sowie der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen zu den Gesetzentwürfen gehört. Die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen der betreffenden Organisationen und Verbände wurden in die Ausschußberatungen einbezogen. Auf das Protokoll Nr. 40 über die Informationssitzung des Ausschusses sowie auf die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird Bezug genommen.

Die Fraktion der SPD brachte zum Ausdruck, daß die Ausschußberatungen unter einem erheblichen Zeitdruck stattgefunden haben. Der mitberatende Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit hat in seiner Stellungnahme vom 5. Dezember 1984 mit der Mehrheit der Stimmen der Mitglieder der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN die Annahme des Entwurfs der Bundesregierung in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung empfohlen. Der Ausschuß begrüßte hierbei insbesondere die Regelung in § 11 des Entwurfs in der Fassung der Änderungsanträge, nach der sichergestellt werden soll — soweit dies im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes möglich ist —, daß die Krankenhäuser von den Ländern verpflichtet werden können,

„Ärzte im Praktikum“ einzustellen. Damit werde die Realisierung der im Vierten Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung vorgesehenen Praxisphase erleichtert.

Der Ausschuß für Bildung und Wissenschaft hält es in seiner Stellungnahme einstimmig für notwendig, die bisher im Gesetz enthaltene „Forschungs- und Lehre-Klausel“ (§ 6 Abs. 2 — alt) weiter aufrechtzuerhalten. Er hat den federführenden Ausschuß gebeten, diese Klausel wieder in den Gesetzestext aufzunehmen, zumindest aber in seinem Bericht darauf hinzuweisen, daß es Aufgabe der Länder bleibe, dafür zu sorgen, daß bei den in Zukunft in allen Bereichen zu erwartenden Bettenreduzierungen die Belange von Forschung und Lehre in den Hochschulkliniken gewahrt bleiben. Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat sich diesen Empfehlungen des Ausschusses für Bildung und Wissenschaft nicht angeschlossen.

Der Haushaltsausschuß hat in seiner Stellungnahme vom 5. Dezember 1984 mehrheitlich empfohlen, dem Gesetzentwurf der Bundesregierung unter Berücksichtigung der von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP vorgelegten Änderungsanträge zuzustimmen und den Entwurf des Bundesrates für erledigt zu erklären.

Der Haushaltsausschuß wird seinen Bericht gemäß § 96 der Geschäftsordnung gesondert vorlegen.

#### II. Zum Inhalt des Gesetzentwurfs der Bundesregierung

Der Regierungsentwurf zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung enthält im wesentlichen folgende Schwerpunkte:

1. Auflösung der Mischfinanzierung von Bund und Ländern bei grundsätzlicher Beibehaltung des dualen Systems der Krankenhausfinanzierung,
2. mehr Gestaltungsfreiraum für die Gesetzgebung der Länder durch Einschränkung der bundesgesetzlichen Vorgaben für die Krankenhausplanung und die Investitionsförderung bei Beibehaltung der bundesrechtlichen Regelung der Pauschalförderung für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (§ 10 KHG),
3. Eröffnung der Möglichkeit für die Selbstverwaltung der Krankenhäuser und Krankenkassen, Investitionsverträge abzuschließen, durch die insbesondere Rationalisierungsinvestitionen über den Pflegesatz finanziert werden können,
4. Stärkung der Selbstverwaltung der Krankenkassen und Krankenhäuser im Krankenhausbereich durch
  - stärkere Beteiligung der Selbstverwaltung an der Durchführung des Gesetzes, insbeson-



- dere an der Krankenhausplanung und den Investitionsentscheidungen der Länder,
- Wiederherstellung der Vertragsfreiheit von Krankenkassen und Krankenhäusern zum Abschluß von Versorgungsverträgen über die stationäre Behandlung der Versicherten,
  - Stärkung des Vereinbarungsprinzips zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Festlegung der Pflegesätze; im Falle der Nichteinigung tritt an die Stelle der bisherigen staatlichen Festsetzung die Entscheidung einer unabhängigen Schiedsstelle, die von den Beteiligten gebildet wird; eine staatliche Festsetzung der Pflegesätze entfällt,
  - die Einräumung der Befugnis an die Pflegegesetzparteien, von der Bundespflegegesetzverordnung abweichende Entgelte zu vereinbaren,
5. die Schaffung von wirksamen Anreizen zu wirtschaftlicher Betriebsführung, insbesondere im Pflegegesetzrecht; hierzu gehören vor allem
- die Modifizierung des Selbstkostendeckungsprinzips durch Übergang von nachträglicher Kostenerstattung zu Leistungsentgelten und durch Zulassung von Gewinn- und Verlustmöglichkeiten für die Krankenhäuser,
  - die gesetzliche Vorbereitung einer Ablösung bzw. Ergänzung des tagesgleichen, vollpauschalierten Pflegesatzes durch differenzierte, leistungsbezogene Entgeltformen,
  - die Festlegung der Pflegesätze für künftige Zeiträume (prospektive Pflegesätze), gegebenenfalls auch im Rahmen eines im voraus mit den Kostenträgern zu vereinbarenden Krankenhausbudgets,
  - die Berücksichtigung der Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie der Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser bei der Bemessung der Pflegesätze.

Insbesondere durch die unter Nummern 4 und 5 genannten Maßnahmen sollen die Krankenhäuser stärker in die Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen einbezogen werden.

### III. Zum Inhalt des Gesetzentwurfs des Bundesrates

Der Bundesrat brachte am 5. Oktober 1984 einen eigenen Gesetzentwurf ein, der, in der Zielsetzung mit dem Regierungsentwurf weitgehend übereinstimmend, allerdings folgende Schwerpunkte vorsieht:

1. Auflösung der Mischfinanzierung,
2. Erweiterung des Handlungsspielraums der Länder vorwiegend im Bereich der Krankenhausplanung und der öffentlichen Förderung durch Beschränkung der bundesrechtlichen Regelungen auf Grundsatzvorschriften,

3. formale Beibehaltung des Selbstkostendeckungsgrundsatzes, aber inhaltliche Modifizierung durch Zulassung von Gewinnen und Verlusten; Schaffung von Anreizen zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung, insbesondere durch Budgetierung und alternative Pflegesatzformen,
4. Festlegung der Pflegesätze durch eine Pflegegesetzkommission, bestehend aus Vertretern der Krankenhäuser und Krankenkassen in gleicher Zahl und einem vom Land bestellten, weisungsgebundenen Vorsitzenden.

### IV. Die Beratungen im Ausschuß

Der Ausschuß hat mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP den Gesetzentwurf der Bundesregierung — Drucksache 10/2095 — unter inhaltlicher Einbeziehung des Entwurfs des Bundesrats — Drucksache 10/2096 — zur Grundlage seiner Beschlußfassung gemacht.

Die Fraktionen der CDU/CSU und FDP haben insgesamt 27 Änderungsanträge im Ausschuß eingebracht und mit ihrer Mehrheit folgende Regelungen beschlossen:

1. Die Mitwirkung der Beteiligten wird dadurch gestärkt, daß bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme das Land einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben und auch sonst bei der Durchführung des Gesetzes mit den Beteiligten eng zusammenzuarbeiten hat.
2. Die bundesgesetzlichen Vorgaben zur Investitionsförderung werden auf Grundsätze beschränkt. Der Grundsatz der pauschalen Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter wird beibehalten, die näheren Regelungen zu Ausgestaltung und Höhe der Pauschalen werden jedoch durch Landesrecht geregelt.
3. Der Selbstkostendeckungsgrundsatz behält grundlegende Bedeutung, wird jedoch dahin gehend modifiziert, daß öffentliche Fördermittel und Pflegesätze zusammen die vorkalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken müssen.
4. Die Pflegesätze werden von den Beteiligten vereinbart oder im Nichteinigungsfall durch eine Schiedsstelle mit neutralem Vorsitzenden festgesetzt. Die Mitglieder der Schiedsstelle sind nicht weisungsgebunden. Die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bedürfen der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde (Prüfung auf Rechtmäßigkeit).
5. Die Änderung des § 371 RVO zum Abschluß von Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern entfällt.

Außerdem wird der Grundsatz der Trägervielfalt, insbesondere im Hinblick auf die Chancengleichheit freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser

träger, gestärkt und den religiösen Bedürfnissen der Versicherten bei der Gewährung von Krankenhauspflege durch die Krankenkassen besser Rechnung getragen.

Weitere Änderungen betreffen insbesondere

- die Berücksichtigung der Empfehlungen der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen bei den von den Spitzenverbänden der Krankenhäuser und Krankenkassen zu vereinbarenden Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und
- die sonstigen bei der Bemessung der Pflegesätze zu berücksichtigenden Kriterien.

Die Fraktion der SPD lehnte den Gesetzentwurf insgesamt ab, weil er weder einen wirksamen Beitrag zur Kostendämpfung darstelle noch strukturelle Verbesserungen, insbesondere keine stärkere Mitwirkung der Krankenkassen, mit sich bringe. Die Mitglieder der Fraktion der SPD lehnten die Auflösung der Mischfinanzierung aus grundsätzlichen Erwägungen ab, weil sie dadurch die Mitwirkungsmöglichkeiten des Bundes im Krankenhauswesen bedroht sehen. Sie wiesen ferner darauf hin, daß die Verwendung der den Ländern als Ersatz für den Wegfall der Finanzhilfen zur Verfügung stehenden Mittel für den Krankenhausbereich nicht gesichert und damit zu befürchten sei, daß Umfang und Niveau der Krankenhausversorgung sich je nach Finanzkraft und politischer Priorität in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich entwickeln werden. Das gelte um so mehr, als wegen der unzureichenden öffentlichen Fördermittel in den vergangenen Jahren bei den Krankenhäusern ein Investitionsstau von wenigstens 8 Milliarden DM entstanden sei, für den der Bund mitverantwortlich sei. Auch aus diesem Grund sei es geboten, daß der Bund den Ländern weiterhin zweckgebundene Finanzhilfen gibt, um die Finanzierung der notwendigen Krankenhausinvestitionen einschließlich des Abbaus des Investitionsstaus sicherzustellen und dadurch eine wesentliche Voraussetzung für die Dämpfung der für die Pflegesätze maßgeblichen Betriebskostenentwicklung zu erreichen.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD haben Bedenken gegen folgende Einzelregelungen erhoben:

- In der vorrangigen Betonung der wirtschaftlichen Sicherung der freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser wird ein Abweichen vom Grundsatz der Trägervielfalt gesehen und eine Benachteiligung der öffentlichen Krankenhäuser befürchtet (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 KHG).
- Die Vorkalkulation der Selbstkosten führe nicht zu einer Kostendämpfung, sondern zu einer Kostensteigerung. Die Fraktion der SPD sprach sich für die Beibehaltung des Regierungsentwurfs aus (§ 4 KHG).
- Die Beseitigung einheitlicher Vorgaben für die Krankenhausplanung führe zu einer Zersplitterung und damit zu einer Provinzialisierung des Krankenhauswesens (§ 6 KHG).

— Die Mitwirkung der Krankenkassen bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme sei unzureichend. Erforderlich sei es, Einvernehmen nicht nur anzustreben, sondern herzustellen (§ 7 KHG).

— Die Regelung des § 11 KHG reiche nicht aus, um sicherzustellen, daß ausreichend Plätze für „Ärzte im Praktikum“ zur Verfügung gestellt werden.

— Die Streichung der Empfehlungen der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen als Bemessungskriterium für die Pflegesätze in § 17 Abs. 1 KHG führe eher zu weniger als zu mehr Kostendämpfung. Die „Ersatzlösung“ über die „angemessene“ Berücksichtigung bei den Empfehlungen nach § 19 KHG bleibe hinter dem geltenden Recht zurück.

— Die Regelung zur Besetzung der Schiedsstelle (§ 18 a KHG) gewährleiste keine echte Neutralität des Vorsitzenden im Falle seiner Bestellung durch die zuständige Landesbehörde, zumal die Bestellung eines Landesbeamten nicht ausgeschlossen sei. Durch die Anrechnung eines Vertreters der privaten Krankenversicherungsunternehmen auf die Zahl der Vertreter der sozialen Krankenversicherung werde eine gleichgewichtige Interessenvertretung verhindert. Die Fraktion der SPD sprach sich für die Beibehaltung des Regierungsentwurfs aus.

— Die Zulassung von Investitionsverträgen (§ 18 b KHG) berge in Zusammenhang mit der Aufhebung der Mischfinanzierung und der angespannten Finanzlage der Bundesländer die Gefahr in sich, daß die Länder sich schrittweise zu Lasten der Krankenkassen aus ihrer Finanzierungsverantwortung für die Krankenhausinvestitionen stehlen. Dies werde zusätzlich dadurch begünstigt, daß das Nähere zur Zulässigkeit und zum Inhalt dieser Verträge durch Landesrecht bestimmt werden könne.

Die SPD-Fraktion machte deutlich, daß sie den Regierungsentwurf in weiten Teilen hätte mittragen können.

Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN lehnten den Rückzug des Bundes aus ähnlichen Gründen wie die Mitglieder der Fraktion der SPD ab. Sie sprachen sich darüber hinaus gegen die vorgesehenen Verträge zur Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen aus; solche Maßnahmen seien in dem besonders sensiblen Bereich der Gesundheitsversorgung fragwürdig, weil sie meistens zu Lasten der Qualität der Versorgung gingen. Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN sprachen sich ferner gegen die zur Zeit praktizierte Krankenhausplanung aus, die durch den Gesetzentwurf nicht geändert werde; denn sie schließe die im Krankenhaus Beschäftigten und die Patienten aus und berücksichtige nicht den ambulanten Bereich.

Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN befürworteten demgegenüber eine bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser unter Beibehaltung der finanziellen Beteiligung des Bundes. Sie forderten außerdem

- bundesrechtliche Rahmenrichtlinien für die Qualität der stationären Versorgung, da es länderüberschreitende Aufgaben gebe, die durch das Landesrecht nicht geregelt werden, wie z. B. die Versorgung von Schwerbrandverletzten,
- einen Ausbau der Mitbestimmung der Beschäftigten und Patienten im Gesundheitswesen,
- die Ersetzung des hierarchisch gegliederten Chefarztsystems durch ein Teamarbeitssystem sowie
- die Anerkennung und Praktizierung alternativer Heilmethoden wie z. B. im anthroposophischen Gemeinschaftskrankenhaus in Herdecke.

Zu einer wirklichen Kostendämpfung im Krankenhausbereich gehöre auch eine Reduzierung der Gewinnspanne der Pharmaindustrie und der Großgeräteindustrie im medizinisch-technischen Bereich. Ferner müsse die Verschwendung bei Arzneimitteln beendet werden.

### B. Besonderer Teil

Soweit die Vorschriften des Regierungsentwurfs unverändert übernommen wurden, wird auf die Begründung zum Regierungsentwurf — Drucksache 10/2095 — verwiesen.

#### Zu Artikel 1 Nr. 1 — § 1 KHG (Grundsatz)

Die Einfügung des § 1 Abs. 2 hebt den bisher in § 1 Satz 1 enthaltenen Grundsatz, die Trägervielfalt im Krankenhausbereich zu wahren, deutlicher hervor.

Absatz 2 Satz 2 unterstreicht die besondere Bedeutung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und bürgernahen Krankenhausversorgung. Diese können im Gegensatz zu Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft, insbesondere zu kommunalen Krankenhäusern, in aller Regel nicht auf zusätzliche Betriebs- und Investitionszuschüsse ihrer Träger zurückgreifen. Die Gesetzesänderung soll deshalb vor allem sicherstellen, daß dieser grundsätzlich gegebene strukturelle Wettbewerbsnachteil bei der Durchführung des Gesetzes Berücksichtigung findet. Die Vorschrift betrifft jedoch nicht direkt die zur Kompetenz der Länder gehörende Struktur der Krankenhausversorgung.

Absatz 2 Satz 3 verdeutlicht, daß die Gesamtverantwortung des Krankenhausträgers für Unternehmens- und Betriebsentscheidungen nicht durch Auflagen beeinträchtigt werden darf, die über die Erfordernisse der Krankenhausplanung des Landes und die Anforderungen einer wirtschaftlichen Betriebsführung hinausgehen.

#### Zu Artikel 1 Nr. 2 — § 3 KHG (Anwendungsbereich)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe b der neugefaßten Nummer 12 (bisheriger § 11a KHG).

#### Zu Artikel 1 Nr. 4 — § 4 KHG (Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser)

Satz 1 konkretisiert den Anspruch des Krankenhauses auf wirtschaftliche Sicherung im Rahmen des dualen Finanzierungssystems, wonach auch weiterhin die Investitionskosten durch Fördermittel der öffentlichen Hand und die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten von den Patienten und ihren Kostenträgern über die Pflegesätze zu tragen sind.

Satz 2 hält an dem Kerngedanken des geltenden Selbstkostendeckungsprinzips fest, der positiv ausgedrückt besagt, daß das sparsam wirtschaftende und leistungsfähige Krankenhaus Anspruch auf Deckung seiner Selbstkosten hat (Bundesratsentwurf) und negativ formuliert klarstellt, daß keinem sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhaus zugemutet werden kann, seine Leistungen unter den Gestehungskosten anzubieten und zu erbringen (Regierungsentwurf).

Durch die Einfügung des Attributes „vorauskalkulierte“ vor dem Wort „Selbstkosten“ wird zugleich deutlich gemacht, daß Selbstkosten keine einseitige, vom Krankenhaus vorgegebene Größe sind, sondern daß über die Selbstkosten in ihrer Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Betriebsführung und der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zu verhandeln ist. Damit soll der Erstattungsmentalität entgegen gewirkt werden, die sich darin ausgedrückt hat, daß Krankenhaus könne Kosten verursachen und die Krankenkassen hätten sie als „Selbstkosten“ in jedem Fall zu erstatten. Diese Modifizierung des strikten Selbstkostendeckungsprinzips ist ein notwendiger Ansatz zur Kostendämpfung auch im Krankenhausbereich. Sie ist in der näheren Ausgestaltung des neuen § 17 Abs. 1 KHG auch sachgerecht, da sie dem sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhaus gleichzeitig die Chance einräumt, Gewinne zu erzielen, die es behalten darf.

#### Zu Artikel 1 Nr. 6 — § 6 KHG (Krankenhausplanung und Investitionsprogramme)

Die Änderung faßt die entsprechenden Vorschriften der Gesetzentwürfe der Bundesregierung und des Bundesrates zusammen. Die im Regierungsentwurf vorgesehene Möglichkeit zur Regionalisierung der Planung ist entbehrlich, da die Länder hierzu auch ohne ausdrückliche Ermächtigung im KHG befugt sind.

Ebenso bleibt es künftig dem Landesrecht vorbehalten, bei der Krankenhausplanung die Belange von Forschung und Lehre in den Hochschulkliniken zu wahren.

#### Zu Artikel 1 Nr. 8 — § 7 KHG (Mitwirkung der Beteiligten)

Absatz 1 enthält zwei wesentliche Änderungen gegenüber dem geltenden Recht: Zum einen wird die

„enge Zusammenarbeit“ zwischen Landesbehörden und den an der Krankenhausversorgung im Land Beteiligten generell auf die Durchführung des Gesetzes erstreckt. Zum anderen sind bei Krankenhausplanung und Aufstellung der Investitionsprogramme einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten, in erster Linie also mit den Verbänden der Krankenhausträger sowie der Träger der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung anzustreben.

Mit dieser Erweiterung der Mitwirkungsmöglichkeiten der Beteiligten wird der Tatsache Rechnung getragen, daß allein die gesetzlichen Krankenkassen mit rund 31 Milliarden DM jährlich und die private Krankenversicherung mit rund 5,7 Milliarden DM zusammen über 80 v. H. der Krankenhauskosten zahlen. Auch im Interesse der Kostendämpfung ist es notwendig, daß sie stärker als bisher an der Krankenhausplanung und den Entscheidungen über die Investitionsprogramme beteiligt werden; denn hier werden die von ihnen zu zahlenden Folgekosten vorbestimmt. Aus der Verantwortung für eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhausversorgung der Bevölkerung folgt jedoch, daß die Länder auch weiterhin das Letztentscheidungsrecht in diesen Bereichen behalten. Der Vorbehalt in Absatz 2, daß das Nähere durch Landesrecht bestimmt wird, unterstreicht zusätzlich die Letztverantwortung der Länder. Es wird die Aufgabe der Beteiligten sein, bei der Gestaltung der landesrechtlichen Vorschriften darauf zu achten, daß ein Mitwirkungsverfahren gefunden wird, das der Vorgabe des Bundesrechts — „Einvernehmen anzustreben“ — auch sachlich gerecht wird. „Einvernehmen anzustreben“ ist eine sehr weitgehende Form der Mitwirkung, mehr als bloßes „Anhören“ und mehr als „Benehmen“, ja sogar mehr als „enge Zusammenarbeit“; es ist das ernsthafte und unter Beweis zu stellende Bemühen, sich mit den Beteiligten zu einigen.

#### Zu Artikel 1 Nr. 11 — § 9 KHG (Öffentliche Förderung)

Die bisher in § 4 Abs. 2, §§ 5, 8 Abs. 2 sowie in den §§ 9 bis 13 enthaltenen Fördervorschriften werden als Folge der Auflösung der Mischfinanzierung in einer Vorschrift zusammengefaßt und auf ein Mindestmaß an bundesrechtlichen Vorgaben reduziert.

Zu diesen Mindestanforderungen gehört der in den Absätzen 1 und 2 aufgeführte Katalog eindeutiger Fördertatbestände. Diese sind — wenn auch nur stichwortartig — deswegen weiterhin im KHG zu regeln, weil die öffentliche Förderung einen notwendigen Ausgleich für die durch § 17 Abs. 4 KHG den Krankenhäusern abgeschnittene Möglichkeit darstellt, ihre Investitionskosten über die Pflegesätze zu finanzieren. Der Umfang dieses Ausgleichs ist ergänzend zu § 4 Satz 2 in Absatz 5 bestimmt. Danach sind die Fördermittel so zu bemessen, daß sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken.

Absatz 3 hält an der bisher in § 10 enthaltenen pauschalen Förderung kurzfristiger Anlagegüter und kleiner baulicher Maßnahmen fest, verzichtet aber auf eine bundesweite Festlegung der Höhe der Pauschalen. Diese werden gemäß § 11 künftig durch die Länder festgelegt, wobei für die Höhe der Pauschalen die in Absatz 5 und in § 4 Satz 2 niedergelegten Maßstäbe zu beachten sind. Durch die Bestimmung, daß das Krankenhaus mit den Pauschalbeträgen im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann, soll der Gestaltungsfreiraum des einzelnen Krankenhauses erweitert werden, damit es sich rasch und flexibel an einen veränderten Bedarf anpassen kann. Diese Regelung hat für die Krankenhäuser unter anderem deshalb besondere Bedeutung, weil sie die Wiederbeschaffung medizinisch-technischer Geräte erfaßt. Mit dieser Regelung wird zugleich der Forderung der Länder entsprochen, bundeseinheitliche Vorgaben zur Höhe der Pauschalen zu beseitigen. Die Länder erhalten so die Möglichkeit, die Pauschalen den Land für Land wie regional häufig unterschiedlichen Erfordernissen der jeweiligen Krankenhausplanung anzupassen und inhaltlich so zu gestalten, daß vermehrt Anreize zum Abbau überflüssiger Betten geschaffen werden.

#### Zu Artikel 1 Nr. 12 — § 10 KHG

##### Zu Buchstabe a

Die Streichung des bisherigen § 10 KHG ist eine Folge aus der mit der Auflösung der Mischfinanzierung verbundenen Erweiterung des Gestaltungsfreiraums der Länder. Der Grundsatz der pauschalen Förderung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleiner baulicher Maßnahmen ist in Absatz 3 des neu gefaßten § 9 aufgenommen worden (vgl. Nummer 11).

##### Zu Buchstabe b

Der neue § 10 entspricht dem bisherigen § 11 a, der die Krankenhäuser zur Abstimmung der Anschaffung oder Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte verpflichtet.

Bei der Änderung der Verweisung in Satz 3 handelt es sich um eine rechtstechnische Folgeänderung.

#### Zu Artikel 1 Nr. 13 — § 11 a KHG

Nummer 13 entfällt, da § 11 a nun § 10 wird (s. Nummer 12).

#### Zu Artikel 1 Nr. 14 — § 11 KHG (Landesrechtliche Vorschriften über die Förderung)

Satz 1 enthält die Generalklausel, daß das Nähere zur Förderung künftig allein durch Landesrecht bestimmt wird. Satz 2 übernimmt § 12 Satz 2 Nr. 5 des Regierungsentwurfs. Bei der Übertragung von Ausbildungsaufgaben auf das Krankenhaus ist sicher-

zustellen, daß die Finanzierung der hierdurch entstehenden zusätzlichen Sach- und Personalkosten gewährleistet ist; denn diese Kosten können nicht in die Pflegesätze eingehen, soweit im KHG selbst nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist (vgl. § 17 Abs. 4 a).

**Zu Artikel 1 Nr. 15 — § 13 KHG (Darlehen aus Bundesmitteln)**

Die im Regierungsentwurf vorgesehene gesetzliche Grundlage für den in entsprechender Anwendung des bisherigen § 12 KHG geregelten Erlaß der Lasten aus alten Bundesdarlehen für Krankenhäuser wird als Übergangsvorschrift in den neuen § 30 KHG übernommen (vgl. Nummer 31). Diese Darlehen werden Ende 1984 nur noch einen Restbestand von rund 65 Millionen DM aufweisen. Der jährliche Erlaßbetrag beläuft sich zur Zeit auf 8 bis 9 Millionen DM.

**Zu Artikel 1 Nr. 16 — §§ 12 bis 15 KHG**

Es handelt sich um eine rechtstechnische Folgeänderung aus der Umstellung der Paragraphenfolge.

**Zu Artikel 1 Nr. 17 — § 16 Satz 1 KHG (Verordnungsermächtigungen)**

Bei Erlaß der Bundespflegesatzverordnung soll dem Gedanken eines weitestgehenden betriebswirtschaftlichen Spielraums der Krankenhäuser Rechnung getragen werden.

Bei der Regelung über die Nutzungsentgelte im Sinne der Nummer 3 ist den Belangen des Krankenhauses und der liquidationsberechtigten Ärzte ausgewogen Rechnung zu tragen.

Die Änderung der Nummer 4 stellt klar, daß im Rahmen einer Rechtsverordnung über Pflegesätze — wie bisher — auch Vorschriften über die Berücksichtigung sonstiger Entgelte, etwa Erstattungen des Personals für Verpflegung oder Unterkunft oder Zuschüsse Dritter, getroffen werden können.

Die Änderung der Nummer 5 schränkt die Ermächtigung ein. Bundesrechtlich soll nur noch die Abgrenzung der pflegesatzfähigen von den nicht pflegesatzfähigen Kosten näher geregelt werden können, nicht jedoch die Abgrenzung innerhalb der nicht pflegesatzfähigen Kosten. Letzteres bleibt künftig dem Landesrecht vorbehalten.

**Zu Artikel 1 Nr. 18 — § 17 KHG (Grundsätze für die Pflegesatzregelung)**

Im geänderten Absatz 1 legt Satz 1 entsprechend dem modifizierten Selbstkostendeckungsgrundsatz des § 4 Satz 2 fest, daß Grundlage der Pflegesatzbemessung die vorkalkulierten Selbstkosten sind.

Satz 2 verdeutlicht entsprechend dem Regierungsentwurf den Bezug der Pflegesätze zu den Leistun-

gen und zur Leistungsfähigkeit des Krankenhauses; denn von den Pflegesätzen hängt es ab, ob das Krankenhaus seinen Beitrag zur Versorgung der Patienten leisten kann, soweit dieser Beitrag nicht durch öffentliche Fördermittel sicherzustellen ist.

Satz 3 bestimmt weitere Kriterien, die bei der Bemessung der Pflegesätze zu berücksichtigen sind, um den Maßstab der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses im Einzelfall näher zu bestimmen. Dazu gehören die Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser ebenso wie die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenhäuser und Krankenkassen nach § 19 KHG über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. Durch die Bezugnahme auf § 19 KHG wird klargestellt, daß neben den Empfehlungen über die Veränderung der Gesamtausgaben für Krankenhauspflege auch die Strukturempfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen — nach ihrer Transformation im Wege des § 19 KHG — bei der Bemessung der Pflegesätze des einzelnen Krankenhauses zu berücksichtigen sind.

Diese zusätzlich in § 17 aufgenommenen Kriterien sind sachgerecht, weil „Selbstkosten“ keine einseitige, vom Krankenhaus vorgegebene Größe sind, sondern in ihrem tatsächlichen Verlauf durch inner- und außerbetriebliche Rahmenbedingungen und Vorgaben beeinflußt werden können. Die Neuregelung bewirkt insgesamt, daß auch der Krankenhausbereich unter Berücksichtigung seiner besonderen Finanzierungsstruktur im erforderlichen Umfang in die Empfehlungen der Konzertierte Aktion eingebunden wird. Das bedeutet, daß zwar entsprechend § 405 a Abs. 2 RVO die Konzertierte Aktion auch künftig keine unmittelbar wirkenden Empfehlungen für eine Veränderung einzelner Krankenhauspflegesätze abgeben kann, daß aber gleichwohl die Entwicklung der Kosten- und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser und damit auch die Selbstkosten und die Pflegesätze auf die bei den Krankenkassen verfügbaren Mittel Rücksicht zu nehmen haben.

Satz 4 entspricht Satz 3 des Regierungsentwurfs; der Hinweis, daß die vom Krankenhaus zu vertretenden Verluste insbesondere solche aufgrund unwirtschaftlicher Betriebsführung sind, ist entbehrlich.

Die im Bundesratsentwurf (Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe d) vorgesehene Streichung des Absatzes 4 a Satz 2 unterbleibt, weil sie dem Ziel der Kostendämpfung im Krankenhausbereich entgegensteht. Durch die Streichung dieses Satzes würden Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung (Unterrichtskosten) an den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten in Höhe von derzeit etwa 210 Millionen DM jährlich auf Dauer die Pflegesätze belasten. Es ist dagegen notwendig, wie in Satz 2 vorgesehen, die Pflegesätze der Krankenhäuser spätestens ab 1. Januar 1989 von diesen Kosten zu entlasten.

Die in Nummer 17 Buchstabe c des Regierungsentwurfs vorgesehene Anfügung eines Absatzes 6 über

die generelle Befugnis der Pflegesatzparteien, von der Bundespflegesatzverordnung abweichende Entgeltformen zu vereinbaren, ist hier entbehrlich. Soweit Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung zur Disposition der Pflegesatzparteien gestellt werden sollen, kann eine solche Regelung in der Bundespflegesatzverordnung getroffen werden.

**Zu Artikel 1 Nr. 19 — § 18 KHG (Pflegesatzverfahren)**

Die Vorschrift enthält folgende Änderungen:

Für die Festlegung der Pflegesätze gilt zwar grundsätzlich das Vereinbarungsprinzip (Absatz 1 Satz 1). Die Pflegesätze werden jedoch nicht bereits mit dem Abschluß der Pflegesatzvereinbarung für alle Benutzer unmittelbar verbindlich, sondern erst durch die Genehmigung der zuständigen Landesbehörde; das gleiche gilt für die Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle (Absatz 5 Satz 1). Die Befugnis der Landesbehörde beinhaltet in beiden Fällen eine Prüfung der Rechtmäßigkeit. Hierbei kommt der Vorgabe, daß die Pflegesätze nur für künftige Zeiträume festgelegt werden sollen, besondere Bedeutung zu. Bei vorheriger Vereinbarung oder Festsetzung ist es möglich, die tatsächliche Entwicklung der Selbstkosten, die keine im voraus feststehende Größe sind, zumindest teilweise im Sinne gemeinsamer Zielvorgaben der Vertragsparteien und des Erfordernisses wirtschaftlicher Leistungserbringung sowie der Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu beeinflussen.

Da die Pflegesätze erst durch die Genehmigung wirksam werden, sind Klagen nicht gegen die Schiedsstelle, sondern gegen die Landesbehörde zu richten. Dem Grundsatz der Festlegung der Pflegesätze durch die Beteiligten entspricht es, daß Klagen nur gegen die Genehmigung der Landesbehörde zulässig sind (Absatz 5 Satz 2). Lehnt die Behörde die Genehmigung ab, so haben die Pflegesatzparteien erneut zu verhandeln und bei Nichteinigung die Schiedsstelle anzurufen. Das gilt auch, wenn eine Pflegesatzfestsetzung der Schiedsstelle nicht genehmigt wird.

Diese Regelung trägt einerseits dem Grundsatz der Selbstverwaltung der Krankenhäuser und Krankenkassen im Pflegesatzverfahren Rechnung, anerkennt andererseits aber auch die Verantwortung der Länder für die Rechtmäßigkeit der Pflegesatzfestlegung.

**Zu Artikel 1 Nr. 20 — § 18a KHG (Schiedsstelle)**

Die Zusammensetzung der Schiedsstelle wird nach Absatz 2 wie folgt verändert: Der Vorsitz wird einem neutralen Vorsitzenden übertragen.

Absatz 3 präzisiert, daß die Mitglieder der Schiedsstelle in Ausübung dieses Ehrenamtes an Weisungen nicht gebunden sind, und sieht vor, daß die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag gibt, wenn keine Mehrheit zustande kommt.

Absatz 4 bestimmt, daß die Rechtsverordnung über Einzelheiten der Schiedsstelle von den Landesregierungen erlassen wird und diese die Ermächtigung auf oberste Landesbehörden übertragen können.

**Zu Artikel 1 Nr. 21 — § 18b KHG (Investitionsverträge)**

Die Änderung übernimmt den Vorschlag der Bundesregierung mit der Ergänzung, daß zum Abschluß eines Investitionsvertrages auch die Zustimmung des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung erforderlich ist (Absatz 1). Ebenfalls erforderlich ist jetzt die Zustimmung der zuständigen Landesbehörde (Absatz 2). Näheres zur Zulässigkeit und zum Inhalt von Investitionsverträgen kann statt durch Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung nunmehr durch Landesrecht bestimmt werden (Absatz 3).

Der Ausschuß geht davon aus, daß die Länder den Vertragsparteien den gebotenen Spielraum zu eigenständigen Entscheidungen belassen.

**Zu Artikel 1 Nr. 22 — § 19 KHG (Empfehlungen)**

*Zu Buchstabe a*

In Absatz 1 des Regierungsentwurfs wird ein neuer Satz 2 eingefügt, durch den eine angemessene Berücksichtigung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen bei Erstellung der Maßstäbe und Grundsätze sichergestellt werden soll. Hierdurch wird unterstrichen, daß auch der Krankenhausbereich in die Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen und der Beitragsstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden ist. Auf diese Weise werden sowohl die Empfehlungen zur Veränderung der Gesamtausgaben für Krankenhauspflege als auch die Strukturempfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen bei der Bemessung der Pflegesätze des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt.

*Zu Buchstabe b*

Absatz 2 des geltenden Rechts soll erhalten bleiben. Es erscheint sinnvoll, bei Nichteinigung der Spitzenverbände über die Empfehlungen die erforderlichen Maßstäbe und Grundsätze durch eine Rechtsverordnung zu bestimmen, anstatt eine Schiedsstelle tätig werden zu lassen.

**Zu Artikel 1 Nr. 23 — § 19a KHG (Beirat für Pflegesatzfragen)**

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann auch ohne ausdrückliche Ermächtigung im KHG einen Beirat für Pflegesatzfragen berufen. Deshalb ist eine spezielle Regelung im Gesetz entbehrlich.

**Zu Artikel 1 Nr. 29 — § 28 KHG (Auskunftspflicht und Statistik)**

Die im geltenden § 28 vorgesehenen Ermächtigungsgrundlagen sind im Interesse der weiteren Verfügbarkeit unverzichtbarer statistischer Daten beizubehalten, werden jedoch an die übrigen Änderungen des KHG angepaßt; der Rahmen der Auskunftspflicht wird auf den Pflegesatzbereich beschränkt.

**Zu Artikel 1 Nr. 30 — § 29 KHG (Übergangsvorschriften)**

Absatz 1 faßt die entsprechenden Vorschriften des Regierungs- und Bundesratsentwurfs zusammen.

Absatz 3, der eine Übergangsvorschrift für medizinisch-technische Geräte enthält, ist aus dem Bundesratsentwurf übernommen. Absatz 5 enthält eine notwendige Übergangsvorschrift für die nach altem Pflegesatzrecht festgesetzten Pflegesätze.

**Zu Artikel 1 Nr. 31 — § 30 KHG**

Die in § 13 KHG des Regierungsentwurfs vorgesehene Regelung zum Erlaß alter Bundesdarlehen für Krankenhäuser wird als Übergangsvorschrift übernommen (vgl. Nummer 15). Satz 2 ist eine redaktionelle Folgeänderung; die entsprechende Geltung für Ausbildungsstätten war durch § 8 Abs. 3 KHG des Regierungsentwurfs geregelt (vgl. Nummer 10).

**Zu Artikel 2 — (Ablösung der Mischfinanzierung)**

Artikel 2 entspricht dem Regierungsentwurf und im Inhalt auch dem Bundesratsentwurf. Der Ausschuß erwartet, daß die vom Bund zum Ausgleich gezahl-

ten 972 Millionen DM von den Ländern zur Investitionsförderung der Krankenhäuser eingesetzt werden.

**Zu Artikel 3 Nr. 01 — § 184 RVO**

Aus Rücksichtnahme auf die religiösen Bedürfnisse der Versicherten soll ihnen auch die Wahl eines weiter entfernt liegenden Krankenhauses gestattet werden.

**Zu Artikel 3 Nr. 1 — § 371 RVO**

Die vorgesehene Änderung des § 371 RVO entfällt. Die Änderung des § 371 RVO erscheint im Hinblick auf die Stärkung der Mitwirkungsrechte der Beteiligten in § 7 KHG entbehrlich.

**Zu Artikel 3 Nr. 2 — § 372 RVO**

Es handelt sich um eine rechtstechnische Folgeänderung zur Streichung der Nummer 1 (§ 371 RVO).

**Zu Artikel 3 Nr. 5 — § 405 a RVO**

Da das Selbstkostendeckungsprinzip grundsätzlich beibehalten wird (vgl. §§ 4 und 17 Abs. 1 KHG), ist die Änderung des § 405 a RVO entbehrlich geworden.

**Zu Artikel 6 — Inkrafttreten**

Die Änderung regelt in Absatz 3 entsprechend dem Bundesratsentwurf das Außerkrafttreten der Beiratsverordnung und der Abgrenzungsverordnung. Absatz 4 enthält entsprechend dem Bundesratsentwurf eine notwendige Klarstellung, die für alle Vorschriften des Artikels 6 gilt.

Bonn, den 5. Dezember 1984

**Dr. Becker (Frankfurt)**

Berichterstatter

