

Antwort
der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage des Abgeordneten Werner Schulz (Berlin) und der Gruppe
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
— Drucksache 12/6355 —**

Zurückweisung von AIDS- oder Leukämiepatienten durch Krankenhäuser

In letzter Zeit ist bekannt geworden, daß einige Krankenhäuser aus Kostengründen Patienten abgelehnt haben, die aufwendiger und kostenintensiver Behandlung bedürfen. Hierbei handelte es sich vor allem um AIDS- oder Leukämiepatienten. Kliniken in Münster, Göttingen und Krefeld haben beispielsweise die Bettenzahl für Leukämie- kranke und AIDS-Patienten wegen der Behandlungskosten von bis zu 1 000 DM am Tag erheblich reduziert.

Dies sind jedoch keine Einzelfälle. Andere Krankenhäuser haben sich lediglich aus Sorge vor der Schädigung ihres Ansehens nicht öffentlich zu solchen Praktiken bekannt.

Hauptursache dieser untragbaren Situation ist die den Krankenhäusern im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes auferlegte Budgetierung. Diese pauschale Budgetierung führt zu einer Verschlechterung in der gesundheitlichen Versorgung. Anreize zur Erbringung hochwertiger Versorgung werden erdröselt.

1. Hat die Bundesregierung Kenntnis von Fällen der Zurückweisung von Patientinnen und Patienten durch Krankenhäuser aus Kostengründen?

Falls ja, um welche Fälle handelt es sich?

Der Bundesregierung sind einzelne Krankenhäuser bekannt, die Probleme mit dem festen Budget nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes geltend machen und deshalb im November/Dezember 1993 vorübergehend Betten stillgelegt haben. Es handelt sich ganz überwiegend um Krankenhäuser der Maximalversorgung und hier insbesondere um Universitätskliniken.

2. Wie beurteilt die Bundesregierung die Zurückweisung von Patientinnen und Patienten durch Krankenhäuser aus Kostengründen?

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 22. Dezember 1993 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Die Versicherten haben nach wie vor gemäß § 39 Abs. 1 SGB V Anspruch auf notwendige medizinische Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (Plankrankenhäuser, Hochschulkliniken, Krankenhäuser mit besonderem Versorgungsauftrag). Das zugelassene Krankenhaus seinerseits ist im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung verpflichtet (§ 109 Abs. 4 SGB V). Deshalb verhält sich z. B. ein Zentrum für Krebskranke an einer Universitätsklinik rechtswidrig, wenn es einem an Krebs erkrankten Patienten die Behandlung versagt, weil das Budget erschöpft ist. Die Behandlungspflicht umfaßt nicht nur Notfälle.

Hervorzuheben ist aber, daß die Krankenhäuser ihre Pflichten aus dem Versorgungsauftrag nicht verletzen, wenn sie eine Leistungsplanung vornehmen und aufgrund der Planung Operationen, die nicht dringlich sind, in das Jahr 1994 verlegen, wie dies auch bereits vor dem GSG im Rahmen der Leistungsplanung von den Krankenhäusern gehandhabt worden ist.

Soweit sich Krankenhäuser darüber beklagen, daß niedergelassene Ärzte seit Inkrafttreten des GSG übermäßig häufig „teure“ Patienten in Krankenhäuser einweisen, ist festzustellen, daß ein derartiger Trend statistisch nicht belegbar ist. Auch ist gerade durch das GSG ausdrücklich die Verpflichtung der Krankenhäuser betont worden zu prüfen, ob die Aufnahme erforderlich ist, also das Behandlungsziel insbesondere durch einen niedergelassenen Arzt nicht erreicht werden kann.

Krankenhäuser, die den Vorwurf erheben, Krankenhäuser niedrigerer Versorgungsstufen würden teure Patienten aus rein finanziellen Gründen an sie weiterverweisen, müssen sich fragen lassen, was sie gegen solche „Abschiebungen“ getan haben. Liegt der Verdacht des Abschiebens vor, müssen den aufsichtsführenden Ländern und den Krankenkassen diese Krankenhäuser benannt werden.

3. Übernimmt die Bundesregierung die politische Verantwortung für diese Vorkommnisse?

Falls ja, welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung?

Das wirtschaftlich arbeitende Krankenhaus ist trotz der Budgetierung nach dem gemeinsam von Bundestag und Bundesrat beschlossenen Gesundheitsstrukturgesetz in der Lage, seinen Versorgungsauftrag uneingeschränkt zu erfüllen.

Die einzelnen Krankenhausbudgets sind in der Zeit von 1993 bis 1995 an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen gebunden. Basisbudget für die Grundlohnanbindung ist das bereinigte Budget des Jahres 1992 des einzelnen Krankenhauses. Dieses Budget hat der jeweilige Krankenhausleiter mit den Krankenkassen seinerzeit noch auf der Grundlage des Selbstkostendeckungsprinzips ausgehandelt und als ausreichend für 1992 angesehen. Aufgrund einer Vorausschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit über die Entwick-

lung der Grundlohnsumme beträgt die Steigerungsrate für die alten Bundesländer im Jahr 1993 3,1 %, für die neuen Bundesländer voraussichtlich 13,5 %. Wenn das Budget 1992 nach Übereinstimmung der Beteiligten – Klinik und Krankenkassen – ausgereicht hat, ist im Regelfall nicht einzusehen, warum es im laufenden Jahr mit der Erhöhung um 3,1 % (13,5 %) nicht ausreichen soll.

In keinem anderen Leistungsbereich sind so viele Ausnahmetatbestände von der Grundlohnorientierung zugunsten der Leistungserbringer geschaffen worden wie im Krankenhaussektor. Besonders hervorzuheben ist die Ausnahmeregelung bei den Personalkosten: 70 % der Kosten im Krankenhaus sind Personalkosten, die weitestgehend erstattet werden, auch wenn dies zu einer Steigerungsrate führt, die über dem Grundlohnzuwachs liegt. Außerdem werden in den Jahren 1993 bis 1996 insgesamt rd. 13 000 neue Stellen für den Pflegebereich der Krankenhäuser zusätzlich durch die Krankenkassen finanziert.

Einen Ausnahmetatbestand für Fallzahlsteigerungen hat der Gesetzgeber bei der Verabschiedung des GSG bewußt nicht geschaffen. Nach dem Sinn und Zweck der Grundlohnanbindung sollen nämlich Mehrkosten durch Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufgefangen werden. Viele Krankenhäuser haben nach Verabschiedung des GSG interne Maßnahmenkataloge erarbeitet, um wirtschaftlicher zu arbeiten, etwa in den Bereichen „Einkauf“, „Labor“ und „Arzneimittelversorgung“.

Aufgrund des GSG stehen auch im Krankenhaus die Kosten auf dem Prüfstand. Nach nahezu einem Jahr GSG kann festgestellt werden, daß die Grundlohnanbindung durchaus zu mehr Kostenbewußtsein bei den Verantwortlichen geführt hat. Nach Erkenntnissen der Bundesregierung ist aber teilweise außer Betracht geblieben, daß das Budget jeder einzelnen Abteilung eines Krankenhauses bzw. jeder einzelnen Klinik eines Universitätsklinikums zur Disposition steht. Das Budget einer Abteilung darf nicht von vornherein – im Sinne einer Besitzstandswahrung – auf dem Niveau des Vorjahres mit Steigerungsrate festgeschrieben werden. So kann und muß z. B. eine Verkürzung der Verweildauer oder der Fallzahlen in der Abteilung Augenheilkunde zu einem gekürzten Budget in dieser Abteilung – auch gegen den Willen des Chefarztes – führen, so daß die eingesparten Gelder z. B. für zusätzliche Patienten in der Onkologie zur Verfügung stehen. Mehraufwendungen in einer Abteilung oder einer Klinik eines Universitätsklinikums müssen also durch Einsparungen an anderer Stelle, durch Mittelumschichtungen, aufgefangen werden.

Die Krankenhäuser müssen auch darauf hingewiesen werden, daß der Gesetzgeber ihnen mit den neu geschaffenen Möglichkeiten der vor- und nachstationären Behandlung sowie des ambulanten Operierens eine kostengünstige Behandlung zur Verfügung gestellt hat. So ermöglicht z. B. die nachstationäre Behandlung, den Patienten möglichst frühzeitig aus dem Krankenhaus zu entlassen und ihn dann innerhalb von 14 Tagen quasi ambulant weiterzubetreuen, so daß insgesamt gesehen weniger

Kosten anfallen. Vor allem aber können die Krankenhäuser sparen, wenn sie in geeigneten Fällen ambulant operieren. Die neuen Behandlungsformen werden nach den Erkenntnissen des Bundesministeriums für Gesundheit in den Krankenhäusern, die Patienten abweisen, häufig nicht genutzt. Auch hier ist bisher die Möglichkeit vertan worden, das Budget zu entlasten und die freiwerdenden Mittel den Bereichen zur Verfügung zu stellen, in denen die Patientenzahl gestiegen ist.

Nach alledem stellt sich hier nicht die Frage nach der politischen Verantwortung der Bundesregierung, sondern die Frage nach der Verantwortung der Träger, der Leitung und der leitenden Ärzte der möglicherweise abweisenden Krankenhäuser.

4. Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, um sicherzustellen, daß Menschen, die aufwendiger und kostenintensiver Behandlung bedürfen, zukünftig nicht aus Kostengründen abgewiesen werden?

Versicherte, die abgewiesen werden, sollten hierüber ihre Krankenkasse informieren, damit diese für ihr Mitglied auf die Einhaltung des Versorgungsauftrages pocht. Die Krankenkassen haben außerdem das Recht, Krankenhäusern, die ihren Versorgungsauftrag teilweise nicht erfüllen, das Budget zu kürzen.

Wichtig sind auch Gespräche aller Beteiligten in einer Region über die Gesamtsituation der stationären Versorgung, um Engpässe von vornherein zu vermeiden. Im Falle der vorübergehenden Stilllegung von Betten in der Kinderonkologie einer Universitätsklinik haben die Krankenkassen beispielsweise festgestellt, daß die Stilllegung in einem Bereich, wo es weit und breit keine Versorgungsalternative gibt, nicht hätte erfolgen dürfen und müssen. Vielmehr hätte ohne weiteres in Fachgebieten gespart werden können, in denen Leistungen durch Krankenhäuser niedrigerer Versorgungsstufen in der Region hätten übernommen werden können, weil diese rückläufige Belegungszahlen aufweisen.

In der Verantwortung stehen auch die Bundesländer, die insbesondere als Träger der Universitätskliniken die Erfüllung des Versorgungsauftrages gewährleisten müssen. Die Bundesregierung geht davon aus, daß die Länder dieser Verantwortung, insbesondere im Interesse der AIDS- und Leukämie-Patienten, gerecht werden.

5. Wie wird die Bundesregierung sicherstellen, daß der Abbau von Krankenhausbetten nicht zu Lasten von Menschen mit AIDS oder Leukämie geht?

Der Abbau von Krankenhausbetten ist eine krankenhaushausplanerische Angelegenheit, die in die Kompetenz der Länder fällt. Diese entscheiden eigenverantwortlich, ob, in welcher Größenordnung und wo Betten abgebaut werden. Bei ihrer Entscheidung haben die Länder darauf zu achten, daß eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung gewährleistet ist.

Dies impliziert, daß nicht ohne Rücksicht auf den Bettenbedarf für Intensivpflegebedürftige, insbesondere für AIDS- und Krebspatienten, Betten abgebaut werden. Eine derartige Gefahr besteht nach Überzeugung der Bundesregierung nicht.

