

Gesetzentwurf

der Staatsregierung

zur Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes

A) Problem

Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626), das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) und das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) vom 23.04.2002 (BGBl. I S. 1412) wurde das Krankenhausvergütungssystem von tagesgleichen Pflegesätzen auf Fallpauschalen umgestellt. Dies hat weit reichende Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft. Durch das GKV – Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190) wurden erweiterte Möglichkeiten für die Krankenhäuser im ambulanten Bereich und in der integrierten Versorgung geschaffen. Insgesamt ergeben sich durch die neuere Bundesgesetzgebung nachhaltige Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und die Krankenhausförderung, die deshalb landesrechtlich an die neuen bundesrechtlichen Rahmenbedingungen anzupassen sind.

Die finanziellen Mittel müssen gezielt für die Schaffung einer zukunftsfähigen Krankenhausstruktur genutzt werden.

Seit der Novelle 1990 wurde das BayKrG nicht mehr vollständig überarbeitet, sondern nur punktuell durch verschiedene Änderungsgesetze weiterentwickelt. Es ist deshalb erforderlich, das Gesetz auch im Hinblick auf die Deregulierung aller landesrechtlichen Vorschriften, die Notwendigkeit jeder einzelnen Bestimmung und neuer Regelungen zu überprüfen.

B) Lösung

Aus der Veränderung der bundesrechtlichen Rahmenbedingungen durch das neue Vergütungssystem ergeben sich strukturelle Veränderungen in der Krankenhauslandschaft. Sie müssen durch eine Anpassung der krankenhauplanerischen und förderrechtlichen Rahmenbedingungen begleitet werden. Dazu gehören die Stärkung der wirtschaftlichen Eigenverantwortung der Krankenhäuser und der Abbau förderrechtlicher Hemmnisse für die notwendigen Umstrukturierungen. Der Krankenhausetat erfordert eine effiziente Ausrichtung der Krankenhausförderung.

Grundlegende Ziele der Novellierung sind deshalb:

1. Neuorientierung der Krankenhausplanung
2. Neuausrichtung der Krankenhausförderung
3. Vereinfachung des Normenbestandes

Diese Ziele werden durch umfassende Änderungen des gesamten Normenbestandes des Bayerischen Krankenhausgesetzes umgesetzt.

C) Alternativen

Keine

D) Kosten

1. Eine Belastung für den Staatshaushalt entsteht nicht. Eventuelle Mehrkosten werden im Rahmen des zur Verfügung stehenden Krankenhausfinanzierungsetats ausgeglichen.
2. Zusätzliche Belastungen der Kommunen entstehen nicht. Das Konnexitätsprinzip ist nicht berührt.

Gesetzentwurf

zur Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes

§ 1

Das Bayerische Krankenhausgesetz (BayKrG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 1990 (GVBl S. 386, BayRS 2126-8-A), zuletzt geändert durch § 8 des Gesetzes vom 26. Juli 2004 (GVBl S. 272), wird wie folgt geändert:

1. Art. 1 erhält folgende Fassung:

„Art. 1 Ziel des Gesetzes

¹Ziel dieses Gesetzes ist eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung im Freistaat Bayern durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser freigemeinnütziger, privater und öffentlich-rechtlicher Träger. ²Dies soll auf der Grundlage der Krankenhausplanung durch die Förderung eigenverantwortlich wirtschaftender, leistungsfähiger Krankenhäuser erreicht werden.“

1. In Art. 2 werden die Worte „auf die das“ durch die Worte „soweit diese nach dem“, sowie die Worte „Anwendung findet.“ durch die Worte „förderfähig sind,“ ersetzt.
2. Art. 3, 4 und 5 erhalten folgende Fassung:

„Art. 3 Grundsätze der Krankenhausplanung

(1) Zur Verwirklichung des in Art. 1 genannten Ziels wird ein Krankenhausplan für das gesamte Staatsgebiet aufgestellt und entsprechend der Entwicklung fortgeschrieben.

(2) ¹Die Krankenhausplanung wirkt auf wirtschaftliche Strukturen bei der bedarfsgerechten Versorgung durch medizinisch leistungsfähige Krankenhäuser hin. ²Dabei soll die – auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende – Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich unterstützt werden.

(3) Die Kooperation der Krankenhäuser mit niedergelassenen Ärzten, insbesondere beim kooperativen Belegarztwesen, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen soll Berücksichtigung finden.

(4) ¹Die Hochschulklinikplanung und die Krankenhausplanung sind aufeinander abzustimmen. ²Der Bestand an Krankenhäusern nach § 108 Nr. 3 SGB V ist bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

Art. 4 Krankenhausplan

(1) ¹Der Krankenhausplan stellt die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Zahl der Betten und teilstationären Plätzen, Fachrichtungen sowie Versorgungsstufe dar. ²Der Krankenhausplan kann als Bestandteil auch Fachprogramme enthalten, in denen spezifische Versorgungsschwerpunkte ausgewiesen werden.

(2) ¹Der Krankenhausplan legt Allgemeinkrankenhäuser mit drei Versorgungsstufen und Fachkrankenhäuser fest. ²Krankenhäuser der I. Versorgungsstufe dienen der Grundversorgung. ³Krankenhäuser der II. Versorgungsstufe erfüllen in Diagnose und Therapie auch überörtliche Schwerpunktaufgaben. ⁴Krankenhäuser der III. Versorgungsstufe halten im Rahmen des Bedarfs ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot sowie entsprechende medizinisch-technische Einrichtungen vor. ⁵Der Krankenhausplan kann allgemeine Grundsätze dazu enthalten, welche Fachrichtungen Krankenhäuser der einzelnen Versorgungsstufen in der Regel vorhalten.

(3) Die jährliche Fortschreibung des Krankenhausplans wird im Bayerischen Staatsanzeiger bekannt gemacht.

Art. 5 Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) ¹Ein Krankenhaus ist bedarfsgerecht, wenn und soweit es zur Deckung des in seinem Einzugsgebiet vorhandenen Bedarfs an akutstationärer Versorgung notwendig und hierzu geeignet ist. ²Das Krankenhaus ist geeignet, wenn es die Gewähr dafür bietet, dass es nach seinem Standort und seiner Größenordnung innerhalb des abgestuften Versorgungssystems seine ihm zugeordnete Aufgabe medizinisch leistungsfähig und wirtschaftlich wahrnehmen kann.

(2) ¹Gegenüber dem Krankenhausträger wird festgestellt, ob und mit welchen Festlegungen im Sinn des Art. 4 sein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird. ²Die Feststellung nach Satz 1 kann ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn und soweit die Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nicht nur vorübergehend nicht mehr vorliegen.“

3. Art. 6 wird aufgehoben.
4. Art. 7 wird wie folgt geändert:
- a) Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nr. 2 erhält folgende Fassung:
- „2. Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern,“
- bb) In Nr. 7 werden nach den Worten „Arbeitsgemeinschaft der“ die Worte „Spitzenverbände der“ eingefügt.
- b) Abs. 2 Satz 2 wird aufgehoben; die Satzbezeichnung 1 entfällt.
- c) Abs. 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Worte „jeweils eine Person“ durch die Worte „zwei Personen“ ersetzt und die Worte „sowie zu deren Stellvertretung“ gestrichen.
- bb) Die Sätze 2 und 3 erhalten folgende Fassung:
- „²An den Sitzungen können die betroffenen Staatsministerien teilnehmen. ³Den Vorsitz führt das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.“
- d) Abs. 4 wird aufgehoben.
5. Art. 8 wird aufgehoben.
6. Art. 9 wird wie folgt geändert:
- a) Abs. 1 und 2 erhalten folgende Fassung:
- „(1) ¹Die Fördermittel für Investitionskosten sind so zu bemessen, dass sie die förderfähigen, nach der Aufgabenstellung des Krankenhauses und den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit notwendigen Kosten decken. ²Der Förderung liegen die Feststellungen über die Aufnahme in den Krankenhausplan zugrunde.
- (2) Abweichend von Abs. 1 können die Fördermittel unter den Voraussetzungen des § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG hinter den förderfähigen, nach der Aufgabenstellung des Krankenhauses und den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit notwendigen Investitionskosten zurückbleiben (Teilförderung).“
- b) Es wird folgender neuer Abs. 3 eingefügt:
- „(3) Die Kosten des Erwerbs oder der Anmietung bereits betriebener und in den Krankenhausplan aufgenommener Krankenhäuser, die Kosten einer Vorfinanzierung des Krankenhausträgers und die Kosten eigenen Personals werden nicht gefördert.“
- c) Der bisherige Abs. 3 wird Abs. 4.
7. Art. 10 erhält folgende Fassung:
- „Art. 10
Investitionsprogramme
- (1) ¹In einem jährlich aufzustellenden Investitionsprogramm (Jahreskrankenhausbauprogramm) wird die vorgesehene Verwendung der in dem betreffenden Jahr zur Verfügung stehenden Fördermittel für Investitionen nach Art. 11 dargestellt. ²Ein Rechtsanspruch auf Förderung wird erst durch die Bewilligung von Fördermitteln begründet.
- (2) ¹Das Jahreskrankenhausbauprogramm soll jeweils für das Folgejahr aufgestellt werden; es wird bei Bedarf fortgeschrieben. ²Das Jahreskrankenhausbauprogramm und seine Fortschreibung werden im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht.“
8. Art. 11 wird wie folgt geändert:
- a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:
- „Investitionskosten für
1. die Errichtung von Krankenhäusern (Umbau, Erweiterungsbau, Neubau) einschließlich der hiermit in notwendigem Zusammenhang stehenden Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb erforderlichen Anlagegütern,
 2. die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,
 3. die Ergänzungsbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren und bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter), soweit die Ergänzung über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht,
- werden gefördert (Einzelförderung), wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben die Wertgrenze gemäß Art. 12 Abs. 1 Nr. 2 übersteigen.“
- bb) Sätze 2 bis 8 werden aufgehoben.
- b) Abs. 2 bis 5 erhalten folgende Fassung:
- „(2) ¹Im fachlichen Prüfungsverfahren prüft die zuständige Behörde (Art. 22 Abs. 1) auf Antrag, ob das Vorhaben im Rahmen der Krankenhausplanung bedarfsgerecht ist, ob und inwieweit es unter Einbeziehung der Betriebskosten den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht und ob die Gesamtfinanzierung gesichert ist. ²Auf die-

ser Grundlage werden Art und Umfang des Vorhabens festgestellt und der Förderbetrag festgelegt.³Das fachliche Prüfungsverfahren wird durch die fachliche Billigung abgeschlossen.

(3)¹Die Einzelförderung wird auf Antrag nach dem Ergebnis des fachlichen Prüfungsverfahrens bewilligt, wenn die Aufnahme des Vorhabens in einem Jahreskrankenhausbauprogramm festgestellt ist und in diesem die Fördermittel bereitgestellt sind.²Eine Förderung ist ausgeschlossen, wenn vor der erstmaligen Bewilligung mit dem Vorhaben bereits begonnen worden ist.³Als Maßnahmebeginn ist grundsätzlich der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Lieferungs- und Leistungsvertrags zu werten.⁴Bei Baumaßnahmen gelten Planungen und Baugrunduntersuchungen nicht als Beginn des Vorhabens.⁵Die zuständige Behörde kann nach Abschluss des fachlichen Prüfungsverfahrens einem vorzeitigen Maßnahmebeginn zustimmen, wenn der Krankenhausträger vorher sein Einverständnis zur Übernahme der Vorfinanzierungskosten erklärt hat.⁶Sie kann einem vorzeitigen Maßnahmebeginn auch vor fachlicher Billigung nach Abs. 2 Satz 3 zustimmen, wenn durch ein nicht vorhersehbares Ereignis Investitionsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung der Krankenversorgung un-aufschiebbar sind.

(4)¹Die Förderung der nach Abs. 2 ermittelten Investitionskosten erfolgt durch einen festen Betrag (Festbetrag).²Mit dem Krankenhausträger ist hierüber Einvernehmen anzustreben.³Der Festbetrag kann auf Grund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden.⁴Im Rahmen des Festbetrages entscheidet der Krankenhausträger eigenverantwortlich über die Art und Weise der Durchführung notwendiger Maßnahmen.⁵Der Festbetrag wird nach Veränderungen von amtlichen Indizes fortgeschrieben.⁶Erreichen die nachgewiesenen Kosten den Festbetrag nicht, hat der Krankenhausträger den Unterschiedsbetrag seinen pauschalen Fördermitteln nach Art. 12 zuzuführen.⁷Soweit fachlich gebilligte Maßnahmen nicht durchgeführt werden, ist der Festbetrag entsprechend herabzusetzen.

(5)¹Das Ergebnis des fachlichen Prüfungsverfahrens kann nur geändert werden, wenn und soweit Mehrkosten auf Grund nachträglicher behördlicher Anordnungen oder einer Änderung der Rechtslage erforderlich werden.²Die zusätzlichen Investitionsmaßnahmen dürfen vor Abschluss des ergänzenden fachlichen Prüfungsverfahrens nicht begonnen werden.“

- c) Abs. 6 und 7 werden aufgehoben; der bisherige Abs. 8 wird Abs. 6.

9. Art. 12 Abs. 1 bis 3 erhalten folgende Fassung:

„(1) Durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschalen) werden auf Antrag gefördert

1. die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern,
2. sonstige nach Art. 11 Abs. 1 Satz 1 förderfähige Investitionen, wenn die Kosten einschließlich Umsatzsteuer für das einzelne Vorhaben ein Fünftel der Jahrespauschale des einzelnen Krankenhauses nicht übersteigen.

(2)¹Die Jahrespauschale ist nach der medizinischen Aufgabenstellung des Krankenhauses im Krankenhausplan und dessen Leistungen zu bemessen.²Aus krankenhauserplanerischen Gründen erforderliche Kapazitätsminderungen bleiben bei der Bemessung der Jahrespauschale für die Dauer von zwei Jahren unberücksichtigt, soweit nicht Leistungen nach Art. 17 bewilligt werden und soweit kein krankenhauserplanerischer Zusammenhang mit dem Aufbau von Kapazitäten an anderen Krankenhäusern besteht.

(3)¹Der Krankenhausträger bewirtschaftet die Jahrespauschale eigenverantwortlich unter Beachtung des Krankenhausplans sowie der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit.²Die Bildung von Mittelreserven bis zur Höhe des dreifachen Jahresbetrages ist zulässig; eine Überschreitung dieser Grenze ist anzuzeigen und führt im Folgejahr zu einer entsprechenden Minderung der Jahrespauschale, soweit die Fördermittel nicht nachweisbar für konkret absehbare Investitionen erforderlich sind.“

10. Art. 13 wird wie folgt geändert:

- a) Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1)¹An Stelle der Einzelförderung von Investitionen nach Art. 11 können auf Antrag Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern gefördert werden, soweit deren Errichtung oder Beschaffung unmöglich oder weniger wirtschaftlich ist.²Die Förderung setzt ferner ein krankenhauserplanerisches Interesse und die Zustimmung der zuständigen Behörde vor Abschluss der Nutzungsvereinbarung voraus.³Die Zustimmung wird nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung der Gesamtumstände, insbesondere der Höhe des Entgelts und der Vereinbarkeit des Nutzungsverhältnisses mit der Fortführung des Krankenhausbetriebs, erteilt.⁴Art. 11 Abs. 1 bis 3 gelten entsprechend.⁵Die Förderung kann im Einzelfall auf Antrag an die Preis- oder Kostenentwicklung angepasst werden.“

- b) In Abs. 3 wird die Verweisung „Art. 12 Abs. 3“ durch „Art. 12 Abs. 2“ ersetzt.

11. Art. 14 Abs. 3 wird aufgehoben.

12. Art. 15 wird wie folgt geändert:

- a) Abs. 1 Satz 3 wird aufgehoben.
- b) Es wird folgender neuer Abs. 2 eingefügt:

„(2)¹Abs. 1 gilt auch für einzelne Gebäude von bereits in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern, wenn diese erstmals einer be-

darfsgerechten Nutzung für die stationäre Versorgung zugeführt werden und die Förderung der betreffenden Lasten aus Investitionsdarlehen wirtschaftlicher als eine Förderung nach Art. 11 ist. ²Art. 11 Abs. 1 bis 3 gelten entsprechend.“

- c) Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 3.
- d) Die bisherigen Sätze 1 und 2 des Abs. 3 werden Abs. 4; Satz 3 des bisherigen Abs. 3 wird aufgehoben.

13. Art. 16 und 17 erhalten folgende Fassung:

„Art. 16
Ausgleich für Eigenkapital

(1) ¹Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung mit Eigenmitteln beschaffte, abnutzbare und förderfähige Anlagegüter vorhanden, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so wird dem Krankenhausträger bei Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan auf Antrag eine pauschale Ausgleichszahlung gewährt. ²Die pauschale Ausgleichszahlung beträgt 500 € für jeden Behandlungsplatz, der im bedarfsplanerischen Zusammenhang mit der Schließung des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan und der akutstationären Krankenversorgung ausscheidet.

(2) ¹Ist die berücksichtigungsfähige Abnutzung nachweislich höher als die Pauschale nach Abs. 1, so wird dem Träger auf Antrag der höhere Ausgleichsbetrag gewährt. ²Für die Berechnung des Ausgleichsbetrags werden der Buchwert der mit Eigenmitteln beschafften Anlagegüter bei Beginn der Förderung und die hierauf beruhenden Abschreibungen während der Zeit der Förderung zugrunde gelegt. ³Zweckgebundene Zuwendungen werden nicht als Eigenmittel berücksichtigt. ⁴Ein Ausgleichsanspruch nach Satz 1 besteht nicht, soweit eine Ersatzinvestition gefördert wurde, deren Nutzungswert bei Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan dem nach Satz 2 berechneten Ausgleichsbetrag entspricht; für Anlagegüter, deren Wiederbeschaffung pauschal gefördert wurde, ist der Nutzungswert aller mit den Pauschalmitteln beschafften Anlagegüter maßgebend.

Art. 17
Förderung bei Schließung
oder Umstellung von Krankenhäusern

(1) ¹Bei Schließung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen oder deren Umstellung auf andere Aufgaben werden auf Antrag pauschale Ausgleichszahlungen gewährt. ²Der Anspruch ist ausgeschlossen, soweit ein krankenhauplanerischer Zusammenhang mit dem Aufbau von Behandlungsplätzen oder der Neuaufnahme entsprechender Fachrichtungen an anderen Krankenhäusern besteht. ³Leistungen nach § 9 Abs. 3a KHG sind auf die Ausgleichszahlungen anzurechnen.

(2) Die Ausgleichszahlungen sind nach der Zahl der aus der Akutversorgung und dem Krankenhausplan

ausscheidenden Behandlungsplätze sowie nach den aufgegebenen Fachrichtungen zu bemessen.

(3) Die Entscheidung über den Anspruch ist mit der Entscheidung über eine Erstattung von Fördermitteln zu verbinden.“

14. Art. 18 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 Satz 2 wird „Art. 11 Abs. 1 Sätze 3 bis 8“ durch „Art. 21“ ersetzt.

b) Abs. 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Worte „Die Bewilligung der Fördermittel kann“ durch die Worte „Entscheidungen nach diesem Gesetz können“ ersetzt.

bb) Satz 2 erhält folgende Fassung:

„²Art. 3 Abs. 2, 3 und 4 gelten entsprechend.“

15. Art. 19 und 20 erhalten folgende Fassung:

„Art. 19
Widerruf von Förderbescheiden
und Erstattung von Fördermitteln

(1) Für den Widerruf von Förderbescheiden und die Erstattung von Fördermitteln gelten die allgemeinen Bestimmungen, insbesondere das Bayerische Verwaltungsverfahrensgesetz, soweit nachfolgend nichts Anderes bestimmt ist.

(2) ¹Scheidet ein Krankenhaus vollständig oder teilweise aus dem Krankenhausplan aus, sind die Förderbescheide insoweit zu widerrufen. ²Liegt das Ausscheiden im krankenhauplanerischen Interesse, ist vom Widerruf abzusehen, wenn und soweit

1. krankenhausspezifische bauliche Investitionen in Krankenhausgebäuden zu keiner Steigerung des Gebäudewertes für Nachfolgenutzungen geführt haben und auch nicht entsprechend ihrer ursprünglichen oder einer ähnlichen Zweckbestimmung weiter verwendbar sind oder
2. umsetzbare Anlagegüter anderweitig für die Akutversorgung eingesetzt werden können.

³Liegt das Ausscheiden im krankenhauplanerischen Interesse, kann vom Widerruf abgesehen werden, wenn und soweit Anlagegüter einer anderen, im staatlichen Interesse liegenden, gemeinnützigen Zweckbestimmung dienen, insbesondere für soziale Betreuungseinrichtungen mit krankenhauserlastender Zielsetzung, und eine Refinanzierungsmöglichkeit für die Investitionskosten nicht besteht.

(3) ¹Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft worden sind, vermindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer der jeweils geförderten Anlagegüter. ²Liegt das vollständige oder teilweise Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan im krankenhauplanerischen Interesse

se, besteht die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel nur bis zur Höhe des erzielbaren Verwertungserlöses der geförderten Anlagegüter; dies kann in Teilbeträgen erfolgen.

(4) Erstattungsforderungen können mit Förderleistungen auf Grund des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach diesem Gesetz sowie mit Leistungen nach dem Finanzausgleichsgesetz verrechnet werden.

Art. 20 Trägerwechsel

(1) Wechselt der Träger eines Krankenhauses, ist vom Widerruf der Förderbescheide abzusehen, wenn

1. die Voraussetzungen des Art. 5 Abs. 1 vorliegen,
2. der bisherige Krankenhausträger die gewährten Fördermittel auf den neuen Krankenhausträger überträgt,
3. der neue Krankenhausträger durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Freistaat Bayern sämtliche bisherigen Förderbescheide sowie die mit der Förderung verbundenen Verpflichtungen, Bedingungen und Auflagen anerkennt und
4. sichergestellt ist, dass mögliche Rückforderungsansprüche nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und diesem Gesetz ausreichend gesichert sind.

(2) Liegen die Voraussetzungen des Abs. 1 vor, wird das Verbleiben des Krankenhauses unter neuer Trägerschaft im Krankenhausplan festgestellt.“

16. Es wird folgender neuer Art. 21 eingefügt:

„Art. 21 Übertragung von Krankhauseinrichtungen, Mitbenutzung

(1) ¹Auf den Widerruf von Förderbescheiden kann verzichtet werden, wenn

1. mit Zustimmung der zuständigen Behörde der Betrieb bedarfsnotwendiger Krankhauseinrichtungen einem Dritten zur eigenverantwortlichen Bewirtschaftung übertragen wird und die Qualität und Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung dadurch nicht gefährdet werden sowie
2. für die Nutzung außerhalb der stationären Versorgung ein Nutzungsentgelt entrichtet wird, das der Krankenhausträger zu 10 v. H. seinen Pauschalmiteln nach Art. 12 zuführt und zu 90 v. H. an den Freistaat erstattet.

²Das Nutzungsentgelt ergibt sich aus dem Umfang der Fremdnutzung sowie dem Finanzierungs- und Wettbewerbsvorteil für den Dritten auf der Grundlage der zeitanteiligen Abschreibungen der Fördermittel für die betroffenen Anlagegüter. ³Dabei wird der Finanzierungs- und Wettbewerbsvorteil pauschal mit einem Anteil in Höhe von 10 v. H. abgegolten.

(2) ¹Werden ohnehin bedarfsnotwendige Anlagegüter zu Zwecken außerhalb der akutstationären Krankenversorgung nach dem Krankenhausplan mitbenutzt, wird die Förderung anteilig gekürzt. ²Statt dessen kann mit dem Krankenhausträger vereinbart werden, Entgelte anteilig zu erstatten, die er für die Mitbenutzung erzielt; bei einer rückwirkenden Vereinbarung sind die für die Vergangenheit zu leistenden Erstattungsbeträge mit sechs v. H. zu verzinsen. ³Die Kürzungs- und Erstattungsbeträge können pauschaliert werden. ⁴In Fällen geringer Bedeutung kann von einer Kürzung oder Erstattung abgesehen werden. ⁵Ändert sich der Mitbenutzungsanteil nicht nur geringfügig, so kann der Kürzungsbetrag neu festgesetzt werden. ⁶Auf die Kürzung der Förderung oder die Erstattung der Entgelte kann in besonderen Fällen, insbesondere unter Berücksichtigung krankenhauplanerischer Zielsetzungen, ganz oder teilweise verzichtet werden.

(3) ¹Die Förderung von Anlagegütern, die wegen der Mitversorgung für andere als akutstationäre Zwecke größer oder leistungsfähiger sind, beschränkt sich auf den akutstationären Anteil. ²Abs. 2 Satz 5 gilt entsprechend.“

17. Der 4. Abschnitt erhält folgende Fassung:

„4. Abschnitt Zuständigkeiten, Rechtsverordnungen

Art. 22 Zuständigkeiten

(1) Das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen ist zuständig für

1. die Krankenhausplanung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und diesem Gesetz sowie nach dem Dritten und Vierten Abschnitt des Vierten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
2. das Pflegesatzrecht nach dem KHG, den darauf beruhenden Verordnungen, insbesondere der Bundespflegesatzverordnung (BPflV), und nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)
3. die Krankenhausförderung nach Art. 11 Abs. 2 (fachliches Prüfungsverfahren), Art. 20 Abs. 2 (Feststellung des Trägerwechsels) und Art. 21 Abs. 1 Nr. 1 (Zustimmung zur Übertragung von Krankhauseinrichtungen).

(2) ¹Das Staatsministerium der Finanzen ist zuständig für die Bewilligung von Fördermitteln nach diesem Gesetz. ²Es ist zugleich zuständig für die Krankenhausförderung nach Art. 11 Abs. 3 (Bewilligungsverfahren), Art. 13 (Nutzungsförderung), Art. 18 Abs. 3 (Absicherung), Art. 19 (Widerruf von Förderbescheiden und Erstattung von Fördermitteln), Art. 20 Abs. 1 (Widerrufsverzicht beim Trägerwechsel) und Art. 21 mit Ausnahme von Absatz 1 Nr. 1 (Übertragung von Krankhauseinrichtungen, Mitbenutzung).

(3) Das Staatsministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst ist zuständig für die Genehmigung der Kündigung von Einrichtungen im Sinn von § 108 Nr. 1 SGB V nach § 110 Abs. 2 Satz 2 SGB V.

(4) ¹Der Krankenhausplan einschließlich der dazugehörigen Fachprogramme wird vom Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen unter Mitwirkung der Beteiligten nach Art. 7 und im Benehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen aufgestellt und fortgeschrieben. ²Das Jahreskrankenhausbauprogramm wird gemeinsam vom Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und dem Staatsministerium der Finanzen aufgestellt.

Art. 23 Rechtsverordnungen

(1) ¹Das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu regeln:

1. Die Durchführung des fachlichen Prüfungsverfahrens nach Art. 11 einschließlich der Übertragung der Zuständigkeit auf die Regierungen allgemein oder im Einzelfall,
2. das Verwendungsnachweisverfahren im Rahmen seiner Zuständigkeit,
3. das Verfahren zur Anpassung der Festbeträge an die Kostenentwicklung nach Art. 11 Abs. 4 Satz 5,
4. die Ermittlung der Kostengrenze nach Art. 12 Abs. 1 Nr. 2 und die Bemessung der Förderbeträge nach Art. 12 Abs. 2 und Art. 17 Abs. 2,
5. die durchschnittliche Nutzungsdauer von Anlagegütern,
6. die Übertragung der Zuständigkeit für staatliche Genehmigungen nach dem KHEntgG und der BPflV auf nachgeordnete Behörden oder auf die Regierungen,
7. die nach dem SGB V und dem KHG den Ländern übertragenen Fragen der Vergütung für Krankenhäuser, insbesondere zu § 137 Abs. 1 Satz 5 SGB V (Mindestmengenregelung) und zu § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG (Sicherstellungszuschläge),
8. dass die Krankenhausträger der Krankenhausplanungsbehörde jährlich bis zum 30. April über Inhalt und Umfang des Leistungsangebots und dessen Inanspruchnahme im Verlauf des vergangenen Jahres (Berichtszeitraum) zu berichten haben.

²Bei Nrn. 2 bis 5 ist das Einvernehmen des Staatsministeriums der Finanzen erforderlich.

(2) ¹Das Staatsministerium der Finanzen wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu regeln:

1. Das Bewilligungsverfahren einschließlich des Verwendungsnachweisverfahrens im Rahmen seiner Zuständigkeit und der Übertragung der Zuständigkeiten auf die Regierungen allgemein oder im Einzelfall,

2. das Verfahren zur Anpassung der Förderung von Nutzungsentgelten nach Art. 13 Abs. 1 Satz 4 an die Kostenentwicklung,
3. das Nähere zur Kürzung von Fördermitteln und zur Erstattung von Entgelten bei der Mitbenutzung von Anlagegütern nach Art. 21 Abs. 2,
4. die Anwendung der jeweils geltenden Vergabevorschriften bei der Auftragsvergabe,
5. die Einbehaltung einer Schlussrate zur Vermeidung von Überzahlungen und zur Sicherung der fristgerechten Vorlage des Verwendungsnachweises,
6. die Berechnung der Zinsen für ausbezahlte Fördermittel nach Art. 12 Abs. 4.

²Bei den Nrn. 1 bis 5 ist das Einvernehmen des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen erforderlich.“

18. Art. 24 und 25 erhalten folgende Fassung:

„Art. 24

Auskunftspflichten der Krankenhausträger

¹Die Krankenhausträger haben der Krankenhausplanungsbehörde über alle für die Krankenhausplanung bedeutsamen Angelegenheiten auf Verlangen Auskunft zu erteilen. ²Dem Krankenhausträger obliegt es, die zur Beurteilung der Förderung notwendigen Auskünfte zu erteilen und auf Verlangen zu belegen.

Art. 25

Rechtsformen kommunaler Krankenhäuser

¹Für die Rechtsformen kommunaler Krankenhäuser gelten die Vorschriften des Kommunalrechts. ²Art. 95 Abs. 2 GO, Art. 83 Abs. 2 LKrO sowie Art. 81 Abs. 2 BezO gelten nicht für Unternehmen zum Betrieb von Krankenhäusern.“

19. Der bisherige Art. 21 wird neuer Art. 26; der bisherige Art. 26 wird aufgehoben.

20. Art. 28 erhält folgende Fassung:

„Art. 28

Übergangsregelungen

(1) ¹Bei Vorhaben, die

1. bis zum 24. April 2001 fachlich gebilligt sind (Art. 11 Abs. 2) oder
2. in das Jahreskrankenhausbauprogramm 2002 oder ein früheres Jahreskrankenhausbauprogramm aufgenommen sind oder
3. vor dem 24. April 2001 für die Aufnahme in ein Jahreskrankenhausbauprogramm ab 2003 vorweg festgelegt waren,

gehören zu den Investitionskosten auch Instandhaltungskosten für Anlagegüter, wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder

überwiegend ersetzt werden; für Vorhaben nach den Nrn. 2 und 3 gilt dies nur, wenn bis zum 31. März 2002 eine fachliche Billigung beantragt und mit der Baumaßnahme bis spätestens 31. Dezember 2002 begonnen wurde. ²Bei anderen Vorhaben gehören die in Satz 1 genannten Instandhaltungskosten zu den Investitionskosten, solange diese Instandhaltungskosten nicht pauschal in Höhe eines Betrags von 1,1 v. H. der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung finanziert werden.

(2) Krankenhäuser, die

1. zum [Datum einsetzen] im Krankenhausplan mit den Versorgungsstufen I und II ausgewiesen waren, gelten ab dem [Datum einsetzen] als Krankenhäuser der I. Versorgungsstufe,
2. zum [Datum einsetzen] im Krankenhausplan mit der Versorgungsstufe III ausgewiesen waren, gelten ab dem [Datum einsetzen] als Krankenhäuser der II. Versorgungsstufe,
3. zum [Datum einsetzen] im Krankenhausplan mit der Versorgungsstufe IV ausgewiesen waren, gelten ab dem [Datum einsetzen] als Krankenhäuser der III. Versorgungsstufe.

(3) Bis zum In-Kraft-Treten einer Rechtsverordnung gemäß Art. 23 Abs. 1 Nr. 5 sind für die Bestimmung der durchschnittlichen Nutzungsdauer bei Anlagegütern die Regelungen der Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl I S. 2355) sinngemäß anzuwenden.

(4) Bis zum Erlass der Verordnung nach Art. 23 Abs. 1 Nr. 4 gelten Art. 12 Abs. 3 und Art. 17 Abs. 1 und 2 in der bisherigen Fassung und die Verordnung zu Art. 12 des Bayerischen Krankenhausgesetzes vom 12. Oktober 2002 (GVBl S. 587, BayRS 2126-8-2-F), zuletzt geändert durch Verordnung vom 31. August 2004 (GVBl S. 375) weiter.

(5) Bei einem schrittweisen Abbau von Behandlungsplätzen gelten die Art. 12, 17, 19 und 20 in der bisherigen Fassung, wenn der Abbau auf einer einheitlichen bedarfsplanerischen Entscheidung beruht und mit dem Abbau vor In-Kraft-Treten dieses Gesetzes begonnen wurde.

(6) Bei einer zum Zeitpunkt des In Kraft Treten dieses Gesetzes bestehenden Übertragung von bedarfsnotwendigen Krankenseinrichtungen an einen Dritten kann die Zustimmung nach Art. 21 Abs. 1 Nr. 1 auch nachträglich erteilt werden. “

§ 2

Dem Art. 52a des Bayerischen Hochschulgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998 (GVBl S. 740, BayRS 2210-1-1WFK), zuletzt geändert durch § 18 des Gesetzes vom 24. März 2004 (GVBl S. 84) wird folgender Abs. 6 angefügt:

„(6) Art. 27 des Bayerischen Krankenhausgesetzes gilt entsprechend.“

§ 3

Dieses Gesetz tritt am in Kraft.

§ 4

Das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen wird ermächtigt, das Gesetz mit neuer Artikelfolge neu bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

Begründung:

A. Allgemeines:

1. Rahmenbedingungen:

Seit der umfassenden Novellierung des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) im Jahr 1990 haben sich die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser erheblich gewandelt. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009), das die Grundlagen der Krankenhausfinanzierung bundesweit einheitlich regelt, wurde seither laufend geändert.

Gravierende Neuerungen im KHG haben sich dabei bei der Finanzierung der Betriebskosten durch die Krankenkassen ergeben. Mit dem Gesundheits-Reformgesetz vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477) und dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266) wurde der Selbstkostendeckungsgrundsatz aufgehoben und gleichzeitig eine strikte Budgetierung für die Krankenhäuser eingeführt. Bereits dadurch haben sich neue Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Betriebskosten durch die Krankenhäuser ergeben, die Anreize zu höherer Wirtschaftlichkeit und Qualität der stationären Leistungserbringung setzen sollten. Eine völlige Umstellung des Krankenhausvergütungssystems von tagesgleichen Pflegesätzen zu Fallpauschalen brachte das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626) und in der Folge das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) und das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23.04.2002 (BGBl. I S. 1412). Durch das GKV – Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190) wurden erweiterte Möglichkeiten für die Krankenhäuser im ambulanten Bereich und in der integrierten Versorgung geschaffen. Die völlige Umstellung des Krankenhausvergütungssystems hat weit reichende Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft bis hin zum Abbau von Behandlungskapazitäten und Klinikschließungen. Betroffen sind somit auch die Krankenhausplanung und die Krankenhausförderung, die an die neuen bundesrechtlichen Rahmenbedingungen anzupassen sind.

Das Bayerische Krankenhausgesetz hat sich in seiner Grundkonzeption bewährt. Allgemeines Ziel der Krankenhauspolitik des Freistaates Bayern bleibt die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und leistungsfähigen sowie flächendeckenden Krankenhausversorgung. Maßstab der Regelungsdichte soll auch weiterhin der

bewährte Grundsatz sein, dass in die innere Struktur der Krankenhäuser so wenig wie möglich eingegriffen werden soll. Hierzu gehören auch die Anerkennung der zunehmend deutlicher werdenden unternehmerischen Tätigkeit der Krankenhäuser und die Stärkung der Eigenverantwortung.

Eine Überprüfung sämtlicher Regelungen des BayKrG muss ferner den aktuellen Zielsetzungen der Bürgerfreundlichkeit, Rechtsklarheit, Deregulierung und Verwaltungsvereinfachung genügen.

2. Ziele der Novellierung:

Aus der Veränderung der bundesrechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch das neue Vergütungssystem, ergeben sich strukturelle Veränderungen in der Krankenhauslandschaft. Sie sollen durch eine Anpassung der krankenhauplanerischen und förderrechtlichen Rahmenbedingungen begleitet werden. Dazu gehören die Stärkung der wirtschaftlichen Eigenverantwortung der Krankenhäuser und der Abbau förderrechtlicher Hemmnisse für die notwendigen Umstrukturierungen. Schließlich kann auch das Landeskrankenhausrecht nicht ausgenommen werden von den Bemühungen um einen nachhaltigen Abbau von regulierenden Normen. Auf Grund dieser Rahmenbedingungen ergeben sich die folgenden allgemeinen Ziele für die Novellierung des Bayerischen Krankenhausgesetzes:

2.1 Neuorientierung der Krankenhausplanung

2.2 Neuausrichtung der Krankenhausförderung

2.3 Vereinfachung des Normenbestandes

Diese Ziele werden durch zahlreiche Neuregelungen im gesamten Normenbestand des Bayerischen Krankenhausgesetzes umgesetzt:

Zu 2.1:

- Vereinfachung der Zielbestimmung des Gesetzes, Orientierung an effizienten Strukturen, Aufnahme der Trägervielfalt (Art. 1)
- Grundsätzliche Beschränkung des Gesetzes auf Plankrankenhäuser (Art. 2)
- Neuformulierung der Grundsätze der Krankenhausplanung (Art. 3):
 - Erweiterung der Möglichkeiten zur Einwirkung der Krankenhausplanung auf wirtschaftliche Strukturen
 - kommunale Grenzen überschreitende Krankenhausplanung
 - Berücksichtigung der Kooperation der Krankenhäuser mit anderen Leistungsbereichen
- Beschränkung der Krankenhausplanung auf nur noch drei Versorgungsstufen und lediglich allgemeine Festlegung des Inhalts der Versorgungsstufen im Gesetz (Art. 4)

Zu 2.2:

- Anerkennung der Teilförderung im Förderrecht (Art. 9 Abs. 2)
- Straffung des Verfahrens der Einzelförderung (Art. 11) durch
 - klare Abgrenzung des fachlichen Prüfungs- und des Bewilligungsverfahrens
 - Beschränkung der Förderarten auf den Festbetrag
 - Zuführung eines verbleibenden Betrages künftig zu den Pauschalen (Absatz 4)

- Neuorientierung der Pauschalförderung (Art. 12)
 - Abkehr vom vorrangigen Bettenbezug und zeitlich befristete Weitergewährung der Pauschalen bei Bettenabbau (Absatz 2)
 - Beschränkung der Bildung von Mittelreserven (Absatz 3)
- Einbeziehung vorhandener bisher nicht geförderter Gebäude in die Darlehensförderung (Art. 15 Abs. 2)
- Vereinfachung des Eigenmittelausgleichs (Art. 16)
- Beschränkung der Schließungs- und Umstellungsförderung auf Schließung von Krankenhäusern oder Abbau von Fachrichtungen (Art. 17)
- Erleichterung des Widerrufsverzichts (Art. 19)
- Regelung von förderrechtlichen Folgen der Übertragung von Krankenseinrichtungen - Outsourcing - (Art. 21 Abs. 1)

Zu 2.3:

- Zusammenfassung aller Zuständigkeitsbestimmungen und Entflechtung der Zuständigkeiten zwischen Sozial- und Finanzministerium (Art. 22)
- Neuordnung der Verordnungsermächtigungen (Art. 23)
- Straffung und Vereinfachung von Bestimmungen

B. Zu den einzelnen Vorschriften:

Zu § 1 Nr. 1 (Art. 1):

In Satz 1 werden die bisher in den Sätzen 1 und 2 enthaltenen wesentlichen Ziele des Gesetzes zusammengefasst und durch die Hinweise auf eine effiziente, also wirtschaftliche Struktur und die ausdrückliche Nennung der an der Versorgung teilnehmenden Krankenhausträgergruppen ergänzt, die die Versorgung durch Krankenhäuser in öffentlicher als auch in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft sicherstellen. Dies entspricht der bewährten Praxis und sichert die Trägervielfalt künftig auch gesetzestech-nisch ab.

Satz 2 legt fest, dass dies durch die staatliche Förderung der Investitionskosten erreicht werden soll, die leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern gewährt wird.

Satz 3 in der bisherigen Fassung ist entbehrlich und kann aus Gründen der Übersichtlichkeit und Verständlichkeit des Gesetzestextes gestrichen werden.

Zu § 1 Nr. 2 (Art. 2):

Der Anwendungsbereich des Bayerischen Krankenhausgesetzes wird auf die nach dem KHG förderfähigen Krankenhäuser beschränkt. Damit wird entsprechend der bislang schon geübten Praxis klargestellt, dass insbesondere Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen nicht dem Regelungsbereich des Bayerischen Krankenhausgesetzes unterfallen.

Nachdem die Datenschutzregelung des Art. 27 auch weiterhin für Hochschulkliniken gelten soll, wird dies am systematisch richtigen Standort im Bayerischen Hochschulgesetz gesondert geregelt (vgl. § 2).

Zu § 1 Nr. 3 (Art. 3, 4 und 5):

Zu Art. 3:

Die Änderung in Absatz 1 (Hinweis auf das Ziel - statt Zweck - des Gesetzes) ist Folge der Änderung des Art. 1.

Der bisherige Satz 2 wird in Art. 4 Abs. 1 Satz 2 übernommen.

Absatz 2 legt im Hinblick auf die Notwendigkeit der Neuordnung von Krankenhausstrukturen in Folge der veränderten Rahmenbedingungen fest, dass dabei dem Maßstab der Wirtschaftlichkeit besondere Bedeutung zukommt, um die Finanzierbarkeit einer dem Bedarf entsprechenden, medizinisch leistungsfähigen Versorgung der Patienten zu erleichtern. Diesem Ziel soll insbesondere auch die Unterstützung der bisher in Art. 4 Abs. 9 enthaltenen Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander bei der Bildung von Behandlungsschwerpunkten dienen. Um einen an der Bedarfssituation im jeweiligen Einzugsbereich orientiertes, effizient strukturiertes Netz einander ergänzenden Versorgungsmöglichkeiten zu erreichen, muss sich die Abstimmung der Krankenhausstrukturen und die Zusammenarbeit auch über kommunale Gebietsgrenzen hinaus erstrecken können.

Absatz 3 sieht vor, dass bei der Krankenhausplanung auch die Kooperation der Krankenhäuser mit anderen Leistungserbringern in der Patientenversorgung Berücksichtigung finden soll. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass durch das GKV-Modernisierungsgesetz z.B. integrierte Versorgungsformen (§ 140 a SGB V) und Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (§ 137 f SGB V), in die auch die Krankenhäuser einbezogen sein können, verstärkte Bedeutung erhalten haben.

Die Bestimmungen in den Absätzen 2 und 3 werden als Zielbestimmungen für die Krankenhausplanung in der Grundsatzregelung des Art. 3 ausgestaltet, da weiterhin an dem Grundsatz festgehalten wird, in die innere Struktur der Krankenhäuser nicht unmittelbar einzugreifen und möglichst wenig Verpflichtungen für die Krankenhäuser im Gesetz festzulegen. Allerdings wird auch im Förderrecht eine entsprechende Festlegung verankert, um bei Baumaßnahmen dieses Ziel durchsetzen zu können (vgl. Nr. 17 Buchstabe b, Doppelbuchstabe bb, Art. 18 Abs. 2 Satz 2).

Die Zusammenarbeitsverpflichtung mit der Hochschulklinikplanung wird in Absatz 4 Satz 1 vereinfacht und auf die Krankenhausplanung bezogen. Damit wird die bewährte Zusammenarbeit im Hochschulklinikplanungsausschuss, in dem sich Krankenkassen, Wissenschafts- und Sozialministerium abstimmen, abgesichert, ohne diese als Verpflichtung in dieser Form gesetzlich festzulegen.

Absatz 4 Satz 2 regelt die Berücksichtigung der Vertragskrankenhäuser für die Krankenhausplanung.

Zu Art. 4:

Art. 4 fasst die notwendigen gesetzlichen Regelungen über den Inhalt des Krankenhausplans zusammen.

Absatz 1 normiert wie bisher den wesentlichen Inhalt des Krankenhausplans. Ergänzt wird dies um teilstationäre Plätze, um die notwendige Rechtsgrundlage für die entsprechende Förderung solcher Plätze zu schaffen. Eine landesweite Planung dieser Versorgungsförm ist nicht möglich und durch diese Regelung nicht beabsichtigt.

Die Krankenhausplanung wird in Absatz 2 auf drei Versorgungsstufen beschränkt. Die bisherigen Versorgungsstufen I und II werden auf Grund der in der Praxis kaum noch relevanten Unterschiede zu einer Versorgungsstufe zusammengefasst. Damit wird eine Verschlingung des Gesetzes und gleichzeitig eine größere

Flexibilität in der Krankenhausplanung erreicht. Fachkrankenhäuser werden einer Versorgungsstufe nicht zugeordnet; sie nehmen nur Kranke bestimmter Krankheitsarten oder bestimmter Altersstufen auf.

Das Verbot der Vorhaltung von Teilgebieten im bisherigen Absatz 3 Satz 3 und die entsprechende Sollbestimmung im bisherigen Absatz 4 Satz 4 (nach der Neufassung der Weiterbildungsordnung für Ärzte jetzt Schwerpunkte) wird aufgehoben. Das neue Vergütungssystem für Krankenhäuser führt zu einer Spezialisierung der Angebotsstruktur. Dem soll die Krankenhausplanung nicht im Wege stehen.

Zu Art. 5:

In Art. 5 werden die bisherigen verfahrensmäßigen Festlegungen für die Umsetzung der Krankenhausplanung zusammengefasst.

Absatz 1 übernimmt die bisher in Absatz 2 enthaltene Regelung und modernisiert diese.

Der bislang in Absatz 2 Satz 3 enthaltene Grundsatz des Vorrangs der Plankrankenhäuser ist mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vom 04.03.2004 (Az.: 1 BvR 88/00) im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz nicht zu vereinbaren und deshalb zu streichen.

Zu § 1 Nr. 4 (Art. 6):

Die bislang in Art. 6 enthaltenen Zuständigkeitsbestimmungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit im 4. Abschnitt des Gesetzes in einem Artikel (Art. 22) zusammengefasst. Art. 6 kann daher aufgehoben werden.

Zu § 1 Nr. 5 (Art. 7):

In Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 wird die Bezeichnung der Krankenkassenverbände ebenso wie in Absatz 1 Satz 2 Nr. 7 die Bezeichnung der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege richtig gestellt.

Die Bestimmung über die Mitwirkung der Behördenvertreter in Absatz 3 wird vereinfacht.

Zu § 1 Nr. 6 (Art. 8):

Die in Absatz 1 genannte besondere Mitwirkungsverpflichtung der Kommunen geht in der allgemeinen Mitwirkungspflicht in Art. 24 auf, ebenso die Mitwirkungspflicht der Krankenhausträger. Die Bestimmung kann daher aufgehoben werden.

Die Abstimmung mit der Hochschulklinikplanung wird in Art. 3 Abs. 3 zusammengefasst.

Zu § 1 Nr. 7 (Art. 9):

In Absatz 1 Sätze 1 und 2 werden die bisher in Absatz 2 enthaltenen Bestimmungen über die Bemessung der Fördermittel und den Bezug der Förderung zu den Festsetzungen des Krankenhausplans aufgenommen. Dabei wird im neuen Satz 1 an Stelle der im bisherigen Satz 1 enthaltenen missverständlichen Definition der Förderung als Zuschuss klargestellt, dass Fördermittel für Investitionskosten gewährt werden (§ 4 Nr. 1 KHG).

Die bisher in Absatz 1 Satz 2 enthaltene Verweisung auf das Finanzausgleichsgesetz wird gestrichen, da dieses keine Ermächtigung mehr zur Übernahme von Schuldendienstleistungen für Darlehen enthält.

Auf der Grundlage des § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG besteht nun gemäß Absatz 2 die Möglichkeit, zwischen Land und Krankenhausträger eine teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger zu vereinbaren. Zu einer solchen Vereinbarung ist das Einvernehmen der Krankenkassen anzustreben. Die Aufnahme dieser Fördermöglichkeit in das Landesrecht soll die Eigenverantwortung des Krankenhausträgers stärken und es ihm ermöglichen, privates Kapital in die Krankenhausversorgung einzubinden. So können Krankenhausträger künftig verstärkt finanzielle Kooperationen eingehen oder partnerschaftliche Finanzierungslösungen ergreifen.

In Absatz 3 wird die bisher in Art. 11 Abs. 1 Satz 2 enthaltene Regelung über die Nichtförderfähigkeit verschiedener Tatbestände übernommen.

Zu § 1 Nr. 8 (Art. 10):

Die Vorschrift wird an die langjährige Verwaltungspraxis angepasst.

Die Zuständigkeitsbestimmungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit im 4. Abschnitt des Gesetzes in einem Artikel (Art. 22) zusammengefasst. Der bisherige Absatz 3 kann daher aufgehoben werden.

Zu § 1 Nr. 9 (Art. 11):

Absatz 1 Satz 1 wird insoweit neu gefasst, als der bisher in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 enthaltene Begriff der Sanierung gestrichen wird, um einen Gleichlaut mit der zwingenden Regelung in § 2 Nr. 2 a KHG (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) herzustellen und Abgrenzungsschwierigkeiten im Hinblick auf die Abschaffung der Förderfähigkeit des Erhaltungsaufwands zu vermeiden. Eine inhaltliche Änderung der derzeitigen Förderpraxis tritt durch die Neuformulierung nicht ein.

Außerdem wird die bisher in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 enthaltene landesrechtliche Ausweitung der Fördertatbestände auf Erdgas- und Fernwärmezuleitungen außerhalb des Anlageguts Krankenhausgebäude gestrichen, da sie in der Praxis kaum Bedeutung erlangt hat. Da heute kaum mehr Krankenhausneubauten errichtet werden, die mit Erdgas oder Fernwärme beheizt werden, ist die entsprechende Bestimmung entbehrlich.

Die im bisherigen Absatz 1 Satz 2 enthaltenen grundsätzlichen Regelungen werden in den neu strukturierten Art. 9 vorgezogen.

Die im bisherigen Absatz 1 Sätze 3 bis 7 enthaltenen Regelungen über die Mitbenutzung geförderter Anlagegüter zu Zwecken außerhalb der akutstationären Krankenversorgung werden in Absatz 2 des neuen Art. 21 zusammengefasst. Die Verordnungsermächtigung in Satz 8 wird mit anderen Verordnungsermächtigungen im 4. Abschnitt (Nr. 18, Art. 23 Abs. 2 Nr. 3) verbunden. Der bisherige Satz 8 kann daher gestrichen werden.

Die bislang in Absatz 3 enthaltenen Regelungen über die Grundsätze des fachlichen Prüfungsverfahrens werden dem Verfahrensablauf entsprechend in Absatz 2 Sätze 1 und 2 vorgezogen und gestrafft. Satz 1 entspricht der bisherigen Regelung, wird aber um die Voraussetzung des Vorliegens der Gesamtfinanzierung ergänzt. Dieser Begriff umfasst die bisher geregelte Voraussetzung der Einstellung in ein Jahreskrankenhausbauprogramm (einschließlich der sog. Vorwegfestlegungen), ebenso wie die jetzt in Absatz 3 geregelte Voraussetzung, dass mit der Maßnahme noch nicht begonnen worden sein darf, da in diesem Fall eine Bewilligung nach Absatz 3 nicht ergehen könnte. Weitere Voraussetzung

ist, dass die Finanzierung der nicht KHG-geförderten Teile nachgewiesen ist.

Satz 3 führt für den Abschluss des fachlichen Prüfungsverfahrens den Begriff der fachlichen Billigung, der bisher nur in § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 der DV BayKrG/FAG enthalten war, aus Gründen der Klarstellung im Gesetz ein.

Der bisherige Absatz 3 Satz 3 über den Nachweis der Kosten im fachlichen Prüfungsverfahren kann zu Gunsten der allgemeinen Regelungen in Art. 9 Abs. 1 Satz 2 und der allgemeinen Nachweispflicht des Trägers im 5. Abschnitt (Art. 24) entfallen.

Die bisher in Absatz 2 enthaltenen Regelungen über das Bewilligungsverfahren bei der Einzelförderung werden dem Verfahrensablauf entsprechend in den Absatz 3 eingefügt. In Satz 1 werden die Voraussetzungen für die Bewilligung der Haushaltsmittel im Rahmen der Einzelförderung beschrieben.

Satz 2 legt wie bisher fest, dass eine Bewilligung nicht möglich ist, wenn mit der Maßnahme bereits begonnen wurde. Die Sätze 3 und 4 enthalten die bisherige Definition des Maßnahmebeginns.

Die Sätze 5 und 6 regeln wie bisher die Voraussetzungen des – förderunschädlichen – vorzeitigen Maßnahmebeginns. Als weitere Voraussetzung für die Genehmigung des vorzeitigen Maßnahmebeginns wird in Satz 5 entsprechend der bisherigen Verwaltungspraxis die Erklärung des Einverständnisses des Krankenhausträgers zur Übernahme der Vorfinanzierungskosten aufgenommen.

Die Art der Einzelförderung (bisher Festsetzungs- und als Vereinbarungsförderungen die Fest- und Höchstbetragsförderung) wird nunmehr in Absatz 4 geregelt. Das Förderverfahren wird durch die Konzentration auf die Festbetragsförderung wesentlich vereinfacht. Bei der Festlegung des Festbetrages ist das Einvernehmen des Krankenhausträgers anzustreben. Das Verwendungsnachweisverfahren wird für die Beteiligten durch einen geringeren Umfang der vorzulegenden Unterlagen entlastet. Die Festlegung auf die Festbetragsförderung trägt den guten Erfahrungen mit dieser Förderart in den letzten Jahren Rechnung. Die Fortschreibung des Festbetrags kann künftig auch Indexsenkungen berücksichtigen. Erreichen die förderfähigen Kosten den Festbetrag nicht, so ist eine zweckentsprechende Verwendung des Unterschiedsbetrages für die Akutversorgung durch dessen Zuführung zu den pauschalen Fördermitteln nach Art. 12 sichergestellt. Mit der Zusammenfassung in einem Absatz entfallen die bisherigen Regelungen in den Absätzen 4 bis 6. Auch dies ist ein entscheidender Beitrag zur Verwaltungsvereinfachung in der Krankenhausförderung und zum Abbau von Rechtsnormen.

Absatz 5 Satz 1 regelt, dass neben nachträglichen behördlichen Anordnungen auch nach der fachlichen Billigung in Kraft getretene, für den Krankenhausträger verbindliche Rechtsvorschriften eine ergänzende fachliche Billigung und eine Erhöhung der förderfähigen Kosten rechtfertigen können. Satz 2 stellt klar, dass entsprechend den allgemeinen Bestimmungen zum Maßnahmebeginn die weiteren Maßnahmen erst nach der ergänzenden fachlichen Billigung begonnen werden dürfen.

Die bisherigen Absätze 6 und 7 können aufgrund der Konzentration auf die Festbetragsförderung gestrichen werden.

Zu § 1 Nr. 10 (Art. 12):

Der Verweis im bisherigen Absatz 1 Satz 2 auf Art. 11 Abs. 1 Sätze 2 bis 8 a.F. ist im Hinblick auf die neuen Regelungen in Art. 9, 21 und 23 entbehrlich.

Durch die Beschränkung auf eine rein lineare Wertgrenze von einem Fünftel der Jahrespauschale für den sog. „kleinen Baube-

darf“ in Absatz 1 Nr. 2 sollen Krankenhäuser künftig mehr Projekte in eigener Zuständigkeit aus der Jahrespauschale finanzieren können. Gleichzeitig soll die Einzelförderung, insbesondere das Regierungskontingent, von Kleinstmaßnahmen entlastet werden.

Absatz 2 Satz 1 trägt der Entwicklung zu einer immer kürzeren Verweildauer im Krankenhaus durch eine Neuausrichtung der Bemessung der Jahrespauschale Rechnung. Künftig soll diese nicht mehr primär nach Betten, sondern nach leistungsbezogenen Kriterien festgesetzt werden, die den investiven Aufwand unter Beachtung der medizinischen Aufgabenstellung des Krankenhauses nach dem Krankenhausplan abbilden. Da sich bei künftigen Bettenabbauschritten in aller Regel weder der Umfang an medizinischen und technischen Vorhaltungen noch die Leistungen eines Krankenhauses kurzfristig signifikant ändern, wäre die umgehende Kürzung der Pauschale sachlich nicht zu rechtfertigen. Nach Satz 2 führen daher Kapazitätsverringerungen erst zeitlich verzögert zu einer Minderung der Pauschalhöhe. Die zeitlich um zwei Jahre hinausgeschobene Anpassung der Jahrespauschale mildert zusammen mit neuen leistungsbezogenen Parametern die finanziellen Folgen von Strukturveränderungen ab und erleichtert damit einen notwendigen Bettenabbau. Eine Weitergewährung der bisherigen Pauschalhöhe ist jedoch nicht zu vertreten, wenn Bettenkapazitäten wegen Teilschließungen oder Umstellungen aus dem Krankenhausplan ausgeschieden sind und die durch Umstrukturierung bedingten Härten bereits durch Ausgleichszahlungen nach Art. 17 abgefedert wurden. Ebenfalls nicht gerechtfertigt ist die befristete Weitergewährung von Pauschalen, wenn Kapazitäten bei krankenhauserplanerischer Gesamtbetrachtung nicht aus dem Krankenhausplan ausscheiden, sondern lediglich von einem Krankenhaus auf ein anderes umgeschichtet werden. Die näheren Einzelheiten regelt die Verordnung zu Art. 12 (vgl. Nr. 18, Art. 23 Abs. 1 Nr. 4).

Die bisher in Art. 12 Abs. 2 enthaltenen Bestimmungen werden künftig im Verordnungswege geregelt (vgl. Art. 23 Abs. 1 S. 1 Nr. 4).

Absatz 3 Satz 1 stellt klar, dass der Krankenhausträger die Pauschalfördermittel in eigener Verantwortung bewirtschaftet und dabei neben der Beachtung der Zweckbindung der Mittel (vgl. Art. 18) auch die Vorgaben des Krankenhausplans sowie die Grundsätze von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten hat.

Allerdings ist nicht vertretbar, wenn Krankenhäuser über Jahre hinweg hohe Mittelreserven vorhalten. Diese Überhänge müssen wieder dem KHG-Etat und damit einer bedarfsgerechten Verwendung zugeführt werden. Satz 2 sieht daher eine Abführung von unverhältnismäßig hohen Mittelüberhängen vor, wenn Mittel nicht konkret für bestimmte Beschaffungsvorhaben (meist in Verbindung mit größeren Bauvorhaben) angespart werden. Derartige Mittelüberhänge muss der Krankenhausträger anzeigen und ggf. die anstehenden Beschaffungsvorhaben der Förderbehörde offen legen. Diese Regelung soll die Träger auch anhalten, die zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Klinik notwendigen Investitionen zeitgerecht zu tätigen.

Zu § 1 Nr. 11 (Art. 13):

Absatz 1 Satz 1 regelt wie bisher, dass die Förderung von Nutzungsentgelten gegenüber der Einzelförderung nach Art. 11 subsidiär ist. Die Anmietung von Anlagegütern soll künftig auch dann gefördert werden können, wenn das Vorhaben nur dadurch verwirklicht werden kann. In diesen Fällen bedarf es künftig keines Wirtschaftlichkeitsvergleichs mit einer Errichtungsmaßnahme.

Die Änderung in Absatz 1 Satz 4 ist Folge der neuen Struktur der Einzelförderung in Art. 11.

Zu § 1 Nr. 12 (Art. 14):

Die bisher in Absatz 3 enthaltene Nachweispflicht kann wegen der Zusammenfassung der Nachweispflichten in Art. 24 gestrichen werden.

Zu § 1 Nr. 13 (Art. 15):

Absatz 1 Satz 3 kann gestrichen werden, weil bestehende Auskunftspflichten der Krankenhausträger zukünftig im 4. Abschnitt in einem Artikel (Art. 24) zusammengefasst werden.

Die Einfügung des neuen Absatzes 2 schließt eine Gesetzeslücke, die bei der bedarfsgerechten Umwidmung von einzelnen Krankenhausgebäuden für die Akutversorgung, die bislang z.B. der Rehabilitation, der Pflege oder der forensischen Versorgung dienen, zu unbefriedigenden Ergebnissen führte. Durch die Übernahme der Darlehenslast für bereits vorhandene und geeignete Gebäude kann eine Förderung weit kostenaufwändigerer Neubaumaßnahmen vermieden werden. Bei der erstmaligen Umwidmung von Teilbereichen bestehender gemischt genutzter Krankenhausgebäude für akutstationäre Zwecke finden die allgemeinen Regelungen des Bayerischen Verwaltungsverfahrensgesetzes Anwendung.

Die Streichung der Nachweispflicht im bisherigen Absatz 3 Satz 3 ergibt sich aus der Zusammenfassung der Nachweispflichten in Art. 24.

Zu § 1 Nr. 14 (Art. 16 und 17):

Zu Art. 16:

Die Bestimmung über den Eigenmittelausgleich wird gestrafft und um eine Pauschalierung ergänzt.

Künftig wird in Absatz 1 der pauschale Eigenmittelausgleich als Regelfall benannt. Dies entspricht den Erfahrungen aus der Verwaltungspraxis, dass der Nachweis vom Krankenhausträger oftmals nicht mehr oder nur mit sehr hohem Aufwand erbracht werden kann. Auch die Prüfung gestaltete sich als sehr verwaltungsaufwändig.

Die Möglichkeit, einen tatsächlich gegebenenfalls höheren Eigenmittelausgleich zu erlangen, bleibt in Absatz 2 bestehen.

Der Regelungsgehalt des bisherigen Absatzes 3 ist nunmehr in Absatz 2 enthalten.

Der bisherige Absatz 4 ist ohne praktische Relevanz und kann daher entfallen. Der Eigenmittelausgleich wird regelmäßig bei Schließung der Klinik bewilligt.

Die Nachweispflicht im bisherigen Absatz 5 ist nun in Art. 24 allgemein festgelegt.

Zu Art. 17:

Der Anspruch auf Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 wird künftig entsprechend der Regelung des § 9 Abs. 2 Nrn. 5 und 6 KHG nur noch bei Schließung von Krankenhäusern und Abteilungen oder bei Umstellung von Krankenhäusern und Abteilungen auf andere Aufgaben begründet. Derartige tief in die Krankenhausstruktur eingreifende Veränderungen sind für den Krankenhausträger mit unvermeidbaren Härten (z.B. Sozialplanaufwendungen) verbunden, die in Übereinstimmung mit dem Bundesrecht eine finanzielle Kompensation erforderlich machen.

Bei Umstellungen ist der Krankenhausträger hinsichtlich der Nachfolgenutzung nicht an Vorgaben gebunden; es kommen daher auch Umstellungen auf andere als die in § 9 Abs. 2 Nr. 6 KHG genannten Einrichtungen in Betracht.

Im Sinne der krankenhauserplanerischen Zielsetzung einer regionalen Fächerbereinigung soll künftig der Abbau von Fachrichtungen erleichtert werden. Der Begriff der Krankenhausabteilung erfasst die in das Krankenhaus organisatorisch und wirtschaftlich eingebundenen Fachabteilungen, die unter fachärztlicher Leitung stehen und bis zur Schließung bzw. Umstellung als Fachrichtung des Krankenhauses im Krankenhausplan ausgewiesen waren. Der Abbau von einzelnen Behandlungsplätzen im Krankenpflegebereich wird vom Abteilungsbegriff nicht erfasst und zukünftig mit der zeitlich befristeten Weitergewährung der Jahrespauschale nach Art. 12 Abs. 2 Satz 2 ausreichend berücksichtigt. Die weiteren Tatbestandsvoraussetzungen in Absatz 1 entsprechen der bisherigen Regelung, nur Behandlungsplätze und Fachrichtungen zu berücksichtigen, die aus Krankenhausplan und Akutversorgung tatsächlich ausscheiden und nicht auf andere Krankenhäuser umgeschichtet werden. Aufgegebene Fachrichtungen sind jedoch auch dann zu berücksichtigen, wenn ihre Behandlungskapazitäten auf ein Krankenhaus umgeschichtet werden, das bereits eine entsprechende Fachrichtung vorhält.

Absatz 2 legt fest, dass die Ausgleichszahlungen grundsätzlich nach Kapazitäten an Betten und Plätzen sowie abgebauten Fachrichtungen zu bemessen sind. Dies wird auf Verordnungsebene näher geregelt (Nr. 18, Art. 23 Abs. 1 Nr. 4).

Der bisherige Absatz 3 ist ohne praktische Relevanz und kann aufgehoben werden. Eine besondere krankenhauserplanerische Notwendigkeit, Krankenhäusern, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen wurden, die Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben durch Ausgleichszahlungen zu erleichtern, besteht nicht mehr. An seine Stelle tritt eine wegen des engen Sachzusammenhangs notwendige Regelung zur Verknüpfung der Entscheidungen über die Ansprüche nach den Art. 17 und 19. Damit wird eine raschere Entscheidung über Rückforderungsansprüche bewirkt und die Verrechnung der Ansprüche ermöglicht.

Zu § 1 Nr. 15 (Art. 18):

Die Änderung in Absatz 1 ist Folge der Änderungen in Art. 9 und Art. 11.

In Absatz 2 Satz 1 wird zunächst der zu enge Ausdruck „Bewilligung“, der die zahlungstechnische Auszahlung bereits durch Förderentscheidung festgelegter Beträge betrifft, durch den weitergehenden Ausdruck „Entscheidungen nach diesem Gesetz“ ersetzt. Die Bestimmung regelt die Befugnis der Förder- und Planungsbehörden, Verwaltungsakte mit Nebenbestimmungen zu erlassen. Aus der erweiterten Bezugnahme in Absatz 2 Satz 2 ergibt sich, dass auch bei der Förderung die Planungsgrundsätze nach Art. 3 Absätze 2 bis 4 (wirtschaftliche Strukturen, Zusammenarbeitspflicht) zu beachten sind.

Zu § 1 Nr. 16 (Art. 19 und 20):

Zu Art. 19:

Die bisher in Art. 19 und 20 enthaltenen Regelungen über den Widerruf und die Erstattung werden aus Gründen der Übersichtlichkeit in einer Bestimmung zusammengefasst. Die bisher in Absatz 2 Satz 3 enthaltene Regelung beim Trägerwechsel wird in Art. 20 aufgenommen.

Die neue Regelung soll den betroffenen Krankenhausträgern die Entscheidung zur Schließung eines Krankenhauses erleichtern und ihnen bereits im Vorfeld der Schließung weitgehende Gewissheit über die förderrechtlichen Konsequenzen geben. Die Vorschriften über den Widerruf von Förderbescheiden werden gestrafft und neu strukturiert. Absatz 1 verweist deshalb auf die allgemeinen Bestimmungen, insbesondere auf das Bayerische Verwaltungsverfahrensgesetz.

Absatz 2 Satz 1 enthält den Grundsatz, dass bei einem vollständigen oder teilweisen Ausscheiden des Krankenhauses die Förderbescheide wegen der dann nicht mehr bestehenden zweckgemäßen Verwendung zu widerrufen sind.

Die Neuregelung in Absatz 2 Satz 2 geht davon aus, dass nach den Vorgaben des Bundesgesetzgebers das neue Entgeltsystem zum Abbau von Überkapazitäten und auch zur Schließung von Krankenhäusern führen soll. Somit können diese wirtschaftlichen Rahmenbedingungen die Entscheidung des Krankenhausträgers zur Schließung eines Hauses bestimmen. Daher soll bei einem Ausscheiden des Krankenhauses aus krankenhauserplanerischem Interesse die Möglichkeit eines Verzichts auf den Widerruf vorgesehen werden, wenn dem Krankenhausträger durch die Belassung der Fördermittel kein ungerechtfertigter finanzieller Vorteil erwächst.

Das Ausscheiden des Krankenhauses liegt stets dann im krankenhauserplanerischen Interesse, wenn die Klinik im Einvernehmen mit der Krankenhausplanungsbehörde ihren Betrieb einstellt und aus dem Krankenhausplan genommen wird. Entsprechende Angaben enthält die Planfeststellungsentscheidung. Die Verlagerung des Krankenhausbetriebs von einem Standort zu einem anderen (z.B. bei Ersatzneubau) ist keine Schließung im Sinn des Absatzes 2, da das Krankenhaus mit seiner Aufgabenstellung weiterhin im Krankenhausplan verbleibt.

Ist das Krankenhaus aus krankenhauserplanerischem Interesse aus dem Krankenhausplan ausgeschieden, ist nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 vom Widerruf der Förderbescheide immer dann abzusehen, wenn krankenhauserplanerische Einbauten bei dem geförderten Anlagegut auch im Hinblick auf mögliche Nachfolgenutzungen zu keinem vermögenswerten Vorteil (Wertzuwachs, Einsparung ansonsten erforderlicher Investitionen) führen. Besondere Einbauten können den Krankenhausträger sogar zusätzlich belasten, weil andersartige Nachfolgenutzungen evtl. zur Beseitigung bzw. einem Rückbau zwingen. Erfüllt die Investition allerdings auch für die Nachfolgenutzung ihre Funktion/Zweckbestimmung, entlastet sie insoweit den Träger von entsprechenden Investitionen. Dieser finanzielle Vorteil kann durch den Widerruf der Förderbescheide ausgeglichen werden.

Nach Betriebseinstellung umsetzbare Anlagegüter wie Möbel, Geräte, betriebstechnische Anlagen etc. sind vorrangig anderen Akutkrankenhäusern mit entsprechendem Bedarf unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Auch in diesen Fällen wird nach Satz 2 Nr. 2 auf den Widerruf der Förderbescheide verzichtet.

Vom Widerruf der Förderbescheide kann nach Absatz 2 Satz 3 ferner abgesehen werden, wenn das aus krankenhauserplanerischem Interesse aus dem Krankenhausplan ausgeschiedene Krankenhaus einer Nachfolgenutzung zugeführt wird, die im staatlichen Interesse liegt und einer gemeinnützigen Zweckbestimmung dient, insbesondere in den Fällen einer sozialen Betreuungseinrichtung mit krankenhauserentlastender Zielsetzung, und die notwendigen Investitionen nicht durch Investitionskostenanteile aus erzielbaren Entgelten refinanzieren kann. Der Begriff „soziale Betreuungseinrichtung“ lässt vielfältige Nutzungen durch Institutionen zu, die sozialstaatliche Aufgaben wahrnehmen. Eine Refinanzierung der Investitionskosten ist nicht möglich, wenn die zu erzielenden

Entgelte (z.B. Miete, Pflegesätze) keine Investitionskostenanteile enthalten oder soweit die enthaltenen Investitionskostenanteile nur die mit Eigenmitteln oder kreditfinanzierten Investitionen decken, die für den Bereich der Nachfolgenutzung bisher angefallen sind oder künftig anfallen werden. Hingegen ist eine Refinanzierungsmöglichkeit anzunehmen, wenn der Krankenhausträger Investitionskostenanteile für die geförderten Anlagegüter von vornherein nicht geltend gemacht hat, um damit vor allem seine Leistungen günstiger als nicht geförderte Einrichtungen anbieten zu können.

Eine solche privilegierte Nachfolgenutzung kann auch eine stationäre Einrichtung der geriatrischen Rehabilitation oder der Pflege sein, die ohne Belassung der Fördermittel erfahrungsgemäß nicht geschaffen würde, weil diese sinnvollen Angebote zur Versorgung der Bevölkerung in der geforderten Qualität erfahrungsgemäß nicht oder nur schwer kostendeckend betreibbar sind. Andererseits sind jedoch Einrichtungen zur Ersatzpflege anstelle von fehlender häuslicher Pflege außerhalb des Leistungsrahmens der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung keine privilegierten Nachfolgenutzungen, da sie medizinisch nicht erforderlich sind und als hotelähnliche Leistung auch hinsichtlich der Investitionskosten auskömmlich durch die Patienten finanziert werden.

Absatz 3 regelt die Höhe des Erstattungsanspruchs. Die in Satz 2 enthaltene Begrenzung der Erstattung von Fördermitteln auf den erzielbaren Verwertungserlös (z.B. Miet- und Pachteinnahmen) wird verschuldensunabhängig ausgestaltet. Zwar hat der Träger die Entscheidung zur Schließung eines Krankenhauses autonom getroffen und somit grundsätzlich auch zu vertreten. Dahinter stehen aber meist aus dem Gesundheitssystem resultierende Zwänge, die der Träger unternehmerisch nicht beeinflussen kann. Künftig kommt es daher allein darauf an, ob das Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan im krankenhauserischen Interesse liegt.

Der erzielbare Verwertungserlös kann grundsätzlich in gleicher Weise erstattet werden, wie er vereinnahmt wird. Bei einer Veräußerung erfolgt die Erstattung damit in einem Einmalbetrag, bei einer Vermietung kann sie durch regelmäßige Abführung der vereinnahmten Mieterlöse geschehen.

Absatz 4 gibt die bisher in Art. 20 Abs. 5 enthaltene Bestimmung zu den Verrechnungsmöglichkeiten wieder.

Zu Art. 20:

Der bisher in Art. 19 Abs. 2 Satz 3 im Zusammenhang mit den Bestimmungen über den Widerruf von Förderbescheiden geregelte Widerrufsverzicht anlässlich eines Trägerwechsels ist nun in Absatz 1 enthalten.

Die Absicherungspflicht in Abs. 1 Nr. 4 wird an den Wortlaut der allgemeinen Vorschrift des Art. 18 Abs. 3 angepasst.

Die Veränderungen in der Krankenhauslandschaft führen auch zu Veränderungen in der Trägerstruktur. Vermehrt werden Krankenhäuser unter einheitlicher Trägerschaft zusammengefasst oder von einem Träger auf einen anderen übertragen. Es erscheint daher erforderlich, die Voraussetzungen, unter denen ein Trägerwechsel im Krankenhausplan vollzogen werden kann, ausdrücklich gesetzlich zu regeln (Absatz 2). Ist geklärt, dass das Krankenhaus weiterhin bedarfsgerecht ist, kann der Trägerwechsel im Krankenhausplan vollzogen werden, sobald auch die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllt sind.

Zu § 1 Nr. 17 (Art. 21)

Die bisherige Vorschrift des Art. 21 über das Erlöschen von Ansprüchen kann in den 4. Abschnitt übernommen werden, da sie

unmittelbar Ansprüche der oder gegenüber den Krankenhausträgern betrifft. Damit können weitere förderrechtliche Sondervorschriften zum Outsourcing und zur Mitbenutzung, die in Zusammenhang mit der Zweckbestimmung stehen und nicht in der Grundsatzvorschrift des Art. 9 enthalten sind, an dieser Stelle eingefügt werden.

Absatz 1 gestattet den Krankenhäusern nunmehr ausdrücklich die Ausgliederung und Fremdbewirtschaftung („Outsourcing“) einzelner bedarfsnotwendiger Krankenseinrichtungen (meist Betriebsstellen) unter Beibehaltung von Leistungsqualität und –umfang. Dies soll die Verzahnung stationärer mit ambulanten Strukturen deutlich erleichtern und einen Beitrag zum Abbau der Sektorisierung leisten. Die Ausgliederung nach Satz 1 Nr. 1 ist von der vorherigen Zustimmung der zuständigen Förderbehörde abhängig, um sicherzustellen, dass dadurch die akutstationäre Krankenversorgung in Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht beeinträchtigt wird. Um die Eigeninitiative für sachgerechte Ausgliederungslösungen zu fördern, wird den Krankenhausträgern gestattet, einen Teil der erzielten Nutzungsentgelte den Jahrespauschalen zuzuführen.

Unter diesen Voraussetzungen ist es gerechtfertigt, auf den Widerruf von Förderbescheiden zu verzichten und dem Krankenhausträger bereits gewährte Fördermittel zu belassen, damit die Bezugspreise, die das Krankenhaus für die ausgegliederte Einrichtung zu entrichten hat, insoweit nicht mit akutstationären Investitionskostenanteilen belastet werden.

Die Zweckbindung der Fördermittel erfordert jedoch, für die Nutzung außerhalb der stationären Versorgung einen angemessenen Erstattungsbetrag zu erheben, der den Fremdnutzungsanteil am zeitanteiligen Restbuchwert widerspiegelt (Satz 1 Nr. 2). Die Ermittlung der Fremdnutzungsanteile erfolgt dabei anhand geeigneter Nachweise, deren Vorlagepflicht zwischen dem Krankenhausträger und dem Outsourcing-Nehmer vertraglich festgelegt werden muss. Zum Ausgleich der Wettbewerbs- und Finanzierungsvorteile für den Outsourcing-Nehmer wird nach Satz 3 für die Fremdnutzung stets ein pauschalierter Zuschlag von 10 vom Hundert des zeitanteiligen Restbuchwertes erhoben. Die Erstattungspflicht endet mit dem Ablauf des Abschreibungszeitraumes.

Der Krankenhausträger stellt durch Vereinbarung mit dem Outsourcing-Nehmer sicher, dass die Preise für bezogene Leistungen nicht mit geförderten Investitionskostenanteilen belastet sind. Nachträgliche Änderungen der Fremdnutzungsanteile sind auf vertragsrechtlicher Grundlage vom Outsourcing-Nehmer dem Krankenhausträger sowie der Förderbehörde anzuzeigen.

Da die Förderung strikt an die Betreiberfunktion gekoppelt ist, können nach Ausgliederung der Krankenseinrichtung keine Investitionskosten für Umbau, Sanierung oder Ersatzneubau sowie für die Beschaffung von kurzfristigen Anlagegütern mehr gefördert werden.

Kooperationsmodelle zur Nutzung von medizintechnischen Großgeräten werden künftig im Rahmen des Absatzes 1 abgewickelt.

In Absatz 2 werden die bisher in Art. 11 Abs. 1 Sätze 3 bis 7 enthaltenen Regelungen über die Mitbenutzung von Anlagegütern für außerstationäre Zwecke in Anlehnung an die bewährte Regelung in § 6 DVBayKrG/FAG übernommen. Sie gelten für alle Förderarten. Satz 2 übernimmt die in § 6 Abs. 2 DVBayKrG/FAG enthaltene Regelung über die Vereinbarung der Erstattung in das Gesetz. Die bisher in Art. 11 Abs. 1 Satz 6 enthaltene Möglichkeit, für bestimmte Anlagegüter von einer Kürzung oder Erstattung abzusehen, ist in der Praxis ohne Relevanz und wurde deshalb nicht übernommen. Satz 5 übernimmt die in § 6 Abs. 1 Satz 4 DVBayKrG/FAG enthaltene Möglichkeit der Neufestsetzung bei

einer nicht nur geringfügigen Änderung des Mitbenutzungsanteils in das Gesetz.

Absatz 3 trifft eine Klarstellung für die bereits nach allgemeinem Förderrecht notwendige und in der Praxis bewährte Abgrenzung zur Mitbenutzung akutstationär notwendiger Anlagegüter für den Fall, das das Anlagegut für Zwecke einer anderweitigen Mitbenutzung von vorneherein größer ausgelegt wird und deshalb ein Fall der Mitbenutzung nach Absatz 2 nicht vorliegt. In diesem Fall ist nur eine anteilige Förderung möglich. Satz 2 übernimmt die für den Fall der Mitbenutzung bewährte Regelung über Änderungen nach Absatz 2 Satz 5.

Zu § 1 Nr. 18 (4. Abschnitt):

Der 4. Abschnitt des Gesetzes wird mit dem Ziel neu gegliedert, die bislang an verschiedenen Stellen im Gesetz enthaltenen Zuständigkeitsvorschriften und Verordnungsermächtigungen an einem Ort zusammenzuführen. Damit gewinnt das Gesetz an Übersichtlichkeit und ist für Bürger, Krankenhausträger und Verwaltung leichter anwendbar. Zugleich wird die Neustrukturierung dazu genutzt, diese Regelungen zu überprüfen und dabei Doppelzuständigkeiten abzubauen, Einvernehmensvorbehalte zu beseitigen und somit insgesamt zu einer Entflechtung des Krankenhausförderverfahrens beizutragen.

Zu Art. 22:

Die Neuregelung wird von der Maßgabe geleitet, dass die Zuständigkeit stets bei der sachnäheren Behörde liegen sollte. Wie bisher auch, sind im Gesetz nur die Ressortzuständigkeiten geregelt. Bei den Verordnungsermächtigungen kommt die Möglichkeit der Delegation von Zuständigkeiten auf die Regierungen und nachgeordnete Behörden hinzu.

In Absatz 1 werden dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen die Zuständigkeiten für die Krankenhausplanung, das Pflegesatzrecht und für Teilbereiche der Krankenhausförderung zugewiesen. Dies entspricht der Geschäftsverteilung der Staatsregierung, wonach das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen für das Krankenhauswesen zuständig ist (§ 11 Nr. 6 StRGVV). Die bisher in Art. 23 geregelte Zuständigkeit für den Vollzug der Bundespflegesatzverordnung wird im Interesse einer Zusammenfassung aller Zuständigkeitsregelungen Art. 22 zugeordnet. Neu aufgenommen werden mussten Zuständigkeitsregelungen bezüglich des am 30. April 2002 in Kraft getretenen Krankenhausentgeltgesetzes.

Absatz 2 enthält die Zuständigkeiten des Staatsministeriums der Finanzen für die Krankenhausförderung mit Ausnahme der in Absatz 1 dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen zugewiesenen Teilbereiche. Aufgrund der Mittelbewirtschaftung durch das Staatsministerium der Finanzen ist dieses für Fragen der Bewilligung von Fördermitteln zuständig.

Zu Art. 23:

Die bislang an verschiedener Stelle im BayKrG enthaltenen Verordnungsermächtigungen werden gemäß Nr. 2.3.6 der Organisationsrichtlinien der Bayerischen Staatsregierung vom 6. November 2001 (Nr. B III 2-155-9-33) im neu gefassten Art. 23 zusammengeführt. Dabei folgen die Verordnungsermächtigungen der fachlichen Zuständigkeit. Gleichzeitig wurden Verordnungsermächtigungen gestrichen, von denen bislang kein Gebrauch gemacht wurde und deren Relevanz auch nicht zu erwarten ist. Dies dient der Deregulierung und Flexibilisierung des Verwaltungshandelns.

Absatz 1 regelt die Ermächtigung des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen zum Erlass von Verordnungen in Anlehnung an die bisherigen Bestimmungen. Neu hinzugekommen ist die Ermächtigung zur Übertragung der Zuständigkeit für Genehmigungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung in Absatz 1 Nr. 6. Diese kann künftig neben den Regierungen auch auf dem Sozialministerium nachgeordnete Behörden übertragen werden. Durch das Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S.1412) wurden neue Vorschriften zur Krankenhausvergütung erlassen. Insbesondere die genannten Vorschriften des § 137 Abs. 1 Satz 5 SGB V (Mindestmengenregelung) und § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG (Sicherstellungszuschläge) nennen die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde als zuständige Behörde für den Erlass entsprechender Regelungen. Da konkrete Verordnungsermächtigungen für bestimmte Landesbehörden bundesrechtlich nicht möglich sind, sind zur Umsetzung der bundesrechtlichen Vorgaben in Absatz 1 Nr. 7 entsprechende landesrechtliche Ermächtigungen für das Sozialministerium vorgesehen.

Satz 2 nennt in Anlehnung an die bisherige Zuständigkeitsaufteilung die Materien, bei denen beim Erlass der Verordnungsregelung das Einvernehmen des Staatsministeriums der Finanzen erforderlich ist.

Absatz 2 regelt die Ermächtigung des Staatsministeriums der Finanzen in Anlehnung an die bisherigen Regelungen. Gleiches gilt für die Einvernehmensregelung in Satz 2 mit dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.

Zu § 1 Nr. 19 (Art. 24 und 25):

Zu Art. 24:

Der bisherige Art. 24 ist obsolet geworden, weil Investitionsverträge nach der seit dem 01.01.1996 geltenden Fassung des § 18b KHG nicht mehr der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde bedürfen. § 18b KHG wurde zudem durch das Fallpauschalengesetz mit Wirkung vom 01.01.2004 aufgehoben.

Art. 24 enthält nunmehr eine zentrale Norm über die Auskunftsverpflichtungen der Krankenhausträger, die bislang in den Artikeln 8, 11, 14, 15 und 16 enthalten waren. Auf Grund seiner Stellung im 5. Abschnitt gilt er für alle im Bereich der Krankenhausplanung und der Krankenhausförderung relevanten Verwaltungsverfahren.

Zu Art. 25:

Der Wortlaut des Art. 25 wurde insgesamt gestrafft und auf die für den Krankenhausbereich notwendigen Bestimmungen zurückgeführt. Die Aufzählung von Regiebetrieb, Eigenbetrieb, selbstständigem Kommunalunternehmen und der Rechtsform des privaten Rechts im bisherigen Absatz 1 ist entbehrlich, da die zulässigen Formen kommunaler Unternehmen bereits im Kommunalrecht (u.a. Gemeindeordnung, Landkreisordnung, Bezirksordnung) geregelt sind. Deshalb verweist Satz 1 nunmehr auf die allgemeinen Bestimmungen des Kommunalrechts. Satz 2 enthält hierzu Ausnahmen, um durch die Neufassung gegenüber der bisherigen Rechtsituation keine Verschlechterung der kommunalen Krankenhäuser zuzulassen (insbesondere kein Wettbewerbsverbot).

Daher konnte auch der bisherige Absatz 2 gestrichen werden, der gegenüber kommunalrechtlichen Vorgaben keinen zusätzlichen Regelungsgehalt aufweist.

Da die Vorschrift für Krankenhäuser und die damit verbundenen Einrichtungen gilt, hatte der bisherige Absatz 3 lediglich klarstellende Bedeutung und ist daher entbehrlich.

Zu § 1 Nr. 20 (Art. 26):

Die bislang in Art. 26 enthaltene Regelung zum zentralen Bettennachweis wurde seit ihrem Bestehen nicht angewendet. Ein Bedürfnis für die Regelung besteht nicht. Sie kann deshalb gestrichen werden.

Der bisher in Art. 21 geregelte Erlöschenstatbestand kann deshalb unverändert hierher übernommen werden.

Zu § 1 Nr. 21 (Art. 28):

Die bisherigen Absätze 1 und 3 sind durch Zeitablauf bzw. infolge der Änderung der Verordnungsermächtigungen obsolet geworden und können daher gestrichen werden.

Die bisherige Übergangsregelung zum Wegfall der Förderfähigkeit des Erhaltungsaufwands in Absatz 4 wird Absatz 1.

Die Übergangsregelung in Absatz 2 überführt kraft Gesetzes das bisherige Versorgungstufensystem in der Krankenhausplanung in das neue dreistufige System, ohne dass es einer Vielzahl von Änderungsbescheiden bei den betroffenen Krankenhäusern bedarf.

Die Regelung des bisherigen Absatzes 2 zur Möglichkeit der Regelung der Nutzungsdauer wird als Absatz 3 beibehalten.

Absatz 4 regelt die Weitergeltung des Art. 12 Abs. 3 (Bemessung der Pauschalen), Art. 17 Abs. 1 und 2 (Schließungs- und Umstellungsförderung) und der geltenden Verordnung zu Art. 12 bis zum Inkrafttreten einer neuen Verordnung zu Art. 12 und Art. 17.

Absatz 5 bestimmt die Weitergeltung der Art. 12, 17, 19 und 20 in der bisherigen Fassung für den Fall, dass mit dem (stufenweisen) Abbau von Krankenhauskapazitäten bereits vor In-Kraft-Treten dieses Gesetzes begonnen wurde.

Absatz 6 ermöglicht die Anwendung des Art. 21 auf bereits bestehende Fälle des Outsourcing.

Zu § 2:

Die Datenschutzregelung des Art. 27 BayKrG soll auch weiterhin für die Hochschulklinika gelten. Da diese vom Anwendungsbereich des BayKrG nicht umfasst sind, ist eine entsprechende Verweisung im Bayerischen Hochschulgesetz aufzunehmen.

Zu § 3:

Regelung des In-Kraft-Tretens. Eine differenzierte Inkrafttretensregelung kann erst im Zusammenhang mit dem Zeitpunkt der Verabschiedung des Gesetzes getroffen werden.

Zu § 4:

Wegen der zahlreichen Neuregelungen ist eine Neubekanntmachung erforderlich.