

Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Paulig, Schopper**
BÜNDNIS 90 DIE GRÜNEN
vom 06. 08. 1999

Kreiskrankenhaus Füssen

Im Kreiskrankenhaus Füssen steht seit 1992 eine Abteilung mit 40 Betten leer. Bereits 1993 gab es aus der regionalen Ärzteschaft den Antrag auf Belegbetten mit einer naturheilkundlichen Schwerpunktsetzung. Der Behandlungsschwerpunkt wäre mit physikalischer Medizin, Ernährungsmedizin, Massagen, Bädern, Krankengymnastik im Bereich der präventiven Medizin und Rehabilitation gelegen.

Dem Antrag wurde nicht stattgegeben. Statt dessen wurde in zweijähriger Bauzeit mit ca. 40 Mio. DM Kosten eine geriatrische Abteilung eingerichtet (laufende jährliche Kosten ca. 3 Mio.), für die bis heute kein Vertrag mit den Kassen vorliegt.

In diesem Zusammenhang fragen wir die Staatsregierung:

1. Welche Bedarfsplanung und welche Finanzentscheidungen lagen dem Umbau zur geriatrischen Abteilung zugrunde?
2. Wurde die Planung dieser geriatrischen Abteilung mit dem Sozialministerium und mit den Krankenkassen abgestimmt?
3. Wurden vom Sozialministerium Fördermittel für diese Abteilung in Aussicht gestellt? Wenn ja, in welcher Höhe?
4. Warum wurde die Abteilung nicht in Betrieb genommen? Wer trägt die Verantwortung für das mehrjährige Leerstehen der 40 Betten?
5. Warum wird einem Antrag aus der regionalen Ärzteschaft auf Einrichtung von Belegbetten im naturheilkundlichen Bereich nicht entsprochen?
6. Welche Konsequenzen wurden aus dem Mißmanagement, der Verschleuderung von ca. 40 Mio. DM im kommunalen Bereich und welche im Bereich der Staatsregierung in personeller und finanzieller Hinsicht gezogen?
7. Warum ist der bei einem Spitzengespräch im Sozialministerium erarbeitete Kompromiß nicht umgesetzt worden, der eine 75%ige Anrechnung des Geriatriebudgets auf das Akutbudget vorgesehen hatte, einschließlich der Berücksichtigung zusätzlicher Anlauf- und Umstellungskosten?
8. Warum ist es bis heute nicht zum Abschluß eines Versorgungsvertrages gekommen?

Antwort

**des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Gesundheit**
vom 11. 11. 1999

Zu 1.:

Anders als in der akutstationären Versorgung gibt es im Rehabilitationsbereich keine Rechtsgrundlage für eine staatliche Bedarfsplanung. Um einem Vorhaben in der geriatrischen Rehabilitation zum Erfolg zu verhelfen, bedarf es vor allem der Mitwirkung der Krankenkassen.

Die Finanzierung von geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen setzt den Abschluß eines Versorgungsvertrages nach § 111 SGB V zwischen den Krankenkassenverbänden auf Landesebene und dem Träger der jeweiligen Einrichtung voraus. Die Vergütungen für die Leistungen der Einrichtungen werden gemäß § 111 Abs. 5 SGB V eigenverantwortlich zwischen den Krankenkassen und den Trägern vereinbart. Das Gesundheitsministerium als Krankenhausplanungsbehörde ist gemäß § 111 Abs. 4 Satz 3 SGB V nur insoweit zu beteiligen, als mit ihm über Abschluß und Kündigung des Versorgungsvertrages Einvernehmen anzustreben ist. Es besteht daher keine Möglichkeit, von staatlicher Seite auf den Abschluß eines Versorgungsvertrages hinzuwirken.

Demgemäß enthalten die von der Staatsregierung gemeinsam mit den Beteiligten im Gesundheitswesen im Jahre 1990 aufgestellten „Grundsätze zur geriatrischen Versorgung in Bayern“ lediglich Zielvorstellungen ohne rechtliche Bindungswirkung nach außen. Das bayerische Geriatriekonzept soll den Aufbau einer flächendeckenden Versorgung mit leistungsfähigen geriatrischen Einrichtungen ermöglichen, um die Situation älterer multimorbider Patienten zu verbessern und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Dieses Ziel soll vorrangig durch die Umwidmung nicht mehr bedarfsnotwendiger Akutbetten in Betten der geriatrischen Rehabilitation erreicht werden.

Die Umwidmung von 40 Akutbetten in Betten für geriatrische Rehabilitation am Kreiskrankenhaus Füssen war einerseits eine Konsequenz, die der Träger aus der Belegungsentwicklung des Krankenhauses gezogen hat, und stellt andererseits einen wichtigen Schritt für die Verbesserung der Versorgung älterer Patienten im Sinne des bayerischen Geriatriekonzepts dar.

Zu 2.:

Bereits im Jahr 1994 wurden Verhandlungen zwischen den Beteiligten, d.h. dem Krankenhausträger, dem Gesundheitsministerium und den Krankenkassenverbänden, über die Umwidmung von 40 Akutbetten des Kreiskrankenhauses Füssen in eine organisatorisch selbständige Abteilung für geriatrische Rehabilitation geführt. Die an den Gesprächen be-

teiligten Krankenkassenverbände stellten dabei den Abschluß eines Versorgungsvertrages in Aussicht. Daraufhin hat das Gesundheitsministerium gemäß § 111 Abs. 4 Satz 3 SGB V sein Einvernehmen zum Abschluß eines Versorgungsvertrages erteilt.

Zu 3.:

Nachdem das Gesundheitsministerium das Einvernehmen zum Abschluß eines Versorgungsvertrages (§ 111 SGB V) erteilt und der baulichen Lösung für die Umwidmung der Akutbetten zugestimmt hatte, bestand nach Art. 17 BayKrG (a.F.) für den Krankenhausträger (Landkreis Ostallgäu) ein Anspruch auf Ausgleichszahlungen für die Umstellung der o.g. Akutbetten auf Betten der geriatrischen Rehabilitation. Unter Anwendung der gesetzlichen Vorschriften des Bayerischen Krankenhausgesetzes wurden daher von der Regierung von Schwaben mit Bescheid vom 25.04.1995 berücksichtigungsfähige Umbaukosten in Höhe von maximal DM 3.827.010,- anerkannt. Die Höhe der zu bewilligenden staatlichen Förderung betrug auf dieser Grundlage gemäß Art. 17 (a.F.) BayKrG DM 2.678.907,-.

Für den im Frühjahr 1997 fertig gestellten Umbau wurden von der o.g. Förderhöchstsumme bis heute von der Regierung von Schwaben Fördermittel in Höhe von DM 2.440.000,- ausbezahlt. Die letzte Teilzahlung erfolgte im November 1997.

Woher die in der Anfrage genannte Summe von 40 Mio. DM als Kosten für die Errichtung der geriatrischen Abteilung stammen soll, kann aus hiesiger Sicht in keiner Weise nachvollzogen werden.

Zu 4.:

Die Zulassung von geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen für die Versorgung der Versicherten erfolgt gemäß § 111 SGB V durch den Abschluß eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassenverbänden. Eine staatliche Einflußnahmemöglichkeit auf den Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht nicht (vgl. Beantwortung der Frage 1).

Die seit Frühjahr 1997 fertig gestellte Abteilung für geriatrische Rehabilitation mit 40 Betten konnte ihren Betrieb bisher nicht aufnehmen, da der bereits 1994 zugesagte Versorgungsvertrag mit den Krankenkassenverbänden auf Landesebene noch nicht zu Stande kam. Die ursprüngliche Forderung der Krankenkassen, das gesamte Budget für die Rehabilitationseinrichtung vom Budget des Akutkrankenhauses abzuziehen, wurde vom Krankenhausträger nicht akzeptiert.

Am 19.10.1998 fand im Gesundheitsministerium ein Gespräch zur Situation der geriatrischen Rehabilitation im Krankenhaus Füssen unter Beteiligung des Trägers und der Krankenkassen statt. Als Ergebnis wurde von allen Beteiligten einer Kompromißlösung zugestimmt, die vorsieht, daß die Abteilung für geriatrische Rehabilitation zum 01.01.1999 zunächst mit 20 Betten in Betrieb gehen und zu einem späteren Zeitpunkt erweitert werden soll. Krankenkassen und Träger haben zugesagt, umgehend in die Vergütungsverhandlungen für die ersten 20 Betten einzutreten, wobei die Krankenkassen in der Frage der Budgetneutralität insoweit Ent-

gegenkommen signalisierten, als nur 75% des Reha-Budgets auf das Akutbudget angerechnet werden sollten.

Das Gesundheitsministerium hat die Beteiligten um Stellungnahme gebeten, warum es trotz der gefundenen Kompromißlinie bislang noch nicht zum Abschluß eines Versorgungsvertrages gekommen ist, der die stufenweise Inbetriebnahme der geriatrischen Rehabilitationseinrichtung am Krankenhaus Füssen ermöglichen würde.

Die Kassen haben daraufhin mitgeteilt, daß sie weiterhin an dem Beschluß festhalten, die geriatrische Rehabilitation am Kreiskrankenhaus Füssen zu etablieren. Unter Bezugnahme auf einen Beschluß ihres Verwaltungsgremiums vom 07.12.1998, mit dem aufgrund der besonderen Situation in Füssen einer stufenweisen Inbetriebnahme der geriatrischen Rehabilitation am Kreiskrankenhaus Füssen sowie der möglichst kostenneutralen Umsetzung entsprechend o.g. Vorschlag (75%-Anrechnung auf das Akut-Budget) zugestimmt wurde, haben die Krankenkassen die Ausstellung eines Versorgungsvertrages zugesichert, sobald ein Einigungsergebnis zwischen den Vertragsparteien vor Ort und dem Klinikträger vorliegt.

Krankenkassen und Träger gehen davon aus, daß bis spätestens Ende dieses Jahres ein Verhandlungsergebnis erzielt und ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden kann, der die stufenweise Inbetriebnahme der Einrichtung ab dem Jahr 2000 ermöglichen wird.

Zu 5.:

Dem Gesundheitsministerium wurde ein entsprechender Antrag vom Krankenhausträger nie vorgelegt, so daß es zu keiner ablehnenden Entscheidung des Gesundheitsministeriums gekommen ist. Ob von der regionalen Ärzteschaft ein solcher Antrag damals an den Krankenhausträger gerichtet wurde, ist nicht bekannt.

Für den Fall, daß ein entsprechender Antrag vom dafür zuständigen Krankenhausträger gestellt worden wäre oder noch gestellt würde, ist auf folgendes hinzuweisen:

Die Anwendung der in der Anfrage beschriebenen Maßnahmen, wie physikalischer Medizin, Ernährungsmedizin, Massagen, Bäder und Krankengymnastik ist beim Haus Füssen, wie bei jedem Krankenhaus, im Rahmen der bei diesem Krankenhaus im Krankenhausplan anerkannten Fachrichtungen und des sich aus der Versorgungsstufe ergebenden Versorgungsauftrages (Grundversorgung) bereits jetzt möglich, wenn diese Maßnahmen Bestandteil der Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V sind. Eines Antrags bedarf es dafür im Rahmen der Krankenhausplanung nicht.

Nach der Darstellung in der Anfrage ist allerdings davon auszugehen, daß die angesprochenen Leistungen nicht der Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V dienen, sondern vielmehr im Bereich der präventiven Medizin und der Rehabilitation angesiedelt sein sollten. Es würde sich dann um stationäre medizinische Leistungen zur Vorsorge nach § 23 SGB V bzw. um medizinische Leistungen zur Rehabilitation nach § 40 SGB V handeln. Solche Leistungen zählen nicht zum Aufgabenbereich eines Krankenhauses im Sinne

von § 107 Abs. 1 SGB V, sondern zum Aufgabenbereich von Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V. Für diese Leistungen können deshalb die in den Krankenhausplan des Freistaates Bayern aufgenommenen und nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Bayerischen Krankenhausgesetz geförderten Kapazitäten des Krankenhauses Füssen nicht zur Verfügung gestellt werden, da diese ausschließlich der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V vorbehalten sind.

Für die angesprochenen Leistungen könnten somit – ebenso wie für die geriatrische Rehabilitation – nur Kapazitäten des Krankenhauses Füssen genutzt werden, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind. Dies gilt auch, wenn für die Erbringung solcher Leistungen Belegbetten eingerichtet würden.

Zu 6.:

Die Frage der Verschleuderung von 40 Mio. DM ist gegenstandslos, da für den Umbau der 40 Akutbetten in geriatrische Betten lediglich 2,44 Mio. DM an staatlichen Mitteln ausgezahlt wurden (vgl. Beantwortung der Frage 3). Der Staat ist mit dem Ausscheiden der 40 Betten aus der akutstationären Versorgung über den o.g. Umbau hinaus nicht weiter mit Fördermitteln beteiligt.

Die Entstehung der geriatrischen Reha-Abteilung hat aus planerischer und förderrechtlicher Sicht das in den Krankenhausgesetzen geregelte übliche Verfahren durchlaufen. Die

Inbetriebnahme der zur Verfügung stehenden Betten hat sich einzig deshalb verzögert, weil trotz der Zusage von Seiten der Krankenkassen bisher noch kein Versorgungsvertrag zwischen dem kommunalen Träger und den Krankenkassenverbänden abgeschlossen werden konnte (vgl. Beantwortung der Frage 4). Die Staatsregierung hat immer versucht, im Rahmen vermittelnder Gespräche im Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit den Einigungsprozeß zwischen dem Krankenhausträger und den beteiligten Krankenkassenverbänden zu unterstützen, wobei der Abschluß des Versorgungsvertrages stets realisierbar erschien.

In finanzieller Hinsicht waren bisher keine Konsequenzen veranlaßt. Ein Widerruf des Förderbescheides (Art. 19 Bay-KrG), der die Rückerstattung der Fördermittel (Art. 20 Bay-KrG) zur Folge hat, ist erst dann veranlaßt, wenn die Fördermittel entgegen den im Förderbescheid bestimmten Zweck verwendet werden. Nachdem die Verhandlungen zwischen dem Krankenhausträger und den Krankenkassen über den Abschluß eines Versorgungsvertrages nach wie vor andauern, ist noch von einer vorläufigen Übergangszeit bis zur Inbetriebnahme der geriatrischen Reha-Abteilung auszugehen. Erst wenn die Verhandlungen endgültig scheitern sollten, ist ein Widerruf des Förderbescheides nach Art. 19 Abs. 1 Bay-KrG zu prüfen.

Zu 7. und 8.:

Hierzu verweise ich auf die Beantwortung der Frage 4.