

# Verordnung über die vom Bund zu tragenden Aufwendungen für die Heil- und Krankenbehandlung Versorgungsberechtigter in Versorgungskrankenanstalten der Länder (Erstattungsverordnung - KOV)

KOV

Ausfertigungsdatum: 31.07.1967

Vollzitat:

"Erstattungsverordnung vom 31. Juli 1967 (BGBl. I S. 860), die zuletzt durch Artikel 371 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist"

**Stand:** Zuletzt geändert durch Art. 371 V v. 31.10.2006 I 2407

## Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 10.8.1967 +++)

(+++ Die V ist in dem in Art. 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet gem. Anlage I Kap. VIII Sachg. K Abschn. III Nr. 16 EinigVtr iVm Art. 1 G v. 23.9.1990 II 885, 1069 ab 1. Januar 1991 anzuwenden. +++)

(+++ Die Maßgabe der Anlage I Kap. VIII Sachg. K Abschn. III Nr. 16 EinigVtr ist nicht mehr anzuwenden, vgl. Art. 109 Nr. 3 Buchst. i DBuchst. pp G v. 8.12.2010 I 1864. +++)

## Eingangsformel

Auf Grund des § 1 Abs. 1 Nr. 8 letzter Halbsatz des Ersten Überleitungsgesetzes in der Fassung vom 28. April 1955 (Bundesgesetzbl. I S. 193), *geändert durch das Zweite Neuordnungsgesetz vom 21. Februar 1964 (Bundesgesetzbl. I S. 85)*, verordnet die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates:

### § 1

Der Bund trägt die Aufwendungen für die Heil- und Krankenbehandlung Versorgungsberechtigter in den Versorgungskrankenanstalten der Länder im Wege der Erstattung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen.

### § 2

(1) Versorgungsberechtigte im Sinne dieser Verordnung sind Personen, denen oder für die Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Bundesgesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären, gewährt wird.

(2) Versorgungskrankenanstalten sind die nach § 2 Nr. 2 des Gesetzes über die Errichtung der Verwaltungsbehörden der Kriegsopferversorgung vom 12. März 1951 (Bundesgesetzbl. I S. 169), geändert durch das Vierte Überleitungsgesetz vom 27. April 1955 (Bundesgesetzbl. I S. 189), bis zum 31. Dezember 1966 von den Ländern errichteten oder übernommenen Versorgungskuranstalten, Versorgungsheilstätten für Tuberkulose und Versorgungskrankenhäuser, solange sie als landeseigene Einrichtung der Kriegsopferversorgung betrieben werden.

### § 3

(1) Aufwendungen im Sinne des § 1 sind die auf die Heil- und Krankenbehandlung von Versorgungsberechtigten entfallenden Anteile an den Gesamtaufwendungen, die den Ländern bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung der Versorgungskrankenanstalten seit dem 1. April 1955 erwachsen sind und künftig erwachsen.

(2) Gesamtaufwendungen sind alle im Abrechnungszeitraum (Rechnungsjahr) für den Betrieb und die Unterhaltung einer Versorgungskrankenanstalt rechnermäßig nachweisbaren Personal- und Sachausgaben, vermindert um

- a) die in ihnen enthaltenen nicht erstattungsfähigen Aufwendungen (§ 5),
- b) alle Einnahmen, die nicht für die Gewährung stationärer Heil- und Krankenbehandlung erzielt werden.

(3) Zu den Gesamtaufwendungen zählt auch ein Zuschlag von 30 vom Hundert zu den Dienstbezügen der Beamten der Versorgungskrankenanstalten zur Abgeltung der Versorgungsbelastung.

### § 4

(1) Die Aufwendungen der Länder für die Errichtung, Erweiterung und Erneuerung der zum Betrieb der Versorgungskrankenanstalten gehörenden Gebäude und Außenanlagen sowie für die Beschaffung der erforderlichen sonstigen Wirtschaftsgüter werden bei der Ermittlung der Erstattungsbeträge für das Rechnungsjahr, in dem sie erbracht worden sind, und für die darauf folgenden Rechnungsjahre in Teilbeträgen bis zur vollen Erstattung bei

- a) Gebäuden und Außenanlagen in Höhe von jährlich 1,25 vom Hundert,
- b) sonstigen Wirtschaftsgütern  
in Versorgungskrankenanstalten mit bis zu 100 Betten in Höhe von jährlich 1 500 Deutsche Mark,  
in Versorgungskrankenanstalten mit mehr als 100 bis zu 250 Betten in Höhe von jährlich 3 000 Deutsche Mark,  
in Versorgungskrankenanstalten mit mehr als 250 bis zu 400 Betten in Höhe von jährlich 6 000 Deutsche Mark und  
in Versorgungskrankenanstalten mit mehr als 400 Betten in Höhe von jährlich 10 000 Deutsche Mark

berücksichtigt. Übersteigen in einem Rechnungsjahr die Aufwendungen für die Beschaffung sonstiger Wirtschaftsgüter bei den Versorgungskrankenanstalten eines Landes insgesamt das Fünzfache der nach Satz 1 Buchstabe b zu berücksichtigenden Teilbeträge, so werden die Teilbeträge so erhöht oder ermäßigt, daß diese Aufwendungen innerhalb von 15 Jahren bei der Ermittlung der Erstattungsbeträge berücksichtigt werden.

(2) Sonstige Wirtschaftsgüter im Sinne des Absatzes 1 sind alle erforderlichen besonderen Betriebseinrichtungen im Sinne der Wertermittlungsrichtlinien vom 11. Juli 1966 (Bundesanzeiger Nr. 181 vom 27. September 1966) in der jeweils geltenden Fassung sowie Geräte und Ausstattungsgegenstände mit einer betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren, deren Anschaffungskosten im Einzelfall ohne Umsatzsteuer mehr als 800 Deutsche Mark betragen.

(3) Für Gebäude und Außenanlagen, die vor dem 1. April 1955 nicht aus Mitteln des ehemaligen Deutschen Reiches oder des Bundes errichtet worden sind, wird Absatz 1 entsprechend angewendet. Als Aufwendungen im Sinne dieser Bestimmung sind die tatsächlichen Herstellungskosten anzusehen. Die auf die Zeit zwischen dem Jahr der Fertigstellung und dem 1. April 1955 entfallenden Beträge sind nicht erstattungsfähig. Sind die tatsächlichen Herstellungskosten nicht mehr feststellbar, wird der Herstellungswert am Tage der Fertigstellung nach den Wertermittlungsrichtlinien ermittelt.

### § 5

(1) Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen der Länder für

- a) anteilige Verwaltungskosten der Beschaffungsstellen für Heil- und Hilfsmittel,
- b) ambulante und stationäre Beobachtung und Begutachtung von Versorgungsberechtigten zur Aufklärung des medizinischen Sachverhalts in Versorgungsangelegenheiten,
- c) Mehrkosten infolge Minderbelegung der Versorgungskrankenanstalten.

(2) Als nicht erstattungsfähige Aufwendungen nach Absatz 1 Buchstabe b gelten

für die ambulante Beobachtung und Begutachtung die Vollkostensätze des Krankenhaustarifs für ambulante Leistungen und stationäre Nebenleistungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Krankenhaustarif), für die stationäre Beobachtung und Begutachtung das Zweifache der durchschnittlichen Aufwendung für einen Vergleichstag (§ 6 Abs. 2).

(3) Mehrkosten infolge Minderbelegung nach Absatz 1 Buchstabe c sind die Kosten, die dadurch entstehen, daß die nach Kalendertagen errechnete durchschnittliche Jahresbelegung der Versorgungsanstalt weniger als 80 vom Hundert der Normalbettenzahl beträgt. Die Zahl der Normalbetten wird auf Grund der landesrechtlichen Vorschriften über Bau und Errichtung von Krankenanstalten von der zuständigen Landesbehörde im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde festgelegt.

(4) Mußte eine Versorgungsanstalt aus betriebsnotwendigen Gründen vorübergehend geschlossen oder ihre Normalbettenzahl zeitweilig erheblich vermindert werden, kann der Belegungsgrad im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales an Hand der tatsächlich verfügbaren Betten ermittelt werden.

## **§ 6**

(1) Zur Ermittlung des auf die Heil- und Krankenbehandlung Versorgungsberechtigter entfallenden Anteils an den Gesamtaufwendungen der jeweiligen Versorgungsanstalt wird aus diesen durch Teilung mit der Gesamtzahl der Vergleichstage für Versorgungsberechtigte und andere Personen der durchschnittlich für einen Vergleichstag erbrachte Aufwand errechnet.

(2) Vergleichstage sind die nach der in den Ländern jeweils geltenden Regelung ermittelten Behandlungs- und Beobachtungstage. Hierbei sind die Behandlungstage 2. Klasse mit eineinhalb, die Behandlungstage 1. Klasse und die Beobachtungstage mit zwei zu vervielfachen.

(3) Die Erstattungsbeträge ergeben sich aus der Vervielfachung des Aufwandes für einen Vergleichstag mit der Gesamtzahl der Behandlungstage, die in dem Abrechnungszeitraum für die von den Verwaltungsbehörden der Kriegsoferversorgung und den gesetzlichen Krankenkassen eingewiesenen Versorgungsberechtigten geleistet worden sind. In einer anderen als der allgemeinen (dritten) Klasse geleistete Behandlungstage sind hierbei mit ihrem Vergleichstageswert (Absatz 2) zu berücksichtigen. Von den Krankenkassen für die von ihnen eingewiesenen Versorgungsberechtigten geleistete oder zu leistende Zahlungen sind von den nach den Sätzen 1 und 2 errechneten Beträgen abzusetzen.

## **§ 7**

Für die Zeit vom 1. Januar 1966 an fordern die Länder die Erstattung der vom Bund zu tragenden Aufwendungen nach Abschluß eines jeden Rechnungsjahres beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales an. Den Anforderungen sind Abrechnungsbogen nach einem dieser Verordnung als Anlage beigefügten Muster mit den für die Prüfung notwendigen Unterlagen beizufügen.

## **§ 8**

Der Bund erstattet den Ländern die von ihm zu tragenden Aufwendungen nach Feststellung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bestehen zwischen dem Bund und einem Land über einen Teil der Anforderung unterschiedliche Auffassungen und kann innerhalb eines angemessenen Zeitraums keine Übereinstimmung erzielt werden, erstattet der Bund vorab insoweit, als er keine Beanstandung erhebt.

## **§ 9**

Der Bund leistet jeweils für ein abgelaufenes Kalendervierteljahr Abschlagszahlungen. Diese errechnen sich aus der von den Ländern mitgeteilten Zahl der Behandlungstage, die in diesem Vierteljahr für die von den Verwaltungsbehörden der Kriegsoferversorgung eingewiesenen Versorgungsberechtigten geleistet worden sind, vervielfacht mit neun Zehnteln des zuletzt festgestellten Aufwands für einen Vergleichstag.

## **§ 10**

Für die Zeit vom 1. April 1955 bis zum 31. Dezember 1965 fordern die Länder die vom Bund zu tragenden Aufwendungen nachträglich für jedes Kalenderjahr gesondert an. Die Beträge, die über die für den genannten Zeitraum geleisteten Abschlagszahlungen hinausgehen, zahlt der Bund nach Möglichkeit in drei gleichen Jahresraten jeweils innerhalb der drei Rechnungsjahre, die dem Jahr folgen, in dem die Forderungen nach Satz 1 geltend gemacht worden sind. § 8 Satz 2 ist entsprechend anzuwenden.

## **§ 11**

(1) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales oder die von ihm Beauftragten können die den Eintragungen in den Abrechnungsbogen zugrunde liegenden Unterlagen einsehen und im Bedarfsfall im Benehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden eine Prüfung in den Versorgungskrankenanstalten vornehmen. Beim Vorliegen eines besonderen Grundes kann diese Prüfung auch nach der Zahlung vorgenommen oder wiederholt werden.

(2) Der Bundesrechnungshof kann nach Maßgabe des *§ 4 des Gesetzes über Errichtung und Aufgaben des Bundesrechnungshofes vom 27. November 1950 (Bundesgesetzbl. S. 765)* die Haushalts- und Wirtschaftsführung der Versorgungskrankenanstalten prüfen.

(3) Wird bei den Prüfungen eine Unrichtigkeit festgestellt, ist die Höhe der vom Bund zu tragenden Aufwendungen zu berichtigen und der Unterschiedsbetrag bei Zahlungen nach den §§ 8 bis 10 zu verrechnen.

## **§ 12**

Der Bund kann mit den Ländern oder mit einzelnen von ihnen vereinbaren, daß die von ihm zu erstattenden Aufwendungen ganz oder teilweise pauschal abgegolten werden.

## **§ 13 (weggefallen)**

## **§ 14**

Diese Verordnung tritt am Tage nach ihrer Verkündung in Kraft.

## **Anlage (zu §§ 7 und 10)**

(Inhalt: nicht darstellbares Muster eines Abrechnungsbogens,

Fundstelle: BGBl. I 1967, 863)