

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Günther Friedrich Nolting, Hildebrecht Braun (Augsburg), Rainer Brüderle, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der F.D.P. – Drucksache 14/2558 –

Bundeswehrkrankenhäuser

Die Bettenauslastung der Bundeswehrkrankenhäuser betrug 1998 knapp 80 %. Diese Belegungsquote ist mit der im zivilen Gesundheitswesen vergleichbar. Sie enthält rund 60 % Soldaten und 40 % Zivilpatienten. Von den 2293 Betten der Bundeswehrkrankenhäuser waren somit nur rund 1050 im Jahresmittel mit Soldaten belegt, also weniger als 50 %.

Auf der Grundlage zurzeit bestehender Versorgungsverträge mit den Krankenkassen sind 671 der 2293 Betten der Bundeswehrkrankenhäuser für die stationäre Behandlung von Zivilpatienten zugelassen. Der Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages hat einer Erhöhung des Zivilbettenanteils um 25 % auf 842 zugestimmt.

Aufgrund des drastischen Krankenhausbettenabbaus im zivilen Bereich ist zu erwarten, dass die Krankenkassen dieser Erhöhung nicht folgen, sondern ihre mit den Bundeswehrkrankenhäusern geschlossenen Versorgungsverträge nach und nach kündigen werden. Deshalb fordert der Bundesminister der Verteidigung eine Gesetzesinitiative zur Novellierung des § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch dahingehend, dass den Bundeswehrkrankenhäusern die Belegung von 842 Betten im Jahresmittel durch Zivilpatienten garantiert wird.

In Anbetracht des drastischen Abbaus von Krankenhausbetten im zivilen Bereich sowie der bevorstehenden deutlichen weiteren Kürzung des Personalumfangs der Bundeswehr fragen wir die Bundesregierung:

1. Wie viele Bundeswehrkrankenhäuser gab es 1990?

Bis 30. September 1990 verfügte die Bundeswehr über 12 Bundeswehrkrankenhäuser.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums der Verteidigung vom 22. Februar 2000 übermittelt.

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

2. Wie viele Bundeswehrkrankenhäuser gibt es heute?

Mit Abschluss der Übernahme der Einrichtungen der ehemaligen Nationalen Volksarmee (NVA) wurden die Bundeswehrkrankenhäuser Berlin und Leipzig in die Struktur des Organisationsbereiches der Zentralen Sanitätsdienststellen der Bundeswehr integriert und in den alten Bundesländern die Bundeswehrkrankenhäuser München, Gießen, Detmold, Osnabrück, Wildbad und Kiel aufgegeben. Somit werden zurzeit 8 Bundeswehrkrankenhäuser betrieben.

3. Wie hoch war die Bettenkapazität der Bundeswehrkrankenhäuser 1990?

Vor Übernahme der Einrichtungen der ehemaligen NVA verfügten die Bundeswehrkrankenhäuser gemäß den geltenden Organisationsgrundlagen über 3 204 Betten, von denen 2 942 betrieben wurden.

4. Wie hoch ist die Bettenkapazität der Bundeswehrkrankenhäuser heute?

Die Bettenkapazität der Bundeswehrkrankenhäuser wurde auf derzeit 2 290 Betten reduziert.

5. Wie hoch waren die Kosten pro Krankenhausbett in den Bundeswehrkrankenhäusern 1990?

Die gezielte Erfassung aller anfallenden Kosten in einem Bundeswehrkrankenhaus (BwKrhs) ist erst mit der flächendeckenden Einführung der Kosten- und Leistungsverantwortung (KLV) in den BwKrhs möglich. Derzeit ist die KLV, nach Abschluss des Pilotprojekts im Dezember 1997, im BwKrhs Berlin eingeführt. Die BwKrhs Koblenz, Leipzig und Hamm haben am 1. Juli 1999 mit der Einführung begonnen. Die übrigen BwKrhs werden ab dem III. Quartal 2000 mit der Einführung der KLV beginnen. Analog zum zivilen Gesundheitswesen steht dabei eine patienten- und fallbezogene (Komplexitätsgrad) Kosten- und Leistungsermittlung, begleitet durch ein Qualitätsmanagementsystem gemäß Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) im Vordergrund. Bei den Bundeswehrkrankenhäusern sind zusätzlich die durch den militärischen Betrieb bedingten Kosten und Leistungen zu erfassen, die nicht den Kosten und Leistungen für den einzelnen stationär behandelten Patienten zugerechnet werden dürfen, wie z. B.

- Fachärztliche Untersuchungsstellen (ambulante fachärztliche Untersuchung/Behandlung/Begutachtung),
- Sanitätsschülerkompanien und Krankenpflegeschulen (Ausbildung von Sanitätspersonal aller TSK/OrgBereiche),
- Bundeswehrkrankenhausapotheke (Anteil regionale Sanitätsmaterialversorgung der Truppenteile).

Nur so ist unter Nutzung von ziviler Standardsoftware sowie unter Herausrechnung dieser Kostenanteile eine sachgerechte Vergleichbarkeit mit dem zivilen Gesundheitssystem und den dort erbrachten Leistungen, Qualitäten und entstandenen Kosten gegeben.

6. Wie hoch sind die Kosten pro Krankenhausbett in den Bundeswehrkrankenhäusern heute?

Siehe Antwort zu Frage 5.

7. Wie hoch waren die durchschnittlichen Kosten pro Krankenhausbett bei den zivilen Krankenhäusern 1990?

Die durchschnittlichen Kosten pro Krankenhausbett bei den Akutkrankenhäusern (ohne Bundeswehr) betragen im Jahr 1990 115 490 DM und im Jahr 1997 167 720 DM. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass solche durchschnittlichen Kennzahlen für die Beurteilung einzelner Krankenhäuser oder Krankenhausgruppen nur bedingt aussagefähig und für Vergleichszwecke nur bedingt nutzbar sind. Sie berücksichtigen nicht das Leistungsspektrum der Krankenhäuser, das sich erheblich voneinander unterscheidet. Dieses wird durch den Versorgungsauftrag abgegrenzt und ansatzweise durch Diagnose- und Operationsstatistiken abgebildet.

8. Wie hoch sind die durchschnittlichen Kosten pro Krankenhausbett bei den zivilen Krankenhäusern heute?

Siehe Antwort zu Frage 7.

9. Wie hoch war die stationäre Auslastung der Bundeswehrkrankenhäuser 1990?

Die stationäre Auslastung der BwKrhs (gemessen am Betten-IST) betrug im Jahr 1990 73,9 %.

10. Wie hoch ist die stationäre Auslastung der Bundeswehrkrankenhäuser heute?

Die stationäre Auslastung der BwKrhs ist auf 81,4 % (Durchschnittswert aus den Monaten Januar bis September 1999) gestiegen.

11. Wie hoch war der Anteil der Soldaten an der Bettenauslastung der Bundeswehrkrankenhäuser 1990?

Der Anteil der Soldaten an der Gesamt-Bettenauslastung (gemessen am Betten-IST) betrug 1990 71,1 %.

12. Wie hoch ist der Anteil der Soldaten an der Bettenauslastung der Bundeswehrkrankenhäuser heute?

Der Anteil der Soldaten an der Gesamt-Bettenauslastung beträgt aufgrund des höheren Zivilbettenanteils heute 62,4 % (Durchschnittswert aus den Monaten Januar bis September 1999).

Während bis zum 30. September 1990 die Bundeswehrkrankenhäuser bis zu 15 % der Betten mit Zivilpatienten belegen konnten (Ausnahme: 150 Betten im BwKrhs Ulm aufgrund Kooperation mit Universitätsklinik), sind derzeit 672 Betten (= 29 %) als Zivilbetten in den Versorgungsverträgen und Krankenhausplänen der Länder berücksichtigt. Der Rechnungsprüfungsausschuss hat einer Belegung mit Zivilpatienten von bis zu 842 Betten grundsätzlich zugestimmt.

13. Wie war die Notwendigkeit für die Bundeswehrkrankenhäuser bis 1990 begründet und woraus ergab sich die Höhe ihrer Bettenkapazität?

Die Notwendigkeit der Bundeswehrkrankenhäuser begründete sich bis 1990 maßgeblich

- in der mobilmachungsunabhängigen und flächendeckenden Bereitstellung von Betten für den Verwundetenanfall beim Ausbruch von Kampfhandlungen bei kurzer Vorwarnzeit und der Möglichkeit des sofortigen Aufwuchses an Betten um weitere 50 %.
- in der Aus-, Fort- und Weiterbildung des gesamten Sanitätspersonals nach wehrmedizinischen Gesichtspunkten und
- in der stationären und ambulanten fachärztlichen Untersuchung, Behandlung und Begutachtung erkrankter Soldaten.

Die Höhe der Bettenkapazität ergab sich aus dem Friedensumfang der Streitkräfte, der Häufigkeit der Inanspruchnahme der Krankenhäuser bei Soldaten, der Verweildauer, dem zugrunde gelegten Bettennutzungsgrad (Sollwert: 85 %), einem Korrekturfaktor für Behandlungen in Zivilkrankenhäusern (zugrunde gelegt wurde, dass 75 % aller Behandlungen in Bundeswehrkrankenhäusern erfolgen), den Betten für Zivilpatienten (15 % vom Betten-Soll zzgl. 150 Zivilbetten für das Bundeswehrkrankenhaus Ulm) sowie den Betten für Intensivpflegestationen und für Verbrennungsmedizin.

14. Wie lautet die Begründung für die Beibehaltung von eigenen Krankenhäusern für die Bundeswehr heute und woraus ergibt sich ihre Anzahl und Bettenkapazität?

Präsente Streitkräfte erfordern einen präsenten Sanitätsdienst, der vor allem für den Einsatz von Krisenreaktionskräften kurzfristig verfügbar sein muss. Das aktive Sanitätspersonal muss im Frieden auf Einsätze vorbereitet und sowohl fachlich wie auch militärisch ständig in Übung gehalten werden. Dieses Ziel wird zum Teil durch eine möglichst flächendeckende fachärztliche Versorgung der Soldaten in eigenen Einrichtungen erreicht. Darüber hinaus besteht eine Notwendigkeit zur stationären Mitversorgung ziviler Patienten, da die alters- und geschlechtsspezifische Struktur der Streitkräfte (im Wesentlichen gesunde Männer mit einem Durchschnittsalter von 23 Jahren) ein sehr eingeschränktes Patienten- und Krankheitenspektrum bietet. Nur bei einem hinsichtlich Alter und Geschlecht uneingeschränkten Patienten-, Krankheiten- oder Verletzungsspektrum haben Sanitätsoffiziere und das Pflege- Assistenzpersonal die Möglichkeit, sich im Team umfassend zu qualifizieren und damit den Anforderungen der zu behandelnden Gesundheitsstörungen im Einsatz – insbesondere bei der Primärversorgung von Patienten mit Mehrfachverletzungen – gerecht werden zu können.

Die Landesärztekammern sind auch nur unter der Voraussetzung eines uneingeschränkten Patienten- und Krankheitenspektrums bereit, Weiterbildungsermächtigungen für die Facharztweiterbildung zu erteilen. Zugleich wird damit auch den gesetzlichen Anforderungen an eine Qualitätssicherung entsprochen.

Hieraus resultiert ein „öffentliches Interesse“ an der Zulassung der Bundeswehrkrankenhäuser für die Versorgung von Zivilpatienten, da hiervon die Einsatzbereitschaft des Sanitätsdienstes und damit die Einsatzfähigkeit der Streitkräfte abhängt.

Hinsichtlich der Begründung der jetzigen Anzahl der Bundeswehrkrankenhäuser und ihrer Bettenkapazität wird auf die dem Rechnungsprüfungsausschuss

des 13. Deutschen Bundestages vorgelegten Berichte verwiesen (Drucksache 12/8490, Nr. 37; Ausschuss-Drucksache 110; Ausschuss-Drucksache 234).

15. Warum müssen die Bundeswehrkrankenhäuser die Fähigkeit besitzen, unterschiedliche Patientengruppen aller Altersklassen mit ihren speziellen Krankheitspektren und den daraus resultierenden Untersuchungs- und Behandlungsarten zu versorgen, wenn die alters- und geschlechtsspezifische Struktur der Streitkräfte dies nur mit Einschränkungen erforderlich macht?

Die sanitätsdienstliche Versorgung im multinationalen Einsatz erfordert die Fähigkeit zur Behandlung eines breiten Krankheits- und Verletzungsspektrums.

Insbesondere das gesamte Spektrum der Notfall- und Rettungsmedizin hat für die Einsätze eine besondere Bedeutung. Deshalb sind die Bundeswehrkrankenhäuser Hamburg, Ulm, Berlin und Koblenz am zivilen Rettungsdienst z. B. durch die Bereitstellung von Personal, Notarztwagen und Rettungshubschraubern (teils im Betreibermodell) beteiligt. Nur so kann das für Einsätze erforderliche Personal seine Kenntnisse und Fähigkeiten z. B. für die Behandlung von Patienten mit Mehrfachverletzungen erhalten.

Die regelmäßige Behandlung des uneingeschränkten Spektrums der Medizin ist auch aus Gründen der Aus- und Weiterbildung sowie der Inübunghaltung der Sanitätsoffiziere, -unteroffiziere und Mannschaften von großer Bedeutung, da Bundeswehrkrankenhäuser nicht nur bundeswehreigene Krankenanstalten sind, sondern auch Aus- und Weiterbildungsstätten im Sinne standesrechtlicher Vorgaben. Auch dies lässt keine Beschränkung auf ein rein soldatisches Patientengut zu.

So sind das Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz, das Bundeswehrkrankenhaus Leipzig und das Bundeswehrkrankenhaus Berlin akademische Lehrkrankenhäuser der Universitäten Mainz und Leipzig bzw. der Berliner Charité. Das Bundeswehrkrankenhaus Ulm ist als akademisches Krankenhaus in Forschung und Lehre der Ulmer Universitätsklinik eingebunden. Darüber hinaus bilden staatlich anerkannte Krankenpflegeschulen an den Bundeswehrkrankenhäusern Ulm und Berlin neben Sanitätssoldaten auch zivile Krankenschwestern und Krankenpfleger aus.

Es ist weiterhin zu berücksichtigen, dass im Einsatz neben eigenen Soldaten auch Soldaten und Zivilisten anderer Nationen einschließlich weiblicher Patienten behandelt werden müssen. Leistungen im Rahmen der medizinischen Nothilfe sind dabei immer, humanitäre Hilfsleistungen hingegen in Abhängigkeit vom Auftrag der Sanitätseinrichtung zu erbringen. Die dafür erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse können nur dann erworben werden, wenn in den Bundeswehrkrankenhäusern nicht nur die Soldaten der Bundeswehr, sondern auch Zivilpatienten behandelt werden.

16. Ist es für die Humanmediziner der Bundeswehr im Rahmen ihrer Ausbildung für den Einsatz wirklich notwendig, unterschiedliche Patientengruppen aller Altersklassen mit ihren spezifischen Krankheitspektren zu versorgen, oder könnten diese Fähigkeiten nicht besser und effizienter an zivilen Krankenhäusern erworben werden?

Die Streitkräfte müssen jederzeit und kurzfristig in der Lage sein, Kontingente einsatzbereit bereitzustellen, um die sicherheitspolitischen Interessen der Bundesrepublik Deutschland im multinationalen Umfeld wahrnehmen zu können. Der Sanitätsdienst leistet dabei für verschiedene Einsatzoptionen einen wesent-

lichen Beitrag, wie die Einsätze in Kambodscha, Somalia, im ehemaligen Jugoslawien oder in Ost-Timor belegen. Das Sanitätspersonal muss hierfür jederzeit und ad hoc in eingespielten Teams bereitstehen. Der Zentrale Sanitätsdienst hat die Aufgabe, eigene Einrichtungen zur klinischen Akutversorgung sowie Fachpersonal für Einrichtungen der Teilstreitkräfte zur präklinischen Versorgung im Einsatz bereitzustellen. Dies wird u. a. durch das in den Bundeswehrkrankenhäusern eingesetzte Personal sichergestellt.

Bei ausschließlicher Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie In-Übung-Haltung des Sanitätspersonals in zivilen Einrichtungen ergäbe sich eine nicht hinnehmbare Einschränkung der Einsatzbereitschaft und Verfügbarkeit durch erhöhten Koordinierungsaufwand einerseits und der Beeinträchtigung des Versorgungsauftrages der zivilen Häuser durch die Personalabstellung andererseits.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Motivation der Soldaten im Einsatz wesentlich durch das Vertrauen in einen leistungsfähigen Sanitätsdienst beeinflusst wird. Dieses kann nur dann erworben werden, wenn der Soldat bereits im Friedensdienstbetrieb durch das Sanitätspersonal versorgt wird. Damit erwirbt das Sanitätspersonal zugleich die Erfahrungen mit den spezifischen Belastungen und Besonderheiten des Soldaten im militärischen Alltag.

17. Bedeutet die Unterhaltung von Bundeswehrkrankenhäusern einen wirtschaftlichen Vorteil für den Bund?

Im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen (BMF) wurde durch Erlass des Bundesministeriums der Verteidigung (BMVg) – in der letzten Fassung vom 1. November 1996 – geregelt, dass Zivilpersonen gegen Kostenerstattung an BwKrhs behandelt werden dürfen.

Im Haushaltsjahr 1999 wurden bei Kapitel 14 08 Einnahmen in Höhe von 148,635 Mio. DM erzielt, die durch Aufstellung der Haushaltsrechnung an den Einzelplan 60 des BMF abgeführt werden.

18. Bestehen Unterschiede in der Auslastung und somit in der Wirtschaftlichkeit zwischen den einzelnen Bundeswehrkrankenhäusern und wie bilden sich diese ab?

Die durchschnittliche Bettenauslastung der Bundeswehrkrankenhäuser war in den Monaten Januar bis September 1999 wie folgt:

Amberg	74,4 %
Leipzig	75,0 %
Koblenz	81,4 %
Bad Zwischenahn	81,4 %
Berlin	82,4 %
Hamm	82,8 %
Hamburg	82,8 %
Ulm	83,5 %

Einen Rückschluss auf die Wirtschaftlichkeit der Häuser lassen diese Zahlen jedoch nicht zu. Einsatzbedingte Personalabstellungen sind z. B. dafür verant-

wortlich, dass weniger Patienten behandelt werden können. Darüber hinaus steht das für eine zuverlässige Bewertung der Wirtschaftlichkeit erforderliche KLV-Instrumentarium überwiegend noch nicht zur Verfügung.

19. Wird seitens der Bundesregierung eine gesetzliche Regelung beabsichtigt, die den Bundeswehrkrankenhäusern die Belegung einer bestimmten Bettenzahl durch Zivilpatienten garantiert?

Die Berechtigung zur Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Zivilpatienten in den Bundeswehrkrankenhäusern als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 Sozialgesetzbuch V (SGB V) ist derzeit durch den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und durch Aufnahme in den Krankenhausplan einzelner Länder sichergestellt. Das BMVg beabsichtigt, eine Regelung im SGB V zu fordern, die sicherstellt, dass auch künftig Bundeswehrkrankenhäuser zur Zivilpatientenbehandlung berechtigt sind. Wie eine solche Regelung aussehen kann, wird noch u. a. mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen sein. Seitens des BMVg ist allerdings nicht daran gedacht, dass der Bundesgesetzgeber eine bestimmte Bettenzahl für die Behandlung von Zivilpatienten festlegt.

20. Wie hoch war der Kostenaufwand für die freie Heilfürsorge der Soldaten 1998?

Die unmittelbar der freien Heilfürsorge zuzuordnenden Kosten betragen im Kapitel 14 08 – Sanitätswesen – in 1998 bei Titel

443 13 zahnärztliche Behandlung	72,357 Mio. DM
443 15 Behandlung im zivilärztlichen Bereich	rd. 159,553 Mio. DM
443 16 Krankenbeförderungskosten	rd. 15,171 Mio. DM
522 11 Arznei- und Verbandmittel, Brillen, orthopädische Hilfsmittel	113,565 Mio. DM
	Summe: 360,646 Mio. DM

Eine Angabe zu den Kosten, die im Zusammenhang mit der freien Heilfürsorge insgesamt entstehen, ist aufgrund der bestehenden Haushaltssystematik nicht möglich.

21. Wie hoch wäre der Beihilfebeitrag des Bundes 1998 für Soldaten gewesen, wenn es keine freie Heilfürsorge gegeben hätte?

Bei der Versorgung von Soldaten der Bundeswehr in eigenen Sanitätseinrichtungen handelt es sich um eine Kernaufgabe, weil das für Einsätze im gesamten Aufgabenspektrum der Streitkräfte vorzuhaltende Sanitätspersonal aus-, fort- und weitergebildet werden muss. Dies schließt die Notwendigkeit zur Unterstützung aller Ausbildungs- und Übungsvorhaben der Truppe mit ein. Der Umfang dieser Leistungen ergibt sich in erster Linie aus dem Bedarf für Einsätze zur Konfliktbewältigung und Krisenreaktion.

Eine isolierte Betrachtung, bei der alle Leistungen durch den zivilen Bereich erbracht würden, könnte – unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Bei-

hilfrechts und des bei Beamten festgelegten Eigenanteils der Patienten – zu Einsparungen bei Zeit- und Berufssoldaten führen, soweit es sich um Erkrankungen handelt, die nicht durch die Besonderheiten des militärischen Dienstes begründet sind. Bei wehrdiensteigentümlichen Erkrankungen/Verletzungen sowie für alle Begutachtungen müssten hingegen die Kosten vollständig übernommen werden.

Bei Grundwehrdienstleistenden und bei Wehrübenden käme es dagegen zu erheblichen Kostensteigerungen, da die vollen Kosten übernommen werden müssten.

Eine Zahlenangabe ist wegen der unterschiedlichen Gebührenordnungen (EBM gegenüber GOÄ) und der unterschiedlichen vereinbarten Hebesätze nicht möglich.

Da eine Übernahme der Soldaten in das Beihilferecht eine freie Arztwahl begründen würde, wäre eine Auslastung des für Einsatzaufgaben vorzuhaltenden Sanitätsdienstes der Bundeswehr nicht sicherzustellen. Die Auswahl der Ärzte bzw. der Krankenhäuser (z. B. am Familienwohntort, Hausarzt der Familie) stünden den Soldaten frei. Die für die dienstlichen Belange erforderliche möglichst lückenlose Überwachung des Gesundheitszustandes der Soldaten, einschließlich der Beratung des Truppenführers über die Einsatzfähigkeit der Soldaten, wäre nicht mehr möglich. Bei freier Arztwahl ist eine Kontrolle und ein Einfluss auf die Personalverfügbarkeit nicht mehr gegeben.

Eine Verlagerung der Behandlung vom militärischen in den zivilen Bereich verursacht letztlich Mehrkosten, weil der Sanitätsdienst der Bundeswehr weiterhin vorgehalten werden muss, in einsatzfreien Zeiten aber nicht hinreichend ausgelastet und damit nicht in ausreichendem Maße in fachlicher Übung zu halten wäre. Hierdurch würden nicht nur die Qualitätsstandards unter den zivilen Standard abfallen, es würde auch die Attraktivität den Laufbahnen im Sanitätsdienst in der Bundeswehr in Kürze derart sinken, dass ein Personalnachwuchs nicht mehr sichergestellt werden könnte.