Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
Staats-archiv Bremen
BREMISCHE BÜRGERSCHAFT

Kooperationsprojekt - Digitalisierung Drucksachen der Bremischen Bürgerschaft

Drucksache / Bremische Bürgerschaft, Landtag 11. Wahlperiode, 1983-84

09.06.1987 - Drucksache 11/967

Staats-und Universitätsbibliothek Bremen - Digitale Sammlungen

Visual Library

BREMISCHE BÜRGERSCHAFT
Landtag
11. Wahlperiode

Drucksache 11 / 967
09. 06. 87

Mitteilung des Senats vom 9. Juni 1987

Entwurf des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Mit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) wurde das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) des Bundes novelliert. Hiernach beschränkt sich der Bundesgesetzgeber auf die Vorgabe von Rahmenregelungen bei der Krankenhausplanung und der Investitionsförderung. Das Bremische Krankenhausfinanzierungsgesetz (BremKHG), das hiermit im Entwurf vorgelegt wird, regelt für das Land Bremen als Ausführungsgesetz das Nähere zur Ausfüllung der bundesrechtlichen Rahmenvorschriften.

Der Senat geht davon aus, daß die Krankenkassen im Rahmen ihrer rechtlichen Verpflichtungen nach der Bundespflegesatzverordnung und nach der RVO die Sozialdienste im Krankenhaus voll tragen werden, weil diese Krankenhausleistungen grundsätzlich pflegesatzfähig sind.

Die Deputation für Gesundheit hat dem Gesetzentwurf in ihrer Sitzung am 27. Mai 1987 zugestimmt.

Die Stellungnahme der Finanzdeputation, die den Gesetzentwurf noch nicht behandelt hat, wird der Senat unverzüglich nachreichen.

Der Senat bittet die Bürgerschaft (Landtag), das Bremische Krankenhausfinanzierungsgesetz gemäß Artikel 99 der Landesverfassung dringlich zu behandeln und es in erster und zweiter Lesung in der Juni-Sitzung zu beschließen, damit es zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Kraft treten, ausgefertigt und im Bremischen Gesetzblatt verkündet werden kann.

Bremisches Krankenhausfinanzierungsgesetz (BremKHG)

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

§ 1 Grundsatz

§ 2 Geltungsbereich

§ 3 Sicherstellung der Krankenhausversorgung

§ 4 Krankenhausleistungen für den Patienten

Zweiter Abschnitt

Krankenhausplan

§ 5 Ziel und Inhalt des Krankenhausplans

§ 6 Aufnahme in den Krankenhausplan

§ 7 Mitwirkung der Beteiligten

Dritter Abschnitt

Krankenhausförderung

§ 8 Allgemeine Förderungsbestimmungen

§ 9 Investitionsprogramme

§ 10 Einzelförderung von Investitionen

§ 11 Pauschale Förderung

§ 12 Nutzung von Anlagegütern

§ 13 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

§ 14 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen

§ 15 Ausgleich für Eigenmittel

§ 16 Ausgleichszahlung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben

§ 17 Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen

§ 18 Widerruf von Bescheiden, Erstattung und Verzinsung

§ 19 Verwendungsnachweis

§ 20 Investitionsverträge

Vierter Abschnitt

Schlußvorschriften

§ 21 Übergangsvorschriften

§ 22 Inkrafttreten

Erster Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Grundsatz

Zweck des Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser in der Freien Hansestadt Bremen, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

§ 2

Geltungsbereich

Dieses Gesetz gilt für die Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert werden, soweit nicht in den nachstehenden Vorschriften etwas anderes bestimmt wird.

§ 3

Sicherstellung der Krankenhausversorgung

(1) Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe.

(2) Das Land stellt den Krankenhausplan und die Investitionsprogramme auf und genehmigt die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze.

(3) Krankenhäuser können von kommunalen, frei gemeinnützigen oder privaten Trägern betrieben werden. Die Stadtgemeinden sind verpflichtet, sicherzustellen, daß die nach dem Krankenhausplan bedarfsgerechten Krankenhäuser errichtet und betrieben werden.

(4) Zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung werden die bedarfsnotwendigen Fördermittel gemeinsam vom Land und den Stadtgemeinden im Rahmen der mittelfristigen Finanzplanung und der jährlichen Haushaltspläne bereitgestellt. Für die jeweils geförderten Betten bringen die beiden Stadtgemeinden jeweils ein Drittel der Fördermittel auf.

§ 4

Krankenhausleistungen für den Patienten

(1) Patientinnen und Patienten, die stationäre Leistungen benötigen, haben Anspruch auf Aufnahme in ein Krankenhaus. Sie sind unter Berücksichtigung der

Leistungsfähigkeit des Krankenhauses nach Art und Schwere der Krankheit medizinisch zweckmäßig und ausreichend zu versorgen.

(2) Krankenhausleistungen sind insbesondere ärztliche Leistungen, Pflege, Versorgung mit Arzneimitteln, Unterkunft und Verpflegung.

(3) Das Krankenhaus darf unter Beachtung der Voraussetzungen der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung) Wahlleistungen erbringen.

(4) Privatstationen werden nicht mehr errichtet und betrieben.

Zweiter Abschnitt

Krankenhausplan

§ 5

Ziele und Inhalt des Krankenhausplans

(1) Zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele wird vom Senator für Gesundheit und Sport für das Land ein Krankenhausplan aufgestellt und bei Abweichung der tatsächlichen Entwicklung von der zugrunde gelegten Bedarfsentwicklung fortgeschrieben. Er kann auch teilweise angepaßt werden.

(2) Der Krankenhausplan enthält Grundsätze der Krankenhausplanung und weist den Bestand der bedarfsgerechten Krankenhäuser sowie den aktuellen Bedarf insbesondere nach Zahl der Planbetten je Disziplin, medizinischen Schwerpunkten entsprechend der Arbeitsteiligen Koordinierung, Standorten und Trägerschaft (Bedarfsanalyse) aus. Auf dieser Grundlage weist er die Prognose der erwarteten Entwicklung der einzelnen Disziplinen (Bedarfsprognose) aus und legt die für den Planungszeitraum vorgesehenen Anpassungsmaßnahmen fest.

(3) Der Krankenhausplan enthält auch die Fachpläne über die Großgeräte gemäß § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und über die Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(4) Der Krankenhausplan wird vom Senat beschlossen und in seinen wesentlichen Teilen im Amtsblatt veröffentlicht.

(5) Für Zwecke der Krankenhausplanung haben alle Krankenhäuser im Lande Bremen, auch soweit sie nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind, dem Senator für Gesundheit und Sport jährlich eine Statistik mit den erforderlichen Daten, insbesondere über Betten, Aufnahmen, Entlassungen und Pflegetage differenziert nach Alter und Wohnort der Patienten und nach Disziplinen, vorzulegen. Die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser haben diese Statistik halbjährlich, auf Anforderung vierteljährlich vorzulegen. Der Senator für Gesundheit und Sport wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über Inhalt und Umfang dieser Statistik sowie die Vorlagetermine zu regeln.

§ 6

Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan und seine Einzelfestsetzungen werden durch schriftlichen Bescheid festgestellt. Entsprechendes gilt für Krankenhäuser, die die Aufnahme beantragt haben, aber nicht aufgenommen worden sind, und für Krankenhäuser, die bei einer Fortschreibung aus dem Krankenhausplan ausscheiden. Der Bescheid kann Nebenbestimmungen enthalten, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich ist.

(2) Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist Voraussetzung für die Förderung nach dem Dritten Abschnitt.

(3) Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan sind neben der Erfüllung des Zieles gemäß § 1 die Sicherstellung insbesondere

1. der dauerhaften Vorhaltung der nach Disziplinen ausgewiesenen Betten,
2. der Vorhaltung der in der Arbeitsteiligen Koordinierung festgelegten Schwerpunkte,
3. der durchgehenden ärztlichen und pflegerischen Versorgung in den vorzuhaltenden Disziplinen,
4. einer Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft.

(4) Wird ein in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus von einem anderen Träger übernommen, so tritt dieser in die Rechte und Pflichten des bisherigen Trägers nach diesem Gesetz ein. Dieses gilt vorbehaltlich einer Prüfung durch den Senator für Gesundheit und Sport.

§ 7

Mitwirkung der Beteiligten

(1) Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme hat der Senator für Gesundheit und Sport Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. Unmittelbar Beteiligte sind die Landesverbände der Krankenkassen, der Landesausschuß der privaten Krankenversicherung, die Landeskrankenhausgesellschaft sowie die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven.

(2) Mit den an der Krankenhausversorgung Beteiligten ist bei der Durchführung dieses Gesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eng zusammenzuarbeiten. Das betroffene Krankenhaus ist anzuhören. Beteiligte sind neben den unmittelbar Beteiligten gemäß Absatz 1 die Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer.

Dritter Abschnitt

Krankenhausförderung

§ 8

Allgemeine Förderungsbestimmungen

(1) Krankenhäuser, deren Aufnahme in den Krankenhausplan festgestellt ist, werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts öffentlich gefördert; hierüber ergeht ein schriftlicher Bescheid des Senators für Gesundheit und Sport.

(2) Die Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so zu bemessen, daß sie die förderfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken.

(3) Die Förderung wird in Form von Zuschüssen gewährt. Sie kann auch durch Übernahme des Schuldendienstes für Darlehen (Verzinsung, Tilgung und Verwaltungskosten) oder im Ausnahmefall als Ausgleich für Kapitalkosten nach § 2 Nr. 3 Buchstabe d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgenommen werden, soweit mit vorheriger Zustimmung des Senators für Gesundheit und Sport zur Finanzierung von förderfähigen Investitionen Darlehen aufgenommen worden sind oder der Krankenhausträger Eigenmittel eingesetzt hat.

(4) Krankenhausträger, die Fördermittel nach diesem Gesetz beantragen, sind zur Auskunft über alle Umstände verpflichtet, deren Kenntnis zur Feststellung der Förderungsvoraussetzungen notwendig ist. Förderungsanträge und die für die Antragsprüfung erforderlichen Unterlagen sind zu den vom Senator für Gesundheit und Sport festgelegten Terminen vorzulegen.

(5) Der Senator für Gesundheit und Sport wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zum Verfahren der Antragstellung und der Bescheiderteilung und zur Abwicklung der Förderung sowie zu den festzulegenden Terminen zu regeln.

§ 9

Investitionsprogramme

(1) Zur Verwirklichung der Ziele des Krankenhausplans werden vom Senator für Gesundheit und Sport im Rahmen der mittelfristigen Finanzplanung ein mehrjähriges Investitionsprogramm und für das Haushaltsjahr ein Krankenhausbauprogramm aufgestellt.

(2) Im mehrjährigen Investitionsprogramm werden im Rahmen der mittelfristigen Finanzplanung die von den Krankenhäusern beantragten und vom Senator für Gesundheit und Sport als grundsätzlich bedarfsnotwendig anerkannten Investitionen und der voraussichtliche Fördermittelbedarf nach §§ 10 und 12 ausgewiesen. Die Bedarfsnotwendigkeit, die Dringlichkeit und die voraussichtlichen Kosten sind von den Krankenhäusern näher zu begründen. Das Investitionsprogramm enthält ferner den Bedarf der pauschalen Fördermittel nach § 11. Das Investitionsprogramm wird jährlich überprüft und fortgeschrieben. Mit der Aufnahme in das mehr-

jährige Investitionsprogramm entsteht kein Anspruch auf die Durchführung der Investition zu einem bestimmten Zeitpunkt.

(3) Im Krankenhausbauprogramm werden die bedarfsnotwendigen Fördermittel für Investitionen der Krankenhäuser nach §§ 10 und 12 ausgewiesen. In das Krankenhausbauprogramm werden nur Investitionen aufgenommen, die bereits vorher im Investitionsprogramm ausgewiesen waren und für die insbesondere eine Kostenberechnung vorliegt. Ohne vorherige Aufnahme in das mehrjährige Investitionsprogramm können Investitionen ausnahmsweise nur dann in das Krankenhausbauprogramm aufgenommen werden, wenn ohne sie die Wahrnehmung der durch den Krankenhausplan zugewiesenen Aufgaben gefährdet wäre. Das Krankenhausbauprogramm enthält auch die Gesamtbeträge der pauschalen Fördermittel nach § 11.

§ 10

Einzelförderung von Investitionen

(1) Auf Antrag werden Fördermittel bewilligt für

1. die Errichtung (Umbau einschließlich Sanierung, Erweiterungsbau, Neubau) von Krankenhäusern einschließlich der Erstausstattung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
2. die Erst-, Ergänzungs- und Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
3. die Ergänzung von kurzfristigen Anlagegütern nach § 11 Abs. 1 Nr. 1, soweit diese über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht,
4. die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung und Wiederherstellung eines Anlagegutes, ausgenommen eines Gebrauchsgutes, wenn es in seiner Substanz wesentlich vermehrt, in seinem Wesen erheblich verändert oder über seinen bisherigen Zustand hinaus deutlich verbessert wird oder seine Nutzungsdauer dadurch wesentlich verlängert wird.

Bei Errichtungsmaßnahmen sind vorhandene Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens zu übernehmen, soweit dies medizinisch vertretbar und wirtschaftlich geboten ist.

(2) Voraussetzung für die Förderung von Investitionen nach Absatz 1 ist deren Aufnahme in das Krankenhausbauprogramm.

(3) Fördermittel können nur nachbewilligt werden, soweit die Mehrkosten für den Krankenhausträger unvorhersehbar waren und unabweisbar sind und diese dem Senator für Gesundheit und Sport unverzüglich nach Bekanntwerden nachgewiesen werden.

(4) Mit Zustimmung des Krankenhausträgers kann die Förderung als Festbetrag bewilligt werden.

(5) Nicht gefördert werden Investitionen, die vor der Aufnahme in den Krankenhausplan durchgeführt wurden, der Erwerb oder die Anmietung bereits in den Krankenhausplan aufgenommener Krankenhäuser und die nicht bewilligte Vorfinanzierung von Investitionen.

(6) Der Senator für Gesundheit und Sport wird ermächtigt, durch Richtlinien zu regeln, in welchen Fällen und inwieweit eine Ergänzung von kurzfristigen Anlagegütern über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht.

§ 11

Pauschale Förderung

(1) Durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschalen) werden gefördert

1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu fünfzehn Jahren (kurzfristige Anlagegüter),
2. die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer entsprechend Nummer 1,

3. sonstige nach § 10 förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben 70 000,— DM einschließlich Mehrwertsteuer nicht übersteigen. Im Ausnahmefall kann auf Antrag ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Krankenhausplan notwendig oder ausreichend ist.

(2) Die Fördermittel dürfen nur zur Erfüllung der im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses verwendet werden. Die Auszahlung der Fördermittel erfolgt in monatlichen Teilbeträgen.

(3) Die Fördermittel betragen jährlich für jedes nach § 6 Abs. 1 als förderfähig aufgenommene Krankenhausbett bei Krankenhäusern

1. bis zu 350 Betten	3000,— DM
2. mit 351 bis 650 Betten	3600,— DM
3. mit mehr als 650 Betten	4150,— DM.

(4) Abweichend vom Absatz 3 kann im Ausnahmefall ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Krankenhausplan notwendig oder ausreichend ist.

(5) Erhält ein Krankenhausträger Fördermittel für mehrere Krankenhäuser, so kann er mit Zustimmung des Senators für Gesundheit und Sport die Mittel abweichend von der Regelung nach Absatz 3 den Krankenhäusern zuweisen, soweit deren Leistungsfähigkeit dadurch nicht gefährdet wird.

(6) Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderte Ausbildungsstätten betreiben, erhalten zur Förderung der für diese Ausbildungsstätten notwendigen Investitionen nach Absatz 1 einen Zuschlag zur Jahrespauschale von 100,— DM für jeden förderfähigen Ausbildungsplatz.

(7) Wird ein Krankenhaus durch Verringerung der Planbettenzahl in eine niedrigere Anforderungsstufe zurückgestuft, so bleibt für die Laufzeit von zwei Jahren die vorherige Einstufung für den Pauschalbetrag maßgebend.

(8) Zinserträge aus noch nicht zweckentsprechend verwendeten Pauschalmitteln sowie Erträge aus Veräußerungen geförderter kurzfristiger Anlagegüter sind den Pauschalmitteln zuzuführen und deren Zwecken entsprechend zu verwenden.

(9) Der Senat setzt durch Rechtsverordnung in Abständen von zwei Jahren die Wertgrenze nach Absatz 1 Nr. 3, die Pauschalbeträge nach Absatz 3 und deren Zuschlag für geförderte Ausbildungsstätten nach Absatz 6 entsprechend der durchschnittlichen Kostenentwicklung der Investitionen nach Absatz 1 neu fest. Pauschalbeträge, die gemäß Absatz 7 gewährt werden, werden nicht entsprechend der Kostenentwicklung angepaßt.

(10) Der Senat regelt durch Rechtsverordnung

1. die nähere Abgrenzung der kurzfristigen Anlagegüter,

2. anstelle der Anforderungsstufen nach Absatz 3 andere sachgerechte Grundlagen für die Bemessung der Pauschalen zu bestimmen.

§ 12

Nutzung von Anlagegütern

(1) Anstelle der Förderung nach § 10 können auf Antrag Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern bewilligt werden, wenn hierdurch eine wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist und der Senator für Gesundheit und Sport vor Abschluß der Nutzungsvereinbarung zugestimmt hat. Wird ein Krankenhaus erstmals in den Krankenhausplan aufgenommen und besteht bereits ein Nutzungsverhältnis, so muß zum Zeitpunkt der Aufnahme der Antrag auf Förderung nach Satz 1 vorliegen.

(2) Die pauschal gewährten Fördermittel dürfen auch zur Nutzung von Anlagegütern nach § 11 Abs. 1 verwendet werden.

§ 13

Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

(1) Auf Antrag werden gefördert

1. Anlaufkosten,

2. Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen,

3. Kosten von Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken,

soweit ohne Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebes gefährdet wäre. Es sind nur die Kosten zu berücksichtigen, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit entsprechen. Das Krankenhaus hat die zur Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen erforderlichen Angaben zu machen.

(2) Eine Betriebsgefährdung im Sinne des Absatz 1 liegt nur vor, wenn die genannten Kosten in zumutbarer Weise weder aus Rücklagen noch aus dem Vermögen des Krankenhauses finanziert werden können und wenn deshalb eine ausreichende Versorgung der Patienten im Rahmen der Aufgabenstellung des Krankenhauses beeinträchtigt würde.

(3) Beabsichtigt das Krankenhaus in Verbindung mit einer Investition nach § 10, eine Förderung nach Absatz 1 Nrn. 1 und 2 zu beantragen, so hat es den Senator für Gesundheit und Sport bei der Antragstellung auf Bewilligung der Fördermittel nach § 10 über diese Absicht zu unterrichten.

§ 14

Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen

(1) Hat ein Krankenhausträger vor Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für vor diesem Zeitpunkt entstandene förderfähigen Investitionen Darlehensmittel eingesetzt, so werden auf Antrag die von diesem Zeitpunkt an entstehenden Schuldendienstlasten gefördert.

(2) Darlehen, die zur Ablösung von Eigenkapital des Krankenhausträgers aufgenommen worden sind, können nicht berücksichtigt werden, wenn die Ablösung im Hinblick auf eine erwartete Förderung der Schuldendienstlasten erfolgt ist oder sonst nicht dringend geboten war. Entsprechendes gilt für erhöhte Lasten aus einer Umschuldung.

(3) Vor der Umschuldung eines Investitionsdarlehens ist dem Senator für Gesundheit und Sport die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme zu begründen.

(4) Überschreiten die Abschreibungen der Investitionen nach Absatz 1 während der Förderzeit die geförderten Tilgungsbeträge, so sind dem Krankenhausträger bei Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan Fördermittel in Höhe des Unterschiedsbetrages zu bewilligen; sind die Abschreibungen niedriger als die Tilgungsbeträge, so muß der Krankenhausträger den Unterschiedsbetrag zurückzahlen.

§ 15

Ausgleich für Eigenmittel

(1) Waren in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschaffte, der Abnutzung unterliegende Anlagegüter vorhanden gewesen, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen war, so wird dem Krankenhausträger bei ganzem oder teilweisem Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan auf Antrag ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung gewährt. Eigenmittel im Sinne von Satz 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbarem Vermögen des Krankenhausträgers.

(2) Für die Berechnung des Ausgleichsanspruchs sind der Buchwert des Anlagegutes bei Beginn der Förderung und die restliche Nutzungsdauer während der Zeit der Förderung zugrunde zu legen.

(3) Ein Ausgleichsanspruch entfällt, soweit eine Ersatzinvestition gefördert wurde, deren Buchwert bei Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan dem nach Absatz 2 berechneten Ausgleichsbetrag entspricht.

(4) Der Antragsteller ist verpflichtet, die für die Beurteilung eines Ausgleichs notwendigen Angaben zu machen und zu belegen.

§ 16

Ausgleichszahlung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben

(1) Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausplan ausscheiden, erhalten auf Antrag Ausgleichszahlungen, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.

(2) Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhausträgers auch pauschal geleistet werden.

§ 17

Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen

(1) Fördermittel dürfen nur entsprechend dem im Bescheid festgelegten Förderzweck verwendet werden.

(2) Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit sie zur Verwirklichung des Gesetzeszweckes, insbesondere zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplanes und der Sicherstellung einer sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel erforderlich sind. Der Bewilligungsbescheid für Mittel nach § 16 kann außerdem Nebenbestimmungen enthalten, die Näheres zur Umstellung oder Einstellung des Betriebes festlegen.

(3) Der Senator für Gesundheit und Sport kann vom Krankenhausträger verlangen, daß er für einen möglichen Erstattungsanspruch vor Auszahlung oder Übertragung der Fördermittel in geeigneter Weise, in der Regel durch Bestellung von Grundpfandrechten, Sicherheit leistet. Die notwendigen Kosten der Absicherung werden in die Förderung einbezogen.

§ 18

Widerruf von Bescheiden, Erstattung und Verzinsung

(1) Für den Widerruf eines Bescheides über die Gewährung von Fördermitteln gilt § 44a Abs. 1 der Landeshaushaltsordnung entsprechend. Eine nicht zweckentsprechende Verwendung liegt auch dann vor, wenn nach der Gewährung von Fördermitteln nach § 16 die Umstellung auf andere Aufgaben oder die Einstellung des Krankenhausbetriebes nicht erfolgt.

(2) Bewilligungsbescheide sind zu widerrufen, wenn und soweit das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Krankenhausplan nicht erfüllt. Im übrigen gelten die allgemeinen Regelungen über den Widerruf und die Rücknahme von Verwaltungsakten.

(3) Die Rückerstattung von Fördermitteln und die Verzinsung des Erstattungsanspruchs erfolgen entsprechend § 44a Abs. 2 und 3 der Landeshaushaltsordnung. Von einer Rückerstattung kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem Senator für Gesundheit und Sport aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(4) Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter beschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel auf den Restbuchwert der jeweils geförderten Anlagegüter. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn dem Krankenhaus aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung seiner Aufgaben unmöglich wird.

(5) Erstattungsansprüche können mit Förderleistungen nach diesem Gesetz verrechnet werden.

§ 19

Verwendungsnachweis

(1) Die geförderten Krankenhäuser haben dem Senator für Gesundheit und Sport jährlich einen Verwendungsnachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel vorzulegen.

(2) Die Verwendung der Fördermittel, die nach §§ 10, 13, 15 und 16 dieses Gesetzes auf Antrag einzeln bewilligt worden sind, ist nach Kosten und Leistungen

für jede Investitionsmaßnahme einzeln nachzuweisen. Soweit sich die Förderung eines Projektes über mehrere Kalenderjahre erstreckt, ist im Verwendungsnachweis jährlich ein Zwischenbericht entsprechend Satz 1 zu geben.

(3) Die Verwendung der Fördermittel nach §§ 11, 12 und 14 dieses Gesetzes sind nach Verwendungsarten gegliedert insgesamt nachzuweisen.

(4) Der Senator für Gesundheit und Sport oder eine von ihm beauftragte Stelle kann jederzeit die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel prüfen. Die Prüfungsrechte des Rechnungshofes der Freien Hansestadt Bremen und des Rechnungsprüfungsamtes der Stadt Bremerhaven bleiben unberührt.

(5) Soweit es die Überprüfung erfordert, sind die Prüfungsberechtigten nach Absatz 4 befugt, Grundstücke, Räume und Einrichtungen des Krankenhauses zu betreten, dort Besichtigungen und Prüfungen vorzunehmen sowie in die geschäftlichen Unterlagen des Krankenhauses Einblick zu nehmen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

§ 20

Investitionsverträge

Investitionsverträge nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bedürfen der Zustimmung des Senators für Gesundheit und Sport. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn Verträge den Zielen der Krankenhausplanung und den Investitionsprogrammen widersprechen oder die Finanzierung nicht gewährleistet ist.

Vierter Abschnitt

Schlußvorschriften

§ 21

Übergangsvorschriften

(1) Der Krankenhausplan und das Krankenhausbauprogramm gelten in der bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Fassung bis zu deren Neuerstellung oder Fortschreibung nach diesem Gesetz weiter.

(2) Für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern sind die Regelungen der Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2355) sinngemäß anzuwenden, solange und soweit eine spezifische landesrechtliche Regelung nicht erlassen wurde.

§ 22

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft.

Begründung zum Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetz

I. Allgemeines

1. Rahmenbedingungen, Grundsätze und Ziele des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes

1.1 Rahmenbedingungen

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) des Bundes vom 29. Juni 1972 (BGBl. S. 1009) hatte bis zur Novellierung durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) verbindlich die Krankenhausfinanzierung für alle Bundesländer geregelt. Erst durch die Novellierung des KHG im Rahmen des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes (KHNG) entstand die Notwendigkeit für das Land Bremen wie für alle anderen Bundesländer, landesrechtliche Krankenhausfinanzierungsregelungen im Rahmen der bundesgesetzlichen Vorgaben zu erlassen. Das KHG in der neuen, novellierten Fassung des KHNG vom 20. Dezember 1984 hat durch die Aufgabe der Mischfinanzierung von Bund und Ländern auch den Gestaltungsspielraum der Länder für krankenhausfinanzierungsrechtliche Regelungen erweitert. Bundesrechtliche Regelungen über die Krankenhaus- und Investitionsplanung sowie über die Investitionsförderung sind in dem KHG im wesentlichen

auf Grundsätze beschränkt. Die Länder sind aufgefordert, das Nähere zur Ausfüllung der bundesrechtlichen Rahmenbedingungen landesrechtlich zu regeln. Mit dem neuen Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetz wird dieser Auftrag erfüllt.

1.2 Grundsätze der bundesrechtlichen Regelungen

Das KHG hält grundsätzlich am dualen Finanzierungssystem fest, d. h. wie bisher gilt unverändert eine getrennte Finanzierung der bedarfsnotwendigen Krankenhausinvestitionen (Vorhaltekosten) durch die öffentliche Hand und die Finanzierung der laufenden Kosten (Betriebs- und Behandlungskosten) durch die Sozialleistungsträger über die Pflegesätze bzw. genauer über das zu vereinbarende Budget.

Gültig ist damit weiterhin der Grundsatz, daß die öffentlichen Fördermittel und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen nach Maßgabe des Bundes- und des Landesrechts die vorauskalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses voll decken müssen (§ 4 KHG).

Es gilt damit auch weiterhin das Selbstkostendeckungsprinzip. Verstärkt wurde durch die KHG-Novellierung der Gestaltungsspielraum der Länder bei der Krankenhausplanung. Die Letztverantwortung für die Krankenhausplanung haben wie bisher die Länder.

Das Bundesrecht schreibt ausdrücklich auch einen Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf Förderung der bedarfsnotwendigen Investitionskosten durch das Land vor (§ 8 Abs. 1 KHG). Durch die Aufgabe der Mischfinanzierung sind direkte Förderungen von Krankenhäusern durch den Bund fortgefallen. Die Länder haben hierfür einen anderweitigen Ausgleich erhalten (Art. 2 KHNG). Der Bund entlastet die Länder jährlich beim Vollzug des Wohnungsbau-Prämiengesetzes, des Wohngeldgesetzes und des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen.

Für das Pflegesatzrecht hat der Bund weiterhin die Regelungskompetenz mit der Ausnahme von Teilbereichen (§§ 18a — Schiedsstelle — und 18b — KHG-Investitionsverträge —), wozu die Länder Näheres regeln können.

1.3 Ziele des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Die Ziele des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden vorrangig bestimmt durch den § 1 des KHG und dieses Gesetzes. Wichtiges Ziel ist die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des Landes Bremen mit stationären Leistungen. Um diese auf Dauer sicherzustellen, muß die wirtschaftliche Sicherung die Leistungsfähigkeit und die wirtschaftliche Eigenverantwortlichkeit der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser weiterhin gewährleistet bleiben. Zu diesen Zielen gehört auch, zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Außerdem soll mit diesem Gesetz ein verbessertes Zusammenwirken der Krankenhäuser untereinander und mit den Kostenträgern gefördert und damit zur Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit beigetragen werden.

Neben der qualifizierten stationären Versorgung der Bevölkerung der Städte Bremen und Bremerhaven nehmen die geförderten Krankenhäuser im Lande Bremen auch die stationäre Versorgung für Einwohner von niedersächsischen Umlandgemeinden und Landkreisen wahr. Gegenwärtig und wahrscheinlich auch zukünftig wird etwa ein Drittel der Patienten in den Krankenhäusern im Lande Bremen aus den niedersächsischen Umlandgemeinden kommen. Vor allem in einzelnen medizinischen Spezialdisziplinen werden somit auch zukünftig für eine überregionale bedarfsnotwendige Versorgung stationäre Einrichtungen vorgehalten.

Mit diesem Gesetz sollen alle regelungsbedürftigen Tatbestände der Krankenhausfinanzierung verständlich erfaßt werden. Um das zu erreichen, sind in einzelnen Paragraphen auch inhaltliche Wiederholungen aus dem KHG aufgenommen worden.

2. Wesentliche Inhalte des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes

2.1 Krankenhausplanung und Mitwirkung der Beteiligten

Der Krankenhausplan ist zusammen mit den Investitionsprogrammen das wichtigste Steuerungsinstrument für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages des Landes. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz verpflichtet nach § 6 Abs. 3 die Län-

der, durch Landesrecht das Nähere zur Krankenhausplanung und zu den Investitionsprogrammen zu bestimmen.

Das KHG schränkt die bisherigen detaillierten Regelungen zur Krankenhausplanung auf Grundsatzvorschriften (§ 6) ein und fordert gleichzeitig veränderte und erweiterte Mitwirkungsrechte der Beteiligten im Lande.

Im zweiten Abschnitt des BremKHG wird dieser Auftrag im einzelnen für die Planung und Mitwirkung erfüllt.

Im § 5 BremKHG werden die Ziele und Inhalte des Krankenhausplanes für das Land Bremen entsprechend der bisherigen bewährten Planungspraxis näher festgelegt. Der Bundesgesetzgeber hat in der Novellierung des KHG den Begriff „Krankenhausbedarfsplan" aus sprachlichen Gründen durch den Begriff „Krankenhausplan" ersetzt. Dieser Sachverhalt ändert aber nichts daran, daß für eine aussagefähige und zukunftsorientierte Krankenhausplanung der disziplinbezogene Bedarf das entscheidende Kriterium für die Krankenhausplanung des Senators für Gesundheit und Sport bleiben wird.

Die nach dem Bundesrecht vorgeschriebene Mitwirkung der Beteiligten (§ 7 Abs. 1 KHG) unterscheidet bei den Beteiligten zwischen den unmittelbar Beteiligten, mit denen einvernehmliche Regelungen anzustreben sind, und den Beteiligten, mit denen entsprechnd der bisher in Bremen bewährten Praxis eng zusammenzuarbeiten ist. In § 7 BremKHG wird das Mitwirkungsverfahren nach diesen bundesrechtlichen Vorgaben im einzelnen geregelt.

Krankenhausplanung und Investitionsprogramme sind notwendige Voraussetzungen für die Krankenhausförderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz. Sie sind somit gemeinsam entscheidende Grundlagen der Krankenhausförderung. Aus systematischen Gründen sind Grundlagen und Inhalte der Investitionsprogramme im dritten Abschnitt des BremKHG zur Krankenhausförderung näher geregelt worden.

2.2 Krankenhausförderung

Der Bundesgesetzgeber hat bei der Novellierung des KHG zwar einen Gestaltungsspielraum, insbesondere für die finanztechnische Form der Förderung gelassen; im KHG sind aber wie bisher die wesentlichen Voraussetzungen und die entscheidenden Tatbestände der Förderung verbindlich festgelegt. Im dritten Abschnitt des BremKHG sind die näheren landesrechtlichen Vorschriften zur Förderung nach dem KHG enthalten.

2.2.1 Einzelförderung

Im § 10 BremKHG werden die Förderungstatbestände und -voraussetzungen für die Einzelförderung von bedarfsnotwendigen Investitionen näher festgelegt. § 10 knüpft hierbei an das bisherige Förderrecht nach dem KHG und an die bisherige Förderpraxis in Bremen an. Als Grundsatz gilt, daß auf Antrag und unter Beachtung bestimmter Auflagen die Förderung der Investitionen einzeln erfolgt. Eine wichtige Voraussetzung für die Förderung ist die Aufnahme in das Krankenhausbauprogramm nach § 9 Abs. 3.

Außerdem besteht die Möglichkeit nach § 10 Abs. 4, daß eine Förderung mit Zustimmung des Krankenhausträgers auch als Festbetrag bewilligt werden kann.

2.2.2 Pauschale Förderung

Verbindlich wird im § 9 Abs. 3 KHG vorgeschrieben, daß die Länder die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleiner baulicher Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge zu fördern haben. Nach dem Bundesrecht ist auch vorgeschrieben, daß diese Pauschbeträge in regelmäßigen Abständen an die Kostenentwicklung anzupassen sind, was in § 11 Abs. 9 BremKHG geregelt wird. Diese bundesrechtlichen Vorgaben knüpfen grundsätzlich an die Förderungskriterien des § 10 KHG a. F. an.

§ 11 BremKHG legt auf der Grundlage dieser bundesrechtlichen Rahmenvorgaben die Einzelheiten der pauschalen Förderung fest.

Die Zahl der bedarfsgerechten, nach dem Krankenhausplan zu fördernden Betten bleibt weiterhin die Bemessungsgrundlage für die Pauschalförderung. Seit längerem wird zwar diese Bemessungsgrundlage für die pauschale Förderung kritisch diskutiert, bisher gibt es aber keine besseren anerkannten und vor allem justi-

tiablen Kriterien, die eine Zuordnung von Krankenhäusern zu leistungsbezogenen Versorgungsstufen erlauben.

Um zukünftig eine Entwicklung zu erleichtern, die verstärkt den Leistungen des Krankenhauses bei der Bemessung der Pauschalen berücksichtigt, enthält § 11 Abs. 9 eine Ermächtigung für den Senator für Gesundheit und Sport, durch Rechtsverordnung „andere sachgerechte Grundlagen für die Bemessung der Pauschalen zu bestimmen". Solange muß an der bisherigen Bemessungsgrundlage festgehalten werden. Alle anderen Bundesländer mit Ausnahme Nordrhein-Westfalens fördern auf der gleichen Grundlage.

2.3 **Investitionsprogramme**

Nach § 6 KHG müssen die Länder Investitionsprogramme aufstellen. § 9 BremKHG legt im einzelnen die bewährte zweistufige Investitionsplanung im Lande Bremen fest. Hiernach wird entsprechend der bisherigen Praxis für das jeweilige Haushaltsjahr ein Krankenhausbauprogramm erstellt und außerdem verbindlich festgelegt, daß für den Zeitraum der mittelfristigen Finanzplanung mehrjährige Investitionsprogramme erstellt und fortgeschrieben werden. Für die jährliche Fortschreibung der Investitionsprogramme wird das Anmeldungs- und Aufnahmeverfahren geregelt. Durch diese stufenweise Erarbeitung und Festlegung der bedarfsnotwendigen Investitionsmaßnahmen soll eine mittelfristige aussagefähige Investitionsplanung gewährleistet werden.

Erster Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

Zu § 1 Grundsatz

§ 1 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes entspricht inhaltlich § 1 Abs. 1 KHG. Die Vorschrift beschreibt somit die krankenhauspolitische Zielsetzung der bremischen Krankenhausfinanzierung, nach der dieses Gesetz eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Bevölkerung des Landes Bremens sicherstellen und zu diesem Zweck die wirtschaftliche Sicherung die Leistungsfähigkeit und die wirtschaftliche Eigenverantwortlichkeit der geförderten Krankenhäuser gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen soll.

Zu § 2 Geltungsbereich

Das Gesetz gilt grundsätzlich nur für die Krankenhäuser, die entsprechend dem Krankenhausplan für die bedarfsgerechte stationäre Versorgung benötigt werden und die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz einen Anspruch auf Förderung haben. Bei der Durchführung dieses Gesetzes bleibt die rechtliche Vertretung der Krankenhäuser durch die jeweiligen Krankenhausträger unberührt.

Durch den 2. Halbsatz sind hiervon ausgenommen die Regelungen, die ausdrücklich für alle, also auch die nicht zu fördernden Krankenhäuser im Lande Bremen gelten. Dies sind die jährlichen Statistiken für den Krankenhausplan nach § 5 Abs. 5 Satz 1 und die Vorschrift des § 6 Abs. 1 über die Bescheiderteilung gegenüber Krankenhäusern, die trotz Antragstellung nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden.

Soweit nur Teile eines Krankenhauses in den Krankenhausplan aufgenommen bzw. gefördert werden, ist der Begriff Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzes anzuwenden.

Der Begriff „Krankenhaus" umfaßt auch Einrichtungen an Krankenhäusern (z. B. Ausbildungsstätten), soweit diese in die Förderung einbezogen sind.

Zu § 3 Sicherstellung der Krankenhausversorgung

Abs. 1 Die öffentliche Aufgabe der Sicherstellung der Krankenhausversorgung wird vom Land und den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven gemeinsam wahrgenommen.

Abs. 2 Die entscheidenden Aufgaben und Instrumente, die das Land zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung hat und die sich aus §§ 6 Abs. 1 und 18 Abs. 5 KHG ergeben, werden besonders benannt. Entsprechend der geltenden Zuständigkeiten wird der Senator für Wirtschaft und Außenhandel die vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze genehmigen und der Senator für Gesundheit und Sport den Krankenhausplan und die Investitionsprogramme aufstellen.

Abs. 3 Satz 1 trägt dem Auftrag des § 1 Abs. 2 KHG Rechnung, die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Keine Trägergruppe hat einen Vorrang, ein Krankenhaus zu betreiben, was der bewährten Praxis in Bremen entspricht. Es werden deshalb die drei Trägergruppen aufgezählt, die gleichberechtigt durch Betreiben von Krankenhäusern zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung beitragen.

Satz 2 unterstreicht, daß die Gemeinden als Folge des öffentlichen Sicherstellungsauftrags verpflichtet sind, die nach dem Krankenhausplan bedarfsgerechten Krankenhäuser, Disziplinen und medizinische Schwerpunkte entsprechend der Arbeitsteiligen Koordinierung zu errichten und zu betreiben bzw. einzurichten, soweit die in Satz 1 genannten Träger sich hierzu nicht in der Lage sehen.

Abs. 4 Es ist eine gemeinsame Aufgabe des Landes und der Stadtgemeinde, die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung notwendigen Investitionen durch die öffentliche Förderung sicherzustellen. Diese Pflicht ergibt sich aus §§ 4 und 9 Abs. 5 in Verbindung mit § 1 KHG. Wie bisher werden die beiden Stadtgemeinden jeweils ein Drittel der Fördermittel aufbringen, die für die bedarfsnotwendigen Investitionen der geförderten Krankenhäuser in der jeweiligen Stadtgemeinde bereitzustellen sind.

Zu § 4 Krankenhausleistungen für den Patienten

Abs. 1 Diese Vorschrift unterstreicht den grundsätzlichen Versorgungsanspruch des Krankenhauspatienten. Sie verpflichtet die Krankenhäuser zur notwendigen Aufnahme- und Dienstbereitschaft sowie zu Leistungen für den Patienten, die für seine Behandlung medizinisch zweckmäßig und ausreichend sind. Der Leistungsumfang wird im Rahmen des Versorgungsauftrages durch medizinische Kriterien und die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses bestimmt.

Abs. 2 Näher bestimmt wird, welche Leistungen zu den Krankenhausleistungen gehören. Krankenhausleistungen können sowohl stationär als auch teilstationär sein, sie können ebenso als allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne von § 2 Abs. 2 BPflV oder als Wahlleistung erbracht werden. Die Aufzählung der Krankenhausleistungen beschränkt sich auf das Wesentliche, sie ist nicht abschließend; hierzu gehört auch die soziale Beratung und Betreuung, die grundsätzlich pflegesatzfähig ist. Einzelheiten sind Gegenstand der Pflegesatzverhandlung.

Abs. 3 Nach § 7 BPflV dürfen Wahlleistungen nur dann vom Krankenhaus erbracht werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen hierdurch nicht beeinträchtigt werden. Dieser Grundsatz wird ausdrücklich unterstrichen.

Abs. 4 Die Errichtung und Vorhaltung von Stationen, die nur der Versorgung von Privatpatienten dienen, ist in öffentlich-geförderten Krankenhäusern ausgeschlossen. Privatstationen entsprechen nicht dem Grundsatz der bedarfsgerechten und chancengleichen Versorgung aller Patienten. Die Inanspruchnahme von Wahlleistungen wird durch diese Vorschrift nicht berührt.

Zu § 5 Ziele und Inhalt des Krankenhausplanes

Abs. 1 Der Krankenhausplan des Landes Bremen ist das wichtigste krankenhauspolitische Steuerungsinstrument zur Erreichung der Ziele von § 1 BremKHG. Er schafft die detaillierten Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bremer Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern. Der Krankenhausplan ist somit auch die entscheidende Grundlage für die öffentliche Förderung von Krankenhausinvestitionen. Darüber hinaus bestimmt er den Rahmen für das Krankenhausbauprogramm und für das mehrjährige Investitionsprogramm.

Krankenhausplanung ist ein dynamischer Prozeß und kein einmaliger Vorgang. Die Überprüfung der Aussagen des Krankenhausplanes auf der Grundlage der Entwicklung der Bedarfsdeterminanten und die Fortschreibung des Krankenhausplanes sind somit wesentliche Bestandteile der Krankenhausplanung.

Der Senator für Gesundheit und Sport kann den Krankenhausplan auch teilweise anpassen, sofern sich in einzelnen Disziplinen und zu Versorgungsbereichen besondere Entwicklungen ergeben. Durch diese teilweise Anpassung des Krankenhausplanes soll eine schnellere, bedarfsgerechtere Anpassung des Krankenhausplanes erreicht werden, ohne daß gleichzeitig der gesamte Krankenhausplan geändert werden muß.

Abs. 2 Auf der Grundlage der bisherigen bewährten Praxis in Bremen und der neueren Rechtsprechung erfolgt eine Differenzierung der Inhalte und Vorgehensweise bei der Krankenhausplanung. Grundlage für die Bedarfsanalyse und für die Bedarfsprognose ist die Disziplinorientierung der Bremer Krankenhausplanung. Entsprechend der bisherigen Praxis im Lande Bremen ist die Arbeitsteilige Koordinierung, d. h. die zwischen den Krankenhäusern abgestimmte Vorhaltung medizinischer Schwerpunkte grundsätzlicher Bestandteil des Landeskrankenhausplanes.

Die Begriffe „Bedarfsanalyse" und „Bedarfsprognose" definieren die entscheidenden Arbeitsschritte und Inhalte, die vor der Festlegung der zukünftig bedarfsnotwendigen Anpassungsmaßnahmen als Grundlage für die Feststellungsbescheide erfolgen müssen.

Abs. 3 Gesondert geregelt werden die Fachpläne für Großgeräte und für Ausbildungsstätten, die Bestandteile des Krankenhausplanes sind. Diese speziellen Fachpläne werden gleichfalls der Bedarfsentwicklung angepaßt und fortgeschrieben.

Abs. 4 Festgelegt wird, daß der Krankenhausplan vom Senat der Freien Hansestadt beschlossen werden muß und erst nach Senatsbeschluß in Kraft treten kann. Wie bisher muß der Krankenhausplan in Kurzform im Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen veröffentlicht werden. Besonders aufzuführen sind die bedarfsnotwendigen Anpassungsmaßnahmen für den vorgesehenen Planungszeitraum.

Abs. 5 Die Vorschrift regelt die Verpflichtung aller Krankenhäuser im Lande Bremen, dem Senator für Gesundheit und Sport für die gesetzlich vorgeschriebene Krankenhausplanung die erforderlichen Daten vorzulegen. Die nicht geförderten Krankenhäuser müssen diese Daten jährlich liefern. Die im Krankenhausplan aufgenommenen und damit geförderten Krankenhäuser haben die entsprechende Statistik vierteljährlich vorzulegen, damit möglichst frühzeitig Bedarfsveränderungen erkannt werden können.

Zu den für krankenhausplanerische Zwecke zu erhebenden Daten gehören auch Angaben über die Anschaffung und Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte nach § 10 KHG und über die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG.

Durch die Ermächtigung zur Rechtsverordnung erhält der Senator für Gesundheit und Sport die Möglichkeit, Einzelheiten der Statistiken für die Krankenhausplanung zu regeln, um eine systematische und einheitliche Systematik sicherstellen zu können.

Zu § 6 Aufnahme in den Krankenhausplan

Abs. 1 Krankenhauspläne sind nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung nur verwaltungsinterne Akte, die erst durch den Feststellungsbescheid eine rechtliche Außenwirkung erhalten.

Nach § 8 Abs. 2 S. 2 KHG erfolgt die Aufnahme oder Nicht-Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan erst durch den Bescheid. Krankenhäuser, die für die bedarfsnotwendige Versorgung im Lande Bremen nicht nötig sind und deshalb nicht in den Landeskrankenhausplan aufgenommen werden, erhalten einen Bescheid über die Nicht-Aufnahme nur dann, wenn sie zuvor die Aufnahme beantragt hatten.

Der Feststellungsbescheid hat die Einzelfestsetzungen zu enthalten, die sich in der Regel aus den vorgesehenen Anpassungsmaßnahmen nach § 5 Abs. 2 Satz 2 ergeben, bzw. die unveränderte Beibehaltung der Förderung festzustellen.

Zur Erreichung und zur Konkretisierung der Ziele kann der Bescheid Nebenbestimmungen enthalten. Gegen den Bescheid kann der Verwaltungsrechtsweg beschritten werden.

Abs. 2 Zwingende und notwendige Voraussetzung für eine Förderung nach dem BremKHG ist die durch Bescheid festgestellte Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan. Der konkrete Anspruch entsteht erst mit Zustellung des Feststellungsbescheides.

Abs. 3 Die Vorschrift legt die fachlichen Mindestvoraussetzungen fest, die neben der Erfüllung der grundsätzlichen Ziele des Krankenhausplanes Voraussetzung für die Aufnahme sind. Diese Mindestanforderungen sollen gewährleisten, daß die bedarfsgerechte Versorgung der Bremer Bevölkerung umfassend und längerfristig gesichert ist (durch die ständige Vorhaltung der bedarfsnotwendigen Disziplinen, der Arbeitsteiligen Schwerpunkte und die Sicherstellung der entsprechenden weiteren genannten Anforderungen).

Abs. 4 Klargestellt wird, daß bei Trägerwechsel der nachfolgende Krankenhausträger voll in die Rechte und in alle Pflichten des bisherigen Trägers nach dem BremKHG eintritt. Hierdurch soll gewährleistet werden, daß bei Trägerwechsel keine Unsicherheit in der bedarfsnotwendigen Versorgung eintritt und daß die hierfür bewilligten Fördermittel weiterhin zweckentsprechend eingesetzt werden.

Zu § 7 Mitwirkung der Beteiligten

Abs. 1 § 7 KHG legt grundsätzlich die Mitwirkung der Beteiligten bei der Krankenhausplanung und bei der Aufstellung der Investitionsprogramme fest. Durch Bundesrecht ist eine differenzierte Beteiligung vorgeschrieben.

Mit den unmittelbar Beteiligten ist bei der Krankenhausplanung und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms Einvernehmen anzustreben. Der Kreis der unmittelbar Beteiligten wird entsprechend der Intention des Bundesgesetzgebers, wie er sie in der Begründung zum § 7 KHG zum Ausdruck bringt, festgelegt. Um das angestrebte Ziel zu erreichen, wird der Senator für Gesundheit und Sport die unmittelbar Beteiligten rechtzeitig über die notwendige und beabsichtigte Fortschreibung und Anpassung des Krankenhausplanes wie auch über die bedarfsnotwendigen Investitionsmaßnahmen informieren. Für die qualifizierte und rechtzeitige Vorbereitung sind den unmittelbar Beteiligten frühzeitig die erforderlichen Unterlagen zugängig zu machen. Die Stadtgemeinden werden durch die zuständigen Verwaltungen vertreten.

Abs. 2 § 7 KHG sieht auch vor, daß das betroffene Krankenhaus anzuhören ist und daß mit den Beteiligten entsprechend der bisherigen Praxis eng zusammenzuarbeiten ist.

Ergänzend zu den unmittelbar Beteiligten werden im Satz 3 die Beteiligten benannt, mit denen bei der Durchführung dieses Gesetzes und des KHG eng zusammenzuarbeiten ist. Auch die Beteiligten erhalten im Vergleich zu § 6 Abs. 4 Satz 4 KHG a. F., wonach sie nur anzuhören waren, erweiterte Mitwirkungsrechte.

Dritter Abschnitt

Krankenhausförderung

Zu § 8 Allgemeine Förderungsbestimmungen

Das geltende Krankenhausfinanzierungsgesetz legt den Rechtsanspruch auf Fördermittel fest und gibt die Grundsätze der von den Ländern zu regelnden Förderungen vor. Der Förderanspruch der im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser leitet sich aus §§ 1, 10 Abs. 5 und 17 Abs. 4 KHG ab, d. h., aus der fehlenden Möglichkeit der Krankenhäuser, Investitionskosten über die Pflegesätze im Rahmen des Budgets zu erwirtschaften.

Die Fördertatbestände, die im § 9 KHG nur grundsätzlich aufgeführt sind, werden näher in den §§ 10 und 16 dieses Abschnittes konkretisiert, wobei das Bundesrecht den Rahmen der Investitionsförderung weitgehend vorgibt.

Abs. 1 Die Regelung entspricht inhaltlich weitgehend dem § 8 KHG a. F. Beschrieben wird der grundsätzliche Förderanspruch der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser. Entscheidende Voraussetzung für die Förderung ist die Aufnahme in den Krankenhausplan durch den förmlichen Feststellungsbescheid. Der Rechtsanspruch des Krankenhauses auf Fördermitel der

Höhe und des Zeitpunktes nach entsteht erst mit Zustellung des Bewilligungsbescheides.

Abs. 2 Diese Vorschrift gibt den wesentlichen Förderungsgrundsatz des § 9 Abs. 5 KHG wieder.

Abs. 3 Nach dem weiterhin gültigen dualen Finanzierungssystem des Krankenhausfinanzierungsgesetzes müssen die Kosten eines Krankenhauses einerseits durch die öffentliche Förderung (Übernahme der Vorhaltekosten) und andererseits durch die von den Kostenträgern zu übernehmenden Pflegesätze (im Rahmen des Budgets auf der Grundlage der vorauskalkulierten Selbstkosten) finanziert werden. Die Investitionsförderung ist deshalb nach der herrschenden Rechtsauffassung grundsätzlich in Form von **Zuschüssen** (zwingenden rechtlichen Verpflichtungen) und nicht als (freiwillige) **Zuwendung** zu gewähren. Die Vorschrift sieht darüber hinaus im Ausnahmefall auch andere Formen der Förderung vor.

Abs. 4 Als Voraussetzung für eine rechtzeitige Bescheiderteilung müssen dem Senator für Gesundheit und Sport alle Anträge und erforderlichen Unterlagen fristgerecht und sachlich begründet eingereicht und die notwendigen Auskünfte erteilt werden. Hierzu werden den Krankenhäusern rechtzeitig die entsprechenden Termine mitgeteilt.

Abs. 5 Soweit es zur Klarstellung und zur Vereinheitlichung nötig ist, wird der Senator für Gesundheit und Sport das Nähere zum Förderungsverfahren durch eine Rechtsverordnung regeln. Hierzu wird er im Absatz 6 ermächtigt.

Zu § 9 Investitionsprogramme

Abs. 1 Investitionsprogramme sind zusammen mit dem Landeskrankenhausplan die wichtigsten Steuerungsinstrumente für das Land, um die bedarfsnotwendige Krankenhausförderung sicherzustellen.

Investitionsprogramme sind verwaltungsinterne Planungen, die ebenso wie die Landeskrankenhauspläne keine direkte rechtsverbindliche Außenwirkung haben. Eine rechtsverbindliche Wirkung entsteht erst durch den jeweiligen Bewilligungsbescheid. Rechtsansprüche auf die Förderung von Investitonsmaßnahmen entstehen somit erst, wenn die jeweiligen Investitionsmaßnahmen des Krankenhausbauprogrammes rechtsverbindlich beschieden worden sind.

Nach § 6 Abs. 1 KHG müssen die Länder Investitionsprogramme aufstellen. Im Gegensatz zu dem KHG a. F. sind nunmehr aber das Verfahren und der Umfang nicht näher geregelt.

Die bisher erfolgreich im Lande Bremen praktizierte zweistufige Investitionsplanung hat sich als geeignetes Instrument für die bedarfsnotwendige Investitionsförderung bewährt. Der Senator für Gesundheit und Sport wird deshalb weiterhin für das jeweilige Haushaltsjahr ein Krankenhausbauprogramm und für den Zeitraum der mittelfristigen Finanzplanung ein mehrjähriges Investitionsprogramm aufstellen. Hierbei sind die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, zu berücksichtigen. Für die Mitwirkung der Beteiligten gelten die Vorschriften des § 7 entsprechend.

Abs. 2 Das mehrjährige Investitionsprogramm ist das wichtigste Instrument für eine frühzeitige und planvolle Investitionsförderung. Aufgestellt wird das mehrjährige Investitionsprogramm für den Zeitraum der mittelfristigen Finanzplanung, d. h. auf der Grundlage der mittelfristig vorgesehenen bedarfsnotwendigen KHG-Fördermittel. Der Senator für Gesundheit und Sport entscheidet auf der Grundlage der näher begründeten Investitionsanmeldungen der Krankenhäuser durch die Aufnahme in das Investitionsprogramm grundsätzlich über die Bedarfsnotwendigkeit und die voraussichtliche Dringlichkeit der beabsichtigten Investitionen. Die Durchführung und der Zeitpunkt der Finanzierung wird im Rahmen des Krankenhausbauprogrammes festgelegt und auf dieser Grundlage beschieden.

Für die jährlich durchzuführende Fortschreibung des Investitonsprogrammes werden die geförderten Krankenhäuser vom Senator für Gesundheit und Sport rechtzeitig schriftlich aufgefordert, die bisher beantragten In-

vestitionsmaßnahmen erneut auf ihre Dringlichkeit und ihre aktuellen Kosten zu überprüfen. Gleichzeitig müssen die Krankenhäuser bei der Fortschreibung Anträge für neue, bisher nicht angemeldete Investitionen mit der erforderlichen Begründung der Bedarfsnotwendigkeit, der Dringlichkeit und vor allem mit Angabe der Kosten einreichen. Grundsätzlich sollten Kostenschätzungen bei den Anträgen vorgelegt werden. In Ausnahmefällen können vorübergehend auch Kostenannahmen akzeptiert werden. Bis zur Aufnahme in das Krankenhausbauprogramm müssen zwingend Kostenberechnungen vorliegen.

Grundsätzlich kann aus der Aufnahme in das mehrjährige Investitionsprogramm kein Anspruch auf den genauen Zeitpunkt der Realisierung der grundsätzlich als bedarfsnotwendig anerkannten Investitionen abgeleitet werden. Ein Anspruch auf Realisierung entsteht erst nach der Aufnahme in das Krankenhausbauprogramm und der Konkretisierung der Bereitstellung der Fördermittel.

Abs. 3 Die Aufnahme in das Krankenhausbauprogramm ist die Grundlage für die Bescheiderteilung, die das beantragende Krankenhaus zur Durchführung der Investitionsmaßnahmen berechtigt. Zwingende Voraussetzung für jede Aufnahme in das Krankenhausbauprogramm ist es, daß alle Anforderungen zur Bescheiderteilung von den Krankenhäusern vorher erfüllt worden sind, d. h. es müssen insbesondere der aktuelle Bedarf und damit die Realisierungsdringlichkeit gegeben sein sowie eine Kostenberechnung vorliegen. Grundsätzlich werden in das Krankenhausbauprogramm nur Investitionen aufgenommen, die vorher im Rahmen der Erstellung und Fortschreibung der mehrjährigen Investitionsprogramme angemeldet und geprüft worden sind. Ausnahmen hiervon sind nur dann möglich, wenn das beantragende Krankenhaus nachweisen kann, daß die Wahrnehmung der bedarfsnotwendigen Krankenhausaufgaben sonst gefährdet wäre.

Zu § 10 Einzelförderung

Abs. 1 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz legt im § 9 die wesentlichen Tatbestände für die objektbezogene Förderung fest. Diese Vorschrift orientiert sich weitgehend an den bisher bewährten Regelungen der Einzelförderung von Investitionen. Die Aufzählung stellt die förderungsfähigen Investitionen für die Einzelförderung umfassend dar. Durch die Konkretisierung und Abgrenzung wird geregelt, daß Einzel- und Pauschalförderung nicht für dieselben Investitionen erfolgen können. Uber die bundesrechtlichen Vorgaben hinaus werden im übrigen keine weiteren Förderungstatbestände geschaffen. Nicht mehr differenziert wird außerdem zwischen mittel- und langfristigen Anlagegütern.

Satz 1 Nr. 1 konkretisiert den Begriff der Errichtung entsprechend § 2 Nr. 2a KHG.

Nr. 2 knüpft an § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHG an. Geregelt werden die Erst-, Ergänzungs- und Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren. Hierdurch erfolgt gleichzeitig eine deutliche Abgrenzung zu den pauschal zu fördernden Wiederbeschaffungen der Anlagegüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von drei bis fünfzehn Jahren nach § 11 Abs. 1 Nr. 1.

In Nr. 3 wird festgelegt, daß wie bisher eine qualffizierte Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern, die nach § 9 Abs. 4 KHG wesentlich über die übliche Anpassung hinaus geht, einzeln gefördert wird.

Nr. 4 erfaßt alle Maßnahmen zur wesentlichen Verbesserung eines Anlagegutes, die nach § 4 Nr. 1 der geltenden Verordnung über die Abgrenzung der im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhäuser (Abgrenzungsverordnung) nicht zur Instandhaltung gehören.

Durch Satz 2 wird bestimmt, daß bei Errichtungsmaßnahmen vorhandene Wirtschaftsgüter des alten Anlagevermögens dann weiter zu verwenden sind, wenn dieses wirtschaftlich und medizinisch geboten ist. Die Regelung schließt somit aus, daß bei Errichtung nach Nr. 1 alle Wirtschaftsgüter neu gefördert werden.

Abs. 2 Eine zwingende Voraussetzung für die Förderung von Investitionen ist die vorherige Aufnahme in das jeweilige Krankenhausbauprogramm; dies ist die korrespondierende Regelung zu § 9 Abs. 3.

Abs. 3 In der Regel hat ein Krankenhaus nach einer Bewilligung von Fördermitteln für Investitionen keinen Anspruch auf Nachbewilligung. Mehrkosten können hiernach nur in besonderen Ausnahmefällen — wenn sie unvorhersehbar und unabweisbar waren und bei Vorlage eines entsprechenden unverzüglichen Antrages und einer detaillierten Begründung — nachbewilligt werden. Diese Vorschrift entspricht dem § 9 Abs. 2b KHG a. F.

Abs. 4 Bereits nach § 9 Abs. 2a KHG a. F. konnte die Einzelförderung bei Errichtungsmaßnahmen als Festbetrag erfolgen. Diese Möglichkeit bleibt weiterhin bestehen, sie wird aber ausgeweitet auf alle Tatbestände der Einzelförderung. Die Erstattung der Selbstkosten bleibt aber die Regel. Zwingende Voraussetzung für die Förderung durch Festbetrag ist die Zustimmung des jeweiligen Krankenhausträgers. Die Festbetragsförderung soll einerseits das Verwaltungsverfahren nach Durchführung der Maßnahme vereinfachen und zum anderen Anreize für eine sparsame Verwendung der Fördermittel schaffen.

Abs. 5 Die rückwirkende Einzelförderung von Investitionen ist bei Krankenhäusern, die neu in den Krankenhausplan aufgenommen werden, ausgeschlossen. Dies entspricht inhaltlich dem § 9 Abs. 2 KHG a. F. Die Einzelförderung wird hiernach auf die Investitionen beschränkt, die nach der Aufnahme in den Krankenhausplan durchgeführt und vorher in das Krankenhausbauprogramm aufgenommen worden sind.

Die Vorschrift macht außerdem deutlich, daß eine Doppelförderung von Investitionen ausgeschlossen ist, deshalb wird der Erwerb oder die Anmietung bereits vorher geförderter Krankenhäuser nicht gefördert. Geregelt wird auch, daß alle Investitionen vorher beantragt und beschieden werden müssen. Eine Vorfinanzierung ohne entsprechenden Antrag und Bescheid wird hiernach nicht gefördert.

Abs. 6 Durch die Ermächtigung zum Erlaß von Richtlinien wird für den Senator für Gesundheit und Sport die Voraussetzung geschaffen, bei Bedarf die entsprechenden Fälle näher zu regeln.

Zu § 11 Pauschale Förderung

Die Förderungsvorschriften knüpfen grundsätzlich nach Art und Höhe an das bisherige Bundesrecht nach dem KHG an. Das neue Bundesrecht schreibt hierzu vor, daß für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleinerer baulicher Maßnahmen jährlich feste Pauschalbeträge zur Förderung der Krankenhäuser im Lande Bremen bereitzustellen sind.

Für die Krankenhausfinanzierung sind die Pauschalen von besonderer Bedeutung, weil durch sie nicht nur eine Verwaltungsvereinfachung eintritt, sondern vor allem der eigenverantwortliche Entscheidungsspielraum der geförderten Krankenhäuser erweitert wird.

Mit diesen Mitteln kann das jeweilige Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages und des Bewilligungsbescheides frei arbeiten.

Abs. 1 Wie bisher schreibt § 9 Abs. 3 KHG für die Länder verbindlich die Pauschalförderung vor. Das Bundesrecht definiert aber nicht eindeutig den Begriff „kurzfristige Anlagegüter". Aus § 17 Abs. 4 Nr. 1 KHG, wonach die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer Nutzungsdauer bis zu drei Jahren pflegesatzfähig ist, leitet sich jedoch ab, daß wie bisher Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren vom Gesetzgeber gemeint sind. Durch Landesrecht kann die Grenze der Nutzungsdauer nach oben festgelegt werden. Entsprechnd der bisherigen Regelung im KHG und der bewährten Praxis wird hierfür in Nr. 1 als obere Grenze der Nutzungsdauer von kurzfristigen Anlagegütern 15 Jahre vorgesehen. Nach Nr. 2 wird ausdrücklich auch die Erhaltung, Wiederherstellung und die Verbesserung eines Anlagegutes mit kurzfristiger Nutzungsdauer in die Pauschalförderung einbezogen, soweit dies nicht nach der geltenden Abgrenzungsverordnung pflegesatzfähige Instandhaltung ist. Diese Vor-

gehensweise ist wirtschaftlich sachgerecht, wie die bisherigen Erfahrungen in allen Bundesländern gezeigt haben.

Nach Nr. 3 umfaßt die Pauschalförderung auch die sonst nach § 10 dieses Gesetzes förderfähigen Investitionen, soweit deren Kosten im Einzelfall 70 000,— DM nicht übersteigen. Eine Pauschalierung für „kleine bauliche Maßnahmen" ist nach § 9 Abs. 3 KHG zwingend vorgeschrieben. Die festgelegte Wertgrenze von 70 TDM ist eine zeitgemäße Weiterentwicklung der bisher geltenden bundesweiten Wertgrenze. Diese Erhöhung dient darüber hinaus auch der Verfahrensvereinfachung.

Im Ausnahmefall kann auf Antrag eines Krankenhauses von dieser generellen Regelung dann abgewichen werden, wenn dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit und unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedarfs- und Förderungssituation des einzelnen Krankenhauses notwendig oder ausreichend ist.

Abs. 2 Ausdrücklich klargestellt wird hier, daß Fördermittel nicht für andere Zwecke verwendet werden dürfen, als sie zur Erfüllung der im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses zwingend vorgegeben sind. Bei Verstößen gegen die zweckgerechte Mittelverwendung wird §§ 18 und 19 dieses Gesetzes wirksam. Die Pauschalförderung ist bei unveränderter Bemessungsgrundlage jährlich gleich; aus Gründen der Verfahrensvereinfachung ist es nicht erforderlich, jährlich einen Neuantrag zu stellen. Die Fördermittel werden monatlich ausgezahlt, um dem Krankenhaus für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter kontinuierlich möglichst gleich hohe Anteile an Fördermitteln zur Verfügung zu stellen.

Abs. 3 Seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Jahre 1972 richtet sich die Höhe der Förderpauschale nach der Zahl der bedarfsnotwendigen Krankenhausbetten und nach Anforderungsstufen. Die Stufen sind dabei von der Bettenzahl abhängig. An diesem Bemessungskriterium „Planbett" ist festgehalten worden, weil bisher anerkannte, alternative und vor allem leistungsgerechtere Bemessungskriterien nicht vorliegen.

Zukünftig gibt es im Lande Bremen nicht mehr 4, sondern nur noch 3 Anforderungsstufen. Dieses ist keine grundsätzliche Abweichung von der bisherigen Regelung, vielmehr werden nur die Stufen 1 und 2 zur neuen Stufe 1 zusammengefügt. Die bisherigen Bettenzahlen der 3 Stufengrenzen werden unter Berücksichtigung dieser Regelung beibehalten.

Die Dreistufung wird der besonderen Versorgungs- und Krankenhausstruktur des Landes Bremen gerechter, die sich von der der Flächenländer besonders durch das Fehlen von Krankenhäusern der Grundversorgung mit den zwei Disziplinen Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin unterscheidet. Die ab dem 1. Januar 1988 geltenden Pauschalen beinhalten bereits eine durchschnittliche Anhebung der bisherigen gesetzlich festgelegten Pauschalen um 8,3 Prozent.

Abs. 4 In der Fortführung des bisher geltenden Rechtes kann im Ausnahmefall eine Erhöhung oder Verminderung der Pauschale festgesetzt werden. Mit dieser Vorschrift soll der besonderen Bedarfssituation und -entwicklung einzelner Krankenhäuser durch abweichende Festsetzung des Pauschalbetrages entsprochen werden.

Abs. 5 Geregelt wird in Ergänzung zu Absatz 4, daß ein Krankenhausträger, der mehrere Krankenhäuser betreibt, im Einvernehmen mit den betroffenen Krankenhäusern die Pauschalmittel abweichend von den Vorgaben nach Absatz 3 den besonderen Anforderungen (z. B. bei besonderem Bedarf aufgrund von kostenintensiven Wiederbeschaffungsmaßnahmen) entsprechend einsetzen kann, sofern die Leistungsfähigkeit weiterhin sichergestellt bleibt. Voraussetzung hierfür ist die Zustimmung des Senators für Gesundheit und Sport.

Abs. 6 Erstmals geregelt wird, daß Krankenhäuser, die nach § 2 Nr. 1a KHG geförderte Ausbildungsstätten betreiben, einen Ausgleich für ihre zusätzlichen Kosten über einen Zuschlag zur Jahrespauschale erhalten. Dieser Förderungsbetrag — je Ausbildungsplatz — soll die Wiederbeschaffung von Anlagegütern im Bereich der Ausbildungsstätten sichern.

Abs. 7 Diese Regelung sieht vor, daß ein Krankenhaus, das durch eine Bettenreduzierung zukünftig in eine niedrigere Anforderungsstufe kommt, für einen Anpassungszeitraum von 2 Jahren zur finanziellen Entlastung den Pauschalbetrag auf der Grundlage seiner vorherigen Einstufung und den daraus sich errechnenden Pauschalbetrag erhält.

Abs. 8 Bei den pauschalen Fördermitteln kann das Krankenhaus den Zeitpunkt der Mittelverwendung nach den eigenen Entscheidungen und Notwendigkeiten bestimmen. Daraus ergibt sich für die Krankenhäuser die Möglichkeiten von Rücklagen und der Zinserzielung. Ein Krankenhaus hat hiernach die Wahlmöglichkeit, ob es die pauschalen Fördermittel verzinst oder aus Liquiditätsgründen als Betriebsmittel einsetzt. Entstehende Zinserträge sowie Erträge aus Veräußerungen kurzfristiger Anlagegüter sind nach diesen Vorschriften aber zweckentsprechend im Krankenhaus zu verwenden.

Abs. 9 Das KHG regelt verbindlich, daß die Wertgrenze und die Förderungspauschalen entsprechend der Kostenentwicklung anzupassen sind. Diese Anpassung soll nach der bisherigen bewährten Praxis alle 2 Jahre durch Rechtsverordnung des Senators für Gesundheit und Sport erfolgen. Eine Anpassung der Sätze für die Förderung der Ausbildungsplätze wird gleichzeitig durchgeführt werden.

Abs. 10 Nr. 1 ermächtigt den Senat zur näheren Abgrenzung der kurztfristigen Anlagegüter.

Mit der Ermächtigung zum Erlaß der Rechtsverordnung nach Nr. 2 werden die rechtlichen Voraussetzungen für den Senat geschaffen, daß er zu gegebener Zeit, sobald anerkannte, leistungsgerechtere Bemessungsgrundlagen zur Ermittlung der Pauschalen zur Verfügung stehen, diese in Kraft setzen kann.

Zu § 12 Nutzung von Anlagegütern

Abs. 1 Die Vorschrift enthält die näheren landesrechtlichen Bestimmungen zu § 9 Abs. 2 Nr. 1 KHG, wonach unter bestimmten Voraussetzungen anstelle der Förderung von Anlagegütern nach § 10 Abs. 1 die Entgelte für die Nutzung dieser Anlagegüter gefördert werden können. Durch diese Regelung soll es den Krankenhäusern ermöglicht werden, im Einzelfall wirtschaftlich günstige Nutzungsvereinbarungen in Form von Miete, Pacht oder Mietkauf abzuschließen.

Grundvoraussetzungen für die Förderung nach dieser Vorschrift sind, daß hierfür ein Antrag vorliegt, der begründet die wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel erwarten läßt und daß das vorherige Einverständnis des Senators für Gesundheit und Sport eingeholt worden ist. Ist die Miete oder Pacht wesentlich teurer als die bei der Anschaffung entstehenden Kosten unter Berücksichtigung der Abschreibungen, so entspricht die Anmietung im allgemeinen nicht wirtschaftlicher Betriebsführung.

Abs. 2 Diese Regelung übernimmt inhaltlich § 11 Abs. 2 KHG a. F.

Die in § 11 festgelegte Wertgrenze bleibt unberührt; sie bemißt sich nach der Summe der Entgelte für die Gesamtdauer der Nutzung.

Zu § 13 Anlauf- und Umstellungskosten sowie Grundstückskosten

Abs. 1 Die Vorschrift benennt den vorgegebenen Fördertatbestand des § 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG und legt die Betriebsgefährdung als grundsätzlicher Fördervoraussetzung fest. Satz 2 unterstreicht als weitere Voraussetzung die Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit der hier zu fördernden Kosten.

Abs. 2 Der unbestimmte Rechtsbegriff der Betriebsgefährdung wird konkretisiert. Das Krankenhaus muß danach vorrangig die in Abs. 1 genannten Kosten aus dem eigenen Vermögen oder den eigenen Rücklagen aufbringen; eine Betriebsgefährdung, die eine Förderung nach dieser Vorschrift rechtfertigt, liegt somit erst vor, wenn das Krankenhaus ausreichende Eigenmittel hierfür nicht aufbringen und den ihm vom Krankenhausplan zugewiesenen Aufgaben nicht nachkommen kann.

Abs. 3 Das Krankenhaus hat den Senator für Gesundheit und Sport über einen

beabsichtigten Förderungsantrag von Anlauf- oder Umstellungskosten, die in Verbindung mit einer Maßnahme nach § 10 stehen, bereits zu dem Zeitpunkt zu unterrichten, zu dem der Antrag auf Bewilligung der Fördermittel für die betreffende Maßnahme nach § 10 gestellt wird. Diese Regelung soll — auch im Interesse des Krankenhauses zur eigenen Finanzplanung — eine frühzeitige Entscheidung über die Förderung ermöglichen.

Zu § 14 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen

Abs. 1 Geregelt wird in Ausführung des § 9 Abs. 2 Nr. 3 KHG die Förderung der Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderfähige Investitionen aufgenommen wurden („alte Lasten"). Die Regelung soll vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Selbstkostendeckung verhindern, daß ein Krankenhaus, das Investitionen bereits vor der Aufnahme in den Krankenhausplan über Darlehen finanziert hat und dessen Lasten gem. § 17 Abs. 4 Nr. 1 in Verbindung mit § 2 Nr. 3 Buchst. b KHG nicht im Pflegesatz berücksichtigt werden, schlechter als die anderen Krankenhäuser gestellt wird.

Abs. 2 Es werden nur Lasten gefördert, die unmittelbar im Zusammenhang mit förderfähigen Investitionen stehen. Darlehen zur Ablösung von Eigenkapital des Krankenhausträgers und erhöhte Lasten aus Umschuldungen werden ausdrücklich von der Förderung ausgeschlossen.

Abs. 3 Bei Umschuldung von Investitionsdarlehen ist zwingende Voraussetzung die vorherige Zustimmung des Senators für Gesundheit und Sport. Hierdurch soll der Förderbehörde die Möglichkeit gegeben werden, die Wirtschaftlichkeit vorab zu prüfen und im Einzelfall die Ablösung des Darlehens zu betreiben.

Abs. 4 Diese Vorschrift entspricht § 12 Abs. 4 KHG a. F. und regelt die Verrechnung beim Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan.

Zu § 15 Ausgleich für Eigenmittel

Abs. 1 Der Fördertatbestand des § 9 Abs. 2 Nr. 4 KHG wird präzisiert. Der dort verankerte Ausgleichsanspruch des Krankenhausträgers für die Abnutzung der mit Eigenmitteln beschafften Anlagegüter soll dafür entschädigen, daß der Träger mit der Förderung nach dem KHG die Möglichkeit verloren hat, die mit Eigenmitteln beschafften Anlagegüter abzuschreiben.

Abs. 2 Der Ausgleich wird — wie bisher — nach der tatsächlichen, nachweisbaren Abnutzung gemessen. Die Formulierung im § 13 KHG a. F. ließ bisher offen, ob bei der Berechnung des Anfangwertes der Verkehrswert, der Teilwert, der Buchwert, der Anschaffungs- oder der Wiederbeschaffungspreis zu grunde zulegen ist. Dies wird nunmehr durch eine eindeutige Regelung klargestellt.

Abs. 3 Die bisher in § 13 Abs. 1 Satz 3 KHG a. F. enthaltene Einschränkung des Ausgleichsanspruchs bei der Förderung von kurzfristigen Anlagegütern wird auf alle Ersatzinvestitionen, die mit Fördermitteln getätigt worden sind, ausgedehnt. Der Ersatzanspruch vermindert sich hiernach um den noch verbliebenen Nutzungswert der Ersatzinvestition.

Zu § 16 Ausgleichszahlung bei Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben

Abs. 1 Die Vorschrift enthält die näheren Regelungen zu § 9 Abs. 2 Nr. 5 KHG über die Gewährung des sogenannten Härteausgleiches. Ziel der Regelung ist es, die Verwirklichung des Krankenhausplans durch finanzielle Hilfen bei planmäßigem Ausscheiden eines Krankenhauses oder wesentlicher Teile eines Krankenhauses wie z. B. selbständiger Betriebsstätten aus dem Krankenhausplan zu erleichtern.

In Anlehnung an § 8 Abs. 2 KHG a. F. können Ausgleichszahlungen u. a. gewährt werden 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,

3. Investitionen zur Umstellung auf andere soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig gefördert werden,

4. Betriebsverluste, soweit sie auf der Einstellung des Krankenhausbetriebes beruhen.

Die Aufzählung der Beispiele ist nicht abschließend, auch gilt für diese Beispiele, daß nur insoweit Ausgleichszahlungen zu gewähren sind, als unzumutbare Härten hierdurch vermieden werden.

Abs. 2 Durch die Möglichkeit der Gewährung von pauschalen Ausgleichszahlungen soll das Verfahren bei der Anwendung dieser Vorschrift erleichtert werden.

Zu § 17 Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmung

Abs. 1 Es wird der Grundsatz bekräftigt, daß Fördermittel nur zweckentsprechend verwendet werden dürfen. Dabei sind insbesondere die Einzelfestsetzungen im Aufnahmebescheid zu beachten. Aus diesem Grundsatz leiten sich die Widerrufs- und Rückforderungsermächtigungen in den folgenden Vorschriften ab.

Abs. 2 Die Vorschrift stellt klar, daß der Senator für Gesundheit und Sport zur Sicherung der Zweckbindung und ihrer Konkretisierung Nebenbestimmungen (Auflagen, Bedingungen, Befristungen) erlassen kann (§ 36 BremVwVfG). Die Formulierung stellt zugleich die Übereinstimmung mit § 1 Abs. 2 S. 3 KHG her.

Abs. 3 Der Bewilligungsbehörde wird die Möglichkeit eingeräumt, vor Auszahlung oder Übertragung der Fördermittel die Leistung einer Sicherheit für mögliche Rückforderungsansprüche zu verlangen. Eine dingliche Absicherung ist wegen der größeren Sicherheit in der Regel am besten geeignet. Die erforderlichen Kosten der Absicherung werden in die Förderung mit einbezogen.

Zu § 18 Widerruf von Bescheiden, Erstattung und Verzinsung

Abs. 1 Die Vorschrift regelt als Konsequenz aus der Zweckbindung der Fördermittel gemäß § 17 Abs. 1 den Widerruf des Bewilligungsbescheides bei nicht entsprechender Mittelverwertung. Durch die entsprechende Anwendung des § 44a der Landeshaushaltsordnung auch auf die Zuschüsse nach diesem Gesetz erübrigt sich eine eigene detaillierte Regelung mit Ausnahme einiger spezifischer, nur die Krankenhausförderung betreffender Vorschriften. Hierzu gehört auch die Klarstellung in Satz 2, daß die Zweckbindung der Fördermittel auch im Rahmen der Förderung gemäß § 16 zu beachten ist.

Abs. 2 Zur Erreichung der allgemeinen und besonderen Versorgungsziele des Krankenhausplans bestimmt Absatz 2 Satz 1, daß Bewilligungsbescheide ganz oder teilweise widerrufen werden müssen, wenn das Krankenhaus seine durch den Krankenhausplan vorgegebenen Aufgaben nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt.

Satz 2 weist zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Geltung des allgemeinen Verwaltungsverfahrensrechts hin, soweit in diesem Gesetz keine speziellen Regelungen enthalten sind.

Abs. 3 Für Rückerstattung und Verzinsung der Fördermittel als Folge des Widerrufs des Bewilligungsbescheides gilt ebenfalls entsprechend § 44a der Landeshaushaltsordnung. Scheidet ein Krankenhaus im Einvernehmen mit dem Senator für Gesundheit und Sport — in der Regel planmäßig — aus der Förderung aus, so kann ganz oder teilweise auf die Rückerstattung verzichtet werden. Dadurch soll im Einzelfall ein Ausgleich für durch das Ausscheiden entstehende Härten, die für den Krankenhausträger durch den zeitgerechten Vollzug des Krankenhausplanes entstehen, erreicht werden.

Abs. 4 Absatz 4 konkretisiert den Umfang der Erstattungspflicht für geförderte Anlagegüter. Satz 2 soll sicherstellen, daß für ein Krankenhaus, das ohne eigenes Verschulden (z. B. durch Brand) die ihm zugewiesenen Aufgaben nicht mehr erfüllen kann, der Rückerstattungsbetrag den Liquidationswert nicht übersteigt.

Abs. 5 Dem Senator für Gesundheit und Sport wird die in der praktischen Durchführung des Gesetzes wichtige Möglichkeit eingeräumt, Rückzahlungsforderungen mit Förderleistungen zu verrechnen.

Zu § 19 Verwendungsnachweis

Abs. 1 Gefordert wird in Anlehnung an die haushaltsrechtlichen Vorschriften der LHO ein Nachweis über die Erfüllung der Einzelfestsetzungen und Auflagen der Bescheide sowie über die wirtschaftliche und sparsame Verwendung der gewährten Fördermittel, der jährlich für das vorangegangene Kalenderjahr vorzulegen ist. Die Form des Verwendungsnachweises wird in den Absätzen 3 und 4 festgelegt.

Abs. 2 Über die Verwendung der Fördermittel für Einzelmaßnahmen (§ 10), für Anlauf- und Umstellungskosten (§ 13), für den Ausgleich von Eigenmitteln (§ 15) sowie für die Ausgleichszahlungen nach § 16 werden spezifizierte Nachweise gefordert. Diese sollen dem Aufbau nach den Verwendungsnachweisen entsprechen, wie sie in den Allgemeinen Bewirtschaftungsgrundsätzen (Nr. 5.1. VV zu § 44 LHO) festgelegt sind. Soweit eine der vorstehend genannten Maßnahmen sich über das Ende eines Kalenderjahres erstreckt, wird ein Zwischenbericht gefordert, der in der gleichen Form wie der Verwendungsnachweis vorzulegen ist.

Abs. 3 Für die Fördermittel, auf die die Krankenhäuser als Folge ihrer Aufnahme in den Landes-Krankenhausplan einen Anspruch geltend machen können, ist ein pauschaler Verwendungsnachweis zu erstellen, und zwar für

1. die Pauschalen nach § 11, die sich nach der Zahl der in den Landes-Krankenhausplan aufgenommenen Betten richten,
2. die Förderung der Mieten nach § 12, da die Fördermittel hierfür aufgrund der vorzulegenden Miet- und Pachtverträge festgesetzt werden,
3. die Schuldendiensthilfen nach § 14, die für vor Ausnahme in den Krankenhausplan aufgenommene Darlehen für förderungsfähige Investitionen bewilligt werden,
4. die bewilligten Fördermittel für die Schließung oder die Umstellung eines Krankenhauses, soweit sie nach § 16 Abs. 2 pauschal bewilligt werden.

In den genannten Fällen erstreckt sich der Verwendungsnachweis auf Angaben über die im Kalenderjahr erhaltenen Fördermittel zuzüglich des Restbetrags aus dem Vorjahr abzüglich der ausgegebenen Beträge, der durch Verträge gebundenen Fördermittel und dem freien Restbetrag. Die zweckentsprechende wirtschaftliche und sparsame Verwendung der Fördermittel ist durch rechtsverbindliche Unterschrift der Krankenhausleitung zu bestätigen.

Abs. 4 In Anlehnung an die für Zuwendungen geltenden haushaltsrechtlichen Bestimmungen (Nr. 11 VV zu § 44 LHO) wird die Möglichkeit geschaffen, jederzeit die zweckentsprechende Verwendung der gewährten Fördermittel durch die genannten Stellen zu kontrollieren. Wegen des Sachzusammenhanges mit der Verwendungsprüfung ist diese Vorschrift hier angeführt und nicht bei den Einzelbestimmungen der Förderung (§§ 10 bis 16).

Abs. 5 Die Vorschrift schafft eine klare Rechtsgrundlage für den Zutritt zu und den Aufenthalt in Krankenhäusern durch die Prüfungsberechtigten zum Zweck der Verwendungsprüfung.

Zu § 20 Investitionsverträge

Der Bundesgesetzgeber ermöglicht im § 18b KHG erstmals den Krankenkassen als Kostenträger, einen eigenständigen Beitrag über Investitionen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses zu leisten. Hiernach ist es den Vertragsparteien möglich, förderungsfähige Kosten durch einen Zuschlag auf den Pflegesatz zu finanzieren, insbesondere wenn sie zur Rationalisierung und damit zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit beitragen. § 18b Abs. 3 KHG bestimmt, daß Näheres zur Zulässigkeit und zum Inhalt landesrechtlich zu regeln ist.

Die vorgesehene Regelung will grundsätzlich diese Vereinbarungsregelung nicht einengen. Sie bestimmt ausschließlich, daß die erforderliche Zustimmung des Senators für Gesundheit und Sport nur dann versagt werden muß, wenn entsprechende Verträge nicht mit den Zielen der Krankenhausplanung und der vorgesehenen Investitionsprogramme übereinstimmen oder wenn die Gesamtfinanzierung nicht gewährleistet ist.

Zu § 21 Übergangsvorschriften

Die Übergangsvorschriften haben lediglich klarstellende Bedeutung für die zeitliche Gültigkeit des vor Inkrafttreten dieses Gesetzes aufgestellten Krankenhausplans und der Investitionsprogramme sowie für die sinngemäße Anwendung der Abgrenzungsverordnung nach dem alten KHG bis zum Erlaß einer landesspezifischen Abgrenzungsverordnung nach § 11 Abs. 10 Nr. 1 BremKHG.

Druck: Anker-Druck Bremen