

Interpellation

der Abgeordneten **Hubert Aiwanger, Tanja Schweiger, Prof. (Univ. Lima) Dr. Peter Bauer, Dr. Karl Vetter, Ulrike Müller, Dr. Hans Jürgen Fahn, Claudia Jung, Dr. Leopold Herz** und **Fraktion (FREIE WÄHLER)**

vom 6. Mai 2010

Medizinische Versorgung in Bayern

	Frage	Antwort
A. Einleitung	1	
B. Versorgungsstrukturen	2	
1. Ambulante ärztliche Versorgung in Bayern	2	10
2. MVZ	2	15
3. Stationäre Versorgung	2	17
4. Notfallmedizinische Versorgung	3	19
C. Struktur des Gesundheitssystems	3	
1. Solidaritätsprinzip	3	20
2. Gesundheitsfonds	4	21
3. Wettbewerb	4	23
4. Einnahmen	4	23
5. Ausgaben	4	24
6. Arzneimittel	5	27
7. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	5	29
D. Verhältnis der GKV zu den Leistungserbringern	5	
1. Ärzte/Fachärzte	5	30
2. Krankenhäuser	6	34
E. Verhältnis der GKV zu den Versicherten	8	
1. Leistungsumfang/Leistungskatalog	8	37
2. Behandlungsqualität/Versorgung/Rationierung	8	38
3. Transparenz	8	40
4. Kostenerstattung und Sachleistung	9	40
5. Prävention und Bonusmodelle	9	41
6. Datenschutz	9	42
F. Zukunft des Gesundheitssystems	9	42

A. Einleitung

Das derzeitige Gesundheitssystem wird seiner Aufgabe, die medizinische Versorgung aller Bürger wohnortnah zu sichern nicht mehr im notwendigen Umfang gerecht. Die Dualität von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) hat auch dazu geführt, dass die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung steigen und der Leistungsumfang abnimmt, von überlangen Wartezeiten auf einen Behandlungstermin ganz zu schweigen. Gleichzeitig wird den Ärzten ein unüberschaubarer Berg an Bürokratie aufgebürdet, wofür sie noch nicht einmal eine leistungsgerechte Honorierung erhalten. Anders in der PKV: die Gutverdienenden zahlen nicht in die solidarische GKV ein, sondern versichern sich in der PKV ohne Sozialausgleich.

Die PKV stellt momentan noch eine leistungsgerechte Vergütung der Ärzte sicher.

Die logisch zwingende Konsequenz ist: Eine Reform zu entwickeln, die die bewährten Regelungen der PKV in ein Gesamtsystem aufnimmt. Zudem muss ein sozialer Ausgleich sicher gestellt werden.

Dies kann nur durch ein neues Gesundheitskonzept geschehen, denn das jetzige System ist nicht reformierbar: Dies zeigen vor allem auch die unzähligen Reformversuche in den vergangenen Jahrzehnten, von denen keine auch nur ansatzweise zum Erfolg geführt hat. Insbesondere die demographische Entwicklung, der medizinische Fortschritt sowie die Aufnahme versicherungsfremder Leistungen in die gesetzliche Krankenversicherung – obwohl diese durch den Staat aus Steuermitteln finanziert werden sollten – tun ihr übriges. Es fehlt an Transparenz im GKV-System, sowie Anreize für einen kostenbewussten Umgang mit den Geldern der Versicherten. In vielen Bereichen fehlt es an konkreten Zahlen und Informationen. Die folgenden Fragen sollen dazu dienen, Vorstellungen und Zahlenangaben zu konkretisieren. Ziel sollte es sein, analog zum Sozialbericht, jährlich einen verlässlichen und umfangreichen Bericht über die medizinische Versorgung in Bayern zu erhalten. Auch der folgende Fragenkatalog kann nicht alle Bereiche abdecken, die ein solcher Bericht umfassen müsste.

Nicht nur die Akteure im Gesundheitssystem, sondern und vor allem auch die Bürger Bayerns haben ein Recht darauf zu erfahren, wie das Gesundheitssystem sich derzeit gestaltet, auf Bayern ausstrahlt und welche Zukunftsaussichten zu erwarten sind.

B. Versorgungsstrukturen

1. Ambulante ärztliche Versorgung in Bayern

- 1.1. Wie ist der Bedarf an ambulanter ärztlicher Versorgung in Bayern aufgeschlüsselt nach Bevölkerungsgruppe, Region, Facharzttrichtung (Haus-, Fach- Zahnärztinnen und -ärzte)¹⁾ und Häufigkeit der Inanspruchnahme, insbesondere im bundesdeutschen Vergleich?
- 1.2. Wie hoch ist die Versorgungsdichte im ambulanten Bereich (Hausärzte, einzelne Facharztgruppen, Zahnärzte) in absoluten Zahlen und im bundesdeutschen Vergleich?
 - 1.2.1. Kann in einigen Planungsbereichen von einer Über- oder Unterversorgung im Hausarzt- und Facharztbereich ausgegangen werden (aufgeschlüsselt nach Arztgruppe)?
 - 1.2.2. Gibt es neben dem vertragsärztlichen Zulassungsverfahren der GKV eine Bedarfsplanung für die ambulante hausärztliche und fachärztliche Versorgung und wie will die Staatsregierung gegebenenfalls einem Mangel entgegenwirken, um die flächendeckende regionale medizinische Versorgung auch für die Zukunft sicherzustellen?
 - 1.2.3. Wie viele Praxen mussten
 - 1.2.3.1. aus ökonomischen Gründen oder
 - 1.2.3.2. weil kein Nachfolger gefunden werden konnte
 in den Jahren 2000 bis 2009 schließen?
- 1.3. Wie viele Praxen wurden seit 2000 neu eröffnet und wo (aufgeschlüsselt nach Arztgruppe und Region)?
- 1.4. Wie gestaltet sich voraussichtlich die Altersstruktur der bayerischen Ärzteschaft bis 2020 und welche Auswirkungen hat das auf die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung?
- 1.5. Wie viele ärztliche Stellen in der ambulanten Versorgung sind nicht besetzt?
- 1.6. Wie steht die Staatsregierung zu einer Überarbeitung und Aktualisierung der ärztlichen Bedarfsplanung und welche Maßnahmen sind diesbezüglich geplant?
- 1.7. Sieht die Staatsregierung es als geeignete Maßnahme an, das vertragsärztliche Niederlassungsverhalten unter anderem über die Höhe des Honorars zu steuern?
- 1.8. Wie beurteilt die Staatsregierung die Auswirkungen für Ärzte bezüglich der Zwangsmitgliedschaft in der Krankenversicherung (KV) und welche Notwendigkeit macht eine Zwangsmitgliedschaft heute noch erforderlich?

¹⁾In der Folge sind bei Erwähnung der Begriffe „Facharztgruppe oder Arztgruppe“, Hausärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte und Zahnärztinnen und -ärzte bei der Mitteilung von Zahlen und Angaben gesondert aufzuführen.

- 1.9. Welche Auswirkungen ergeben sich aus den aktuellen Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses zu einer Vergütungsdifferenzierung nach dem Versorgungsgrad für Bayern (Abschläge für Überversorgung/ Zuschläge für Unterversorgung)?
 - 1.10. Wie beurteilt die Staatsregierung eine hausarztzentrierte Versorgung gem. § 73b SGB V?
 - 1.10.1. Wird die Stellung des Hausarztverbandes beim Abschluss solcher Verträge auch unter der neuen Bundesregierung fortgeführt und wenn ja warum?
 - 1.10.2. Welches langfristige ordnungspolitische Ziel wird mit der Fortführung dieser Stellung des Hausärzterverbandes verfolgt, soll eine weitere Sektionierung der medizinischen Versorgung analog dem ambulanten und stationären Bereich vorgenommen werden und wenn ja, ist dieses Ziel für die Patientenversorgung förderlich?
 - 1.10.3. Ist es mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit vereinbar und den Beitragszahlern vermittelbar, dass damit die Gründung von zusätzlichen, privatwirtschaftlichen Managementunternehmen gefördert wird, die weder das Ziel der Sicherstellung der Versorgung noch die Qualitätssicherung verfolgen?
 - 1.10.4. Warum werden nicht z.B. zur Abrechnung bestehende Strukturen wie die Kassenärztliche Vereinigung genutzt?
- ### 2. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- 2.1. Geht die Staatsregierung davon aus, dass MVZ geeignete Versorgungsformen sind, um bestehende und/oder künftige regionale Engpässe in der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum Bayerns nachhaltig zu vermeiden oder zu verringern?
 - 2.2. Wie hat sich die Zahl der MVZ seit 2004 in Bayern entwickelt (pro Jahr, getrennt nach Trägerschaft „Krankenhaus“ bzw. „Vertragsärzte“ bzw. „Sonstige“ und jeweiligem Standort), wie viele weitere MVZ sind aktuell in Planung und wie wird diesbezüglich die weitere Entwicklung eingeschätzt?
 - 2.3. Wie hat sich die Zahl der in MVZ tätigen Ärzte seit 2004 in Bayern entwickelt (pro Jahr, in absoluten Zahlen und relativem Anteil bezogen auf die Zahl der in Bayern niedergelassenen Ärzte)?
 - 2.4. Wie hat sich die Summe der Vollzeitäquivalente der in MVZ teilzeitbeschäftigten Ärzte seit 2007 in Bayern entwickelt (pro Jahr und in absoluten Zahlen)?
 - 2.5. Wie steht die Staatsregierung dazu, dass MVZ ausschließlich in ärztlicher Trägerschaft betrieben werden oder bzw. und geleitet werden und wie sollte nach Ansicht der Staatsregierung mit jenen MVZ verfahren werden, die unter dem Dach eines Klinikkonzerns oder in anderer Trägerschaft existieren?

3. Stationäre Versorgung

- 3.1. Wie viele Krankenhäuser der I., der II. und der III. Versorgungsstufe gibt es in Bayern, aufgeschlüsselt nach Region, Namen, Träger und Bettenzahl?
- 3.1.1. Inwieweit sieht die Staatsregierung das Ziel des Art. 1 BayKRG, 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 zu schaffen, erreicht?
- 3.1.2. Welche Auswirkungen hat das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) bisher auf die Krankenhausversorgung, nach welchen Kriterien wird eine diesbezügliche Beurteilung vorgenommen und was gedenkt die Staatsregierung zu unternehmen, um etwaigen Negativentwicklungen entgegenzusteuern?
- 3.2. Wie viele ärztliche Stellen in der stationären Versorgung sind nicht besetzt und wie viele Weiterbildungsstellen sind besetzt, nicht besetzt oder mit Ärzten aus dem Ausland besetzt, die nach der Weiterbildung in ihre Heimatländer zurückkehren?
- 3.3. Kann im stationären Bereich von einem Ärztemangel oder einem drohenden Ärztemangel ausgegangen werden und wenn ja, welche Maßnahmen bestehen von Seiten der Staatsregierung, um dem entgegenzuwirken?
- 3.4. Könnten nach Ansicht der Staatsregierung
- 3.4.1. eine Anpassung der Studienkapazitäten, ein besserer Zugang zum Studienfach Humanmedizin und eine Überprüfung der zu spezialisierten Weiterbildungsvorschriften;
- 3.4.2. eine Lockerung oder bzw. und Abschaffung des numerus clausus;
- 3.4.3. eine bessere Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im Krankenhaus;
- 3.4.4. Anstrengungen für eine bessere Kombination von Beruf und Familie (über 60 Prozent der Medizinstudienabgänge sind weiblich);
- 3.4.5. eine höhere Vergütung von Krankenhauspersonal und Belegärzten Abhilfe schaffen
- 3.4.6. und bzw. oder Abbau der überbordenden Bürokratie dem Ärztemangel entgegenwirken?
- 3.5. Welchen Standpunkt vertritt die Staatsregierung bei Bachelor- und Masterstudiengängen in der Humanmedizin bzw. Zahnmedizin?
- 3.6. Plant die Staatsregierung zur Konkretisierung des § 116b SGB V etwas zu unternehmen, wenn ja, was und wenn nein, warum nicht?

4. Notfallmedizinische Versorgung

- 4.1. In welchem Zeitraum ist die Erreichbarkeit eines für Notfälle ausgelegten Krankenhauses 24 Stunden lang, 365 Tage im Jahr innerhalb von welchem Zeitraum gesichert und gilt das für alle Regionen Bayerns?
- 4.2. Wie kann bei der weiteren Gestaltung der Krankenhausstruktur und insbesondere möglicherweise drohender weiterer Ausdünnung im ländlichen Raum gewährleistet werden, dass eine qualitativ hochwertige notfallmedizinische Versorgung gewährleistet ist?
- 4.3. Plant die Staatsregierung Maßnahmen, um auch in Zukunft eine hochwertige und flächendeckende notfallmedizinische Versorgung zu gewährleisten?
- 4.3.1. Wenn ja, welche?
- 4.3.2. Wenn nein, besteht die Absicht, hierfür ein konkretes Konzept zu erarbeiten?

C. Struktur des Gesundheitssystems

1. Solidaritätsprinzip

- 1.1. Ist die Staatsregierung der Auffassung, dass ein duales Versicherungssystem GKV/PKV wie das gegenwärtige, in dem es z.B. gesunden, jungen Bürgern aus den oberen Einkommenschichten offen steht, sich dem solidarischen Finanzierungssystem der GKV zu entziehen und sich privat zu versichern, dem Solidaritätsprinzip in unserer Gesellschaft entspricht?
- 1.2. Sieht die Staatsregierung eine finanzielle Beteiligung der privat Krankenversicherten am Solidarausgleich innerhalb der GKV als geeignetes Mittel an, um dem Solidaritätsprinzip zu entsprechen?
- 1.3. Auf welche Einkommensarten muss man keinen GKV-Beitrag zahlen?
- 1.4. Entspricht es dem Solidaritätsprinzip in unserer Gesellschaft, wenn die bei der Beitragsbemessung berücksichtigten Einkommensarten, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung usw. ausgeklammert werden?
- 1.5. Entspricht es dem Solidaritätsprinzip, dass Einkommen bei der Beitragsbemessung nur bis zu einer bestimmten Höhe berücksichtigt werden und jemand, der 3750 Euro brutto verdient, einen ebenso hohen Beitrag bezahlen muss, wie ein Einkommensmillionär?
- 1.6. Entsprechen Zusatzbeiträge oder Prämien, die pauschal – ohne Rücksicht auf das Gesamteinkommen des Versicherten erhoben werden, – dem Solidaritätsprinzip?
- 1.7. Entspricht es, angesichts steigender Beiträge, dem Solidaritätsprinzip, dass der Arbeitgeberanteil von sieben Prozent nicht nur prozentual, sondern scheinbar auf einen fixen Betrag eingefroren werden soll?
- 1.8. Entspricht es dem Solidaritätsprinzip, dass Zuzahlungen für Brillengestelle, Praxisgebühr und ständig benötigte Medikamente z.B. Schmerzmittel unabhängig vom Einkommen (neben der 1%-Regelung) usw. zusätzlich zum GKV-Beitrag aufgebracht werden müssen?

2. Gesundheitsfonds

- 2.1. Was zahlen im Jahr 2009 und voraussichtlich 2010 Versicherte, Arbeitgeber und Bund in den Gesundheitsfonds, jeweils in absoluten Zahlen, ein?
- 2.2. Wer verwaltet die Mittel aus dem Gesundheitsfonds und wie hoch sind die dafür entstehenden Verwaltungskosten 2009 bzw. 2010 aufgeschlüsselt nach Krankenkasse?
- 2.3. In welchem zeitlichen Rahmen erfolgt die Ausschüttung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds an die Leistungserbringer und wie bewertet die Staatsregierung das im Hinblick auf die Liquidität und Planungssicherheit der jeweiligen Leistungsträger?
- 2.4. Welche regionalen „Belastungen“ Bayerns sind durch die Einführung des Gesundheitsfonds in absoluten Zahlen seit 2009 und bis voraussichtlich 2013 gegeben?
- 2.5. Welche Maßnahmen plant die Staatsregierung kurz- und langfristig, um Bayern vor etwaigen Verlusten zu bewahren?
- 2.6. Welche wirtschaftlichen und sonstigen Auswirkungen auf die bayrische Kassenlandschaft, die Leistungserbringer und die Beitragszahler sind zu erwarten?
- 2.7. Inwiefern verstärkt die Finanz- und Wirtschaftskrise diese negativen Auswirkungen?

3. Wettbewerb

- 3.1. Ist die Staatsregierung der Auffassung, dass ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen dem Gesundheitssystem zugutekäme und wie wird diesbezüglich der Einheitsbeitragsatz bewertet?
- 3.2. Wie beurteilt die Staatsregierung den mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich entstandenen negativen Wettbewerb um chronisch Kranke und welche Maßnahmen sind geplant, um diesen Zustand zu beheben?

4. Einnahmen

- 4.1. Wie hoch sind die Einnahmen der GKV seit 1990 insgesamt, aufgeschlüsselt nach Einnahmeart, in absoluten Zahlen?
- 4.2. Wie decken sich die Einnahmen mit den Ausgaben in der GKV seit 1990?
- 4.3. Ist ihre Finanzierungsbasis gefährdet, wenn ja, inwiefern, wenn nein, warum nicht und welche Prognose besteht für die nächsten 5 Jahre?
- 4.4. Ist aufgrund von Arbeitslosigkeit, der steigenden Zahl von Rentnerinnen und Rentnern sowie veränderter Arbeitsverhältnisse und Berufskarrieren die Summe der beitragspflichtigen Einkommen seit Beginn der 1990er Jahre deutlich hinter der Entwicklung des Bruttoinlandprodukts zurückgeblieben?

- 4.5. Welche Probleme sieht die Staatsregierung bezogen auf das Umlageverfahren bei der Finanzierung der GKV im Hinblick auf die Alterung der Gesellschaft und steigenden Arbeitslosenzahlen und hat die Staatsregierung ein Konzept, um dieser Entwicklung und damit auftretenden Problemen zu begegnen?

4.5.1. wenn ja, welches und

4.5.2. wenn nein, gedenkt die Staatsregierung, eines zu entwickeln?

5. Ausgaben

- 5.1. Wie hoch sind bzw. waren die Ausgaben insgesamt und wie hoch davon die Leistungsausgaben der GKV (aufgeschlüsselt nach Leistungsarten) unter Angabe des jeweiligen Anteils an den Gesamtausgaben und in absoluten Zahlen, seit 1990?
- 5.2. In welchen Bereichen und in welchen Jahren stiegen die Ausgaben überdurchschnittlich schnell und wenn ja, was bewertet die Staatsregierung als ursächlich hierfür?
- 5.3. Wie hoch sind die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen?
 - 5.3.1. Welche Ausgaben fallen nach Ansicht der Staatsregierung unter versicherungsfremde Leistungen?
 - 5.3.2. Sieht die Staatsregierung eine Möglichkeit, versicherungsfremde Leistungen auf die zuständigen Träger zurück zu verlagern z.B. die Ausgaben für soziale Dienste?
 - 5.3.3. Welche Einsparungen für die GKV wären damit verbunden und wie würde sich das auf den Beitragssatz der GKV-Versicherten auswirken?
- 5.4. Führt die, neben der Kassenärztlichen Vereinigung, im Rahmen der Selektivverträge, Zulassung, und zum Teil sogar für die Kassen verpflichtende Etablierung weiterer Vertragspartner zu einer Mehrung von Verwaltungsstrukturen und wie hoch schätzt die Staatsregierung die Mehrkosten?
- 5.5. Der Hausärztevertrag des bayerischen Hausärzteverbandes sieht eine kontaktunabhängige Betreuungspauschale von 8,25 € bis höchstens 21,25 € pro Patient und Quartal vor, wie hoch schätzt die Landesregierung die hieraus resultierenden Mehrkosten für das Gesundheitssystem und wie werden diese Kosten finanziert bzw. aufgeteilt?
- 5.6. Bringen die existierenden Ausgaben- und Mengensteuerungen, die durch Honorarbudgets, Zielvereinbarung oder Richtgrößen – oft verknüpft mit Regressregelungen – gesteuert werden, die Leistungserbringer dazu, die insgesamt veranlassten Ausgaben implizit zu begrenzen und damit die Leistungen gegenüber den Patienten zu rationieren?

6. Arzneimittel

- 6.1. Wie hoch waren die Ausgaben für die ärztliche Vergütung und zu welchem Schluss kommt die Staatsregierung, wenn sie diese Ausgaben mit den Ausgaben (in absoluten Zahlen) für Arzneimittel vergleicht?
- 6.2. Welche neuen Regelungen könnten die Wirtschaftlichkeit, Innovationsfähigkeit und Transparenz in der Arzneimittelversorgung verbessern und hat die Staatsregierung hierzu konkrete Vorschläge zu unterbreiten, wie sehen diese aus und wenn nein, plant die Staatsregierung Vorschläge zu entwickeln?
- 6.3. Warum haben nach Auffassung der Staatsregierung die gesetzgeberischen Eingriffe der letzten Jahre in den Arzneimittelmarkt nicht zu einer nachhaltigen Begrenzung der Arzneimittelausgaben geführt und was plant die Staatsregierung, um die Ausuferung der Arzneimittelausgaben einzudämmen?
- 6.4. Warum sind trotz Festbetragsregelung die Ausgaben der GKV für Arzneimittel gestiegen?
- 6.5. Hat sich die Festbetragsregelung als wirksames Instrument erwiesen, um Kosten zu sparen und wenn ja, wie viel konnte im Bereich der Generika und der Analogpräparate seit 2000, in absoluten Zahlen, eingespart werden?
- 6.6. Welche Regulierungsinstrumente im Arzneimittelbereich sind der Staatsregierung bekannt und werden dort angewendet?
- 6.7. Sieht die Staatsregierung eine Über- oder Fehlregulierung und wenn ja, inwiefern und welche Auswirkungen hat dies auf die gesamtwirtschaftliche Situation in der GKV?
- 6.8. Wie viel in absoluten Zahlen würde ein reduzierter Mehrwertsteuersatz von sieben Prozent den Beitragszahlern Arzneimittelausgaben pro Jahr ersparen?
- 6.9. Befürwortet die Staatsregierung eine Senkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel und die Einführung einer Positivliste für Arzneimittel und wenn nein, warum nicht?
- 6.10. Wie steht die Staatsregierung zur Senkung des Zwangsrabatts, den die Apotheker den GKV-Patienten gewähren müssen?
- 6.11. Hält die Staatsregierung einen Zwangsrabatt für ein geeignetes Mittel, um die Arzneimittelausgaben zu begrenzen, wenn ja, warum und wenn nein, welche alternativen Maßnahmen sind denkbar?
- 6.12. Wie steht die Staatsregierung dazu, dass im stationären Bereich im Gegensatz zum ambulanten Bereich, verschiedene Regulierungen für die Kostenübernahme von Arzneimitteln gelten und die GKV im stationären Bereich nur wenig Einfluss auf die Art und Menge der verabreichten Arzneimittel nehmen kann?
- 6.13. Ist die Staatsregierung der Meinung, dass Arzneimittel nach der Zulassung weiter ohne Prüfung der Evidenz zum, vom Hersteller festgesetzten Preis, verordnet werden können und wenn ja, warum?

7. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

- 7.1. Wie hoch sind die Ausgaben für die Einführung bzw. Testphase der Elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bemessen und wie hoch belaufen sich die Ausgaben bisher tatsächlich in Deutschland und in Bayern?
- 7.2. Hat die Testphase ergeben, dass sich die Investition in die eGK kostendämpfend auf der Ausgabenseite auswirken wird und wenn ja, ab wann?
- 7.3. Steht der Nutzen der Einführung der eGK in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der eGK und wenn ja, warum?

D. Verhältnis der GKV zu den Leistungserbringern

1. Ärzte/Fachärzte

1.1. Honorarreform/Erlössituation

- 1.1.1. Wie hoch sind die aktuellen Jahresumsätze (vor und nach Steuern) bei den niedergelassenen Ärzten bzw. Fachärzten (nach einzelnen Gruppen) bzw. Zahnärzten in Bayern in absoluten Zahlen und im bundesdeutschen Vergleich?
- 1.1.2. Wie hat sich die Einkommenssituation der niedergelassenen Haus-, Fach- und Zahnärzte in Bayern in den Jahren 2000 bis 2009 im Vergleich zu der Einkommensentwicklung der bayerischen Bevölkerung entwickelt?
- 1.1.3. Welche honorarpolitischen Maßnahmen sind derzeit in der Selbstverwaltung auf Bundesebene geplant?
- 1.1.4. Sieht die Staatsregierung es als geeignete Maßnahme an, das vertragsärztliche Niederlassungsverhalten unter anderem über die Höhe des Honorars zu steuern?
- 1.1.5. Unterstützt die Staatsregierung eine Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ/GOZ) und wenn ja, in welchen Punkten hält die Staatsregierung die GOÄ/GOZ für reformbedürftig?
- 1.1.6. Welche Auswirkungen haben diese Maßnahmen auf die Honorarverteilung unter den Ländern und zwischen den Fachgruppen?
- 1.1.7. Um die Verluste zu begrenzen wurde zwischen den Gesetzlich Krankenversicherten (GKV) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) eine sogenannte Konvergenzklausel vereinbart. Welchen Inhalt hat diese Vereinbarung, welche Konsequenzen ergeben sich für Ärzte, die aufgrund der letzten Gesundheitsreform Einbußen hinnehmen mussten, welche inhaltlichen und formalen Kriterien muss ein Arzt erfüllen, um die Konvergenzregelung zu nutzen und wie hoch war der Ausgleich 2009 insgesamt und wie soll für die Zukunft gewährleistet werden, dass kein Arzt mehr als fünf Prozent Einnahmeverluste hinnehmen verursacht durch die letzten Reformen hinnehmen muss?

- 1.1.8. Plant die Staatsregierung auf eine Korrektur der von der Bundesregierung geplanten Maßnahmen beziehungsweise des dazugehörigen Zeitplans hinzuwirken?
- 1.1.9. Sieht die Staatsregierung in den Regelungen zur hausärztlichen Versorgung in § 73b SGB V einen Verstoß gegen die Grundsätze des Vertragswettbewerbs, wenn ja inwiefern und wenn nein, warum nicht und ist mit einer Novellierung des § 73b SGB V zu rechnen und wenn ja, mit welcher?
- 1.1.10. In den Hausarztvertrag des Bayerischen Hausärzterverbands mit der AOK sind mittlerweile über zwei Millionen Versicherte eingeschrieben. Wie wird für diese Versicherten der Bereitschaftsdienst sichergestellt, welcher Aufwandsersatz wird dafür entrichtet, wenn dies über die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt und ist zu befürchten, dass in Zukunft verschiedene parallele Strukturen (z.B. verschiedene Notrufnummern im Bereitschaftsdienst) für die Mitglieder verschiedener Kassen in Bayern zu erwarten sind?

1.2. Selektivverträge

- 1.2.1. Die Selektivverträge sehen vor, dass die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung um den Betrag gekürzt wird, die der Leistung entspricht, die in Selektivverträge verlagert wurde. Welche Auswirkungen sind durch die Zunahme der Selektivverträge auf die Honorare jener bayerischen Ärzte zu erwarten, die nicht an den Verträgen teilnehmen und welche Auswirkungen hat das auf deren finanzielle Situation?
- 1.2.2. Bis Ende 2008 wurden Verträge zur Integrierten Versorgung durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) erfasst. Wie hoch war 2009 der Honorarumsatz in Bayern in den verschiedenen Selektivverträgen und welche Quellen gibt es hierzu?
- 1.2.3. Die Selektivverträge verpflichten die Krankenkassen, ihre Versicherten umfassend über die in den Verträgen angebotenen Leistungen und die Qualitätssicherung zu informieren. Wie wird das umgesetzt und wie wird sichergestellt, dass die Versicherten die Übersicht über die verschiedenen Leistungsangebote behalten?
- 1.2.4. Selektivverträge (§§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V) müssen eine Qualität der Leistungserbringung beinhalten, die mindestens der der Regelversorgung entspricht oder sogar darüber hinausgeht. Wie ist die Einhaltung dieser Vorgaben gesetzlich vorgesehen, wie wird dies umgesetzt und wie überprüft?

- 1.2.5. § 95d SGB V sieht vor, dass Ärzte und Psychotherapeuten, die keinen Nachweis über die Einhaltung ihrer Fortbildungsverpflichtung erbringen, Honorarkürzungen ihres GKV-Honorars hinnehmen müssen. Wird diese Vorgabe auch auf die Selektivverträge angewandt und wenn ja, wie wird die Umsetzung gewährleistet und wenn nein, wie ist dies zu rechtfertigen?

1.3. Planungssicherheit

- 1.3.1. Ist der Staatsregierung bekannt, ob honorarpolitische Maßnahmen für die nächsten fünf Jahre in der Selbstverwaltung auf Bundesebene geplant sind, wenn ja, welche und ist mit einer Korrektur der geplanten Maßnahmen beziehungsweise des Zeitplans zu rechnen?
- 1.3.2. Welche Auswirkungen haben diese Maßnahmen auf die Honorarverteilung unter den Ländern und zwischen den Fachgruppen?
- 1.3.3. Geht durch Einführung von Pauschalen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab die Transparenz des Leistungsgeschehens verloren,
 - 1.3.3.1. wenn nein, inwiefern nicht und
 - 1.3.3.2. wenn ja, ist es sicherzustellen, dass die im Rahmen der Pauschalen erbrachten so genannten Teilleistungen weiterhin dokumentiert werden?

1.4. Dokumentationspflichten

- 1.4.1. Wie hoch ist der zeitliche Aufwand für die Dokumentation (prozentual zur ärztlichen Leistung) im ambulanten Bereich?
- 1.4.2. Welche betriebswirtschaftlichen Kosten entstehen durch den Dokumentationsaufwand seit 2003 aufgeschlüsselt nach Versorgungsbereich und Facharztgruppe?
- 1.4.3. Welche Möglichkeiten sieht die Staatsregierung für die Reduzierung des zeitlichen Aufwandes für die Dokumentation ohne Qualitätsverlust für die Patienten und ohne zusätzliche Kosten für die Ärzte?

2. Krankenhäuser

2.1. Erlössituation

- 2.1.1. Haben die Krankenhäuser in Bayern seit 2007 mit Jahresüberschuss, mit ausgeglichenem Ergebnis oder mit Fehlbetrag abgeschlossen (aufgeschlüsselt nach Region, Trägerschaft, Bettenzahl und Krankenhaus)?
- 2.1.2. Wie können die im Gesundheitsfonds für die Krankenhäuser bereitgestellten Mittel, die monatlich an die Krankenkassen ausbezahlt werden, mit weniger Verzögerung die Krankenhäuser erreichen?

- 2.1.3. Wie steht die Staatsregierung zu der dualen Krankenhausfinanzierung und gibt es aus Sicht der Staatsregierung Alternativen?
- 2.1.4. Welche Finanzierungshilfen gibt es gegenwärtig, in Zukunft (in den nächsten fünf Jahren) und nach welchen Kriterien werden diese Finanzierungsmittel gewährt?
- 2.1.5. Wie hoch waren die den Krankenhausträgern gewährten Fördermittel in den letzten zehn Jahren, aufgeschlüsselt nach Träger, Krankenhaus, Art und Umfang des geförderten Vorhabens?
- 2.1.6. Wie wirkt sich § 4 Abs. 2a KHEntgG auf die Erlössituation der bayerischen Krankenhäuser aus?
- 2.1.7. In welchem Ausmaß wurden bei den Budgetverhandlungen des Jahres 2009 Mehrleistungen der Krankenhäuser mit Abschlägen belegt und in welcher Höhe bewegen sich die Abschläge?
- 2.1.8. Wie soll in Zukunft gewährleistet werden, dass der Landesbasisfallwert als entscheidende Größe des Vergütungssystems so zeitig feststeht, dass Klarheit und eine gesicherte Kalkulationsgrundlage für die Krankenhäuser in Bayern besteht?
- 2.1.9. In wie vielen Krankenhäusern wurde die anteilige Tariffinanzierung in Form der wirksamen Erhöhungsrates von 2,08 Prozent, aufgeschlüsselt nach Krankenhaus, umgesetzt?
- 2.1.10. Mit welchen Einbußen bei den Erlösen in der ambulanten Versorgung von Notfallpatienten bei den bayerischen Krankenhäusern rechnet die Staatsregierung im Zuge der Umstellung von der pauschalen Abrechnung mittels Notfallpauschalen auf die Einzelleistungsvergütung?

2.2. Fehlbelegungen

- 2.2.1. Wie groß ist der Einnahmeausfall der bayerischen Krankenhäuser durch sogenannte Fehlbelegungen, die dadurch entstanden sind, dass die nicht geklärte weitere pflegerische und organisatorische Betreuung von Patienten deren Entlassung nicht möglich machte?
- 2.2.2. Wie viele Anträge liegen in Bayern nach § 116b SGB V vor, wie viele Anträge wurden positiv und wie viele negativ beschieden und falls noch nicht alle beschieden worden sind, wann ist mit einem Bescheid zu rechnen und worin liegen die Gründe für die Verzögerung?
- 2.2.3. Hat die Staatsregierung Erkenntnisse darüber, dass wegen der geänderten Finanzierung im niedergelassenen Bereich Patienten vermehrt in Krankenhäuser eingewiesen werden und wie wird dies bewertet?

- 2.2.4. Wie groß ist der Personalaufwand in den Kliniken zur Erstellung der Abrechnungen und welche Kosten entstehen den Krankenhäusern dadurch?

2.3. Prüfungen

- 2.3.1. Hat die Erhöhung der Aufwandpauschale gem. § 275 Abs. 1c von 100 auf 300 Euro positive Auswirkungen auf das Prüfverhalten der gesetzlichen Krankenkassen?
- 2.3.2. Haben sich die Prüfquoten und der damit verbundene Personalaufwand bei den Krankenhäusern und den Prüfinstanzen vermindert?
- 2.3.3. Welche Kosten entstehen in den Krankenhäusern und bei den Krankenkassen für die Prüfung und stehen damit nicht mehr für die Behandlung von Patienten zur Verfügung?
- 2.3.4. Wie viele fehlerhafte Abrechnungen der bayerischen Krankenhäuser haben die Prüfungen der GKV in den letzten fünf Jahren aufgedeckt und wie hoch war der Nachforderungsanspruch der GKV?
- 2.3.5. Befürwortet die Staatsregierung eine Ausweitung der Prüfungen und wie werden Krankenhäuser sanktioniert, die wiederholt falsche Abrechnungen stellen?

2.4. Vergütung der Belegärzte

- 2.4.1. In wie vielen Bereichen in Bayern erfolgt die Abrechnung von Belegarztfällen nach den Vorgaben des § 18 Abs. 3 KHEntgG und wie hat sich die Vergütung der Belegärzte im Vergleich zur Vergütung im klassischen Belegarztsystem mit Vergütungen der Leistungen über die KVB entwickelt?
- 2.4.2. Wie hat sich die Vergütung der Belegärzte im Vergleich zur Vergütung im klassischen Belegarztsystem mit Vergütungen der Leistungen über die KVB in den letzten zehn Jahren und unter Angabe in absoluten Zahlen entwickelt?

2.5. Dokumentationspflichten

- 2.5.1. Wie hoch ist der zeitliche Aufwand für die Dokumentation (prozentual zur ärztlichen bzw. pflegerischen Leistung) im stationären Bereich?
- 2.5.2. Welche betriebswirtschaftlichen Kosten entstehen durch den Dokumentationsaufwand seit 2003 aufgeschlüsselt nach Versorgungsbereich und Versorgungsart?
- 2.5.3. Welche Möglichkeiten sieht die Staatsregierung für die Reduzierung des zeitlichen Aufwands für die Dokumentation ohne Qualitätsverlust für die Patienten und ohne zusätzliche Kosten für die Krankenhäuser?

E. Verhältnis der GKV zu den Versicherten

1. Leistungsumfang/Leistungskatalog

- 1.1. Warum gibt es keine Auflistung aller GKV-Leistungen, also eine Art wirklichen Leistungskatalog, der für Versicherte einsehbar und verständlich ist?
- 1.2. Wer sollte nach Meinung der Staatsregierung darüber entscheiden, was zum Leistungskatalog der GKV gehören sollte und was nicht und nach welchen Kriterien sollte das entschieden werden?
- 1.3. Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) gemäß § 91 SGB V
 - 1.3.1. Welche Maßnahmen plant die Staatsregierung, um die Transparenz von Entscheidungen und Entscheidungsvorgängen im GBA für die interessierte Öffentlichkeit herzustellen und warum werden z.B. Sitzungsprotokolle nicht im Internet veröffentlicht (wenn doch die Sitzungen nun öffentlich sind), sondern nur die Abschlussberichte?
 - 1.3.2. Wie steht die Staatsregierung zu dem Verbotsvorbehalt im stationären Sektor und wie kann aus Sicht der Staatsregierung verhindert werden, dass Scheininnovationen dadurch in die Versorgung gelangen und so höhere Kosten verursacht werden?
 - 1.3.3. Wie kann das Antragsverfahren für Innovationen im ambulanten Sektor für die Antragsteller vereinfacht werden, damit Innovationen schneller bewertet werden und so wirklich wirksame medizinische Neuerungen schnell den Versicherten zugänglich gemacht werden können und setzt sich die Staatsregierung dafür ein, dass eine Zeitspanne verbindlich festgelegt wird, innerhalb derer eine Entscheidung getroffen werden muss?
 - 1.3.4. Aus welchen Gründen wird nicht gleich bei durchzuführenden Bewertungen sektorenübergreifend entschieden?

2. Behandlungsqualität/Versorgung/Rationierung

- 2.1. Ist die Staatsregierung der Auffassung, dass durch die Einführung von Budgets die Aufgabe der Politik und der parlamentarischen Diskussion über Leistungskürzungen zu entscheiden, nun auf die behandelnden Ärzte verlagert wurde?
- 2.2. Ist die Staatsregierung der Ansicht, dass Honorarbudgets – mit einem seit Jahren sinkenden Punktwert – leistungshemmend wirken und ein ökonomischer Anreiz besteht die Sprech- und Behandlungszeiten von GKV-Patienten zu reduzieren?
- 2.3. Führt diese Mengenanpassung zu einem ökonomischen Anreiz mit der Konsequenz längerer Wartezeiten auf einen Termin und sind diese Wartezeiten in der GKV systemimmanent (z.B. wenn Ärzte am Ende des Quartals Patienten in das „Honorarbudget“ des nächsten Quartals „schieben“)?

- 2.4. Welche durchgreifenden Instrumente zur Sanktionierung etwaiger Benachteiligungen von GKV-Patienten stehen, nach Ansicht der Staatsregierung, GKV-Patienten zur Verfügung und reichen dies Instrumente aus?
- 2.5. Welche Anreize könnten für eine höhere Qualität der ärztlichen Versorgung geschaffen werden?
- 2.6. Welche Instrumente zur Messung von Prozess- und Ergebnisqualität der ärztlichen Versorgung sind der Staatsregierung bekannt und welche neuen Instrumente könnten geschaffen werden, um eine höhere Qualität der ärztlichen Versorgung zu erzielen?
- 2.7. Ist die Staatsregierung der Auffassung, dass die Qualität der medizinischen Versorgung und damit auch die Effizienz steigen würde, wenn man der Beratung und Zuwendung durch den Arzt bei der Bemessung der ärztlichen Vergütung bzw. der Art der Vergütung, mehr Gewicht verleihen würde?
- 2.8. Gibt es diesbezügliche Prognosen oder Studien wie sich dies auf die Qualität der Behandlung und die Ausgaben insgesamt auswirken würde, wenn ja, welche und wenn nein, plant die Staatsregierung eine Studie in Auftrag zu geben?
- 2.9. Sind die Deutschen Spitzenreiter (im Vergleich zu den Bürgern anderer EU-Staaten) bezogen auf die Häufigkeit ihrer Arztkonsultationen und ist dies auch an ihrem Gesundheitszustand bzw. ihrer Genesungs- und Heilungsquote ablesbar?
- 2.10. Gibt es Untersuchungen dazu, inwieweit eine notwendige, ausreichende und zweckmäßige medizinische Versorgung, bezogen auf den Behandlungsverlauf, von GKV-Patienten besteht, wenn ja, inwiefern und wenn nein, gedenkt die Staatsregierung hierzu eine Datenerhebung?
- 2.11. Würde es die Staatsregierung als geeignetes Instrument erachten einen Honoraranstieg an das Erreichen vorher vereinbarter Versorgungs- und Qualitätsziele zu binden?

3. Transparenz

- 3.1. Wie und durch wen erhält ein Versicherter einen einfachen und schnellen Überblick, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenkasse finanziert werden und welche nicht?
- 3.2. Wie bekommen Versicherte (z.B. bei einer Krebserkrankung) einfach und schnell Informationen über Therapiemöglichkeiten und Spezialisten?
- 3.3. Hält die Staatsregierung es für sinnvoll, Patienten eine Rechnung zwingend auszuhändigen, damit der Patient weiß, was die Behandlung gekostet hat und somit in der Lage ist zu überprüfen, welche Leistungen er erhalten hat?
- 3.4. Welche Maßnahmen plant die Staatsregierung um zu verhindern, dass einige Ärzte Privatrezepte ausstellen, obwohl das Rezept auch die Kasse bezahlen würde und welche Rolle spielt dabei das Arzneimittelbudget für die Ärzte?

4. Kostenerstattung und Sachleistung

- 4.1. Wie steht die Staatsregierung zu der Möglichkeit, der Abschaffung des Sachleistungsprinzips und der Einführung des Kostenerstattungsprinzips?
- 4.2. Was spricht aus Sicht der Staatsregierung dagegen, jedem Patienten verpflichtend und ohne Aufforderung eine Rechnung über die vom Arzt erbrachten Leistungen auszustellen, auch wenn weiter nach dem Sachleistungsprinzip verfahren wird?
- 4.3. Welche Kosten entstehen durch die Umstellung auf das Kostenerstattungsprinzip und wer übernimmt dafür die Kosten?

5. Prävention und Bonusmodelle

- 5.1. Wie steht die Staatsregierung zu der Forderung, Rechenschaftsberichte der Krankenkassen zu Prämienprogrammen für die Versicherten öffentlich zu machen?
- 5.2. Werden die Bonusprogramme aller Krankenkassen evaluiert und damit überprüft, ob die dafür eingesetzten Mittel wirtschaftlich ausgegeben werden? Wenn nein, plant die Staatsregierung eine Evaluierung und wenn nicht, aus welchen Gründen oder gibt es bereits Ergebnisse, wenn ja, welche?
- 5.3. Sind Maßnahmen von der Staatsregierung geplant, wie die Gesundheitsprävention verbessert werden kann, wenn ja, welche und wenn nein, aus welchen Gründen nicht?
- 5.4. Welche Maßnahmen schlägt die Staatsregierung vor, um die in der Praxis oft geforderten Zahlungen der Praxisgebühr bei präventiven Leistungen zu verhindern?
- 5.5. Warum ist oft feststellbar, dass z.B. werdende Mütter bei ihren Vorsorgeuntersuchungen trotzdem jedes Quartal die Praxisgebühr entrichten und sinnvolle Leistungen (z.B. Schwangerschaftsdiabetes) selbst bezahlen?

6. Datenschutz

- 6.1. Wie will die Staatsregierung gewährleisten, dass bei Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bzw. Gesundheitsakte der Datenschutz umfassend sichergestellt ist und keine sensiblen Daten an die Öffentlichkeit gelangen?
- 6.2. Wie kann die Gefahr von Hackerangriffen verhindert werden?
- 6.3. Welche Möglichkeiten gibt es, den Daten- und Kostenmissbrauch mit den jetzigen Chipkarten zu begegnen, wie hoch ist der Schaden, der dadurch jährlich entsteht?
- 6.4. Um wie viel könnte der Beitragsatz zur gesetzlichen Krankenversicherung gesenkt werden wenn man diesen Missbrauch beheben würde?

F. Zukunft des Gesundheitssystems

1. Hält die Staatsregierung das jetzige Gesundheitssystem für reformbedürftig bzw. reformfähig und wenn ja, in welchen Punkten?
2. Hat die Staatsregierung ein zukunftssicheres Reformkonzept entwickelt, wenn ja, welches; wie finanziert es sich und wenn nein, plant die Staatsregierung die Entwicklung eines solchen Reformkonzepts?
3. Ist die Staatsregierung der Ansicht, dass der jetzige Koalitionsvertrag der Bundesregierung geeignet ist, die offensichtlichen Probleme im Gesundheitssystem dauerhaft zu lösen?

Antwort

der Staatsregierung, gegeben vom Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit

vom 2. August 2011

A. Einleitung

Das Gesundheitssystem in Deutschland hat sich entgegen den Ausführungen in der Interpellation grundsätzlich bewährt. Die Qualität und der Umfang der medizinischen Versorgung werden weltweit anerkannt. Dies beruht vor allem auf der sehr guten persönlichen Qualifikation und der hohen Leistungsbereitschaft aller Beschäftigten. Die medizinische Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger in Bayern ist auf hohem Niveau wohnortnah gesichert. In Bayern sind über 24.000 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im ambulanten Bereich tätig. Hinzu kommen mehr als 10.000 Zahnärztinnen und Zahnärzte. Weitere 24.000 Ärztinnen und Ärzte sind in über 390 Akutkrankenhäusern beschäftigt. Zusammen mit weiteren Leistungserbringern, wie z.B. Heil- und Hilfsmittelerbringer, und mehr als 3.500 Apotheken existiert damit eine umfassende und flächendeckende Versorgung in Bayern. Unabhängig von Einkommen, Alter und sozialer Herkunft erhalten alle Bürgerinnen und Bürger die notwendigen Behandlungen und profitieren vom medizinischen Fortschritt.

Zentrales Ziel der Staatsregierung ist es, auch in Zukunft allen Bürgerinnen und Bürgern eine möglichst wohnortnahe und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten. Dabei wird es mittel- und langfristig zu keinen Kostensenkungen kommen können. Nach wissenschaftlichen Prognosen wird der größte Anteil der künftigen Kostensteigerungen durch den medizinischen und den medizinisch-technischen Fortschritt verursacht. Hinzu kommen bedeutende Mehrausgaben aufgrund der demographischen Entwicklung. Realisierbare Einsparungen in Teilbereichen werden dagegen nicht ausreichen, um diese Kostenentwicklung signifikant zu beeinflussen.

Für die künftige Finanzierung der Krankenversicherung kommt es daher entscheidend darauf an, die Kosten so zu verteilen, dass keiner überfordert wird. Dabei geht es um einen gerechten Mix aus Beiträgen von Versicherten und Arbeitgebern, sozial verträglichen Eigenbeteiligungen und Steuermitteln.

Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der Staatsregierung orientieren sich vor allem an folgenden Eckpunkten:

- Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung steht der Patient, der im Krankheitsfall auf eine qualitativ hochwertige Versorgung vertraut. Damit die Gesundheitspartner, insbesondere Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Pflegekräfte, Apotheker sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer, ihrer Verantwortung gegenüber den Patienten gerecht werden können, erwarten sie praktikable und transparente Rahmenbedingungen. Dabei steht im Mittelpunkt die freie Arztwahl des Patienten sowie die Diagnose- und Therapiefreiheit des Arztes. Von besonderer Bedeutung ist vor allem das vertrauensvolle Gespräch zwischen Patient und Arzt. Die „sprechende Medizin“, Zeit haben für den Patienten, ist die Basis für den Behandlungserfolg. Gerade deswegen sind die bürokratischen Anforderungen an den Arzt auf das absolut erforderliche Maß zu reduzieren. Für eine menschliche medizinische Versorgung stehen gerade die freien Berufe. Es muss daher sichergestellt werden, dass sie auch künftig den entscheidenden Beitrag zur Behandlung leisten können.
- Die Stärkung der Regionalität im Gesundheitswesen ist zentrales Anliegen der Staatsregierung und der Bundesregierung. Insbesondere müssen die Krankenkassen über finanzielle Spielräume verfügen, um den regionalen Besonderheiten und Strukturen in der medizinischen Versorgung Rechnung zu tragen. Über die Niederlassung von Vertragsärzten und über deren Honorierung ist auf Landesebene zu entscheiden.
- Das Finanzierungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung muss gewährleisten, dass alle Patienten in Deutschland eine hochwertige medizinische Versorgung erhalten. Es eignet sich daher weder für ideologische Entscheidungen noch für theoretische Experimente. Ausgangspunkt für Reformen ist daher das bestehende Finanzierungssystem, das jedoch eine regionale Ausrichtung erhalten muss.
- Zum Erfolg der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland hat vor allem das Solidaritätsprinzip beigetragen. Danach stehen Junge und Alte, Arme und Reiche sowie Kranke und Gesunde füreinander ein. Insbesondere hat derjenige, der über ein geringeres Einkommen verfügt, einen geringeren Beitrag für seinen Versicherungsschutz zu leisten als derjenige mit höherem Einkommen. Dies entspricht dem Selbstverständnis und dem Gerechtigkeitsempfinden der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung. Der Anspruch auf medizinische Leistungen der Krankenkasse ist unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge. Man bekommt nach dem Maße seiner Bedürftigkeit und gibt nach dem

Maße seiner Leistungskraft. Ausdruck des Solidaritätsprinzips ist auch die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Kindern. Das krankensicherungsrechtliche Solidaritätsprinzip ist in der Bevölkerung tief verankert.

Die Staatsregierung setzt sich für die Umsetzung dieser Eckpunkte vor allem im Rahmen der Gesetzgebung im Bundesrat ein. Die Gesetzgebungskompetenz für die Krankenversicherung liegt beim Bund. So hat die Staatsregierung im Jahr 2010 umfangreiche Änderungen zum Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) und GKV-Finanzierungsgesetz eingebracht. Neben der Zuständigkeit des Bundes ist das deutsche Gesundheitswesen durch eine starke Selbstverwaltung geprägt. Die Staatsregierung übt auf landesunmittelbare Institutionen die Rechtsaufsicht aus, was der Selbstverwaltung große Spielräume lässt. Der Staatsregierung stehen vor allem die im Rahmen der Rechtsaufsicht erhobenen Daten zum Gesundheitswesen zur Verfügung. Viele der Informationen beziehen sich auf sensible Betriebsgeheimnisse.

Die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundes- und Landesebene, die Krankenhausgesellschaften und auch viele andere Partner des Gesundheitswesens veröffentlichen jedoch laufend Informationen. Das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit hat einige Daten davon in dem Mitte 2010 erschienenen Gesundheitsbericht „Gesund in Bayern“ zusammengefasst. Darüber hinaus werden laufend Daten im Rahmen der Gesundheitsberichtserstattung veröffentlicht.

B. Versorgungsstrukturen

1 Ambulante ärztliche Versorgung in Bayern

1.1 *Wie ist der Bedarf an ambulanter ärztlicher Versorgung in Bayern aufgeschlüsselt nach Bevölkerungsgruppe, Region, Facharzttrichtung (Haus-, Fach-, Zahnärztinnen und -ärzte) und Häufigkeit der Inanspruchnahme, insbesondere im bundesdeutschen Vergleich?*

Die Ermittlung des Bedarfs an ärztlicher Versorgung hat der Bundesgesetzgeber in §§ 99 ff. SGB V geregelt. Danach erfolgt die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese legen alle wesentlichen Faktoren der Bedarfsplanung insbesondere die Planungsbereiche und das Arzt-Einwohner-Verhältnis fest.

Nach Maßgabe dieser Richtlinien stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen auf Landesebene einen Bedarfsplan auf, der jeweils der Entwicklung anzupassen ist (§ 99 Abs. 1 SGB V). Dabei wird in den 79 bayerischen Planungsbereichen für jeweils 14 geplante Fachgruppen (Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, fachärztlich tätige Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen, Urologen, Hausärzte) die bedarfsge-

rechte Versorgung bestimmt: Der letzte Bedarfsplan als solcher ist 2001 veröffentlicht worden. Konkretisiert wird der Bedarfsplan heute über Planungsblätter. Ausführliche Informationen zu der Versorgungssituation in den Planungsbe-
reichen sind in den Versorgungsatlanten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns enthalten (<http://www.kvb.de/partner/versorgungsatlas.html>).

Nach diesen Grundzügen wird auch für Zahnärzte und Kieferorthopäden (Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses) der Bedarf in der vertragszahnärztlichen Versorgung bestimmt.

Zur Inanspruchnahme liegen der Staatsregierung nur bundesdeutsche Zahlen vor. Im Jahr 2008 fielen gemäß dem BARMER GEK Arztreport 2010 ca. 18 ambulante Arztkontakte pro Versicherten bei 7,45 Behandlungsfällen an (alle Kontakte pro Quartal sind ein Behandlungsfall).

1.2 *Wie hoch ist die Versorgungsdichte im ambulanten Bereich (Hausärzte, einzelne Facharztgruppen, Zahnärzte) in absoluten Zahlen und im bundesdeutschen Vergleich?*

In Bayern stehen der Bevölkerung insgesamt mehr Ärzte zur Verfügung als im Bundesdurchschnitt. Bei den Arztgruppen „Kinderärzte“, „Nervenärzte/Neurologen/Psychiater“ und „fachärztlich tätigen Internisten“ sowie bei den „Zahnärzten“ entspricht die Versorgungsdichte etwa dem Bundesdurchschnitt, in allen anderen Bereichen übertrifft sie den Bundesdurchschnitt.

Versorgungsdichte

Arztgruppen	Ärzte gesamt		Einwohner pro Arzt (Versorgungsdichte)	
	Bayern	Bund	Bayern	Bund
Anästhesist	603	2.942	20.762	27.873
Augenarzt	890	5.376	14.067	15.253
Chirurg	674	4.005	18.575	20.475
Frauenarzt	1.647	10.305	7.602	7.958
HNO-Arzt	625	4.057	20.032	20.213
Hautarzt	581	3.529	21.549	23.237
Internisten gesamt	3.066	20.082	4.083	4.083
Kinderärzte gesamt	933	6.129	13.419	13.379
Laborarzt	117	651	107.006	125.964
MKG-Chirurg	186	1.037	67.310	79.077
Nervenarzt/Neurologe/Psychiater	776	5.113	16.134	16.038

Kinder- und Jugendpsychiater	119	751	105.208	109.191
Neurochirurg	137	509	91.385	161.105
Orthopäde	1.011	5.458	12.384	15.024
Pathologe	138	702	90.723	116.812
psychotherapeut. tät. Arzt	941	4.562	13.305	17.975
Radiologe	536	2.683	23.358	30.564
Urologe	436	2.741	28.715	29.917
Nuklearmediziner	135	649	92.739	126.352
FA f. physikal.u. Rehamedizin	104	439	120.382	186.794
FA Humangenetik	22	121	569.079	677.705
Allgemeinarzt/ prakt. Arzt/Arzt	7.543	42.314	1.660	1.938
Zahnarzt			1.552	1.497

Quelle: KVB und KZVB (Stand 30.09.2010)

1.2.1 *Kann in einigen Planungsbereichen von einer Über- oder Unterversorgung im Hausarzt- und Facharztbereich ausgegangen werden (aufgeschlüsselt nach Arztgruppe)?*

Eine Unterversorgung liegt vor, wenn in einem Planungsbereich Vertragsarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen eintritt. Unterversorgung wird vermutet bei Unterschreiten oder drohendem Unterschreiten des bedarfsgerechten Versorgungsgrads um 25 % in der hausärztlichen und um 50 % in der fachärztlichen Versorgung (§ 29 Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte sowie § 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie-Zahnärzte). In Bayern ist in keiner Arztgruppe und in keinem Planungsbereich Unterversorgung festzustellen.

Übersversorgung liegt vor, wenn ein zeitlich nicht absehbares Überangebot von Vertragsärzten gegenüber dem allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad besteht. Nach § 16b Abs. 1 Zulassungsverordnung Ärzte ist dies gegeben, wenn der bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 % überschritten ist.

Über alle Arztgruppen (ohne Zahnärzte) hinweg waren Anfang 2011 rund 93 % aller Planungsbereiche in Bayern übersversorgt und kein Planungsbereich unterversorgt. Nach Arztgruppen stellt sich dies wie folgt dar:

Arztgruppe	Anzahl der Planungsbereiche mit		
	Unter- versor- gung	Regel- versor- gung	Über- versor- gung
Anästhesisten	0	0	79
Augenärzte	0	10	69
Chirurgen	0	1	78
Fachärztlich tätige Internisten	0	0	79
Frauenärzte	0	3	76
HNO-Ärzte	0	5	74
Hautärzte	0	5	74
Kinderärzte	0	5	74
Nervenärzte	0	1	78
Orthopäden	0	1	78
Psychotherapeuten	0	0	79
Radiologen	0	0	79
Urologen	0	1	78
Hausärzte	0	33	46

Quelle: KVB (Stand 08.02.2011)

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2007 wurden für Zahnärzte Zulassungsbeschränkungen aufgehoben (§§ 103 Abs. 8 und 104 Abs. 3 SGB V).

1.2.2 Gibt es neben dem vertragsärztlichen Zulassungsverfahren der GKV eine Bedarfsplanung für die ambulante hausärztliche und fachärztliche Versorgung und wie will die Staatsregierung gegebenenfalls einem Mangel entgegenwirken, um die flächendeckende regionale medizinische Versorgung auch für die Zukunft sicherzustellen?

Nach § 75 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die ambulante vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Neben Zulassungsbeschränkungen stehen den Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, weitere Instrumente wie Sicherstellungszuschläge (§§ 105 Abs. 1 S. 1 und Abs. 4 SGB V) zur Verfügung.

Ungeachtet dessen beobachtet die Staatsregierung die Entwicklung der haus- und fachärztlichen Versorgung und wirkt durch geeignete Maßnahmen frühzeitig eventuell auftretenden Fehlentwicklungen entgegen (siehe auch Antworten zu den Fragen B.1.6. und B.1.7.).

1.2.3 Wie viele Praxen mussten

1.2.3.1 aus ökonomischen Gründen oder

1.2.3.2 weil kein Nachfolger gefunden werden konnte in den Jahren 2000 bis 2009 schließen?

Hierzu stehen keine Daten zur Verfügung. Ärzte müssen keine Auskunft darüber geben, aus welchen Motiven sie auf ihre Zulassung verzichten.

1.3 Wie viele Praxen wurden seit 2000 neu eröffnet und wo (aufgeschlüsselt nach Arztgruppe und Region)?

Grundlage für die ärztliche Bedarfsplanung ist nicht die Zahl der Praxen, sondern die Zahl der Ärzte in Relation zu den Einwohnern. Aus diesem Grund verfügt die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns über keine Zahlen zu neu eröffneten Praxen.

Einen Anhaltspunkt hierfür können aber die Veränderungen bei den Arztstellen bieten. Nach den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist im Zeitraum von 2004 bis 2009 in den beplanten Arztgruppen in Bayern insgesamt folgender Netto-Zuwachs an Arztstellen zu verzeichnen:

Arztgruppe	Anzahl
Anästhesisten	3
Augenärzte	18,5
Chirurgen	5,5
Frauenärzte	23,5
HNO-Ärzte	15
Hautärzte	12
Kinderärzte	11,5
Nervenärzte	10,5
Orthopäden	6
Radiologen	11
Urologen	6
Hausärzte	145
Psychotherapeuten	2

Quelle: KVB

1.4 Wie gestaltet sich voraussichtlich die Altersstruktur der bayerischen Ärzteschaft bis 2020 und welche Auswirkungen hat das auf die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung?

Das Durchschnittsalter der bayerischen Vertragsärzte wird nach der Arztstudie 2010 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Bundesärztekammer von 52,1 Jahren im Jahr 2009 auf 54,9 Jahre im Jahr 2020 steigen.

Die Zahl der niedergelassenen Ärzte ohne psychologische Psychotherapeuten wird in Bayern nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung voraussichtlich leicht von 19.937 im Jahr 2009 auf 19.524 im Jahr 2020 sinken. Die Absolventenzahlen eines medizinischen Studiums sind in Bayern seit 2000 beständig über 1.300. Im Jahr 2010 lagen sie bei 1.424. Es bestehen derzeit 1.633 Studienplätze. Die Tendenz ist seit dem Jahr 2000 leicht steigend. Darüber hinaus wird für die doppelten Abiturjahrgänge (2011 bis 2013) die Zahl der Studienanfängerplätze Humanmedizin in Bayern jeweils um 80 erhöht.

Aufgrund der in vielen Planungsbereichen bestehenden Versorgungsdichte wird nicht damit gerechnet, dass es in Bayern zu Versorgungsproblemen kommen wird. Die Ärztedichte differiert jedoch regional und nach Arztgruppe. Um möglichen Fehlentwicklungen vorzubeugen, hat die Staatsregierung ein umfangreiches Maßnahmenpaket beschlossen, siehe ausführlich die Antwort zu den Fragen B.1.6. und B.1.7.

1.5 Wie viele ärztliche Stellen in der ambulanten Versorgung sind nicht besetzt?

Ende November 2009 waren unbesetzt bezogen auf einen bedarfsgerechten Versorgungsgrad von 100 %:

Arztgruppe	Anzahl
Augenärzte	5
Chirurgen	1
Frauenärzte	2
HNO-Ärzte	3,5
Hautärzte	2
Kinderärzte	1
Orthopäden	1
Urologen	0
Hausärzte	21,5

Quelle: KVB

1.6 Wie steht die Staatsregierung zu einer Überarbeitung und Aktualisierung der ärztlichen Bedarfsplanung und welche Maßnahmen sind diesbezüglich geplant?

1.7 Sieht die Staatsregierung es als geeignete Maßnahme an, das vertragsärztliche Niederlassungsverhalten unter anderem über die Höhe des Honorars zu steuern?

Die beiden Fragen B.1.6 und B.1.7 werden wegen der inhaltlichen Nähe gemeinsam beantwortet.

Die Frage B.1.6. wurde bereits in der Schriftlichen Anfrage der Abgeordneten Theresa Schopper formuliert und beantwortet (LT-Drucksache 16/5661 Frage 5f). Auf die Beantwortung dieser Frage wird daher verwiesen und aufgrund der aktuellen Entwicklungen folgendes ergänzt:

Der Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes sieht eine Flexibilisierung und Regionalisierung der Bedarfsplanung vor. Die Planungsbereiche sollen abweichend von den Stadt- und Landkreisgrenzen festgelegt werden können. Außerdem soll von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses auf Landesebene abgewichen werden können, soweit dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Künftig sollen auch sektorenübergreifende Aspekte in der Bedarfsplanung auf Landesebene berücksichtigt werden. Die Staatsregierung wird diese Positionen auch im weiteren Verfahren mit Nachdruck unter-

stützen. Die endgültigen Ergebnisse der parlamentarischen Verfahren sind aber abzuwarten.

Eine angemessene Honorierung der ärztlichen Leistung ist ein wichtiges Kriterium, junge Mediziner verstärkt zur Gründung einer eigenen Praxis zu motivieren. Die für Vertragsärzte derzeit geltende Honorarordnung weist jedoch große Mängel auf, weil ihre zentralistische Ausrichtung der Unterschiedlichkeit der Interessen und Bedürfnisse der Ärzte und Patienten nicht ausreichend Rechnung trägt. Die Koalitionsparteien haben daher auf Bundesebene die Einführung eines einfachen und verständlichen Vergütungssystems vereinbart, das die Leistungen adäquat abbildet und insbesondere regionale Besonderheiten berücksichtigt soll. Im vorläufigen Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes sind Regelungen vorgesehen, die die Festlegung der Honorare und deren Verteilung der regionalen Ebene übertragen. Die Staatsregierung wird diese Entwicklung aufmerksam begleiten.

Eine Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch bundesweite Zu- und Abschläge bei Unter- bzw. Überversorgung hält die Staatsregierung generell nicht für zielführend. Nach den derzeitigen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bedarfsplanung gibt es in Bayern keine unterversorgten Gebiete. Zahlreiche Gebiete gelten aber als überversorgt. Vor diesem Hintergrund würde eine solche Regelung zu erheblichen Mittelabflüssen aus Bayern führen. Die Staatsregierung begrüßt es daher, dass die geplanten Zu- und Abschläge durch das GKV-Finanzierungsgesetz bis einschließlich 2012 ausgesetzt wurden. Im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes ist beabsichtigt, sie abzuschaffen. Zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens sieht der vorläufige Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vor, dass künftig Leistungen von Ärzten, die in unterversorgten Gebieten und Gebieten mit zusätzlichem regionalen Versorgungsbedarf tätig sind, von Maßnahmen zur Vergütungsbegrenzung ausgenommen werden, und dass auf Landesebene Preiszuschläge zugunsten besonders zu fördernder Leistungserbringer bzw. Leistungen in unterversorgten Gebieten oder Gebieten mit zusätzlichem regionalen Versorgungsbedarf vereinbart werden können. Darüber hinaus können im Ausnahmefall die Gemeinden und Landkreise mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung Eigeneinrichtungen betreiben.

Außerdem ist der Bürokratieabbau eine strukturelle Daueraufgabe. In Bayern wurde dafür im Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit eine eigene Arbeitsgruppe eingerichtet, in der Experten aus den Reihen der Selbstverwaltung zusammen mit Vertretern von Politik und Staatsverwaltung gemeinsam weitere Vorschläge zum Bürokratieabbau in der medizinischen Versorgung erarbeiten. Im Rahmen der Arbeitsgruppe wird auch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns eine „Meldestelle für Bürokratie“ einrichten. Alle Verbesserungsvorschläge, die dort eingehen, werden geprüft und nach Möglichkeit umgesetzt.

Die Staatsregierung hält eine Stärkung der Allgemeinmedizin bereits im Studium für wichtig. Es wird den bayerischen Hochschulen unter Beachtung ihrer Autonomie empfohlen, im Rahmen vorhandener Stellen und Mittel weitere Lehr-

stühle für Allgemeinmedizin zu errichten. Auch soll Allgemeinmedizin zum Pflichtfach während des Praktischen Jahres werden. Unabhängig davon setzt sich die Staatsregierung dafür ein, dass die medizinischen Fakultäten im Rahmen ihrer Studienordnungen das Fach Allgemeinmedizin stärker gewichten. Auf der 83. Gesundheitsministerkonferenz in Hannover hat man sich am 01.07.2010 unter anderem mit Fragen der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum beschäftigt. Die Gesundheitsminister der Länder haben das Bundesgesundheitsministerium und die Kultusministerkonferenz einstimmig darum gebeten, die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Medizinstudentinnen und Medizinstudenten frühzeitiger an die hausärztliche Versorgung herangeführt werden.

Bereits während des Medizinstudiums müssen die Studenten mit dem Berufsbild des niedergelassenen Arztes umfassend vertraut gemacht werden. Dieses Ziel wird insbesondere durch vermehrte Praktika in Arztpraxen erreicht. Den Standesvertretungen und Berufsverbänden der Ärzteschaft kommt hierbei eine wesentliche Rolle bei Organisation und Koordination solcher Praktika zu.

Darüber hinaus soll im Dialog mit der Bayerischen Landesärztekammer die möglichst flächendeckende Einrichtung und Förderung von Weiterbildungsverbänden erreicht werden. Zwischenzeitlich ist bei der Kammer eine Koordinierungsstelle zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gegründet worden. Die Koordinierungsstelle fungiert als Ansprechpartner für und Mittler zwischen Weiterbildungsassistenten und Weiterbildern.

Zugleich spricht sich die Staatsregierung dafür aus, dass der Aufwand für die ärztliche Weiterbildung in Krankenhäusern über das DRG-Vergütungssystem besser refinanziert werden muss. Sie wird daher eine entsprechende Initiative der Deutschen Krankenhausgesellschaft gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium unterstützen.

Die Frage der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung kann nicht umfassend angegangen werden, wenn die Fragen der veränderten Ziele in der Berufs- und Lebensgestaltung der jungen Ärztinnen und Ärzte ausgespart bleiben. Der Nachwuchs für den Arztberuf wird zunehmend mehr von Frauen gestellt. So verzeichnen die bayerischen Universitäten mittlerweile einen Frauenanteil von zwei Dritteln an allen Studienanfänger der Humanmedizin. Die jungen Ärztinnen und Ärzte wünschen nicht nur Planbarkeit ihrer Tätigkeit, sondern auch familienfreundliche Arbeitsbedingungen. Die Möglichkeit hierzu sowie zu einer Teilzeitbeschäftigung und die Chance zu planmäßiger Weiterbildung sind dort größer, wo der Arztberuf gemeinsam mit anderen, sei es in einer Gemeinschaftspraxis, in einem medizinischen Versorgungszentrum oder in einem Krankenhaus ausgeübt wird. Grundsätzlich sind die Chancen und Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes auszuschöpfen. Im vorläufigen Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes sind weitere Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf vorgesehen. Eine junge Ärztin soll künftig nach der Geburt eines Kindes 12 Monate pausieren und für bis zu 3 Jahren eine Entlastungsassistenten beschäftigen können. Ein Entlastungsassis-

tent soll auch beschäftigt werden können, wenn nahe Angehörige gepflegt werden sollen. Außerdem sollen bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes Kindererziehungs- und Pflegezeiten besonders berücksichtigt werden.

1.8 *Wie beurteilt die Staatsregierung die Auswirkungen für Ärzte bezüglich der Zwangsmitgliedschaft in der Krankenversicherung (KV) und welche Notwendigkeit macht eine Zwangsmitgliedschaft heute noch erforderlich?*

In Deutschland sind nahezu 100 % der Bevölkerung entweder in der GKV oder der PKV krankenversichert. Von den 70 Mio. gesetzlich Versicherten sind wiederum 7,8 Mio. freiwillig versichert. Eine private Krankenvollversicherung hatten Ende des Jahres 2008 8,6 Mio. Personen abgeschlossen.

Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ist notwendig, damit die Bürgerinnen und Bürger vor Risiken im Krankheitsfall geschützt sind. Ohne Pflichtmitgliedschaft würden ferner der Gesellschaft insgesamt höhere Kosten durch Krankheit entstehen. Es ist zu erwarten, dass Personen ohne Versicherung häufig erst zu spät eine Behandlung beginnen. In einem frühen Stadium lassen sich viele Krankheiten aber mit wesentlich geringerem Aufwand behandeln.

Die Pflichtmitgliedschaft garantiert darüber hinaus, dass auch bei aufwändigen und kostenintensiven Behandlungen sichergestellt ist, dass Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer ihre Honorare unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit des Patienten erhalten.

1.9 *Welche Auswirkungen ergeben sich aus den aktuellen Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses zu einer Vergütungs-differenzierung nach dem Versorgungsgrad für Bayern (Abschläge für Überversorgung/Zuschläge für Unterversorgung)?*

Die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 zu Zu- und Abschlägen abhängig von Versorgungsgrad wurden mit dem GKV-Finanzierungsgesetz bis Ende 2012 ausgesetzt (§ 87d Abs. 1). Im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes ist beabsichtigt, sie abzuschaffen.

1.10 *Wie beurteilt die Staatsregierung eine hausarztzentrierte Versorgung gem. § 73b SGB V?*

Der Staatsregierung ist die hausarztzentrierte Versorgung, vor allem auch im ländlichen Raum, besonders wichtig. Sie ist wesentlicher Bestandteil einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung und bietet den Patientinnen und Patienten wichtige Vorteile. Hierzu gehören die Verbesserung der Pharmakotherapie, der Einsatz von wissenschaftlich begründeten und zugleich praxiserprobten hausärztlichen Leitlinien, die Konzentration der ärztlichen Fortbildung auf hausarzttypische Probleme sowie die Verbesserung der Prozessqualität durch Einführung eines hausarzt-spezifischen einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

Aus diesem Grund hat sich die Staatsregierung 2008 erfolgreich dafür eingesetzt, dass grundsätzlich Hausarztverträge

flächendeckend abzuschließen sind. Im vergangenen Jahr wollte das Bundesgesundheitsministerium die Vergütungsgrundlagen in den Hausarztverträgen neu regeln. Die Staatsregierung konnte jedoch gegen viele Widerstände erreichen, dass für bereits abgeschlossene Verträge, aber auch für Anschlussvereinbarungen, die bisherigen rechtlichen Rahmenbedingungen noch bis Mitte 2014 gelten.

Die Staatsregierung hält § 73b SGB V im Interesse der Patienten für richtig und wichtig. Viele Krankenkassen hatten Ende 2010, aufgrund der Drohung des Bayerischen Hausärzterverbandes aus der Vertragsärztlichen Versorgung auszusteigen, die Hausarztverträge gekündigt. Staatsminister Dr. Söder hatte daraufhin zusammen mit Landtagspräsidentin Stamm alle Beteiligten zu einem Hausarzt Hearing eingeladen. Die Veranstaltung war ein Erfolg. Die Verhandlungen über Hausarztverträge wurden aufgenommen. Die Staatsregierung tritt dafür ein, dass die hausarztzentrierte Versorgung auch in Zukunft ein wesentlicher Bestandteil der hausärztlichen Versorgung bleibt. Die Hausarztverträge gewährleisten, dass die hausärztliche Versorgung der Versicherten auch weiterhin qualitätsorientiert von niedergelassenen Hausärzten erbracht wird. Damit sichern sie einen essentiellen Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.

1.10.1 Wird die Stellung des Hausarztverbandes beim Abschluss solcher Verträge auch unter der neuen Bundesregierung fortgeführt und wenn ja warum?

Nach § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.

Diese Abschlussverpflichtung wurde auch durch das GKV-Finanzierungsgesetz nicht geändert.

Siehe auch die Antwort auf Frage B.1.10.

1.10.2 Welches langfristige ordnungspolitische Ziel wird mit der Fortführung dieser Stellung des Hausärzterverbandes verfolgt, soll eine weitere Sektionierung der medizinischen Versorgung analog dem ambulanten und stationären Bereich vorgenommen werden und wenn ja, ist dieses Ziel für die Patientenversorgung förderlich?

Die Regelungen des § 73b SGB V dienen der Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Mit der Rolle des Hausarztes als Koordinator wird eine Sicherung der hohen Behandlungsqualität angestrebt. Außerdem soll sie zu einem effizienten Einsatz der Mittel im Gesundheitswesen beitragen.

1.10.3 Ist es mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit vereinbar und den Beitragszahlern vermittelbar, dass damit die Gründung von zusätzlichen, privatwirtschaftlichen Managementunternehmen gefördert wird, die weder das Ziel der Sicherstellung der Versorgung noch die Qualitätssicherung verfolgen?

Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V gilt für die Vertragspartner grundsätzlich auch beim Abschluss von Verträgen nach § 73 b SGB V.

Voraussetzung für den Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung ist nach dem Willen des Gesetzgebers die verpflichtende Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie sowie der regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen.

Die nähere Bestimmung zum Inhalt und der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung innerhalb dieses gesetzlich vorgegebenen Rahmens obliegt den Vertragsparteien, hierzu gehört auch die Organisation der Abrechnung der Vergütung.

1.10.4 Warum werden nicht z.B. zur Abrechnung bestehende Strukturen wie die Kassenärztliche Vereinigung genutzt?

Die Frage, welche Strukturen zur Abrechnung der hausarztzentrierten Versorgung genutzt werden, obliegt dem Gestaltungsspielraum der Vertragspartner. Die Vertragspartner können hierzu auch die Kassenärztliche Vereinigung einbeziehen.

2 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

2.1 Geht die Staatsregierung davon aus, dass MVZ geeignete Versorgungsformen sind, um bestehende und bzw. oder künftige regionale Engpässe in der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum Bayerns nachhaltig zu vermeiden oder zu verringern?

In Bayern gibt es keine unterversorgten Regionen. Unabhängig davon stehen der Kassenärztlichen Vereinigung, der der Sicherstellungsauftrag obliegt, geeignete Instrumente zur Verfügung, um entsprechend reagieren zu können.

Damit auch zukünftig eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung flächendeckend gewährleistet ist, ergreift die Staatsregierung bereits heute eine Vielzahl an Initiativen. Unabhängig davon ist festzustellen, dass MVZ eher in bereits gut versorgten Gebieten wie Ballungsräumen angesiedelt sind. Es gelten bei MVZ die in B.2.5. genannten Einschränkungen.

2.2 Wie hat sich die Zahl der MVZ seit 2004 in Bayern entwickelt (pro Jahr, getrennt nach Trägerschaft „Krankenhaus“ bzw. „Vertragsärzte“ bzw. „Sonstige“ und jeweiligem Standort), wie viele weitere MVZ sind aktuell in Planung und wie wird diesbezüglich die weitere Entwicklung eingeschätzt?

Zahl der MVZ in Bayern:				
Jahr*	Gesamt	reine VA-Trägerschaft	reine KH-Trägerschaft	sonstige/ Mischformen
2004	17	15	1	1
2005	91	72	12	7
2006	160	120	29	11
2007	212	142	40	30
2008	255	158	54	43
2009	294	174	61	59

*jeweils Dezember

Quelle: KVB

Regional stellt sich die Entwicklung wie folgt dar:

Zahl der MVZ in Bayern						
	2004*	2005	2006	2007	2008	2009
München	7	17	34	45	58	68
Oberbayern (o. München)	2	24	39	48	57	68
Oberfranken		8	14	23	25	27
Mittelfranken	5	15	28	31	37	44
Unterfranken	1	1	7	12	18	23
Oberpfalz		8	11	14	15	16
Niederbayern		8	12	19	22	23
Schwaben	2	10	15	20	23	25
Gesamt	17	91	160	212	255	294

*jeweils Dezember

Quelle: KVB

Die Entscheidung, weitere MVZ einzurichten, treffen die jeweiligen Träger eigenverantwortlich. Die Staatsregierung kann die Gründung von MVZ, die die gesetzlichen Vorgaben erfüllen, weder herbeiführen noch verhindern. Zur generellen Haltung der Staatsregierung zu MVZ siehe Antwort auf Frage B.2.5.

Inwieweit sich der Aufwärtstrend der letzten Jahre fortsetzt, hängt von einer Vielzahl an Faktoren ab. Eine wichtige Rolle spielt dabei, dass zunehmend Frauen den Beruf des Arztes ergreifen. Damit gewinnt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf mehr Bedeutung. Viele junge Ärztinnen sehen dies in einem Angestelltenverhältnis besser realisierbar, als als selbständig tätiger Arzt.

2.3 *Wie hat sich die Zahl der in MVZ tätigen Ärzte seit 2004 in Bayern entwickelt (pro Jahr, in absoluten Zahlen und relativem Anteil bezogen auf die Zahl der in Bayern niedergelassenen Ärzte)?*

Die Entwicklung stellt sich folgendermaßen dar:

Jahr*	MZV-Ärzte** (zugelassen und angestellt)	Prozentanteil an allen niedergelassenen Ärzten ***
2005	74	0,3
2006	329	1,5
2007	565	2,6
2008	808	3,6
2009	1.017	4,5
2010	1.242	5,4
*jeweils 01.01.	** Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	*** zugelassen, ab 2008 zugelassen und in Praxis angestellt

Quelle: KVB

2.4 *Wie hat sich die Summe der Vollzeitäquivalente der in MVZ teilzeitbeschäftigten Ärzte seit 2007 in Bayern entwickelt (pro Jahr und in absoluten Zahlen)?*

Vollzeitäquivalente* der in MVZ teilzeitbesch. Ärzte und Psychotherapeuten:	
Jahr	Vollzeitäquivalente
01.01.2007	64,5
01.01.2008	100,0
01.01.2009	151,3
01.01.2010	194,5
*ohne doppelte. Hier: incl. Jobsharer	

Quelle: KVB

2.5 *Wie steht die Staatsregierung dazu, dass MVZ ausschließlich in ärztlicher Trägerschaft betrieben werden oder bzw. und geleitet werden und wie sollte nach Ansicht der Staatsregierung mit jenen MVZ verfahren werden, die unter dem Dach eines Klinik Konzerns oder in anderer Trägerschaft existieren?*

Die Staatsregierung tritt für die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit ein. Diese sichert Therapiefreiheit. Die freie Arztwahl durch die Patientinnen und Patienten ist dabei Ausdruck eines freiheitlichen Gesundheitswesens und die Basis für das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Diese Struktur der ambulanten Versorgung wollen wir aufrechterhalten.

Die Staatsregierung hält daran fest, dass MVZ nur unter bestimmten Voraussetzungen genehmigt werden sollen. Geschäftsanteile sollen nur von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern gehalten werden. Wesentlich ist dabei vor allem, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird. Wirtschaftliche Interessen, die eine am Patienten orientierte medizinische Betreuung behindern, dürfen in MVZ nicht die Oberhand gewinnen.

Im Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes wird die weisungsunabhängige ärztliche Leitung klargestellt. Gleichzeitig wird der Kreis der möglichen Träger und Rechtsformen eingeschränkt. Das Ergebnis des Gesetzgebungsverfahrens bleibt abzuwarten.

3 Stationäre Versorgung

3.1 *Wie viele Krankenhäuser der I., der II. und der III. Versorgungsstufe gibt es in Bayern, aufgeschlüsselt nach Region, Namen, Träger und Bettenzahl?*

Zu den Krankenhäusern der I., II. und III. Versorgungsstufe im Krankenhausplan, Hochschulklinika sowie Vertragskrankenhäusern nach § 108 Nr. 3 SGB V, aufgeschlüsselt nach Region, Träger und Bettenzahl, siehe **Anlage 1**.

3.1.1 *Inwieweit sieht die Staatsregierung das Ziel des Art. 1 BayKrG, 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 zu schaffen, erreicht?*

Eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung im Freistaat Bayern setzt eine kontinuierliche Planung der Versorgungskapazitäten voraus. Im Rahmen der Krankenhausplanung wird auf den sich verändernden Bedarf infolge von Änderungen in der Altersstruktur, der Einwohnerzahl, der Patientenzahlen oder der Verkürzung der Verweildauern reagiert. Der Krankenhausplan des Freistaates Bayern wird entsprechend der Entwicklung und der Zielsetzung in Art. 1 BayKrG jährlich fortgeschrieben.

3.1.2 *Welche Auswirkungen hat das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) bisher auf die Krankenhausversorgung, nach welchen Kriterien wird eine diesbezügliche Beurteilung vorgenommen und was gedenkt die Staatsregierung zu unternehmen, um etwaigen Negativentwicklungen entgegenzusteuern?*

Die Krankenhäuser wurden insgesamt betrachtet finanziell entlastet. Negativentwicklungen in der Versorgungssituation aufgrund des KHRG sind bisher nicht bekannt geworden.

3.2 *Wie viele ärztliche Stellen in der stationären Versorgung sind nicht besetzt und wie viele Weiterbildungsstellen sind besetzt, nicht besetzt oder mit Ärzten aus dem Ausland besetzt, die nach der Weiterbildung in ihre Heimatländer zurückkehren?*

Diese Frage betrifft die innerorganisatorischen Angelegenheiten der Krankenhäuser; entsprechendes verlässliches Zahlenmaterial liegt der Staatsregierung nicht vor.

3.3 *Kann im stationären Bereich von einem Ärztemangel oder einem drohenden Ärztemangel ausgegangen werden und wenn ja, welche Maßnahmen bestehen von Seiten der Staatsregierung, um dem entgegenzuwirken?*

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern steigt seit Jahren stetig an, wobei die Steigerung zuletzt fast ausschließlich auf eine höhere Zahl von Ärztinnen zurückzuführen ist. Daher lässt sich derzeit an den Krankenhäusern ein nennenswerter Ärztemangel zahlenmäßig nicht belegen. Mittelfristig könnten jedoch die Verteilung zwischen städtischem und ländlichem Raum sowie die demographische Entwicklung zu einer regional angespannteren Versorgungssituation führen. Der Ministerrat hat deshalb am 23.03.2010 verschiedene Maßnahmen beschlossen, insbesondere die Reform von Studienvoraussetzungen und –inhalten sowie die verbesserte Nachwuchsgewinnung u.a. auch durch attraktive Arbeitsplatzgestaltung im Krankenhaus.

3.4 Könnten nach Ansicht der Staatsregierung

3.4.1 *eine Anpassung der Studienkapazitäten, ein besserer Zugang zum Studienfach Humanmedizin und eine Überprüfung der zu spezialisierten Weiterbildungsvorschriften dem Ärztemangel entgegenwirken?*

Die Staatsregierung wird durch eine weitere Erhöhung der Studienkapazitäten dafür sorgen, dass mehr Ärzte ausgebildet werden. Für die doppelten Abiturjahrgänge (2011 bis 2013) wird die Zahl der Studienanfängerplätze Humanmedizin in Bayern jeweils um 80 erhöht. Einem noch weitergehenden Ausbau stehen die damit verbundenen erheblichen Kosten entgegen. Unter Einbeziehung des üblichen universitären Forschungsanteils kostet die Ausbildung jedes Medizinstudenten zwischen 260.000 Euro und 280.000 Euro.

Durch das Gesetz zur Änderung des Bayerischen Hochschulgesetzes, des Bayerischen Hochschulpersonalgesetzes und des Bayerischen Hochschulzulassungsgesetzes wurde das Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstudium neu geregelt. Es ist unter anderem vorgesehen, dass bei der Vergabe von Studienplätzen im ergänzenden Hochschulauswahlverfahren neben der Abiturnote künftig auch besondere Vorbildungen, praktische Tätigkeiten sowie außerschulische Leistungen und Qualifikationen, die über die Eignung zum Studiengang besonderen Aufschluss geben, berücksichtigt werden können (z.B. ein freiwilliges soziales Jahr).

Die Regelung der ärztlichen Weiterbildung ist Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. Eine Überprüfung der Weiterbildungsvorschriften müsste daher in den entsprechenden Gremien der Bundesärztekammer mit dem Ziel einer Änderung der Musterweiterbildungsordnung erfolgen.

Eine erhebliche Verbesserung im Bereich der Allgemeinmedizin, die für die künftige hausärztliche Versorgung besonders bedeutsam ist, stellt die am 17.12.2010 ins Leben gerufene Koordinierungsstelle zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei der Bayerischen Landesärztekammer dar. Vertragspartner sind neben der Kammer die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, die Bayerische Krankenhausgesellschaft und der Bayerische Hausärzterverband. Ziel der Stelle ist es, die Gründung von Weiterbildungsverbänden zu initiieren und zu fördern. Zudem ist die Stelle Ansprechpartner für und Vermittler zwischen interessierten Weiterbildungsassistenten und weiterbildungsbefugten Ärzten.

3.4.2 *eine Lockerung oder bzw. und Abschaffung des numerus clausus dem Ärztemangel entgegenwirken?*

Eine Lockerung des Numerus clausus würde bei gleichbleibenden Bedingungen zwar die Anzahl der Studenten erhöhen, aber gleichzeitig eine qualifizierte Ausbildung erschweren und damit die Qualität der Ärzte senken. Die Abschaffung des Numerus clausus mit der Folge, dass alle Studienbewerber zugelassen werden müssten, würde eine qualitätsvolle Ausbildung gänzlich unmöglich machen.

3.4.3 *eine bessere Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im Krankenhaus dem Ärztemangel entgegenwirken?*

Eine verbesserte und vor allem zielgenauere Vergütung für die ärztliche Weiterbildung kann als Teil eines umfassenden Maßnahmenpakets zur Vorbeugung eines möglichen Ärztemangels einen Beitrag leisten. Entsprechende Ergänzungen der bundesrechtlichen Vergütungsvorschriften sind begrüßenswert.

Für den Bereich der Allgemeinmedizin hat zum 01.01.2010 eine Neuvereinbarung die seit 01.01.2001 bestehende „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“ zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband ersetzt. Mit dem verbesserten Konzept sollen pro Jahr mindestens 5.000 Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin finanziell gefördert werden. Dadurch wird die Weiterbildung in dem Bereich für weiterbildungsinteressierte junge Ärzte und auch für Weiterbilder interessant.

3.4.4 *Anstrengungen für eine bessere Kombination von Beruf und Familie (über 60% der Medizinstudiengänge sind weiblich) dem Ärztemangel entgegenwirken?*

Eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie macht den Arztberuf vor allem für Frauen wieder attraktiver und kann daher auch einen Beitrag zur Vorbeugung eines drohenden Ärztemangels im Rahmen eines abgestimmten Gesamtmaßnahmenpaketes leisten.

3.4.5 *eine höhere Vergütung von Krankenhauspersonal und Belegärzten Abhilfe schaffen?*

Die Staatsregierung hat keinen unmittelbaren Einfluss auf die Gehälter von Krankenhauspersonal und die Vergütungen der Belegärzte. Es gilt für die Krankenhäuser strukturelle Rahmenbedingungen für wirtschaftlich erfolgreiche Unternehmensleistungen und damit die Voraussetzungen für attraktivere Vergütungen zu schaffen.

3.4.6 *und bzw. oder Abbau der überbordenden Bürokratie Abhilfe schaffen?*

Ärzte wählen ihren Beruf, weil sie sich um Menschen und nicht um Formulare kümmern wollen. Der Bürokratieabbau kann deshalb dazu beitragen, den Arztberuf im Krankenhaus attraktiver zu machen.

3.5 *Welchen Standpunkt vertritt die Staatsregierung bei Bachelor- und Masterstudiengängen in der Humanmedizin bzw. Zahnmedizin?*

Die Staatsregierung lehnt die Einführung von Bachelor- und Masterstrukturen in den Studiengängen Human- und Zahnmedizin mit dem Abschluss Arzt ab.

Es ist derzeit nicht erkennbar, dass die Einführung gestufter Studiengänge nach dem Bachelor- und Mastersystem die medizinische Ausbildung inhaltlich verbessern, ihre Effizienz vergrößern oder die weltweite Anerkennung der deutschen Medizinabschlüsse steigern könnte. Befürchtungen

der medizinischen Fakultäten gehen vielmehr dahin, dass die medizinische Ausbildung durch ein Bachelor- und Mastersystem erschwert und tendenziell verlängert wird.

Die ärztliche und zahnärztliche Ausbildung ist europarechtlich harmonisiert und damit an festgelegte Mindestvoraussetzungen hinsichtlich der Studiendauer und -inhalte geknüpft. Für (Zahn-)Mediziner mit Bachelor-Abschluss ist kein eigenständiges Berufsbild erkennbar: (Zahn-)Heilkunde am Menschen dürften die Betroffenen mangels Berufszulassung als Arzt oder Zahnarzt nicht ausüben. (Zahn-)ärztliche Assistenz Tätigkeiten werden zudem bereits durch gut ausgebildete Angehörige der Gesundheitsfachberufe abgedeckt. Bedarf für einen „Bachelor-Mediziner“ oder -Zahnmediziner besteht daher nicht.

3.6 *Plant die Staatsregierung zur Konkretisierung des § 116b SGB V etwas zu unternehmen, wenn ja was und wenn nein, warum nicht?*

Die Konkretisierung des § 116b SGB V erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V. Hinsichtlich der aktuellen Fassung des § 116b SGB V sollte aus Sicht der Staatsregierung der Katalog gem. § 116b Abs. 3 Satz 1 SGB V, insbesondere die Katalogleistung „Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen“, überprüft und präzisiert werden. Auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (vgl. Beschluss der 83. Gesundheitsministerkonferenz vom 01.07.2010, TOP 5.8) ist einstimmig der Auffassung, dass das Zulassungsverfahren gem. § 116b SGB V auf der Grundlage der unterschiedlichen Praxis und Erfahrung der Länder bei der Abstimmung von Anträgen im Rahmen der Krankenhausplanung unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation überprüft und rechtssicherer gestaltet werden muss.

Im Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes ist vorgesehen, die spezialärztliche Versorgung sektorübergreifend völlig neu zu regeln.

4 *Notfallmedizinische Versorgung*

4.1 *In welchem Zeitraum ist die Erreichbarkeit eines für Notfälle ausgelegten Krankenhauses 24 Stunden lang, 365 Tage im Jahr innerhalb von welchem Zeitraum gesichert und gilt das für alle Regionen Bayerns?*

Die Integrierte Leitstelle lenkt die Einsätze des öffentlichen Rettungsdienstes. Sie setzt in der Notfallrettung grundsätzlich das am schnellsten verfügbare geeignete Einsatzmittel des öffentlichen Land-, Luft-, Wasser- oder Berg- und Höhlenrettungsdienstes ein, das die präklinische medizinische Versorgung des Patienten am Unfallort sicherstellt und den Patienten in die nächste für die weitere Versorgung geeignete und aufnahmebereite Behandlungseinrichtung befördert. Im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit ist jedes Krankenhaus verpflichtet, Notfälle aufzunehmen. Die Integrierte Leitstelle wählt die entsprechende Zielklinik anhand dieser Kriterien aus und meldet den Patienten dort zur Behandlung an.

Für den Rettungsdienst sind vor allem die Meldebilder bzw. Diagnosen ST-Hebungsinfarkt, Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma und Polytrauma von besonderer Relevanz, da ihre präklinische Behandlung besonders zeitkritisch ist. Diese Patienten sollen aus notfallmedizinischer Sicht spätestens nach einer Frist von 90 Minuten einer definitiven klinischen Therapie zugeführt werden. Im Zuge der Erstellung einer Bedarfsanalyse zur Luftrettung in Bayern hat das Staatsministerium des Innern daher untersuchen lassen, welche Kliniken geeignet sind, Patienten mit diesen Diagnosen zu behandeln und in welcher Fahrzeit bzw. Flugzeit sie von den potentiellen Einsatzorten der Notfallrettung erreicht werden können. Zu den Ergebnissen wird auf die umfangliche Bedarfsanalyse zur Luftrettung in Bayern von November 2009 verwiesen, die dem Bayerischen Landtag vorgelegt wurde und im Internet unter dem Link http://www.stmi.bayern.de/imperia/md/content/stmi/sicherheit/rettungswesen2/publikationen/andere/bedarfsanalyse_luftrettung_inm_11_2009.pdf abrufbar ist.

4.2 *Wie kann bei der weiteren Gestaltung der Krankenhausstruktur und insbesondere möglicherweise drohender weiterer Ausdünnung im ländlichen Raum gewährleistet werden, dass eine qualitativ hochwertige notfallmedizinische Versorgung gewährleistet ist?*

Die Sicherstellung der bodengebundenen notärztlichen Versorgung ist nach Art. 14 Abs. 2 Satz 1 des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes eine gemeinsame Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Zweckverbände für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung.

Zu den Möglichkeiten, insbesondere im ländlichen Raum eine qualitativ hochwertige notfallmedizinische Versorgung zu gewährleisten, verweisen wir auf die LT-Drucksache 15/11225 „Situationsbericht über Ärzte im Rettungsdienst“. Die in diesem Situationsbericht vorgeschlagene Verbesserung des Vergütungssystems für Notärzte wurde inzwischen durch eine Anhebung der Bereitschaftsdienstpauschale zum 01.07.2009 umgesetzt. Durch eine Staffelung der Pauschalenhöhe je nach Einsatzaufkommen wurde in einsatzschwachen ländlichen Gebieten ein finanzieller Anreiz für die Übernahme der Notarzt Tätigkeit geschaffen.

Die Luftrettungsstruktur in Bayern soll durch die Einrichtung von zwei neuen Rettungshubschrauberstandorten verbessert werden. Ein Hubschrauber ist im Rettungsdienstbereich Weiden am Flugplatz Latsch bei Weiden in der Oberpfalz stationiert und zum 01.04.2011 in Betrieb genommen worden. Ein zweiter Standort wird im Rettungsdienstbereich Augsburg am Klinikum Augsburg errichtet werden.

Allerdings können solche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung im präklinischen Bereich den Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft und die zunehmende Konzentration geeigneter Behandlungseinrichtungen für Notfallpatienten nicht kompensieren. Insbesondere im ländlichen Raum müssen geeignete Behandlungseinrichtungen in hinreichender Zahl zur Verfügung stehen, da Transportwege und -zeiten nur bedingt durch entsprechende Maßnahmen im präklinischen Bereich verringert werden können.

4.3 **Plant die Staatsregierung Maßnahmen, um auch in Zukunft eine hochwertige und flächendeckende notfallmedizinische Versorgung zu gewährleisten?**

4.3.1 **Wenn ja, welche?**

4.3.2 **Wenn nein, besteht die Absicht, hierfür ein konkretes Konzept zu erarbeiten?**

In Bayern besteht eine hochwertige flächendeckende rettungsdienstliche Versorgung.

Der Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, die Finanzierung des Rettungswesens erfolgt durch die Sozialversicherungsträger. Der Staat unternimmt gemeinsam mit den Zweckverbänden für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung, zu deren Aufgaben die Sicherstellung der rettungsdienstlichen Versorgung nach Art. 4 Abs. 1 Bayerisches Rettungsdienstgesetz gehört, alle erforderlichen Anstrengungen, um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige notfallmedizinische Versorgung zu gewährleisten. Dies zeigt insbesondere die Umschichtung der Notarztvergütung, die zur Folge hat, dass vor allem der Notarztendienst in einsatzschwachen ländlichen Regionen besser vergütet wird. Fachlich und wirtschaftlich kein geeigneter Lösungsansatz wäre es, über die bereits vorhandenen 215 Notarztstandorte hinaus weitere neue Standorte einzurichten, da bereits heute mehr als 62 % aller Notarztstandorte ein Einsatzaufkommen von maximal zwei Notarzteinsätzen pro 12-Stunden-Schicht aufweisen. Eine weitere Verringerung der Einsatzfrequenz pro Standort durch die Einrichtung zusätzlicher Standorte würde die Qualität der notärztlichen Versorgung eher verschlechtern, da die Notärzte nicht mehr die notwendige Einsatzpraxis erwerben könnten und dadurch auch die Attraktivität der Notarztstätigkeit weiter vermindert werden würde.

C. Struktur des Gesundheitssystems

1 **Solidaritätsprinzip**

1.1 **Ist die Staatsregierung der Auffassung, dass ein duales Versicherungssystem GKV/PKV wie das gegenwärtige, in dem es z.B. gesunden, jungen Bürgern aus den oberen Einkommenschichten offen steht, sich dem solidarischen Finanzierungssystem der GKV zu entziehen und sich privat zu versichern, dem Solidaritätsprinzip in unserer Gesellschaft entspricht?**

Das zweigliedrige Krankenversicherungssystem ist in Deutschland historisch gewachsen. Gesetzliche und private Krankenversicherung stellen als jeweils eigene Säule für die in ihnen jeweils versicherten Personenkreise einen dauerhaften und ausreichenden Versicherungsschutz gegen das Risiko der Krankheit auch in sozialen Bedarfssituationen sicher. Dieses Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 10.06.2009 bestätigt. Darüber hinaus hat es klargestellt, dass Änderungen bei der privaten Krankenversicherung am Grundrecht der Berufsfreiheit zu messen sind.

Die Staatsregierung teilt die Auffassung der Koalitionsparteien auf Bundesebene, die die PKV als „ein konstitutives Element in einem freiheitlichen Gesundheitswesen“ ansehen. Dies bedeutet aber nicht, dass die PKV-Versicherten keinen gesamtgesellschaftlichen Solidarbeitrag zu leisten hätten. So werden beispielsweise versicherungsfremde Leistungen der GKV pauschal aus Steuermitteln finanziert, die auch von PKV-Versicherten erbracht werden. Durch die umfangreichen Versicherungsleistungen der PKV wird das Gesundheitssystem insgesamt gestützt, was letztlich allen Patienten zugute kommt. Notwendig ist, dass auch in Zukunft angemessene Beiträge der PKV-Versicherten zur gesamtgesellschaftlichen Solidarität geleistet werden. Dafür wird sich die Staatsregierung auch weiterhin einsetzen.

1.2 **Sieht die Staatsregierung eine finanzielle Beteiligung der privat Krankenversicherten am Solidaritätsgleich innerhalb der GKV als geeignetes Mittel an, um dem Solidaritätsprinzip zu entsprechen?**

Eine direkte finanzielle Beteiligung erscheint weder praktikabel noch geboten, denn die Systeme von GKV und PKV beruhen auf unterschiedlichen Prinzipien und Rechtsgrundlagen. Während die Prämien in der auf dem Kapitaldeckungsprinzip beruhenden PKV risikogerecht kalkuliert werden, bemessen sich die Beiträge in der umlagefinanzierten GKV grundsätzlich am jeweiligen Einkommen.

Gleichwohl fließt der GKV – im Gegensatz zur PKV – bereits ein Bundeszuschuss zu (vgl. Frage C.2.1.), der von allen Steuerzahlern erbracht wird. Dies ist Ausfluss des Sozialstaatsprinzips und der gesellschaftlichen Solidarität.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die PKV und ihre Versicherten auch durch ihre überdurchschnittlichen Vergütungen an die Leistungserbringer einen weiteren Solidarbeitrag zur Finanzierung des Gesamtsystems leisten.

1.3 **Auf welche Einkommensarten muss man keinen GKV-Beitrag zahlen?**

Die GKV geht bei der Beitragsgestaltung von den Einkünften aus, die die versicherte Person bezieht; d.h. jeder Versicherte hat grundsätzlich Beiträge nach seinen individuellen Einkünften zu leisten (Solidaritätsprinzip). Zu den individuellen Einkünften von pflichtversicherten Personen zählen das Arbeitsentgelt, der Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder dieser vergleichbarer Versorgungsbezüge sowie das daneben gezahlte Arbeitseinkommen.

Bei freiwillig Versicherten unterliegen zusätzlich auch sonstige Einnahmen, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bestimmen, der Beitragspflicht. Dazu gehören insbesondere auch Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung.

1.4 **Entspricht es dem Solidaritätsprinzip in unserer Gesellschaft, wenn die bei der Beitragsbemessung berücksichtigten Einkommensarten, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung usw. ausgeklammert werden?**

Eine generelle Einbeziehung von weiteren Einkommensarten, wie Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung usw., bedeutet im Ergebnis die Einführung einer zweiten

Einkommenssteuer. Die Krankenkassen würden letztlich zur zweiten Steuerbehörde werden. Die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten könnte nur mit einem detaillierten „Einkommensprüfverfahren“ funktionieren, welches einen hohen Verwaltungsaufwand nach sich ziehen würde. Die Heranziehung von Kapitaleinkommen birgt zudem die Gefahr der Kapitalflucht ins Ausland. Auch würde eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage vor allem die Mittelschicht, also die Leistungsträger der Gesellschaft, überproportional belasten.

1.5 *Entspricht es dem Solidaritätsprinzip, dass Einkommen bei der Beitragsbemessung nur bis zu einer bestimmten Höhe berücksichtigt werden und jemand, der 3.750 Euro brutto verdient, einen ebenso hohen Beitrag bezahlen muss, wie ein Einkommensmillionär?*

Eine Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze würde zu einer Überstrapazierung des Solidarprinzips im Gesundheitswesen führen. Denn anders als z.B. in der Rentenversicherung gilt in der GKV das Äquivalenzprinzip weitestgehend nicht. Höhere Beiträge führen nicht automatisch zu höheren Leistungen (Ausnahme ist das Krankengeld). Hinzu kommt, dass die Sozialabgaben und Personalzusatzkosten einen zusätzlichen Schub bekommen würden. Es wäre zu befürchten, dass Arbeitsplätze vermehrt ins Ausland verlagert werden.

1.6 *Entsprechen Zusatzbeiträge oder Prämien, die pauschal – ohne Rücksicht auf das Gesamteinkommen des Versicherten erhoben werden, – dem Solidaritätsprinzip?*

Für die Staatsregierung ist prägendes Kennzeichen des Solidaritätsprinzips, dass sich die vom Versicherten für seinen Krankenversicherungsschutz zu entrichtenden Beiträge nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit richten. Sie sollen grundsätzlich nach dem Arbeitsentgelt bemessen werden.

Der im GKV-Finanzierungsgesetz gefundene Kompromiss für die Zusatzbeiträge ist für die Staatsregierung akzeptabel, da durch einen Sozialausgleich sichergestellt ist, dass Personen mit geringem Einkommen nicht überfordert werden. Es bleibt abzuwarten, ob diese Regelung den Praxistest bestehen wird.

1.7 *Entspricht es, angesichts steigender Beiträge, dem Solidaritätsprinzip, dass der Arbeitgeberanteil von sieben Prozent nicht nur prozentual, sondern scheinbar auf einen fixen Betrag eingefroren werden soll?*

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz wird der Prozentsatz in Höhe von 7,3 % für Arbeitgeber festgeschrieben. Ein Einfrieren auf einen fixen Betrag ist nicht vorgesehen.

Steigende Arbeitgeberbeiträge erhöhen insgesamt die Arbeitskosten und werden zumindest partiell durch höhere Preise oder zurückhaltende Lohnabschlüsse kompensiert. Im Ergebnis wird Arbeit in Deutschland teurer. Eine Folge ist die Verlagerung von Arbeitsplätzen ins Ausland, was dem gesamten GKV-System schaden würde.

1.8 *Entspricht es dem Solidaritätsprinzip, dass Zuzahlungen für Brillengestelle, Praxisgebühr und ständig benötigte Medikamente z.B. Schmerzmittel unabhängig vom Einkommen (neben der 1% Regelung) usw. zusätzlich zum GKV-Beitrag aufgebracht werden müssen?*

Das Solidaritätsprinzip der GKV bezieht sich – wie unter C.1.3. dargestellt – auf die Erhebung der Beiträge nach den individuellen Einkünften, nicht jedoch auf Leistungen. Die GKV stellt eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse sicher. Das gilt auch für die Versorgung mit Arzneimitteln.

Die Leistungen werden auf Bundesebene festgelegt. Leistungen der GKV, die nicht vom Leistungskatalog umfasst sind, kann jedoch kein Versicherter beanspruchen.

Selbstbeteiligungen und gesetzliche Zuzahlungen, von denen die Praxisgebühr eine Sonderform ist, dienen nicht in erster Linie der Finanzierung der GKV. Hauptziel ist es vielmehr, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und damit unnötige Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen steuernd zu verhindern. Auf diese Weise sorgen Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen auch für mehr Solidarität, solange Härtefallregelungen gewährleisten, dass kein Versicherter durch Zuzahlungen finanziell überfordert wird.

2 Gesundheitsfonds

2.1 *Was zahlen im Jahr 2009 und voraussichtlich 2010 Versicherte, Arbeitgeber und Bund in den Gesundheitsfonds, jeweils in absoluten Zahlen, ein?*

Die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds betragen 2009 rund 164,5 Mrd. Euro, für das Jahr 2010 rechnet der GKV-Schätzerkreis mit Gesamteinnahmen von rund 174,5 Mrd. Euro.

Hiervon entfallen 2009 7,1 Mrd. Euro auf den Bundeszuschuss nach § 221 SGB V und 2010 15,5 Mrd. Euro auf die Bundeszuschüsse nach §§ 221 und 221a SGB V. Die übrigen Einnahmen resultieren nahezu ausschließlich aus Beitragseinnahmen, die von den Versicherten und den Arbeitgebern aufgebracht werden.

Die Einnahmen des Gesundheitsfonds setzten sich vereinfacht im Jahr 2009 und 2010 mit dem Schlüssel 47 % „Arbeitgeber“, was staatliche Institutionen wie die Rentenversicherung einschließt, und 53 % Versicherte wie folgt zusammen:

in Mrd. Euro	2009	2010
Versicherten-Beiträge	83,4	84,2
Arbeitgeber-Beiträge	74,0	74,8
Bundeszuschuss	7,1	15,5

Quelle: BVA, Schätztableau des GKV-Schätzerkreises vom 29.03.2011

2.2 Wer verwaltet die Mittel aus dem Gesundheitsfonds und wie hoch sind die dafür entstehenden Verwaltungskosten 2009 bzw. 2010 aufgeschlüsselt nach Krankenkasse?

Das Bundesversicherungsamt verwaltet den Gesundheitsfonds als Sondervermögen. Die Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds belaufen sich nach Angaben des Bundesversicherungsamtes auf rund 3 Mio. Euro pro Jahr, dies entspricht einem Betrag von weniger als 5 Cent je Versicherten und Jahr. Dementgegen hat das Bundesgesundheitsministerium für das Jahr 2010 7 Mio. Euro beziffert, was circa 10 Cent je Versicherten bedeutet.

2.3 In welchem zeitlichen Rahmen erfolgt die Ausschüttung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds an die Leistungserbringer und wie bewertet die Staatsregierung das im Hinblick auf die Liquidität und Planungssicherheit der jeweiligen Leistungsträger?

Der Gesundheitsfonds schüttet die eingegangenen Beiträge und Bundeszuschüsse nahezu arbeitstäglich an die Krankenkassen in Form von Zuweisungen aus. Insofern ersetzen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die bisherigen Beitragseinnahmen der Krankenkassen. Der Staatsregierung liegen keine konkreten Erkenntnisse vor, dass durch den Gesundheitsfonds die Liquidität der Krankenkassen nennenswert beeinträchtigt wird.

2.4 Welche regionalen „Belastungen“ Bayerns sind durch die Einführung des Gesundheitsfonds in absoluten Zahlen seit 2009 und bis voraussichtlich 2013 gegeben?

Für die in Bayern tätigen Krankenkassen ergeben sich nach Berechnungen des Bundesversicherungsamtes für das Jahr 2009 keine Ausgleichszahlungen nach der Konvergenzklausele. Auch für 2010 ist voraussichtlich daher nicht mit Konvergenzzahlungen zu rechnen. Für die Jahre 2011 bis 2013 können derzeit keine seriösen Prognosen angestellt werden.

Allerdings fließen durch den Risikostrukturausgleich Mittel aus Bayern ab, allein im Jahr 2009 circa 1,7 Mrd. Euro. Ein Mittelabfluss aus Bayern bestand auch schon vor Einführung des Gesundheitsfonds und Änderung des Risikostrukturausgleichs.

2.5 Welche Maßnahmen plant die Staatsregierung kurz- und langfristig, um Bayern vor etwaigen Verlusten zu bewahren?

Im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird den regionalen Kostenstrukturen und regional variierenden Versorgungsniveaus bislang nicht Rechnung getragen. Die dort rein einnahmeseitige Betrachtung birgt die Gefahr, dass sowohl die Versorgungssicherheit als auch die qualitative Behandlung der Patienten in den Hintergrund tritt.

Ein geeigneter Ansatzpunkt für die Finanzierung regionaler Strukturen ist eine regionale Komponente der Zuweisungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zusätzlich zu den bisherigen Zuweisungskomponenten. Die regionale Komponente kann sowohl kompensatorisch (Kostenstrukturen)

wie auch normativ (Versorgungsstrukturen) eingesetzt werden. Der wichtigste Vorteil dieser Lösung ist die zielgenaue, transparente Mittelzuweisung. Hierfür hat sich Bayern bereits 2010 im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Finanzierungsgesetz eingesetzt. Leider konnte hierfür keine Mehrheit im Bundesrat gefunden werden.

Die regionalen Versorgungsstrukturen sind Folge einer langjährigen Entwicklung. Höhere Vergütungen für Leistungserbringer sind hauptsächlich damit zu begründen, dass die Kosten der Leistungserbringung auf Grund lokaler Faktoren höher als in anderen Ländern sind. Hier zu nivellieren wäre unangemessen. Als wenig beeinflussbare Faktoren seien genannt: unterschiedliche lokale Mietaufwendungen für Praxisräume, regionale Unterschiede im Lohnniveau oder in den Lebenshaltungskosten.

2.6 Welche wirtschaftlichen und sonstigen Auswirkungen auf die bayrische Kassenlandschaft, die Leistungserbringer und die Beitragszahler sind zu erwarten?

Für manche Kassen, und damit deren Versicherte, können sich aufgrund des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs systematische Nachteile ergeben. Eine Ursache hierfür kann sein, dass aufgrund der gesünderen bayerischen Bevölkerung die Morbidität in Bayern nicht ausreichend im Risikostrukturausgleich abgebildet wird.

Durch die Einführung eines bundeseinheitlichen Orientierungswertes im Rahmen der vertragsärztlichen Honorarreform kommt es in Bayern zu einer überdurchschnittlich hohen Anzahl an Ärzten, die im Vergleich zum Vorjahr Honorareinbußen hinnehmen müssen, und das, obwohl bundesweit insgesamt mehr Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden. Auch werden keine regionalen Kosten- und Versorgungsunterschiede berücksichtigt, obwohl dies vom Gesetzgeber grundsätzlich vorgegeben wurde. Gerade für die bayerischen Vertragsärzte wirkt sich dies nachteilig aus, da hier die Kosten bezogen auf Praxismieten und Löhne der medizinischen Fachangestellten überdurchschnittlich hoch sind.

Insgesamt sorgt die bundesweite Vereinheitlichung der Vergütung dafür, dass die Versorgung bundesweit nivelliert wird. Für Bayern bedeutet dies, dass gewachsene Strukturen wie die stark ausgeprägte belegärztliche Versorgung oder das ambulante Operieren gefährdet werden, da die Vergütung aus betriebswirtschaftlicher Sicht für die Ärzte nicht tragbar ist. Auch wurden bestehende Strukturverträge gekündigt.

2.7 Inwiefern verstärkt die Finanz- und Wirtschaftskrise diese negativen Auswirkungen?

Die Finanz- und Wirtschaftskrise ist inzwischen weitgehend überwunden. Sie hat jedoch das konjunkturabhängige Beitragsaufkommen und damit die Einnahmen der Krankenkassen deutlich verringert. Der Einnahmefall durch die Finanz- und Wirtschaftskrise wurde für das Jahr 2010 auf 3 bis 4,6 Mrd. Euro vom Bundesgesundheitsministerium geschätzt. Ausgleichend wirkte die durch das Sozialversicherungsstabilisierungsgesetz erfolgte Erhöhung des Bundeszuschusses um 3,9 Mrd. Euro.

3 Wettbewerb

3.1 Ist die Staatsregierung der Auffassung, dass ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen dem Gesundheitssystem zugutekäme und wie wird diesbezüglich der Einheitsbeitragssatz bewertet?

Die Koalitionspartner im Bund haben im Koalitionsvertrag festgelegt: „Der Wettbewerb der Krankenversicherungen wirkt als ordnendes Prinzip mit den Zielen der Vielfalt, der Effizienz und der Qualität der Versorgung. Die Koalitionspartner auf Bundesebene wollen, dass die Krankenversicherungen genügend Spielraum erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können und regionalen Besonderheiten gerecht zu werden. Der Weg in die Einheitskasse und ein staatlich zentralistisches Gesundheitssystem sind der falsche Weg, um die zukünftigen Herausforderungen bürgernah zu bewältigen.“ Diese Auffassung teilt die Staatsregierung.

Ein einheitlicher Beitrag für alle Krankenkassen mindert den Wettbewerb. Die Staatsregierung tritt deshalb dafür ein, dass die Krankenkassen künftig wieder mehr Beitragsautonomie und regionale Differenzierungsmöglichkeiten erhalten.

3.2 Wie beurteilt die Staatsregierung den mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich entstandenen negativen Wettbewerb um chronisch Kranke und welche Maßnahmen sind geplant, um diesen Zustand zu beheben?

Die Krankenkassen sind bestrebt, positive Deckungsbeiträge zu erzielen, d.h. Versicherte zu haben, bei denen die Zuweisung höher ist als die Krankheitskosten. Ziel des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist es dabei, angemessene Zuweisungen entsprechend der Versichertenstruktur der jeweiligen Krankenkasse zu leisten.

Gesunde Personen sind nach wie vor als Versicherte attraktiv für Krankenkassen, da die Grundpauschale nach Korrektur um Alter und Geschlecht die Leistungsausgaben für diesen Personenkreis deutlich übersteigt. Weiter sind durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich prinzipiell Anreize für Krankenkassen gegeben, Personen mit bestimmten Diagnosen und den damit verbundenen Zuschlägen als Versicherte zu gewinnen.

Die Staatsregierung setzt sich daher dafür ein, dass der morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich einfacher, unbürokratischer sowie weniger anfällig für Manipulationen gestaltet wird. Es gilt die optimale Beziehung aus Vereinfachung und hinreichend genauer Abbildung der Risikostruktur zu finden.

4 Einnahmen

4.1 Wie hoch sind die Einnahmen der GKV seit 1990 insgesamt, aufgeschlüsselt nach Einnahmeart, in absoluten Zahlen?

4.2 Wie decken sich die Einnahmen mit den Ausgaben in der GKV seit 1990?

Die Fragen C.4.1. und C.4.2. werden gemeinsam beantwortet.

Für das Jahr 1990 gibt es aufgrund der Wiedervereinigung noch keine gesamtdeutschen Jahresdaten.

Alle Werte in Mrd. Euro	ges. Einnahmen	Beiträge	Sonstige Einnahmen	Bundeszuschuss	ges. Ausgaben	Saldo
1991	92,15	88,54	3,61		93,59	-1,44
1992	102,84	99,12	3,72		107,63	-4,78
1993	113,61	109,81	3,8		108,28	5,32
1994	118,79	114,84	3,96		117,38	1,11
1995	120,35	115,85	4,49		124	-3,55
1996	124,37	120	4,37		127,92	-3,47
1997	126,15	122,39	3,76		125,29	0,55
1998	127,75	124,28	3,47		127,47	0,61
1999	131,2	127,5	3,7		130,92	-0,08
2000	133,81	130,05	3,76		133,7	0,1
2001	135,79	131,89	3,9		138,81	-2,69
2002	139,71	136,21	3,5		143,03	-3,41
2003	141,05	137,78	3,27		145,09	-3,4
2004	144,27	140,11	4,16	1	140,18	4,02
2005	145,74	140,25	5,49	2,5	143,81	1,68
2006	149,93	142,18	7,75	4,2	148	1,63
2007	156,06	149,96	6,09	2,5	153,93	1,7
2008	162,52	155,88	6,63	4	160,94	1,43
2009	172,2	*	*	7,2	170,78	1,42
2010*	175,29	*	*	15,5	175,74	-0,45

* 2010er Daten vorläufig, Beiträge und Sonstige Einnahmen 2009 und 2010 wegen Fondseinführung nicht vorhanden

Quelle: BMG und GBE des Bundes

4.3 Ist ihre Finanzierungsbasis gefährdet, wenn ja, inwiefern, wenn nein, warum nicht und welche Prognose besteht für die nächsten 5 Jahre?

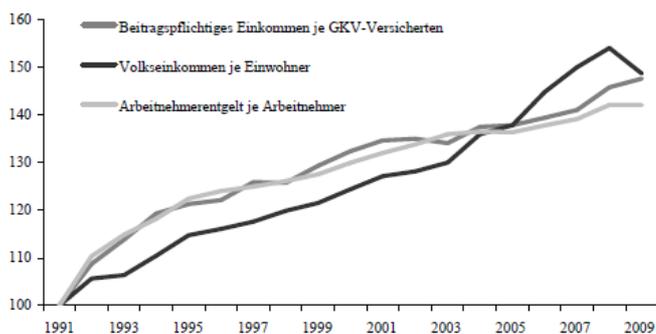
Prognosen über die Entwicklung der Finanzierungsbasis für die nächsten 5 Jahre hängen stark von nur schwer abschätzbaren Faktoren, wie z.B. dem Wirtschaftswachstum oder der Arbeitslosenquote, ab. Die Finanzierungsbasis der GKV beruht zum Großteil auf Beiträgen, wiederum erhoben auf Arbeitseinkommen. Siehe zum Einfluss konjunktureller Schwankungen die Antwort auf Frage C.2.7.

Durch die bundesgesetzlichen Regelungen des am 01.01.2011 in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetzes ist derzeit nicht von einer Gefährdung der Finanzierungsbasis der GKV auszugehen.

4.4 Ist aufgrund von Arbeitslosigkeit, der steigenden Zahl von Rentnerinnen und Rentnern sowie veränderter Arbeitsverhältnisse und Berufskarrieren die Summe der beitragspflichtigen Einkommen seit Beginn der 1990er Jahre deutlich hinter der Entwicklung des Bruttoinlandprodukts zurückgeblieben?

Die beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten sind im Zeitraum zwischen 1991 bis 2009 nicht geringer gewachsen als das BIP je Einwohner. Dies wird z.B. im Aufsatz „Ausgabentreiber in der Gesetzlichen Krankenversicherung“, erschienen in den IW-Trends 2/2010, aufgezeigt.

Nimmt man das Volkseinkommen als in der Entwicklung mit dem BIP gleichlaufender Indikator, dann ist im Ergebnis trotz konjunkturell bedingter phasenverschobener Entwicklung das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten und das Volkseinkommen je Einwohner seit 1991 mit im Jahresdurchschnitt 2,2 % annähernd gleich stark gewachsen. Folglich ist die Finanzierungsbasis der GKV keineswegs zurückgegangen. Sie hat vielmehr über längere Sicht mit der Entwicklung des BIP Schritt gehalten:



Quelle: IW-Trends 2/2010

4.5 Welche Probleme sieht die Staatsregierung bezogen auf das Umlageverfahren bei der Finanzierung der GKV im Hinblick auf die Alterung der Gesellschaft und steigenden Arbeitslosenzahlen und hat die Staatsregierung ein Konzept, um dieser Entwicklung und damit auftretenden Problemen zu begegnen?

4.5.1 wenn ja, welches und

4.5.2 wenn nein, gedenkt die Staatsregierung, eines zu entwickeln?

Rentner entrichten im Durchschnitt geringere Beiträge zur GKV als Erwerbstätige. Deshalb wird die durch die demografische Entwicklung bedingte Zunahme des Rentneranteils gegenüber dem Anteil Erwerbstätiger Auswirkungen auf die Einnahmen der GKV haben. Auf der Ausgabenseite wird die Alterung der Bevölkerung einem stark anwachsenden Bedarf an medizinischen Leistungen nach sich ziehen. Zusammen mit dem medizinisch-technischen Fortschritt wird dies zu einem Kostenanstieg führen. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die medizinische Versorgung in Zukunft nicht billiger wird.

Die GKV-Finanzierung wird ausschließlich bundesgesetzlich geregelt. Die Koalitionsparteien im Bund haben vereinbart, dass sie das deutsche Gesundheitswesen innovationsfreundlich, leistungsgerecht und demographiefest gestalten werden. Die zur Umsetzung des Koalitionsvertrags bisher vorgelegten Gesetze (GKV-Finanzierungsgesetz und AMNOG) haben das für 2011 erwartete Defizit der gesetzlichen Krankenkassen von mehreren Milliarden Euro erfolgreich verhindert. Sie enthalten langfristig wirksame Maßnahmen, um steigende Kosten in den Griff zu bekommen. Die Auswirkungen beider Gesetze auf die Finanzierung der GKV müssen sich noch im Praxistest der nächsten Jahre bewähren. Je nach Ergebnis sind dann weitere Schritte zu prüfen. Die Staatsregierung wird dabei die Interessen der bayerischen Versicherten vertreten.

5 Ausgaben

5.1 Wie hoch sind bzw. waren die Ausgaben insgesamt und wie hoch davon die Leistungsausgaben der GKV (aufgeschlüsselt nach Leistungsarten) unter Angabe des jeweiligen Anteils an den Gesamtausgaben und in absoluten Zahlen, seit 1990?

GKV-Ausgaben für Gesundheit nach zentralen Leistungsarten in Mrd. Euro und in % der Gesamtausgaben

Jahr	ges.	Ges. Leistungsausgaben	Ärztliche Behandlung	Zahn-ärztl. Behandlung	Zahn-ersatz	Arzneimittel	Hilfsmittel	Heilmittel	Krankenhausbehandlung	Krankengeld	Fahrtkosten	Vorsorge- und Reha
1994	117,4	111,1	18,9 16,1%	6,9 5,9%	3,6 3,1%	15,2 12,9%	4,0 3,4%	2,5 2,1%	39,1 33,3%	8,1 6,9%	1,8 1,5%	2,2 1,9%
1995	124,0	117,0	19,7 15,9%	7,1 5,7%	3,8 3,1%	16,4 13,2%	4,3 3,5%	2,8 2,2%	40,8 32,9%	9,4 7,6%	2,0 1,6%	2,6 2,1%
1996	127,9	120,9	20,1 15,7%	7,6 5,9%	4,2 3,3%	17,5 13,6%	4,8 3,7%	3,0 2,4%	41,4 32,3%	9,3 7,3%	2,1 1,6%	2,7 2,1%
1997	125,3	118,3	20,5 16,4%	7,6 6,1%	4,3 3,4%	16,8 13,4%	4,5 3,6%	2,8 2,2%	42,3 33,8%	7,4 5,9%	2,1 1,7%	2,2 1,8%

1998	127,5	120,1	20,8 16,3%	7,9 6,2%	3,0 2,3%	17,7 13,9%	4,4 3,5%	3,1 2,4%	43,6 34,2%	7,1 5,5%	2,2 1,7%	2,5 1,9%
1999	130,9	123,2	21,7 16,6%	7,7 5,9%	3,3 2,5%	18,5 14,1%	5,3 4,1%	3,1 2,4%	43,3 33,1%	7,2 5,5%	2,4 1,8%	2,6 2,0%
2000	133,7	125,9	22,0 16,5%	7,7 5,8%	3,5 2,6%	19,4 14,5%	5,5 4,1%	3,1 2,3%	44,2 33,0%	7,1 5,3%	2,5 1,8%	2,7 2,0%
2001	138,8	130,6	22,4 16,2%	7,9 5,7%	3,7 2,6%	21,6 15,5%	5,7 4,1%	3,2 2,3%	44,6 32,1%	7,7 5,6%	2,6 1,9%	2,7 1,9%
2002	143,0	134,3	22,8 15,9%	8,0 5,6%	3,5 2,5%	22,7 15,8%	5,9 4,1%	3,7 2,6%	45,8 32,0%	7,6 5,3%	2,8 1,9%	2,7 1,9%
2003	145,1	136,2	23,3 16,1%	8,0 5,5%	3,8 2,6%	23,4 16,1%	6,3 4,3%	3,9 2,7%	46,3 31,9%	7,0 4,8%	2,9 2,0%	2,6 1,8%
2004	140,2	131,2	21,9 15,6%	7,6 5,4%	3,7 2,6%	21,1 15,1%	5,2 3,7%	3,6 2,6%	47,2 33,6%	6,4 4,5%	2,6 1,9%	2,4 1,7%
2005	143,8	134,9	22,0 15,3%	7,5 5,2%	2,4 1,7%	24,7 17,2%	5,2 3,6%	3,7 2,6%	48,5 33,7%	5,9 4,1%	2,8 2,0%	2,4 1,7%
2006	148,0	138,7	22,7 15,3%	7,7 5,2%	2,7 1,8%	25,1 17,0%	5,3 3,5%	3,8 2,5%	49,9 33,7%	5,7 3,9%	2,9 2,0%	2,3 1,6%
2007	153,9	144,4	23,6 15,3%	7,9 5,1%	2,8 1,8%	27,0 17,6%	5,5 3,6%	3,9 2,5%	50,4 32,8%	6,0 3,9%	3,0 2,0%	2,5 1,6%
2008	160,9	150,9	24,7 15,3%	8,0 5,0%	2,9 1,8%	28,4 17,6%	5,7 3,5%	4,2 2,6%	52,1 32,4%	6,6 4,1%	3,3 2,0%	2,5 1,5%
2009	170,8	160,4	26,4 15,5%	8,2 4,8%	3,0 1,8%	30,0 17,6%	5,9 3,5%	4,3 2,5%	55,4 32,4%	7,3 4,3%	3,5 2,0%	2,4 1,4%
2010*	175,7	165,1	27,1 15,4%	8,4 4,8%	3,1 1,8%	30,4 17,3%	6,0 3,4%	4,5 2,6%	58,1 33,1%	7,8 4,4%	3,6 2,0%	2,4 1,4%

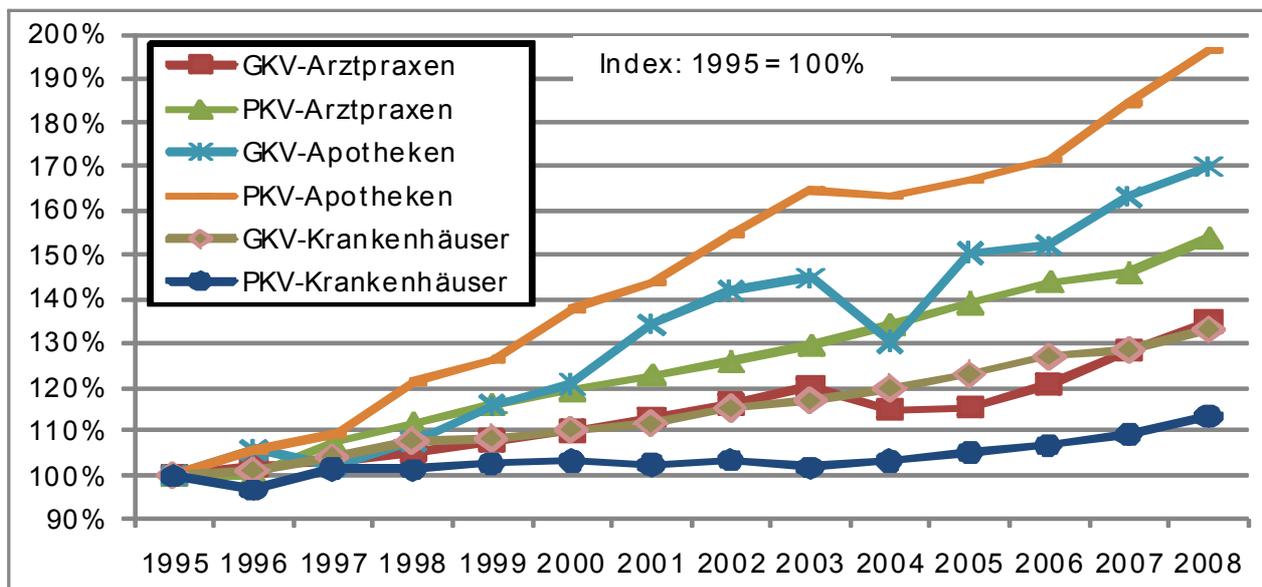
*2010er Daten vorläufig

Daten vor 1994 liegen der Staatsregierung in dieser Breite nicht vor.

Quelle: BMG

5.2 In welchen Bereichen und in welchen Jahren stiegen die Ausgaben überdurchschnittlich schnell und wenn ja, was bewertet die Staatsregierung als ursächlich hierfür?

Entwicklung der Leistungsausgaben je Versicherten in GKV und PKV nach Ausgabeblock von 1995 bis 2008



Im Wesentlichen sind für das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen der medizinisch-technische Fortschritt und zunehmend die Demographie verantwortlich. Auffällig ist ein stetiges Ausgabenwachstum in der PKV, während es in der GKV zwei Einbrüche gab. Das Negativwachstum von 1996 auf 1997 und von 2003 auf 2004 ist in den beiden GKV-Neuordnungsgesetzen und im GKV-Modernisierungsgesetz begründet. Ähnlich kam es gesetzbedingt in den Jahren 1989 und 1993 zu einem Rückgang der Ausgaben.

Grund für die gerade bei Arzneimitteln und im niedergelassenen Bereich im Vergleich mit der PKV geringen Wachstumsraten in der GKV sind in jeder Reform seit dem Jahr 1977 enthaltene Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung. Darunter fallen Budgets, Anpassungen des Leistungskatalogs, Preismoratorien bei Arzneimitteln oder die Erhöhung von Zuzahlungen. All dies ist in der PKV nicht der Fall, da dort nicht das Wirtschaftlichkeitsprinzip elementarer Bestandteil des Versicherungstyps ist, sondern die Garantie eines bewusst gewählten Leistungskatalogs.

5.3 Wie hoch sind die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen?

5.3.1 Welche Ausgaben fallen nach Ansicht der Staatsregierung unter versicherungsfremde Leistungen?

Als versicherungsfremde Leistungen bezeichnet man Leistungen, die mit dem Versorgungsauftrag nur eingeschränkt und mittelbar begründet werden können, aber von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind. Welche konkreten Ausgaben darunter fallen, ist nicht allgemeingültig eindeutig definiert. Das Bundesgesundheitsministerium zählt zu den versicherungsfremden Leistungen die beitragsfreie Versicherung während des Erziehungsurlaubs, beitragsfreie Mitversicherung von nicht berufstätigen bzw. geringfügig beschäftigten Ehegatten oder Lebenspartnern sowie Kindern, Leistungen rund um die Schwangerschaft und Mutterschaft, zum Beispiel Pflegedienste während Schwangerschaft oder Entbindung, Leistungen zur Empfängnisverhütung, Betriebs- und Haushaltshilfen, das Mutterschaftsgeld und Krankengeld bei der Betreuung eines kranken Kindes.

5.3.2 Sieht die Staatsregierung eine Möglichkeit, versicherungsfremde Leistungen auf die zuständigen Träger zurück zu verlagern z.B. die Ausgaben für soziale Dienste?

Die versicherungsfremden Leistungen sind eng mit Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden. Der Bund hat deshalb nicht den Weg der Ausgliederung, sondern der Kostenerstattung gewählt. Er beteiligt sich pauschal über Steuerzuschüsse an den Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für entsprechende Leistungen.

5.3.3 Welche Einsparungen für die GKV wären damit verbunden und wie würde sich das auf den Beitragssatz der GKV-Versicherten auswirken?

Da es keine allgemeingültige Definition der versicherungsfremden Leistung gibt, hängt der Umfang der damit verbundenen Ausgaben von der jeweils verwendeten Definition ab. Deshalb lassen sich hierzu keine konkreten Aussagen treffen.

5.4 Führt die, neben der Kassenärztlichen Vereinigung, im Rahmen der Selektivverträge, Zulassung, und zum Teil sogar für die Kassen verpflichtende Etablierung, weiterer Vertragspartner zu einer Mehrung von Verwaltungsstrukturen und wie hoch schätzt die Staatsregierung die Mehrkosten?

Für die Verwaltungskosten der äußerst komplexen Gestaltungsmöglichkeiten vernetzter Versorgungsstrukturen innerhalb und außerhalb des Kollektivvertragssystems mit Verträgen zur Integrierten Versorgung und anderen selektiven Vertragsformen nach den §§ 73b und 73c SGB V sind derzeit noch keine belastbaren Bewertungen möglich. Insbesondere lässt sich noch keine Aussage darüber treffen, ob ein etwaiger Anstieg des Verwaltungsaufwandes nicht auch durch eine entsprechende Versorgungsverbesserung gerechtfertigt ist.

5.5 Der Hausärztervertrag des bayerischen Hausärzterverbandes sieht eine kontaktunabhängige Betreuungspauschale von 8,25 € bis höchstens 21,25 € pro Patient und Quartal vor, wie hoch schätzt die Landesregierung die hieraus resultierenden Mehrkosten für das Gesundheitssystem und wie werden diese Kosten finanziert bzw. aufgeteilt?

Die Hausärzterverträge des Bayerischen Hausärzterverbandes wurden weit überwiegend von den Krankenkassen im Dezember 2010 in Folge des vom Bayerischen Hausärzterverband verfolgten Systemausstiegs der Hausärzte gekündigt. Die bis dahin bestehenden Hausärzterverträge enthielten zuletzt kontaktunabhängige Pauschalen in einer Bandbreite von 8,75 Euro pro Quartal (zuzüglich eventueller Zuschläge) bis hin zu 66 Euro pro Jahr (zuzüglich eventueller Zuschläge).

Die Vergütungssystematik der meisten Hausärzterverträge sah jedoch vor, dass die kontaktunabhängige Pauschale beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt auf die kontaktabhängige Grundvergütung anzurechnen war. Ebenso waren die kontaktunabhängigen Pauschalen bei der Einhaltung der durchschnittlichen Fallwertobergrenzen der Hausärzterverträge zu berücksichtigen. Eine Schätzung etwaiger Mehrkosten, die auf dieses Vergütungsmodell zurückzuführen sind, ist deshalb nicht möglich. Der Großteil der Krankenkassen untersteht als bundesunmittelbare Körperschaften zudem nicht der Rechtsaufsicht des Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit. Unmittelbarer Zugriff auf Daten dieser Kassen besteht nicht.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die Vereinbarung von Vergütungsregelungen in Selektivverträgen im Rahmen des geltenden Rechts Angelegenheit der Vertragsparteien ist. Ob zukünftige Hausarztverträge eine entsprechende Vergütungspauschale enthalten werden, obliegt somit ausschließlich einer entsprechenden Einigung der Vertragsparteien.

5.6 *Bringen die existierenden Ausgaben- und Mengensteuerungen, die durch Honorarbudgets, Zielvereinbarung oder Richtgrößen – oft verknüpft mit Regressregelungen – gesteuert werden, die Leistungserbringer dazu, die insgesamt veranlassten Ausgaben implizit zu begrenzen und damit die Leistungen gegenüber den Patienten zu rationieren?*

Die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung haben nach Maßgabe des SGB V Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft. Ein Arzt, der auf Grund eines befürchteten Regresses eine medizinisch notwendige Leistung nicht verordnet, würde damit nicht nur gegen ärztliches Standesrecht, sondern auch gegen seine vertragsärztlichen Pflichten verstoßen.

Belastbare Erkenntnisse darüber, dass eine signifikante Zahl an Ärzten einen solchen Pflichtenverstoß auf Grund existierender Mechanismen zur Ausgaben- und Mengensteuerungen begehen würde, liegen nicht vor. Sollte im Einzelfall ein solcher Pflichtverstoß durch einen Vertragsarzt im Raum stehen, hat ein betroffener Patient die Möglichkeit, sich deswegen an seine Krankenkasse zu wenden oder unmittelbar die Kassenärztliche Vereinigung um Prüfung zu bitten.

Unabhängig davon haben die Koalitionsparteien auf Bundesebene bereits in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, dass angesichts der vielfältigen Steuerungsinstrumente überprüft werden soll, ob weiterhin eine Notwendigkeit für Richtgrößen für ärztliche Verordnungen besteht. Im Rahmen des anlaufenden Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz werden derzeit Änderungen im Verfahren der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung angedacht. Insbesondere soll durch die Beseitigung von Unsicherheiten dazu beigetragen werden, Anreize zur Niederlassung zu schaffen. Die Koalitionsfraktionen auf Bundesebene beabsichtigen zudem, den Grundsatz „Beratung vor Regress“ zu stärken.

6 *Arzneimittel*

6.1 *Wie hoch waren die Ausgaben für die ärztliche Vergütung und zu welchem Schluss kommt die Staatsregierung, wenn sie diese Ausgaben mit den Ausgaben (in absoluten Zahlen) für Arzneimittel vergleicht?*

Im 1. Halbjahr 2010 betrugen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, die der vertragsärztlichen Versorgung zugute kommen (ärztliche Behandlung, Behandlung durch Belegärzte in Krankenhäusern, ärztliche Beratung und Behandlung bei Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch, Früherkennung,

Mutterschaftsvorsorge, Dialyse-Sachkosten einschließlich von den Versicherten geleistete Zuzahlungen wie die Praxisgebühr) 16,6 Mrd. Euro, im gesamten Jahr 2009 30,6 Mrd. Euro und im Jahr 2008 28,6 Mrd. Euro.

Die Ausgaben für Arzneimittel aus Apotheken und von Sonstigen (ohne Arzneimittel im Rahmen von Krankenhausbehandlungen) betrugen im 1. Halbjahr 2010 16,3 Mrd. Euro, im gesamten Jahr 2009 32,4 Mrd. Euro und im Jahr 2008 30,9 Mrd. Euro.

Beide Leistungsbereiche sind für die medizinische Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar. Ein gegenseitiges Aufrechnen der Ausgaben ist deshalb nicht zielführend.

6.2 *Welche neuen Regelungen könnten die Wirtschaftlichkeit, Innovationsfähigkeit und Transparenz in der Arzneimittelversorgung verbessern und hat die Staatsregierung hierzu konkrete Vorschläge zu unterbreiten, wie sehen diese aus und wenn nein, plant die Staatsregierung Vorschläge zu entwickeln?*

Am 01.01.2011 ist das AMNOG in Kraft getreten. Ziel des AMNOG ist es, dass den Menschen im Krankheitsfall die besten und wirksamsten Arzneimittel zur Verfügung stehen. Verlässliche Rahmenbedingungen für Innovationen, die Versorgung der Versicherten und die Sicherung von Arbeitsplätzen sind hierfür unabdingbar.

Die Preise und Verordnungen von Arzneimitteln müssen, gerade im Hinblick auf ein nachhaltig finanzierbares Gesundheitssystem, gleichzeitig wirtschaftlich und kosteneffizient sein.

6.3 *Warum haben nach Auffassung der Staatsregierung die gesetzgeberischen Eingriffe der letzten Jahre in den Arzneimittelmarkt nicht zu einer nachhaltigen Begrenzung der Arzneimittelausgaben geführt und was plant die Staatsregierung um die Ausuferung der Arzneimittelausgaben einzudämmen?*

6.4 *Warum sind trotz Festbetragsregelung die Ausgaben der GKV für Arzneimittel gestiegen?*

Die Fragen C.6.3. und C.6.4. werden wegen ihrer inhaltlichen Nähe zusammen beantwortet.

Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Jahr 2009 um 5,3 % je Versicherten gestiegen. Dies entspricht einem Zuwachs von rund 1,5 Mrd. Euro. Die hohen Ausgabenzuwächse der vergangenen Jahre haben dazu geführt, dass im Jahr 2009 einschließlich der Zuzahlungen der Versicherten mehr als 32 Mrd. Euro für Arzneimittel ausgegeben wurden. Dieser Kostenzuwachs wird durch Arzneimittel ohne Festbetrag verursacht (2009: + 8,9 %), während die GKV-Umsätze mit Festbetragsarzneimitteln sinken (2009: minus 2 %). Wachstumsträger sind kostenintensive Spezialpräparate mit jährlich zweistelligen Zuwachsraten. Ihr Anteil am GKV-Arzneimittelumsatz erreicht bereits rund 26 %, obwohl ihr Verordnungsanteil nur 2,5 % beträgt.

Mit dem am 01.01.2011 in Kraft getretenen AMNOG wird die freie Preissetzung für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen zum ersten Mal eingeschränkt. Bei Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit neuem Wirkstoff wird eine Nutzenbewertung durchgeführt. Hat das Arzneimittel keinen Zusatznutzen für den Patienten gegenüber der Vergleichstherapie, wird das Arzneimittel in eine Festbetragsgruppe eingeordnet. Hat das Arzneimittel einen Zusatznutzen, so handelt der Hersteller mit dem GKV-Spitzenverband einen Erstattungsbetrag für das Arzneimittel aus. Bei Nichteinigung gilt eine Schiedsregelung.

6.5 *Hat sich die Festbetragsregelung als wirksames Instrument erwiesen um Kosten zu sparen und wenn ja, wie viel konnte im Bereich der Generika und der Analogpräparate seit 2000, in absoluten Zahlen, eingespart werden?*

Im Jahr 2010 betrug die Ersparnis durch Festbeträge ca. 4,7 Mrd. Euro. Der GKV-Spitzenverband geht von Einsparungen durch Festbeträge im Jahr 2011 von circa 5,5 Mrd. Euro und seit Einführung der Festbeträge im Jahr 1989 kumuliert von mehr als 45 Mrd. Euro aus. Die Festbeträge sind daher ein ökonomisch bedeutendes Instrument zur Ausgabendämpfung im Arzneimittelbereich.

6.6 *Welche Regulierungsinstrumente im Arzneimittelbereich sind der Staatsregierung bekannt und werden dort angewendet?*

Die existierenden Regulierungsinstrumente im Arzneimittelbereich waren bereits Gegenstand einer Anfrage im Bundestag vom 01.06.2010, BT-Drucksache 17/1894. Auf die dortige Beantwortung der Frage 1 durch die Bundesregierung wird daher verwiesen. Seit dem 01.01.2011 gilt mit Inkrafttreten des AMNOG als wesentliche regulative Neuerung zudem ein verbindliches Kosten- und Nutzenbewertungsverfahren auch für alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen.

6.7 *Sieht die Staatsregierung eine Über- oder Fehlregulierung und wenn ja, inwiefern und welche Auswirkungen hat dies auf die gesamtwirtschaftliche Situation in der GKV?*

Im Koalitionsvertrag auf Bundesebene wurde vereinbart, die Vielzahl der sich zum Teil widersprechenden Instrumente, die den Arzneimittelmarkt regeln, zu überprüfen, die Überregulierung abzubauen sowie den Arzneimittelmarkt unter patienten-, mittelstandsfreundlichen und wettbewerblichen Kriterien effizient neu zu ordnen.

Dies wurde mit dem AMNOG umgesetzt. Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden durch verschiedene Maßnahmen verschlankt, die Bonus-Malus-Regelung bei Arzneimittelverordnungen und die Zweitmeinungsregelung bei der Verordnung besonderer Arzneimittel werden aufgehoben. Das System der Therapiehinweise und der Verordnungsausschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses wird präziser geregelt. Zur besseren Information der Ärztinnen und Ärzte sowie der Wissenschaft, aber auch von Patientinnen und Patienten, sollen künftig klinische Arzneimittelstudien veröffentlicht werden. Die Patientin-

nen und Patienten erhalten eine größere Wahlfreiheit bei Arzneimitteln. Die Verfahrensabläufe beim Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen werden gestrafft.

Zahlen zu den Auswirkungen einer Über- oder Fehlregulierung auf die gesamtwirtschaftliche Situation der GKV liegen der Staatsregierung nicht vor.

6.8 *Wie viel in absoluten Zahlen würde ein reduzierter Mehrwertsteuersatz von sieben % den Beitragszahlern Arzneimittelausgaben pro Jahr ersparen?*

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände schätzt die Auswirkungen folgendermaßen ein: Für 2009 betrug der Anteil der Mehrwertsteuer an den GKV-Arzneimittelausgaben (ohne Zuzahlungen) 4,49 Mrd. Euro. Eine Absenkung des Mehrwertsteuersatzes von derzeit 19 % auf den ermäßigten Mehrwertsteuersatz von 7 % würde zu einer Ersparnis von rd. 2,84 Mrd. Euro führen.

6.9 *Befürwortet die Staatsregierung eine Senkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel und die Einführung einer Positivliste für Arzneimittel und wenn nein, warum nicht?*

Eine Reduzierung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel wäre mit Einnahmefällen für die öffentlichen Haushalte verbunden. Diese müssten an anderer Stelle gegenfinanziert werden.

Die Einführung einer Positivliste erscheint vor dem Hintergrund der erst im Jahr 2010 im AMNOG getroffenen Maßnahmen nicht angezeigt. Durch die Neuregelungen des AMNOG müssen Hersteller von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen zukünftig einen Zusatznutzen nachweisen und können den Preis grundsätzlich nicht mehr dauerhaft nach eigenem Ermessen festlegen.

6.10 *Wie steht die Staatsregierung zur Senkung des Zwangsrabatts, den die Apotheker den GKV-Patienten gewähren müssen?*

Gemäß § 130 Abs. 1 SGB V a.F. erhielten die Krankenkassen von den Apothekern für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel einen Abschlag von 2,30 Euro je Arzneimittel, für sonstige Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 5 % auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelpreis. Der Abschlag für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel konnte, erstmalig mit Wirkung für das Kalenderjahr 2009, von den Partnern des Rahmenvertrags über die Arzneimittelversorgung (GKV-Spitzenverband und Deutscher Apothekerverband) angepasst werden. Der Abschlag ist dabei so anzupassen, dass die Vergütung der Apotheken für die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel leistungsgerecht ist unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung.

Aufgrund dieser Regelung hat die gemeinsame Schiedsstelle aus Deutschem Apothekerverband und GKV-Spitzenverband nach § 129 Abs. 9 SGB V am 21.12.2009 entschieden, den Apothekenabschlag für 2009 für ver-

schreibungspflichtige Fertigarzneimittel auf 1,75 Euro abzusenken, welcher gerichtlich noch umstritten ist. Ebenso ist es im Jahr 2010 zu keiner Einigung über den Apothekenabschluss gekommen, eine Anrufung der Schiedsstelle steht aus.

Mit Inkrafttreten des AMNOG wird der Apothekenrabatt für die Jahre 2011 und 2012 auf 2,05 Euro erhöht. Damit sollen die Apotheken einen Einsparbetrag in Höhe von 200 Mio. Euro erbringen. Ab dem Jahr 2013 ist die Anpassung des Apothekenabschlages wieder von der Selbstverwaltung auszuhandeln. Hierbei hat die Selbstverwaltung die Veränderungen der Leistungen der Apotheken auf Grundlage einer standardisierten Beschreibung der Leistungen im Jahre 2011 zu ermitteln und Einnahmen und Kosten der Apotheken durch tatsächliche Betriebsergebnisse repräsentativ ausgewählter Apotheken zu berücksichtigen.

Da diese Regelungen auf Apotheken erhebliche Auswirkungen haben können, müssen die Folgen durch die Bundesebene überprüft werden, damit auch zukünftig die sehr gute flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung gewährleistet werden kann.

6.11 *Hält die Staatsregierung einen Zwangsrabatt für ein geeignetes Mittel, um die Arzneimittelausgaben zu begrenzen, wenn ja, warum, und wenn nein, welche alternativen Maßnahmen sind denkbar?*

Zwangsrabatte sind eine Möglichkeit zur kurzfristigen Begrenzung von Arzneimittelausgaben. Um die Ausgaben langfristig zu begrenzen werden mit dem AMNOG strukturelle Veränderungen bewirkt.

6.12 *Wie steht die Staatsregierung dazu, dass im stationären Bereich im Gegensatz zum ambulanten Bereich, verschiedene Regulierungen für die Kostenübernahme von Arzneimitteln gelten und die GKV im stationären Bereich nur wenig Einfluss auf die Art und Menge der verabreichten Arzneimittel nehmen kann?*

Die Arzneimittelversorgung im Krankenhaus wird durch die Fallpauschalen mitvergütet. Es sind im Krankenhausbereich keine Anzeichen ersichtlich, dass mehr Regulierung zu geringeren Ausgaben der Krankenkassen führen würde. Im Gegensatz hierzu werden in der ambulanten Versorgung die ambulant-ärztliche Leistung und die Arzneimittel grundsätzlich getrennt abgerechnet.

Probleme können sich ergeben, wenn Patienten nach der stationären Behandlung auf andere, in der ambulanten Versorgung vorrangig verordnende Arzneimittel verwiesen werden. Dies gilt auch im umgekehrten Fall.

Die Staatsregierung setzt sich seit langem für eine bessere Verzahnung der Sektoren ein, zu der insbesondere die Abstimmung zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten gehört. Unverzichtbar ist dabei die konstruktive Zusammenarbeit aller Beteiligten.

6.13 *Ist die Staatsregierung der Meinung, dass Arzneimittel nach der Zulassung weiter ohne Prüfung der Evidenz zum, vom Hersteller festgesetzten Preis, verordnet werden können und wenn ja warum?*

Mit Inkrafttreten des AMNOG zum 01.01.2011 müssen die Hersteller bei Markteinführung eines neuen Arzneimittels mit neuen Wirkstoffen in einem Dossier den Zusatznutzen belegen. Daraus wird eine Nutzenbewertung erstellt, die der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt. Anschließend vereinbart das pharmazeutische Unternehmen einen Erstattungsbetrag mit dem GKV-Spitzenverband – innerhalb von 12 Monaten nach Markteinführung. Bei Nichteinigung entscheidet eine zentrale Schiedsstelle mit Wirkung ab dem 13. Monat nach Markteinführung. Die Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist aufgrund des Dossiers des pharmazeutischen Unternehmens (§ 35a SGB V) Grundlage für die Preisverhandlungen. Ein höherer Erstattungsbetrag gegenüber den bereits verfügbaren Arzneimitteln darf nur vereinbart werden, wenn das neue Arzneimittel einen Zusatznutzen hat. Die Industrie muss den Zusatznutzen gegenüber der Vergleichstherapie nachweisen. Arzneimittel ohne Zusatznutzen werden einer Festbetragsgruppe zugeordnet.

Unabhängig davon gab und gibt es weitere Preisregulierungsinstrumente im Arzneimittelmarkt (siehe insbesondere Antwort zu Frage C.6.6.). Beispielsweise ist bei Festbetragsarzneimitteln der von der GKV zu tragende Betrag auf den Festbetragspreis begrenzt.

7 *Elektronische Gesundheitskarte (eGK)*

7.1 *Wie hoch sind die Ausgaben für die Einführung bzw. Testphase der Elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bemessen und wie hoch belaufen sich die Ausgaben bisher tatsächlich in Deutschland und in Bayern?*

Die für den Aufbau der Telematikinfrastruktur und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zuständigen Organisationen der Selbstverwaltung haben die Kosten für die Einführung und den Betrieb zu tragen. Nach Veröffentlichungen des Bundesgesundheitsministeriums wird die Einführung bundesweit Investitionen von voraussichtlich bis zu 1,4 Mrd. Euro erfordern. Die für die Testregion Ingolstadt benötigten Mittel werden von der gematik (Gesellschaft für Telematik Anwendungen der Gesundheitskarte mbH) zur Verfügung gestellt, der Freistaat Bayern ist an der Finanzierung nicht beteiligt. Die Höhe der bisherigen Ausgaben ist hier nicht bekannt.

7.2 *Hat die Testphase ergeben, dass sich die Investitionen in die eGK kostendämpfend auf der Ausgabenseite auswirken wird und wenn ja, ab wann?*

Nach der maßgeblichen Verordnung über Testmaßnahmen wurden einzelne Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte ausschließlich durch Speicherung auf der Karte überprüft (z.B. Einlesen der Versichertenangaben, Speicherung von Notfalldaten). Eine Anbindung an das Kommunikationsnetz erfolgte hiermit noch nicht. Die

bisherigen Testphasen hatten nicht zum Ziel, finanzielle Auswirkungen durch den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte zu prüfen.

7.3 Steht der Nutzen der Einführung der eGK in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der eGK und wenn ja, warum?

Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte soll die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Behandlung verbessert werden. So kann beispielweise durch die schnellere Verfügbarkeit von Notfalldaten die Versorgungsqualität erhöht werden. Konkrete finanzielle Auswirkungen, insbesondere eine finanzielle Bewertung von gesundheitlichen Vorteilen für Patienten, sind derzeit nicht bezifferbar. Durch den Aufbau einer Telematikinfrastruktur und die damit verbundene Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität kann die gesundheitliche Versorgung in finanzieller Hinsicht verbessert werden. Zum Datenschutz siehe Antwort zu den Fragen E.6.1. und E.6.2.

D. Verhältnis der GKV zu Leistungserbringern

1 Ärzte/Fachärzte

1.1 Honorarreform/Erlössituation

1.1.1 Wie hoch sind die aktuellen Jahresumsätze (vor und nach Steuern) bei den niedergelassenen Ärzten bzw. Fachärzten (nach einzelnen Gruppen) bzw. Zahnärzten in Bayern in absoluten Zahlen und im bundesdeutschen Vergleich?

Nach den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stellen sich die Arztumsätze 2008 je Arztgruppe wie folgt dar:

Arztgruppe	in 1.000 Euro
Augenarzt	227,9
Chirurg	211,6
Frauenarzt	189,2
HNO-Arzt	170,8
Hautarzt	178,4
Internisten (fachärztlich tätig)	409,9
Kinderarzt	192,8
Nervenarzt	133,2
Orthopäde	235,4
Psychotherapeut*	65,5
Radiologe	381,5
Urologe	197,7
Hausarzt	184,8

* einschließlich Psychologischer Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Aktuellere Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Arztumsätzen liegen noch nicht vor. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat Angaben für die in Bayern tätigen Ärzte in dieser Aufgliederung nicht vorliegen.

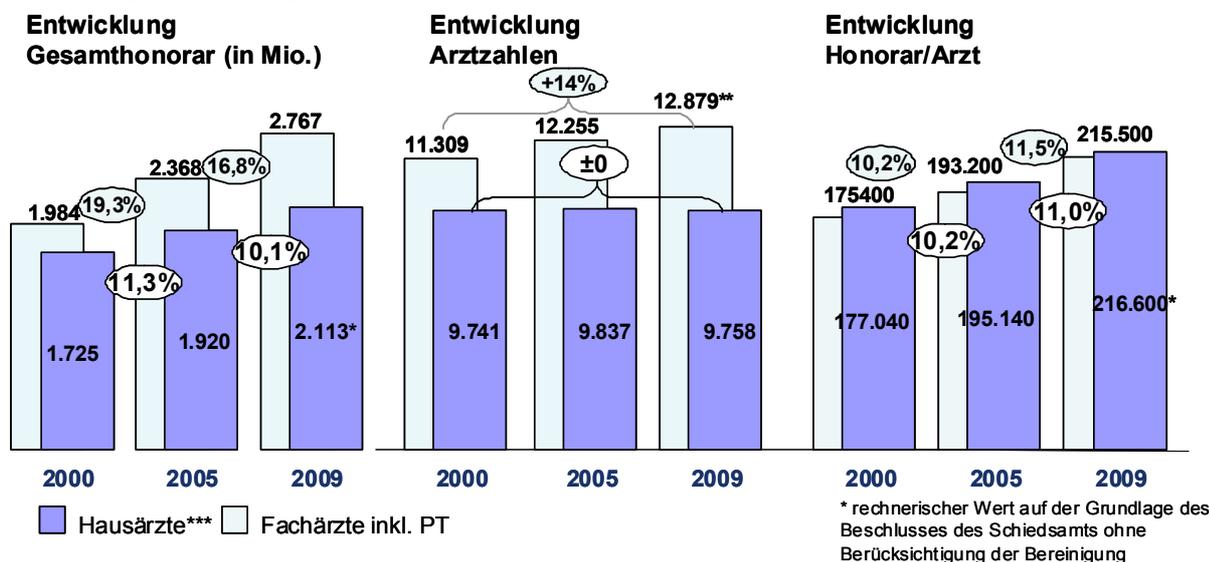
Neben den Praxisumsätzen bzw. Honoraren aus Vertragsarztstätigkeit erzielen niedergelassene Ärzte z.B. weitere Umsätze aus der Tätigkeit als Privatarzt oder durch die Erbringung sog. nicht zum Leistungsumfang der GKV zählender, individueller Gesundheitsleistungen. Diese Umsätze bzw. Einnahmen wurden nicht berücksichtigt, da sie nicht aus Mitteln der GKV erzielt werden (Zuordnung der Frage zum Fragenkomplex D).

Aktuelle Jahresumsätze aus Praxistätigkeit bei niedergelassenen Zahnärzten liegen auf Länderebene nicht vor. Dazu werden nur bundeseinheitliche Statistiken erstellt, ein Vergleich ist daher nicht möglich. Der bundesdurchschnittliche Praxisumsatz aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit für 2009 beträgt je Inhaber 377.957 Euro. Dies schließt jedoch gegenüber den Werten für Vertragsärzte den Privatumsatz und die Eigenbeteiligungen der Patienten mit ein.

Eine Angabe von Umsätzen nach Steuern ist aufgrund der großen Heterogenitäten der Steuerlast innerhalb der Ärzteschaft sowie des Steuergeheimnisses nicht möglich.

1.1.2 Wie hat sich die Einkommenssituation der niedergelassenen Haus-, Fach- und Zahnärzte in Bayern in den Jahren 2000 bis 2009 im Vergleich zu der Einkommensentwicklung der bayerischen Bevölkerung entwickelt?

Entwicklung der Honorare je Arzt von 2000 auf 2009



**wegen veränderter Arztzählung, zwecks Vergleichbarkeit zu den Vorjahren rechnerisch angepasst

***Hausärzte: Allgemeinärzte, praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten, Kinderärzte

Quelle: KVB

Das Einkommen aus zahnärztlicher Tätigkeit vor Steuern, also der Jahresumsatz abzüglich der Betriebskosten, lag im Bundesdurchschnitt im Jahr 2009 bei 121.698 Euro. Im Jahr 2000 belief sich der Wert auf 96.622 Euro. Der Inhaber einer Zahnarztpraxis hat nach Daten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung damit einen Lohnanstieg von 2000 auf 2009 in Höhe von 26,0 %.

Die Einkommen der bayerischen Bevölkerung gemessen als jährliche Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer sind nach Angaben der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung der Länder von im Jahr 2000 25.899 Euro auf 28.922 Euro im Jahr 2009 gestiegen. Dies entspricht einer Steigerung von 11,7 %.

1.1.3 Welche honorarpolitischen Maßnahmen sind derzeit in der Selbstverwaltung auf Bundesebene geplant?

Die Koalitionsparteien auf Bundesebene haben in ihrem Koalitionsvertrag hierzu folgendes vereinbart: „Die Ärztinnen und Ärzte brauchen einen gesicherten Rahmen für ihre Arbeit. Eine Grundvoraussetzung ist ein einfaches, verständliches Vergütungssystem, das die Leistungen adäquat abbildet. Dabei werden regionale Besonderheiten Berücksichtigung finden. Nach kritischer Überprüfung wird die Honorarreform unter dieser Zielsetzung zusammen mit den Beteiligten den erforderlichen Kurskorrekturen unterzogen.“

Mit dem am 01.01.2011 in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetz ist der für ärztliche Leistungen zuständige Bewertungsausschuss als Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene beauftragt worden, dem Bundesgesundheitsministerium ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vorzulegen, das wiederum unverzüglich dem Deutschen Bundestag vorzulegen ist.

Nach derzeitigem Kenntnisstand soll die Korrektur der Arztthonorare noch 2011 in Angriff genommen werden. Die Auswirkungen dieser Korrekturen können dementsprechend derzeit noch nicht abgeschätzt werden.

1.1.4 Sieht die Staatsregierung es als geeignete Maßnahme an, das vertragsärztliche Niederlassungsverhalten unter anderem über die Höhe des Honorars zu steuern?

Auf die Ausführungen zu Frage B.1.7. wird verwiesen.

1.1.5 Unterstützt die Staatsregierung eine Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ/GOZ) und wenn ja, in welchen Punkten hält die Staatsregierung die GOÄ/GOZ für reformbedürftig?

1.1.6 Welche Auswirkungen haben diese Maßnahmen auf die Honorarverteilung unter den Ländern und zwischen den Fachgruppen?

Die Fragen D.1.1.5. und D.1.1.6. werden wegen der Sachnähe zusammen beantwortet.

Gemäß dem Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP auf Bundesebene sollen beide Gebührenordnungen, GOÄ und GOZ, an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst werden. Dabei sind die jeweiligen Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Diese Auffassung teilt die Staatsregierung.

Seit Ende März 2011 liegt der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums für eine novellierte GOZ vor. Das Gebührenverzeichnis wurde in Abstimmung mit der Bundeszahnärztekammer umfassend überarbeitet. Das BMG geht danach von einer Honorarsteigerung im privat Zahnärztlichen Bereich von insgesamt rund 6 % aus. Eine ausdrückliche Anhebung des Punktwerts ist aber nicht vorgesehen. Auch die sogenannte „Öffnungsklausel“ für abweichende Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern ist in dem Entwurf nicht enthalten. Die neue GOZ soll am 01.01.2012 in Kraft treten. Die GOÄ-Novelle soll nach Abschluss der Verhandlungen zur GOZ in Angriff genommen werden.

Da die genauen finanziellen Auswirkungen der Novellen derzeit noch nicht abgeschätzt werden können, sind Effekte auf die privat (zahn-)ärztlichen Honorare in den Ländern bzw. bei den ärztlichen Fachgruppen nicht vorherzusagen.

1.1.7 Um die Verluste zu begrenzen wurde zwischen den Gesetzlich Krankenversicherten (GKV) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) eine sogenannte Konvergenzklausel vereinbart. Welchen Inhalt hat diese Vereinbarung, welche Konsequenzen ergeben sich für Ärzte, die aufgrund der letzten Gesundheitsreform Einbußen hinnehmen mussten, welche inhaltlichen und formalen Kriterien muss ein Arzt erfüllen, um die Konvergenzregelung zu nutzen und wie hoch war der Ausgleich 2009 insgesamt und wie soll für die Zukunft gewährleistet werden, dass kein Arzt mehr als fünf Prozent Einnahmeverluste hinnehmen verursacht durch die letzten Reformen hinnehmen muss?

Mit Einführung der Honorarreform zum 01.01.2009 hat die Gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen auf Bundesebene beschlossen, dass die Gesamtvertragspartner auf Landesebene zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten Konvergenzregelungen vereinbaren können.

Unter Vermittlung durch das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit haben daraufhin die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Bayern (Gesamtvertragspartner) am 19.01.2009 vereinbart, dass befristete Ausgleichszahlungen an Ärzte geleistet werden, wenn sich deren Honorar um mehr als 5 % gegenüber dem Vorjahresquartal vermindert und die Honorarminderung auf die neue Vergütungssystematik zum 01.01.2009 zurückzuführen ist. Die konkrete Umsetzungsvereinbarung für das 1. Quartal 2009 konnte zwischen den Gesamtvertragspartnern am 23.10.2009 erzielt werden. Für die weiteren Quartale 2009 gilt die Vereinbarung im Honorarvertrag, dass Ausgleichszahlungen bei einer Honorarminderung von mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal geleistet werden.

Laut Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns gilt auch ab dem Quartal 1/2010 erneut eine Konvergenzregelung. Bezugsgröße ist hierbei ebenfalls jeweils das entsprechende Quartal des Jahres 2008. Für die Quartale 1/2010 und 2/2010 setzt die Konvergenzregelung bei einem Honorarrückgang von mehr als 15 % ein. Für die Quartale 3/2010 und 4/2010 haben sich die Vertragspartner auf eine Konvergenzregelung ab einem Honorarrückgang von 5 % geeinigt.

Erläuterungen über das konkrete Verfahren zum Erhalt von Ausgleichszahlungen im Rahmen der Konvergenzvereinbarungen finden sich auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns unter <http://www.kvb.de/de/praxis/honorar/konvergenz.html>.

1.1.8 Plant die Staatsregierung auf eine Korrektur der von der Bundesregierung geplanten Maßnahmen beziehungsweise des dazugehörigen Zeitplans hinzuwirken?

Die Bayerische Staatsregierung achtet stets darauf, dass Initiativen der Bundesregierung den besonderen Interessen Bayerns gerecht werden. Dies schließt insbesondere die Interessen der bayerischen Leistungserbringer und vor allem der bayerischen Versicherten und Patienten ein. Soweit einzelne Maßnahmen diese Interessen nicht ausreichend berücksichtigen sollten, wird sich die Staatsregierung für entsprechende Korrekturen einsetzen. Die Regelungskompetenz für das SGB V liegt jedoch beim Bundesgesetzgeber.

1.1.9 Sieht die Staatsregierung in den Regelungen zur hausärztlichen Versorgung in § 73b SGB V einen Verstoß gegen die Grundsätze des Vertragswettbewerbs, wenn ja inwiefern und wenn nein, warum nicht und ist mit einer Novellierung des § 73b SGB V zu rechnen und wenn ja, mit welcher?

Siehe Antwort zu Frage B.1.10.

1.1.10 In den Hausarztvertrag des Bayerischen Hausärzterverbands mit der AOK sind mittlerweile über zwei Millionen Versicherte eingeschrieben. Wie wird für diese Versicherten der Bereitschaftsdienst sichergestellt, welcher Aufwandsersatz wird dafür entrichtet, wenn dies über die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt und ist zu befürchten, dass in Zukunft verschiedene parallele Strukturen (z.B. verschiedene Notrufnummern im Bereitschaftsdienst) für die Mitglieder verschiedener Kassen in Bayern zu erwarten sind?

Der bisherige Hausarztvertrag des Bayerischen Hausärzterverbandes mit der AOK Bayern wurde seitens der AOK im Dezember 2010 außerordentlich gekündigt. Derzeit befinden sich Hausärzterverband und AOK in Verhandlungen zum Abschluss eines erneuten Hausarztvertrages. Die Festlegung der Inhalte dieses Vertrags obliegt ausschließlich den Vertragsparteien im Rahmen ihrer Vertragsverhandlungen – auch hinsichtlich der Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes. Die Auswirkungen entsprechender Vertragsregelungen bleiben insoweit abzuwarten.

1.2 *Selektivverträge*

1.2.1 *Die Selektivverträge sehen vor, dass die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung um den Betrag gekürzt wird, die der Leistung entspricht, die in Selektivverträge verlagert wurde. Welche Auswirkungen sind durch die Zunahme der Selektivverträge auf die Honorare jener bayerischen Ärzte zu erwarten, die nicht an den Verträgen teilnehmen und welche Auswirkungen hat das auf deren finanzielle Situation?*

Zunächst ist festzuhalten, dass nicht jeder Selektivvertrag zu einer Kürzung der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung (Bereinigung) führt, da nicht jeder Selektivvertrag eine Verlagerung von Leistungen aus dem Kollektivvertrag vorsieht. In sogenannten „Add-on-Verträgen“ ist dies beispielsweise nicht der Fall.

Zielrichtung einer Bereinigung der Gesamtvergütung ist die Vermeidung einer Doppelfinanzierung erbrachter Leistungen sowohl aus Kollektiv- wie aus Selektivvertrag. Deshalb hat die Bereinigung grundsätzlich in derjenigen Gesamthöhe zu erfolgen, die im Kollektivvertrag den in den Selektivvertrag ausgelagerten Leistungen entspricht. Für die weiterhin im Rahmen des Kollektivvertrages erbrachten Leistungen ergibt sich damit unmittelbar keine Veränderung der Vergütung.

Mittelbare Veränderungen sind jedoch dann denkbar, wenn es durch die veränderte Leistungsstruktur im Selektivvertrag auch zu Änderung bei der Inanspruchnahme entsprechenden ärztlichen Leistungen im Kollektivvertrag kommt (z.B. Änderung bei der Häufigkeit von Arztbesuchen, Verordnungen und Überweisungen). Zu solchen mittelbaren Auswirkungen von Selektivverträgen liegen jedoch keine belastbaren Erkenntnisse vor, insbesondere auch nicht dazu, ob sich solche Änderungen eher zu Lasten oder zu Gunsten von nicht an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten auswirken würden.

1.2.2 *Bis Ende 2008 wurden Verträge zur Integrierten Versorgung durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) erfasst. Wie hoch war 2009 der Honorarumsatz in Bayern in den verschiedenen Selektivverträgen und welche Quellen gibt es hierzu?*

Hierzu liegen der Bayerischen Staatsregierung keine Daten vor, da über den Großteil der Vertragsparteien von Selektivverträgen keine Aufsicht durch das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit und damit kein entsprechendes Auskunftrecht besteht. Selektivvertragsscharfe bzw. kassenscharfe Umsatzangaben von miteinander im Wettbewerb stehenden Krankenkassen werden zudem regelmäßig dem Schutz von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen unterfallen.

1.2.3 *Die Selektivverträge verpflichten die Krankenkassen, ihre Versicherten umfassend über die in den Verträgen angebotenen Leistungen und die Qualitätssicherung zu informieren. Wie wird das umgesetzt und wie wird sichergestellt, dass die Versicherten die Übersicht über die verschiedenen Leistungsangebote behalten?*

Die Krankenkassen informieren über spezifische selektivvertragliche Programme z.B. durch Flyer, Broschüren, in Mitgliederzeitschriften oder elektronisch im Internet. Des Weiteren besteht grundsätzlich eine Beratungspflicht der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten. Darüber hinaus sind die an der Selektivversorgung teilnehmenden Leistungserbringer verpflichtet, die sich für eine solche Versorgung entscheidenden Patienten über ihre damit verbundenen Rechten und Pflichten zu informieren.

1.2.4 *Selektivverträge (§§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V) müssen eine Qualität der Leistungserbringung beinhalten, die mindestens der der Regelversorgung entspricht oder sogar darüber hinausgeht. Wie ist die Einhaltung dieser Vorgaben gesetzlich vorgeesehen, wie wird dies umgesetzt und wie überprüft?*

Grundsätzlich gelten die allgemeinen Regelungen des SGB V über qualitative Anforderungen an die vertragsärztliche Versorgung auch für eine Versorgung im Rahmen von Selektivverträgen, sofern in den Rechtsgrundlagen der jeweiligen Verträge nicht abweichende bzw. weitergehende Anforderungen festgelegt sind. Insbesondere gilt die Fortbildungspflicht des § 95d Abs. 1 SGB V für alle Vertragsärzte. Bei Selektivverträgen nach § 73b SGB V wird diese in Abs. 1 Ziff. 3 sogar besonders ausgestaltet.

Werden von den Vertragsparteien eines Selektivvertrages Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringung vereinbart, die über die Qualitätsanforderungen im Rahmen des Kollektivvertrages hinausgehen, so obliegt die Überwachung der Einhaltung dieser Vereinbarung den Vertragsparteien. Welche Mechanismen zur Überwachung der Einhaltung selektivvertraglicher Pflichten und welche Sanktionsmöglichkeiten bei Pflichtverstoß bestehen, hängt von der Ausgestaltung des konkreten Vertrages ab (z.B. Honorarkürzungen, Vertragsstrafen, Kündigungsmöglichkeiten) und kann aufgrund der Vielgestaltigkeit der Selektivverträge im Einzelnen nicht dargestellt werden.

1.2.5 *§ 95d SGB V sieht vor, dass Ärzte und Psychotherapeuten, die keinen Nachweis über die Einhaltung ihrer Fortbildungsverpflichtung erbringen, Honorarkürzungen ihres GKV-Honorars hinnehmen müssen. Wird diese Vorgabe auch auf die Selektivverträge angewandt und wenn ja, wie wird die Umsetzung gewährleistet und wenn nein, wie ist dies zu rechtfertigen?*

Die Festlegung der Teilnahmevoraussetzungen für einzelne Leistungserbringer sowie der Inhalte des Leistungsgeschehens obliegt den Vertragspartnern eines Selektivvertrages. Die Überwachung der Einhaltung selektivvertraglicher Pflichten sowie die Sanktionierung etwaiger Pflichtverstöße fallen ebenfalls grundsätzlich in deren Zuständigkeit.

1.3 *Planungssicherheit*

1.3.1 *Ist der Staatsregierung bekannt, ob honorarpolitische Maßnahmen für die nächsten fünf Jahre in der Selbstverwaltung auf Bundesebene geplant sind, wenn ja, welche und ist mit einer Korrektur der geplanten Maßnahmen beziehungsweise des Zeitplans zu rechnen?*

Siehe die Antworten auf die Fragen D.1.1.3. und D.1.1.8.

1.3.2 Welche Auswirkungen haben diese Maßnahmen auf die Honorarverteilung unter den Ländern und zwischen den Fachgruppen?

Siehe die Antworten auf die Frage D.1.1.3.

1.3.3 Geht durch Einführung von Pauschalen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab die Transparenz des Leistungsgeschehens verloren,

1.3.3.1 wenn nein, inwiefern nicht und

1.3.3.2 wenn ja, ist es sicherzustellen, dass die im Rahmen der Pauschalen erbrachten so genannten Teilleistungen weiterhin dokumentiert werden?

Mit dem am 01.01.2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz wurde der Bewertungsausschuss beauftragt, im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs neben der Zusammenfassung von Einzelleistungen zu Leistungskomplexen auch Fallpauschalen zu bestimmen. Fallpauschalen sollen nach dem Willen des Gesetzgebers festgelegt werden, soweit dies medizinisch sinnvoll ist und die dafür notwendigen verfahrensmäßigen Voraussetzungen bestehen bzw. geschaffen werden können. Die Fallpauschalen sollen insb. dazu beitragen, den mit der Einzelleistungsvergütung verbundenen Anreiz zur Mengenausweitung zu begrenzen. Die Vorschrift wurde seit ihrer Einführung in mehreren Gesetzesänderungen weiterentwickelt.

Die konkrete Ausgestaltung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs und damit auch der Fallpauschalen ist Aufgabe des Bewertungsausschusses und damit der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene. Inwieweit eine Abrechnung erbrachter ärztlicher Leistungen als Einzelleistungen bzw. über Pauschalen sinnvoll ist, kann nicht für alle Fachrichtungen einheitlich beurteilt werden.

Die berufsrechtliche Pflicht eines Arztes zur Dokumentation erbrachter Leistungen besteht jedoch unabhängig von der Art und Weise ihrer Abrechnung. Ärzte sind nach § 14 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns zu einer ordnungsgemäßen Dokumentation ihrer gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen verpflichtet.

1.4 Dokumentationspflichten

1.4.1 Wie hoch ist der zeitliche Aufwand für die Dokumentation (prozentual zur ärztlichen Leistung) im ambulanten Bereich?

Nach einer bundesweiten Umfrage durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung aus dem Jahr 2005 ergaben sich 14 Stunden administrative Tätigkeit eines Vertragsarztes pro Woche. Bezogen auf erhobene 55 Stunden Wochenarbeitszeit beträgt der Dokumentationsaufwand prozentual 25,5 %. Allerdings dürfte der Aufwand abhängig von Art und Organisation der ärztlichen Praxis stark schwanken.

Bei den Inhabern einer Zahnarztpraxis betrug laut der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2008 knapp 48 Stunden. Der Zeitaufwand für Praxisverwaltung lag bei 8 Stunden wöchentlich. Bezogen auf die reine Behandlungszeit von 35,1 Stunden ergibt sich ein Dokumentationsaufwand von 22,8 %.

1.4.2 Welche betriebswirtschaftlichen Kosten entstehen durch den Dokumentationsaufwand seit 2003 aufgeschlüsselt nach Versorgungsbereich und Facharztgruppe?

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat eine Standard-Kosten-Messung der bürokratischen Belastungen durch Vertragsärzte bei der KPMG im Jahr 2006 in Auftrag gegeben. Demnach sind durch 281 Informationsanforderungen für Westfalen-Lippe 160 Mio. Euro Bürokratiekosten entstanden. Die dort vorgenommene Hochrechnung auf Gesamtdeutschland beläuft sich auf 1,6 Mrd. Euro.

Nach einer Hochrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns auf Datenbasis der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des Instituts der Deutschen Zahnärzte ergeben sich für Deutschlands Vertragszahnärzte Dokumentationskosten von circa 1,3 Mrd. Euro.

1.4.3 Welche Möglichkeiten sieht die Staatsregierung für die Reduzierung des zeitlichen Aufwandes für die Dokumentation ohne Qualitätsverlust für die Patienten und ohne zusätzliche Kosten für die Ärzte?

Das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit hat eine Arbeitsgruppe Bürokratieabbau eingerichtet, in der Einrichtungen der Selbstverwaltung und weitere Verbände im Gesundheitswesen unter Moderation des Ministeriums diesbezügliche Vorschläge entwickeln. Siehe hierzu die Antwort auf die Fragen B.1.6. und B.1.7.

2 Krankenhäuser

2.1 Erlössituation

2.1.1 Haben die Krankenhäuser in Bayern seit 2007 mit Jahresüberschuss, mit ausgeglichenem Ergebnis oder mit Fehlbetrag abgeschlossen (aufgeschlüsselt nach Region, Trägerschaft, Bettenzahl und Krankenhaus)?

Die Gewinnsituation der Krankenhäuser wird nicht erhoben. Sie ist für die staatlichen Aufgaben in den Bereichen der Krankenhausplanung, der Krankenhausförderung und der Krankenhausvergütung nicht entscheidend. Nach § 17 Abs. 1 S. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verbleiben Überschüsse dem Krankenhaus, Verluste sind von ihm zu tragen. Es gibt auch keine Auskunftspflicht der Krankenhäuser zu ihrer Erlössituation.

2.1.2 Wie können die im Gesundheitsfonds für die Krankenhäuser bereitgestellten Mittel, die monatlich an die Krankenkassen ausbezahlt werden, mit weniger Verzögerung die Krankenhäuser erreichen?

Im Gesundheitsfonds sind keine direkten Mittel für die Krankenhäuser bereitgestellt. Die Krankenhäuser stellen den Krankenkassen Rechnungen für die jeweils behandelten Versicherten nach dem geltenden Vergütungsrecht. Die Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind davon völlig unabhängig.

2.1.3 *Wie steht die Staatsregierung zu der dualen Krankenhausfinanzierung und gibt es aus Sicht der Staatsregierung Alternativen?*

Die duale Krankenhausfinanzierung ist Wesensvoraussetzung für eine effektive Krankenhausplanung und die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt herausragende Ausstattung der bayerischen Krankenhäuser. Um eine leistungsfähige, moderne Krankenhauslandschaft zu erhalten, müssen den Krankenhäusern Investitionsmittel in ausreichendem Umfang zur Verfügung gestellt werden. Bayern lehnt daher die bundesgesetzlich ab 2012 eröffnete Möglichkeit einer investiven Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab, da die Mittel damit nicht mehr bedarfsorientiert sondern nach dem Gießkannenprinzip ausgereicht und zudem durch die anfallenden Finanzierungskosten teilweise aufgezehrt würden.

2.1.4 *Welche Finanzierungshilfen gibt es gegenwärtig, in Zukunft (in den nächsten fünf Jahren) und nach welchen Kriterien werden diese Finanzierungsmittel gewährt?*

Die Krankenhausträger erhalten zur Finanzierung der förderfähigen, nach der Aufgabenstellung des Krankenhauses und den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit notwendigen Investitionskosten von in den Bayerischen Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern Investitionsfördermittel nach dem Bayerischen Krankenhausgesetz. Zu den Förderleistungen wird Folgendes erläutert:

- Leistungen nach Art. 11 Bayerisches Krankenhausgesetz (Einzelförderung).

Die Fördermittel nach Art. 11 Bayerisches Krankenhausgesetz werden gewährt für

- die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der hiermit in notwendigem Zusammenhang stehenden Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb erforderlichen Anlagegütern,
- die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren sowie
- 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.

Dabei muss die Wertgrenze für den kleinen Baubedarf (vgl. Art. 12 Bayerisches Krankenhausgesetz) überschritten sein.

- Leistungen nach Art. 12 Bayerisches Krankenhausgesetz (Pauschalförderung).

Die pauschalen Fördermittel nach Art. 12 Bayerisches Krankenhausgesetz werden gewährt für

- die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie
- sonstige nach Art. 11 Bayerisches Krankenhausgesetz förderfähige Investitionen, wenn die Kosten einschließlich Umsatzsteuer für das einzelne Vorhaben ein Fünftel der Jahrespauschale des einzelnen Krankenhauses übersteigt (kleiner Baubedarf).

Mit den Jahrespauschalen kann der Krankenhausträger im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel eigenverantwortlich wirtschaften.

- Leistungen nach Art. 13 Bayerisches Krankenhausgesetz (Mietförderung).

Die Fördermittel nach Art. 13 Bayerisches Krankenhausgesetz können anstelle einer Einzelförderung nach Art. 11 Bayerisches Krankenhausgesetz für die Nutzung von Anlagegütern gewährt werden, soweit deren Errichtung oder Beschaffung unmöglich oder weniger wirtschaftlich ist.

- Leistungen nach Art. 15 Bayerisches Krankenhausgesetz (Darlehensförderung).

Die Fördermittel nach Art. 15 Bayerisches Krankenhausgesetz werden für die Lasten des Schuldendienstes ab dem Zeitpunkt der Planaufnahme eines Krankenhauses gewährt, wenn der Krankenhausträger bereits davor für förderfähige, vor diesem Zeitpunkt entstandene Investitionskosten Darlehen aufgenommen hat.

Dies gilt auch, wenn einzelne Gebäude von bereits in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern erstmals einer bedarfsgerechten Nutzung für die akutstationäre Krankenversorgung zugeführt werden und diese Förderung wirtschaftlicher ist als eine Einzelförderung nach Art. 11 Bayerisches Krankenhausgesetz.

2.1.5 *Wie hoch waren die den Krankenhausträgern gewährten Fördermittel in den letzten zehn Jahren, aufgeschlüsselt nach Träger, Krankenhaus, Art und Umfang des geförderten Vorhabens?*

In der anliegenden Übersicht sind die in den letzten zehn Jahren (2000 – 2009) gewährten Fördermittel dargestellt. Da eine Aufgliederung nach Art und Umfang des geförderten Vorhabens wegen des Fehlens der hierzu erforderlichen Daten nicht vorgenommen werden kann, erfolgt sie nach Träger, Krankenhaus und Art und Umfang der Förderleistungen. Siehe hierzu die beiliegende Übersicht „Fördermittel nach dem Bayerisches Krankenhausgesetz 2000 – 2009“ in Anlage 2.

2.1.6 *Wie wirkt sich § 4 Abs. 2a KHEntgG auf die Erlössituation der bayerischen Krankenhäuser aus?*

2.1.7 *In welchem Ausmaß wurden bei den Budgetverhandlungen des Jahres 2009 Mehrleistungen der Krankenhäuser mit Abschlägen belegt und in welche Höhe bewegen sich die Abschläge?*

Die Fragen D.2.1.6 und D.2.1.7. werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

§ 4 Abs. 2a des Krankenhausentgeltgesetzes sah für das Jahr 2009 Abschläge für Mehrleistungen gegenüber dem Jahr 2008 vor und vermindert daher die vereinbarten Erlöse im Jahr 2009. Die genaue Höhe der Abschläge ist nicht bekannt, da sie nicht einzeln im Pflegesatzgenehmigungsbescheid ausgewiesen wurden. Selbst wenn die ca. 400 einzelnen Pflegesatzvereinbarungen ausgewertet würden, könnte daraus lediglich die Summe der prognostisch vereinbarten Abschläge ermittelt werden. Unbekannt bliebe aber weiterhin, ob und inwieweit diese Mehrmengen auch erreicht und die Abschläge auch tatsächlich rechnungswirksam wurden.

2.1.8 *Wie soll in Zukunft gewährleistet werden, dass der Landesbasisfallwert als entscheidende Größe des Vergütungssystems so zeitig feststeht, dass Klarheit und eine gesicherte Kalkulationsgrundlage für die Krankenhäuser in Bayern besteht?*

Das Krankenhausentgeltgesetz ermöglicht in jedem Fall ein rechtzeitiges Inkrafttreten des Landesbasisfallwertes. Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert obliegen den Vertragspartnern der Selbstverwaltung. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von 6 Wochen nicht zustande, nachdem eine Partei zur Verhandlungsaufnahme aufgefordert hat, kann sie die Schiedsstelle anrufen, die den Landesbasisfallwert innerhalb einer Frist von 6 Wochen festzusetzen hat. Der Landesbasisfallwert ist dann innerhalb von 4 Wochen nach Eingang des Antrags zu genehmigen. Der aktuelle Landesbasisfallwert ist rechtzeitig zum 01.01.2011 in Kraft getreten.

2.1.9 *In wie vielen Krankenhäusern wurde die anteilige Tariffinanzierung in Form der wirksamen Erhöhungsrates von 2,08 Prozent, aufgeschlüsselt nach Krankenhaus, umgesetzt?*

Die Tariffinanzierung wurde durch eine verpflichtende Erhöhung des Basisfallwertes (§ 10 Abs. 5 KHEntgG) oder der Budgetobergrenze nach § 6 Bundespflegesatzverordnung in allen Krankenhäusern umgesetzt.

2.1.10 *Mit welchen Einbußen bei den Erlösen in der ambulanten Versorgung von Notfallpatienten bei den bayerischen Krankenhäusern rechnet die Staatsregierung im Zuge der Umstellung von der pauschalen Abrechnung mittels Notfallpauschalen auf die Einzelleistungsvergütung?*

Diese Frage betrifft die innerorganisatorischen Angelegenheiten der Krankenhäuser; entsprechendes verlässliches Zahlenmaterial liegt der Staatsregierung nicht vor.

2.2 *Fehlbelegungen*

2.2.1 *Wie groß ist der Einnahmeausfall der bayerischen Krankenhäuser durch sogenannte Fehlbelegungen, die dadurch entstanden sind, dass die nicht geklärte weitere pflegerische und organisatorische Betreuung von Patienten deren Entlassung nicht möglich machte?*

Die entsprechenden Daten sind für die staatlichen Aufgaben in den Bereichen der Krankenhausplanung, der Krankenhausförderung und der Krankenhausvergütung nicht ent-

scheidend und werden daher nicht erhoben. Es gibt auch keine diesbezügliche Auskunftspflicht der Krankenhäuser.

2.2.2 *Wie viele Anträge liegen in Bayern nach § 116b SGB V vor, wie viele Anträge wurden positiv und wie viele negativ beschieden und falls noch nicht alle beschieden worden sind, wann ist mit einem Bescheid zu rechnen und worin liegen die Gründe für die Verzögerung?*

In Bayern wurden bisher 13 Krankenhäusern insgesamt 20 Bestimmungen gemäß § 116 Abs. 2 SGB V (in der seit 01.04.2007 geltenden Fassung) zur ambulanten Behandlung von seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen erteilt. Zwei Anträge von zwei Krankenhausträgern zur Bestimmung gemäß § 116b Abs. 2 SGB V wurden abgelehnt. 11 Krankenhausträger haben das (teilweise) Ruhen ihrer Anträge gemäß § 116b Abs. 2 SGB V beantragt. Von insgesamt 34 Krankenhausträgern sind Anträge zur Bestimmung gemäß § 116b Abs. 2 SGB V noch (teilweise) anhängig. Zum 27.06.2011 ist keiner dieser Anträge entscheidungsreif, weil entweder die Krankenhausträger noch nicht die notwendigen Nachweise zur Erfüllung der Eignungsanforderungen erbracht haben, oder aber die vertragsärztliche Versorgungssituation durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns noch nicht abschließend geprüft worden ist.

2.2.3 *Hat die Staatsregierung Erkenntnisse darüber, dass wegen der geänderten Finanzierung im niedergelassenen Bereich Patienten vermehrt in Krankenhäuser eingewiesen werden und wie wird dies bewertet?*

Solche Erkenntnisse liegen nicht vor.

2.2.4 *Wie groß ist der Personalaufwand in den Kliniken zur Erstellung der Abrechnungen und welche Kosten entstehen den Krankenhäusern dadurch?*

Die entsprechenden Daten sind für die staatlichen Aufgaben in den Bereichen der Krankenhausplanung, der Krankenhausförderung und der Krankenhausvergütung nicht entscheidend und werden daher nicht erhoben. Es gibt auch keine diesbezügliche Auskunftspflicht der Krankenhäuser.

2.3 *Prüfungen*

2.3.1 *Hat die Erhöhung der Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c von 100 auf 300 Euro positive Auswirkungen auf das Prüfverhalten der gesetzlichen Krankenkassen?*

2.3.2 *Haben sich die Prüfquoten und der damit verbundene Personalaufwand bei den Krankenhäusern und den Prüfinstanzen vermindert?*

Die Fragen D.2.3.1. und D.2.3.2. werden gemeinsam beantwortet.

Die entsprechenden Daten sind für die staatlichen Aufgaben in den Bereichen der Krankenhausplanung, der Krankenhausförderung und der Krankenhausvergütung nicht entscheidend und werden daher nicht erhoben. Es gibt auch keine diesbezügliche Auskunftspflicht der Krankenhäuser.

2.3.3 Welche Kosten entstehen in den Krankenhäusern und bei den Krankenkassen für die Prüfung und stehen damit nicht mehr für die Behandlung von Patienten zur Verfügung?

Die entsprechenden Daten sind für die staatlichen Aufgaben in den Bereichen der Krankenhausplanung, der Krankenhausförderung und der Krankenhausvergütung nicht entscheidend und werden daher nicht erhoben. Es gibt auch keine diesbezügliche Auskunftspflicht der Krankenhäuser.

2.3.4 Wie viele fehlerhafte Abrechnungen der bayerischen Krankenhäuser haben die Prüfungen der GKV in den letzten fünf Jahren aufgedeckt und wie hoch war der Nachforderungsanspruch der GKV?

Die entsprechenden Daten sind für die staatlichen Aufgaben in den Bereichen der Krankenhausplanung, der Krankenhausförderung und der Krankenhausvergütung nicht entscheidend und werden daher nicht erhoben. Es gibt auch keine diesbezügliche Auskunftspflicht der Krankenhäuser. Nach Angaben der Krankenkassen (z.B. Süddeutsche Zeitung vom 23.04.2010) beliefen sich die Rückzahlungen im Jahr 2009 in Bayern auf etwa 140 Mio. Euro.

2.3.5 Befürwortet die Staatsregierung eine Ausweitung der Prüfungen und wie werden Krankenhäuser sanktioniert, die wiederholt falsche Abrechnungen stellen?

Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind Angelegenheit der Krankenkassen und bei Auffälligkeiten verpflichtend. Die Staatsregierung kann daher keinen Einfluss auf die Anzahl der Prüfungen nehmen.

2.4 Vergütung der Belegärzte

2.4.1 In wie vielen Bereichen in Bayern erfolgt die Abrechnung von Belegarztfällen nach den Vorgaben des § 18 Abs. 3 KHEntG und wie hat sich die Vergütung der Belegärzte im Vergleich zur Vergütung im klassischen Belegarztsystem mit Vergütungen der Leistungen über die KVB entwickelt?

2.4.2 Wie hat sich die Vergütung der Belegärzte im Vergleich zur Vergütung im klassischen Belegarztsystem mit Vergütungen der Leistungen über die KVB in den letzten zehn Jahren und unter Angabe in absoluten Zahlen entwickelt?

Die beiden Fragen werden gemeinsam behandelt.

Bisher ist in Bayern kein Abschluss eines Honorarvertrags zwischen Belegarzt und Krankenhaus nach § 18 Abs. 3 KHEntG bekannt. Honorarverträge sind als zivilrechtliche Verträge allerdings nicht anzeigepflichtig. Ein Vergleich zur herkömmlichen Vergütung ist daher nicht möglich.

2.5 Dokumentationspflichten

2.5.1 Wie hoch ist der zeitliche Aufwand für die Dokumentation (prozentual zur ärztlichen bzw. pflegerischen Leistung) im stationären Bereich?

2.5.2 Welche betriebswirtschaftlichen Kosten entstehen durch den Dokumentationsaufwand seit 2003 aufgeschlüsselt nach Versorgungsbereich und Versorgungsart?

2.5.3 Welche Möglichkeiten sieht die Staatsregierung für die Reduzierung des zeitlichen Aufwands für die Dokumentation ohne Qualitätsverlust für die Patienten und ohne zusätzliche Kosten für die Krankenhäuser?

Die Fragen D.2.5.1 bis D.2.5.3 betreffen alle die innere Organisation der Krankenhäuser und werden daher gemeinsam beantwortet.

Die entsprechenden Daten sind für die staatlichen Aufgaben in den Bereichen der Krankenhausplanung, der Krankenhausförderung und der Krankenhausvergütung nicht entscheidend und werden daher nicht erhoben. Es gibt auch keine diesbezügliche Auskunftspflicht der Krankenhäuser.

E. Verhältnis der GKV zu den Versicherten

1 Leistungsumfang/Leistungskatalog

1.1 Warum gibt es keine Auflistung aller GKV-Leistungen, also eine Art wirklichen Leistungskatalog, der für Versicherte einsehbar und verständlich ist?

Die Leistungen der GKV sind im dritten Kapitel des SGB V festgeschrieben. Sie werden durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses weiter konkretisiert.

1.2 Wer sollte nach Meinung der Staatsregierung darüber entscheiden, was zum Leistungskatalog der GKV gehören sollte und was nicht und nach welchen Kriterien sollte das entschieden werden?

Der Bundesgesetzgeber legt durch die Gesetzgebung zum SGB V den grundsätzlichen Leistungskatalog der GKV fest. Im Rahmen der Vorgaben des SGB V entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss, welche Leistungen der medizinischen Versorgung für den stationären, vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Bereich der GKV erstattet werden. Die Staatsregierung hält dieses Verfahren für zweckmäßig.

Die Kriterien für die Aufnahme in den Leistungskatalog sind im SGB V vorgegeben. Leistungen der GKV müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“, sie „dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (§ 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot). Im § 92 SGB V (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) wird zudem konkretisiert, dass der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen nachgewiesen sein müssen.

1.3 Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) gemäß § 91 SGB V

1.3.1 Welche Maßnahmen plant die Staatsregierung, um die Transparenz von Entscheidungen und Entscheidungsvorgängen im GBA für die interessierte Öffentlichkeit herzustellen und warum werden

z.B. Sitzungsprotokolle nicht im Internet veröffentlicht (wenn doch die Sitzungen nun öffentlich sind), sondern nur die Abschlussberichte?

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist in seiner Arbeit an seine Geschäftsordnung und Verfahrensordnung gebunden. Beide werden vom Bundesgesundheitsministerium als zuständiger Rechtsaufsichtsbehörde genehmigt. Dort ist festgelegt, inwieweit Entscheidungen und Entscheidungsvorgänge öffentlich sind.

Die Staatsregierung übt keine Aufsicht in diesem Bereich aus.

1.3.2 Wie steht die Staatsregierung zu dem Verbotsvorbehalt im stationären Sektor und wie kann aus Sicht der Staatsregierung verhindert werden, dass Scheininnovationen dadurch in die Versorgung gelangen und so höhere Kosten verursacht werden?

Die Staatsregierung befürwortet den Verbotsvorbehalt (§ 137c SGB V). Das Bundessozialgericht hat dazu klargestellt, dass die Regelung nicht im Sinne einer generellen Erlaubnis aller beliebigen Methoden zu verstehen ist (vgl. BSG, Urt. V. 28.07.2008, Az. B 1 KR 5/08 R, dort Rn. 50 ff.). Das Wirtschaftlichkeitsprinzip des SGB V gilt vielmehr für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte gleichermaßen. Die Leistungen haben danach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen, müssen für die Erreichung des Behandlungsziels ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen (vgl. §§ 2 Abs. 1 S. 3, 12, 137c Abs. 1 SGB V).

Insofern bewirkt der Verbotsvorbehalt nur, dass die Prüfung nicht notwendig vorab und formalisiert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, sondern präventiv durch das Krankenhaus selbst erfolgt. Soweit – diesen Grundsätzen widersprechend – „Scheininnovationen“ in spürbarem Umfang abgerechnet werden, steht es den Krankenkassen frei, beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine Prüfung nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin zu beantragen.

1.3.3 Wie kann das Antragsverfahren für Innovationen im ambulanten Sektor für die Antragsteller vereinfacht werden, damit Innovationen schneller bewertet werden und so wirklich wirksame medizinische Neuerungen schnell den Versicherten zugänglich gemacht werden können und setzt sich die Staatsregierung dafür ein, dass eine Zeitspanne verbindlich festgelegt wird, innerhalb derer eine Entscheidung getroffen werden muss?

Die Zeitspanne für ein Verfahren zur Bewertung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss hat der Bundesgesetzgeber in § 135 Abs. 1 S. 4f. SGB V festgelegt. Angesichts der Komplexität des Überprüfungsverfahrens hält es die Staatsregierung im Interesse der Patientensicherheit für erforderlich, dass sorgfältig gearbeitet wird.

1.3.4 Aus welchen Gründen wird nicht gleich bei durchzuführenden Bewertungen sektorenübergreifend entschieden?

Jedes Verfahren zur Methodenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gliedert sich - bei Beschlüssen nach § 135 SGB V ebenso wie bei solchen nach § 137c SGB V – in die sektorenübergreifende und damit einheitliche Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit einerseits, und die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext andererseits (vgl. 2. Kapitel § 7 Abs. 1 VerfO). Sektorenübergreifende Erkenntnisse sind dadurch sowohl für Beschlüsse zur vertragsärztlichen Versorgung als auch für solche nach § 137c SGB V gleichermaßen nutzbar.

Gründe, weswegen die Richtlinien nicht immer gleichzeitig für den ambulanten und den stationären Bereich beschlossen werden, liegen einerseits im Antragsprinzip der §§ 92, 135 und 137c SGB V und andererseits in den sektorspezifischen Besonderheiten der Behandlungsmaßnahmen und Patientenkollektive. So kann es je nach Erkrankung z.B. im ambulanten Bereich erforderlich sein, ausschließlich auf qualitativ hochwertige Studien der Evidenzstufe I zurückzugreifen, wohingegen die Schwierigkeit stationär zu behandelnder Fälle oder bestimmte Patientenkollektive im Krankenhaus einen Rückgriff auf Unterlagen niedrigerer Evidenzstufe rechtfertigen können (vgl. dazu 2. Kapitel § 13 Abs. 2 VerfO). Nicht zuletzt durch die mehrseitige Besetzung aller Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses seit dem Jahr 2008 ist auch im Bereich der Methodenbewertung die sektorenübergreifende Ausrichtung gestärkt.

2 Behandlungsqualität/Versorgung/Rationierung

2.1 Ist die Staatsregierung der Auffassung, dass durch die Einführung von Budgets die Aufgabe der Politik und der parlamentarischen Diskussion über Leistungskürzungen zu entscheiden, nun auf die behandelnden Ärzte verlagert wurde?

2.2 Ist die Staatsregierung der Ansicht, dass Honorarbudgets – mit einem seit Jahren sinkenden Punktwert – leistungshemmend wirken und ein ökonomischer Anreiz besteht, die Sprech- und Behandlungszeiten von GKV-Patienten zu reduzieren?

Die Fragen E.2.1. und E.2.2. werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die gesetzliche Pflicht, notwendige Leistungen zu erbringen, ist einzuhalten. Siehe auch die Antwort auf Frage C.5.6.

2.3 Führt diese Mengenanpassung zu einem ökonomischen Anreiz mit der Konsequenz längerer Wartezeiten auf einen Termin und sind diese Wartezeiten in der GKV systemimmanent (z.B. wenn Ärzte am Ende des Quartals Patienten in das „Honorarbudget“ des nächsten Quartals „schieben“)?

Die Qualität der ärztlichen Versorgung ist für GKV- wie für PKV-Patienten gleichermaßen hoch. Auch gibt es keine Hinweise, dass Patienten dringliche Behandlungen nicht rechtzeitig erhalten.

2.4 Welche durchgreifenden Instrumente zur Sanktionierung etwaiger Benachteiligungen von GKV-Patienten stehen, nach Ansicht der Staatsregierung, GKV-Patienten zur Verfügung und reichen diese Instrumente aus?

Es ist die erste ärztliche Berufspflicht, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen. Diese Pflicht gilt für alle Ärzte. Vertragsärzte haben zusätzlich die sozialrechtliche Vorgabe in § 12 Abs. 1 SGB V zu beachten, dass die Leistung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss.

Die ärztliche Berufsvertretung hat die Aufgabe, die Einhaltung der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen. Bei einem Verstoß gegen diese Berufspflichten kann der Vorstand des zuständigen ärztlichen Bezirksverbands bei geringer Schuld die betreffende Ärztin oder den betreffenden Arzt rügen oder ansonsten ein berufsgerichtliches Verfahren einleiten. Bei einem Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten können nach § 81 Abs. 5 und § 95 Abs. 6 SGB V Geldbußen verhängt werden, ein Ruhen der Zulassung angeordnet werden oder diese als ultima ratio entzogen werden.

Die Sanktionsinstrumente reichen aus. Soweit konkrete Benachteiligungen von GKV-Patienten bekannt werden, fordert die Staatsregierung von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ein konsequentes Vorgehen ein.

2.5 Welche Anreize könnten für eine höhere Qualität der ärztlichen Versorgung geschaffen werden?

2.6 Welche Instrumente zur Messung von Prozess- und Ergebnisqualität der ärztlichen Versorgung sind der Staatsregierung bekannt und welche neuen Instrumente könnten geschaffen werden, um eine höhere Qualität der ärztlichen Versorgung zu erzielen?

Die Fragen E.2.5. und E.2.6. werden wegen der inhaltlichen Nähe zusammen betrachtet.

Im deutschen Gesundheitswesen sind vielfältige Instrumente zur Qualitätsmessung und -sicherung erprobt worden. Dazu gehören z.B. Vergleiche von Qualitätsindikatoren zwischen Einrichtungen, Leistungs- und Krankheitsregister, Konzepte des internen Qualitätsmanagements, Bewertungen von Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich ihrer Unternehmens- und Behandlungsqualität sowie ihres Qualitätsmanagements.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt die Förderung und Prüfung der Qualität vertragsärztlicher Leistungen. Die Kontrolle der Prozessqualität geschieht via Stichprobenprüfungen. In einigen Versorgungsprogrammen wird der Behandlungsverlauf durch eine medizinische Dokumentation erfasst, die zentral eingereicht wird. Aus den Daten können dann z.B. Benchmarks (der einzelne Arzt im Vergleich zu seinen Kollegen) berechnet und an den Arzt zurückgespielt werden.

Zur Ergebnisqualität wird das Mammographie-Screening-Programm der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns angeführt, bei dem die gesamte Früherkennung elektronisch durch die Ärzte zentral dokumentiert werden muss. Die so gesammelten Daten erlauben Aussagen zur Ergebnisqualität wie z.B. die Größe der entdeckten Tumore. Auf der anderen Seite erfolgt ein Datenabgleich mit den Krebsregistern. Damit ist es möglich, so genannte „Intervallkarzinome“ zu finden, d.h. Brustkrebs, der nach einer (unauffälligen) Screeninguntersuchung auftaucht. Hier kann gezielt überprüft werden, ob dieser Tumor im Screening übersehen wurde.

Anreize zur Erbringung hochqualitativer Leistungen sind aktuell Zuschläge gemäß § 136 Abs. 4 SGB V innerhalb des Kollektivvertragssystems. Bei Erfüllung von bestimmten Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen werden Zuschläge zu den Vergütungen an teilnehmende Fachärzte bezahlt. Die Finanzierung dieser Mehrleistungen erfolgt durch einen entsprechenden Abschlag von den vereinbarten Punktwerten, der bei den nicht an dem Vertrag teilnehmenden Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe anfällt. Diese Regelung gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, im Bereich der ambulanten Behandlung einen Qualitätswettbewerb zu implementieren. Damit bestehen schon heute Möglichkeiten, direkte finanzielle Anreize zur Erbringung hochqualitativer Leistungen durch Verhandlungen der Selbstverwaltung zu vereinbaren.

Bei Selektivverträgen können die Vertragspartner frei Vereinbarungen über die Honorierung besonderer Qualität vereinbaren. Es wird auf die Antwort zu Frage D.1.2.4. verwiesen.

2.7 Ist die Staatsregierung der Auffassung, dass die Qualität der medizinischen Versorgung und damit auch die Effizienz steigen würde, wenn man der Beratung und Zuwendung durch den Arzt bei der Bemessung der ärztlichen Vergütung bzw. der Art der Vergütung, mehr Gewicht verleihen würde?

Die Versorgung der Patienten muss im Mittelpunkt stehen. Von besonderer Bedeutung ist dabei das vertrauensvolle Gespräch zwischen Patient und Arzt, die „sprechende Medizin“. Hierfür muss genügend Zeit vorhanden sein. Diese kann der Arzt gewinnen, wenn es gelingt, bürokratische Anforderungen zurückzuführen.

Die Staatsregierung wird sich im Rahmen der Honorarreform weiterhin dafür einsetzen, dass die sprechende Medizin angemessen honoriert wird.

2.8 Gibt es diesbezügliche Prognosen oder Studien, wie sich dies auf die Qualität der Behandlung und die Ausgaben insgesamt auswirken würde, wenn ja, welche und wenn nein, plant die Staatsregierung eine Studie in Auftrag zu geben?

Konkrete Studien zur Beziehung zwischen einer höheren Vergütung von Beratung und Zuwendung des Arztes beim Patienten und der Behandlungsqualität im deutschen Gesundheitssystem sind der Staatsregierung nicht bekannt. Es zeigt sich jedoch regelmäßig, dass mehr Zeit für den Patienten zu höherer Akzeptanz und Therapietreue führt.

2.9 Sind die Deutschen Spitzenreiter (im Vergleich zu den Bürgern anderer EU-Staaten) bezogen auf die Häufigkeit ihrer Arztkonsultationen und ist dies auch an ihrem Gesundheitszustand bzw. ihrer Genesungs- und Heilungsquote ablesbar?

Nach den aktuellen OECD-Zahlen für das Jahr 2008 haben Deutsche mit jährlich 7,8 Arztkontakten im Jahr von 20 ausgewiesenen Ländern die fünfmeisten Kontakte. Diese Daten sind jedoch nur begrenzt aussagekräftig, weil die Daten unterschiedlich erhoben wurden, die Gesundheitssysteme sich unterscheiden, z.B. ausgeprägte Facharztschiene in Deutschland, und auch definitorische Differenzen bestehen. Der BARMER GEK Arztreport 2010 verzeichnet z.B. jährlich circa 18 Arztkontakte pro Versicherten. Die Zahl der Arztkontakte sagt auch nichts über die Menge und Qualität der erbrachten ärztlichen Leistungen aus. Deshalb ist es auch nicht aussagekräftig, sie in Beziehung zum Gesundheitszustand oder zu einer Genesungs- und Heilungsquote zu setzen.

2.10 Gibt es Untersuchungen dazu, inwieweit eine notwendige, ausreichende und zweckmäßige medizinische Versorgung, bezogen auf den Behandlungsverlauf, von GKV-Patienten besteht, wenn ja inwiefern und wenn nein gedenkt die Staatsregierung hierzu eine Datenerhebung?

Siehe hierzu die Antwort auf die Fragen C.5.6 und E.2.3.

2.11 Würde es die Staatsregierung als geeignetes Instrument erachten, einen Honoraranstieg an das Erreichen vorher vereinbarter Versorgungs- und Qualitätsziele zu binden?

Die Gremien der Selbstverwaltung und Partner selektiver Verträge haben schon heute Verhandlungs- und Gestaltungsspielräume bei der ärztlichen Vergütung. Auf die Antwort zu Frage E.2.6. wird verwiesen.

3 Transparenz

3.1 Wie und durch wen erhält ein Versicherter einen einfachen und schnellen Überblick, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenkasse finanziert werden und welche nicht?

3.2 Wie bekommen Versicherte (z.B. bei einer Krebserkrankung) einfach und schnell Informationen über Therapiemöglichkeiten und Spezialisten?

Die Fragen E.3.1. und E.3.2. werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der behandelnde Arzt ist der erste Ansprechpartner für jeden Patienten. Von ihm erhält er die für den Einzelfall notwendigen Informationen, welche Behandlung notwendig ist und wie sie von der GKV finanziert wird. Bei Bedarf wird er ihn auch an einen Spezialisten überweisen.

Darüber hinaus kann sich der Versicherte direkt bei seiner Krankenkasse informieren, die nach den §§ 14 Abs. 1 und 15 Abs. 1 SGB I eine Beratungs- und Auskunftspflicht gegenüber ihren Versicherten haben. Sie bieten in ihren Geschäftsstellen und auch vermehrt im Internet Patientennformationen an.

3.3 Hält die Staatsregierung es für sinnvoll, Patienten eine Rechnung zwingend auszuhändigen, damit der Patient weiß, was die Behandlung gekostet hat und somit in der Lage ist zu überprüfen, welche Leistungen er erhalten hat?

Die Stärkung des Kostenbewusstseins der Versicherten ist auch der Bayerischen Staatsregierung ein wichtiges Anliegen.

§ 305 Abs. 1 SGB V ermöglicht es Versicherten schon heute, von ihrer Krankenkasse jährlich Auskunft über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu verlangen. Nach § 305 Abs. 2 SGB V kann der Versicherte für 1 Euro Versandpauschale von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Einrichtungen oder MVZ eine Patientenquittung über die erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten erhalten. Die Möglichkeit wird aber kaum in Anspruch genommen.

3.4 Welche Maßnahmen plant die Staatsregierung um zu verhindern, dass einige Ärzte Privatrezepte ausstellen, obwohl das Rezept auch die Kasse bezahlen würde und welche Rolle spielt dabei das Arzneimittelbudget für die Ärzte?

Kassenärzte sind verpflichtet, notwendige Arzneimittel zu Lasten der GKV zu verordnen. Die Verordnung eines medizinisch erforderlichen Medikaments auf Privatrezept lediglich aus Kostengründen ist nicht zulässig. Hierbei handelt es sich um einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten, der durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zu ahnden ist.

4 Kostenerstattung und Sachleistung

4.1 Wie steht die Staatsregierung zu der Möglichkeit, der Abschaffung des Sachleistungsprinzips und der Einführung des Kostenerstattungsprinzips?

Ein Wechsel vom derzeit grundsätzlich geltenden Sachleistungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung hin zur verpflichtenden Einführung der Kostenerstattung würde einen drastischen Systemwechsel mit weitreichenden Konsequenzen bedeuten. Die bereits jetzt bestehende Möglichkeit der freiwilligen Wahl der Kostenerstattung wird von gesetzlich Krankenversicherten bislang nur in sehr geringem Umfang wahrgenommen. Die gesetzlich Versicherten bevorzugen offenbar weiterhin den unmittelbaren Sachleistungsbezug und sind gegenüber dem Erfordernis einer direkten Bezahlung von Arztrechnungen mit anschließender Kostenerstattung durch die Krankenkasse sehr zurückhaltend.

Im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes hat der Bundesgesetzgeber zum 01.01.2011 die Rahmenbedingungen für die Kostenerstattung verbessert. Bürokratische Hemmnisse wurden abgebaut. Insbesondere beträgt die Bindungsfrist der Versicherten bei der freiwilligen Wahl der Kostenerstattung nur noch drei Monate, statt bisher ein Jahr. Inwieweit dadurch eine relevante Änderung bei der Inanspruchnahme der freiwilligen Kostenerstattung durch die gesetzlich Versicherten erfolgt, bleibt abzuwarten.

4.2 *Was spricht aus Sicht der Staatsregierung dagegen, jedem Patienten verpflichtend und ohne Anforderung eine Rechnung über die vom Arzt erbrachten Leistungen auszustellen, auch wenn weiter nach dem Sachleistungsprinzip verfahren wird?*

Siehe Antwort auf Frage E.3.3.

4.3 *Welche Kosten entstehen durch die Umstellung auf das Kostenerstattungsprinzip und wer übernimmt dafür die Kosten?*

Für den Arzt könnten Kosten für die Rechnungsstellung und ein mögliches Inkassoverfahren anfallen. Bei den Krankenkassen würde Aufwand für die Entgegennahme, Prüfung und Erstattung der einzelnen Rechnungen anfallen.

Bei einer bloßen Umstellung auf das Kostenerstattungsprinzip würden die bisherigen Mechanismen zur Mengen- und Ausgabensteuerung in der GKV nicht mehr greifen. Damit wäre neben den unmittelbaren Kosten der Rechnungsstellung und Abrechnung mittelbar auch eine Kostenexplosion bei den GKV-Ausgaben zu befürchten, wenn nicht zugleich neue Mengen- und Ausgabensteuerungsmechanismen (z.B. Selbstbeteiligung) eingeführt würden.

5 Prävention und Bonusmodelle

5.1 *Wie steht die Staatsregierung zu der Forderung, Rechenschaftsberichte der Krankenkassen zu Prämienprogrammen für die Versicherten öffentlich zu machen?*

Gemäß § 65a Abs. 3 S. 2 SGB V haben die Krankenkassen regelmäßig, mindestens alle 3 Jahre, über die durch Prämienprogramme erzielten Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Damit ist gewährleistet, dass die Prämienprogramme nach den gesetzlichen Vorgaben durchgeführt werden.

Über die bundesgesetzlich definierten Aufgaben hinausgehende Publikationspflichten würden die Gefahr bergen, dass weitere Mittel durch Bürokratie in den Krankenkassen gebunden werden, die dann nicht mehr der Patientenversorgung zur Verfügung stünden. Um der Forderung nähere treten zu können, wäre es geboten, dass ein entsprechender Nutzen über ein allgemein zu begrüßendes Mehr an Transparenz hinaus konkret belegt wird, der den zusätzlichen Aufwand rechtfertigt.

5.2 *Werden die Bonusprogramme aller Krankenkassen evaluiert und damit überprüft, ob die dafür eingesetzten Mittel wirtschaftlich ausgegeben werden? Wenn nein, plant die Staatsregierung eine Evaluierung und wenn nicht, aus welchen Gründen oder gibt es bereits Ergebnisse, wenn ja, welche?*

Diese Frage war bereits Gegenstand der Schriftlichen Anfrage des Abgeordneten Professor (Univ. Lima) Dr. Peter Bauer FW vom 21.07.2009 (LT-Drucksache 16/2033). Auf die dortigen abschließenden Ausführungen der Staatsregierung zu den Fragen 1 bis 3 wird daher verwiesen.

5.3 *Sind Maßnahmen von der Staatsregierung geplant, wie die Gesundheitsprävention verbessert werden kann, wenn ja, welche und wenn nein, aus welchen Gründen nicht?*

Gesundheitsförderung und Prävention sind seit Jahren wichtige Schwerpunkte bayerischer Gesundheitspolitik. Vor diesem Hintergrund wurde bereits 2004 die bayerische Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern. konzipiert. Mit jährlich 3,1 Mio. Euro werden aus dieser Initiative Modellprojekte gefördert, die die Bürgerinnen und Bürger zu einem gesundheitsorientierten Lebensstil motivieren. Besondere Zielgruppe sind dabei Kinder und Jugendliche. Mit dem Themenschwerpunkt Gesundheit im Alter wird aber auch dem demografischen Wandel Rechnung getragen. Evaluation und wissenschaftliche Begleitung bilden feste Bestandteile. Nach den dort gewonnenen Erkenntnissen wird die bayerische Präventionsstrategie kontinuierlich weiterentwickelt.

So stellen im Jahr 2011 Gesundheitsförderung und Krebsprävention einschließlich der Weiterentwicklung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, z.B. durch Evaluation eines Einladungsverfahrens der Krankenkassen zur Darmkrebsvorsorge, einen neuen Schwerpunkt dar. Weiteres aktuelles Handlungsfeld sind Maßnahmen zur Männergesundheit, da das Gesundheitsverhalten von Männern den Gesundheitsförderungs- und Präventionsaspekt wenig berücksichtigt.

5.4 *Welche Maßnahmen schlägt die Staatsregierung vor, um die in der Praxis oft geforderten Zahlungen der Praxisgebühr bei präventiven Leistungen zu verhindern?*

5.5 *Warum ist oft feststellbar, dass z.B. werdende Mütter bei ihren Vorsorgeuntersuchungen trotzdem jedes Quartal die Praxisgebühr entrichten und sinnvolle Leistungen (z.B. Schwangerschaftsdiabetes) selbst bezahlen?*

Die Fragen E.5.4. und E.5.5. werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine Zuzahlung für die Inanspruchnahme ärztlicher bzw. zahnärztlicher Behandlung (Praxisgebühr) ist nicht zu entrichten bei Schutzimpfungen, Gesundheitsuntersuchungen, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, bei den jährlichen präventiven zahnärztlichen Untersuchungen sowie bei Maßnahmen der Schwangerenvorsorge.

Es liegen der Staatsregierung keine Erkenntnisse vor, dass Ärzte oft von werdenden Mütter, die ausschließlich Leistungen der Schwangerschaftsvorsorge erhalten, eine Praxisgebühr erheben bzw. Leistungen, für die die GKV leistungspflichtig ist, privat liquidieren.

Sollte in Einzelfällen trotzdem die Praxisgebühr erhoben werden, ist es Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen, gegebenenfalls unter Einschaltung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, darauf hinzuwirken, dass die Vertragsärzte die Vorgaben des SGB V beachten und bei den vorgenannten Untersuchungen und Maßnahmen keine Praxisgebühr einziehen.

6 **Datenschutz**

6.1 *Wie will die Staatsregierung gewährleisten, dass bei Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bzw. Gesundheitsakte der Datenschutz umfassend sichergestellt ist und keine sensiblen Daten an die Öffentlichkeit gelangen?*

6.2 *Wie kann die Gefahr von Hackerangriffen verhindert werden?*

Die Fragen E.6.1. und E.6.2. werden wegen der inhaltlichen Nähe gemeinsam beantwortet.

Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten müssen höchste Priorität bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte haben. Um einen Missbrauch der hochsensiblen Daten von vornherein ausschließen zu können, wurde bei der Umsetzung des Projektes der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz unmittelbar eingebunden. Ferner findet eine enge Abstimmung auf Bundesebene mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik statt.

Eine vom Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit bereits Ende 2008 in Auftrag gegebene Studie bei der TU München untersucht ausführlich das Nutzenpotential und die Datensicherheit der elektronischen Gesundheitskarte in der Testregion Ingolstadt. Aufgrund der im Koalitionsvertrag auf Bundesebene vereinbarten Bestandsaufnahme zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist mit einer abschließenden Bewertung des Projektes voraussichtlich erst Anfang 2012 zu rechnen.

6.3 *Welche Möglichkeiten gibt es, den Daten- und Kostenmissbrauch mit den jetzigen Chipkarten zu begegnen, wie hoch ist der Schaden, der dadurch jährlich entsteht?*

Zum Schaden aus der missbräuchlichen Verwendung der Krankenversicherungskarte, wie z.B. die unkontrollierte Mehrfachinanspruchnahme ärztlicher Leistungen („Doktor-Hopping“), die Nutzung der Karte durch mehrere bzw. unbefugte Personen („Chipkartentourismus und -handel“), die Abrechnung von Leistungen durch Leistungserbringer ohne Gegenleistung oder die Nutzung gefälschter Karten liegen keine belastbaren Zahlen vor.

Gegen den Kartenmissbrauch werden folgende Maßnahmen genutzt:

- Karten-Mehrfachanforderungen werden "sensibel" bearbeitet.
- Konsequentes Rückholverfahren in 3 Phasen bei Ende der Mitgliedschaft.
- Konsequente Rückforderung der Ausgaben z. B. bei Leistungsanspruchnahme nach Ende der Mitgliedschaft.
- Die "Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen" prüft Verdachtsfälle und fordert gegebenenfalls Schadenersatz.

Darüber hinaus könnte man dem Missbrauch begegnen, indem die Karten mit einem Lichtbild des Versicherten ausgestattet werden. Auch Abgleiche der Versichertendaten auf der vorgelegten Karte mit einem Ausweis kann in vielen Fällen einen Missbrauch verhindern

6.4 *Um wie viel könnte der Beitragsatz zur gesetzlichen Krankenversicherung gesenkt werden, wenn man diesen Missbrauch beheben würde?*

Nachdem keine belastbaren Zahlen zum Schaden vorliegen, der durch den Missbrauch von Krankenversicherungskarten entsteht, können auch keine Aussagen darüber getroffen werden, welche Auswirkungen ein Beheben des Missbrauchs auf den Beitragsatz hätte.

F. **Zukunft des Gesundheitssystems**

1 *Hält die Staatsregierung das jetzige Gesundheitssystem für reformbedürftig bzw. reformfähig und wenn ja, in welchen Punkten?*

Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der leistungsfähigsten der Welt. Es bietet unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und persönlichem Krankheitsrisiko effektiven Gesundheitsschutz, Gesundheitsvorsorge und im Krankheitsfalle eine qualitativ hochwertige und ortsnahe medizinische Versorgung.

Das deutsche Gesundheitssystem hat sich daher grundsätzlich bewährt. Es bedarf keiner revolutionären Veränderung. Um die Herausforderungen des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts bewältigen zu können, muss es jedoch auch in Zukunft weiterentwickelt werden. Vor diesen Herausforderungen stehen auch die anderen Gesundheitssysteme in Europa, wie die aktuellen Reformdiskussionen zeigen. In Deutschland müssen außerdem die staatsmedizinischen und zentralistischen Ansätze früherer Gesundheitsreformen korrigiert und die humanen Aspekte der medizinischen Versorgung weiter gestärkt werden.

Nach der Verabschiedung des GKV-Finanzierungsgesetzes und des AMNOG sieht die Staatsregierung Reformbedarf vorrangig bei der Bedarfsplanung, beim Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der Honorierung der niedergelassenen Ärzte, der GOÄ und der Versorgungsforschung.

2 *Hat die Staatsregierung ein zukunftssicheres Reformkonzept entwickelt, wenn ja, welches; wie finanziert es sich und wenn nein, plant die Staatsregierung die Entwicklung eines solchen Reformkonzepts?*

Die Staatsregierung hält grundsätzlich das bestehende Krankenversicherungssystem in Deutschland für zukunftsfähig. Wie bereits in F.1. ausgeführt, sind auch künftig Weiterentwicklungen notwendig, um das anerkannt hohe Niveau der medizinischen Versorgung zu erhalten. Die Bundesregierung kommt dieser Aufgabe nach. Derzeit werden ein Versorgungsstrukturgesetz und eine Honorarreform für Vertragsärzte vorbereitet. Außerdem haben die Koaliti-

onsparteien auf Bundesebene vereinbart, den Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung einfacher und transparenter zu gestalten.

Bei den anstehenden Reformen im Gesundheitsbereich vertritt die Staatsregierung vor allem folgende Positionen:

- Die Bedarfsplanung für Vertragsärzte beruht auf veralteten Maßstäben. Insbesondere sind die Planungsbereiche zu großräumig angelegt. Deshalb gilt Bayern in der offiziellen Statistik weitgehend als „überversorgt“. Dem widerspricht jedoch das Empfinden von Teilen der Bevölkerung. Daher ist die Bedarfsplanung grundlegend zu reformieren. Über den konkreten Bedarf im ambulanten Bereich muss auf Landesebene entschieden werden. Die Selbstverwaltung muss die Versorgung unter Beteiligung der Kommunen so regeln können, dass die berechtigten Anliegen der Bevölkerung berücksichtigt werden. Mit einem umfassenden Katalog von Anreizen und finanziellen Unterstützungen soll es Ärzten erleichtert werden, sich in ländlichen Regionen niederzulassen. Dies soll die ambulante ärztliche Versorgung vor allem im ländlichen Raum sichern.
- Die geltende Honorarordnung für Vertragsärzte ist zu zentralistisch ausgestaltet. Die wesentlichen Entscheidungen über die Gesamtvergütung der bayerischen Vertragsärzte und über die Verteilung zwischen den bayerischen Vertragsärzten werden auf Bundesebene getroffen. Die regionalen Kostenunterschiede und Versorgungsstrukturen werden dabei grundsätzlich nicht berücksichtigt. Ziel ist es, ein einfaches und verständliches Vergütungssystem zu schaffen, das die einzelnen Leistungen adäquat abbildet und regionale Besonderheiten berücksichtigt. Hierzu gehört insbesondere, dass ohne verbindliche Bundesvorgaben auf Landesebene die zur Verfügung stehende Gesamtvergütung der Vertragsärzte ausgehandelt und über deren Verteilung entschieden werden kann.
- Der geltende Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung steht grundsätzlich in der Kritik, weil er durch zentralistische Vorgaben die Gesundheitsversorgung ohne Rücksicht auf regionale Unterschiede zu vereinheitlichen sucht. Er hat eine große und bürokratische Umverteilung der Beitragsmittel ausgelöst, die gerade Länder mit hoher Beschäftigungsquote und hohem Lohnniveau benachteiligen. Dadurch werden gewohnte Versorgungsstrukturen gefährdet. Notwendig ist daher, dass wieder mehr Beitragsmittel in den Ländern zur Verfügung stehen, die diese auch erwirtschaften. Gesetzliche Krankenkassen sollen daher für Versicherte in einer Hoch-Preis-Region höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Die Krankenkassen bekommen damit die Möglichkeit, die regionalen Kostenstrukturen bei den Leistungsvergütungen angemessen zu berücksichtigen und bestehende Versorgungsstrukturen zu erhalten.

Die Staatsregierung hat sich bisher bei allen Reformen für die Interessen der bayerischen Patientinnen und Patienten, aber auch der bayerischen Leitungserbringer im Gesund-

heitswesen und der bayerischen Krankenkassen eingesetzt. Sie wird dies auch in Zukunft tun.

3 Ist die Staatsregierung der Ansicht, dass der jetzige Koalitionsvertrag der Bundesregierung geeignet ist, die offensichtlichen Probleme im Gesundheitssystem dauerhaft zu lösen?

Im Koalitionsvertrag zwischen CSU, CDU und FDP auf Bundesebene wurde Ende 2009 formuliert: „Wir werden das deutsche Gesundheitswesen innovationsfreundlich, leistungsgerecht und demographiefest gestalten. Wir benötigen eine zukunftsfeste Finanzierung, Planbarkeit und Verlässlichkeit sowie Solidarität und Eigenverantwortung. Wir brauchen eine Kultur des Vertrauens anstelle überzogener bürokratischer Vorschriften.“ Weiter heißt es: „Wir wollen, dass auch in Zukunft alle Menschen in Deutschland unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko weiterhin die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können.“

Die Staatsregierung teilt sowohl die von den Koalitionsparteien im Bund vorgenommene Analyse der Probleme des Gesundheitssystems wie auch die definierten Ziele. Die zur Umsetzung des Koalitionsvertrags bisher vorgelegten Gesetze (GKV-Finanzierungsgesetz und AMNOG) haben das für 2011 erwartete Defizit der gesetzlichen Krankenkassen von mehreren Milliarden Euro erfolgreich verhindert und damit wesentlich dazu beigetragen, die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung aktuell sicherzustellen.

Mit dem am 01.01.2011 in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetz leisten sowohl Krankenkassen, Krankenhäuser, (Zahn-)Ärzte, Apotheker und der pharmazeutische Großhandel sowie Arbeitgeber und Versicherte einen Beitrag zur Verhinderung des erwarteten Defizits, ohne dass es zu Leistungseinschränkungen kommt. Der allgemeine Beitragssatz wird auf 15,5 % festgeschrieben und damit auf den Beitragssatz vor der Konjunkturkrise zurückgeführt. Falls die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen nicht zur Deckung der Ausgaben ausreichen, erheben die Krankenkassen einkommensunabhängige Zusatzbeiträge, die sozial ausgeglichen werden.

Das AMNOG enthält Maßnahmen, um die gestiegenen Kosten im Arzneimittelbereich in den Griff zu bekommen. Zukünftig wird grundsätzlich jedes neu auf den Markt kommende Arzneimittel bei Markteintritt umgehend einer Nutzenbewertung unterzogen. Das Ergebnis dieser Nutzenbewertung ist Grundlage für Preisverhandlungen zwischen dem pharmazeutischen Unternehmen und der gesetzlichen Krankenversicherung. Bayern hat sich unter anderem erfolgreich dafür eingesetzt, dass dabei den berechtigten Belangen der Hersteller nach einem transparenten und gerechten Verfahren Rechnung getragen wurde. Um zu vermeiden, dass sich diese Einsparbemühungen zu Lasten der privaten Krankenversicherung entwickeln, gilt das Verfahren auch für Unternehmen der PKV. Das im Koalitionsvertrag geforderte Verbot von „Pick-up“-Stellen wurde letztendlich

jedoch nicht umgesetzt. Hierfür wird sich Bayern weiterhin mit Nachdruck einsetzen.

Mit dem noch im Jahr 2011 zu verabschiedenden GKV-Versorgungsstrukturgesetz wird die Bedarfsplanung reformiert und flexibler gestaltet. Mit einem umfassenden Katalog von Anreizen und finanziellen Unterstützungen soll es Ärzten erleichtert werden, sich in ländlichen Regionen niederzulassen. Dies soll die ambulante ärztliche Versorgung vor allem im ländlichen Raum sichern.

Anlage 1:

Krankenhäuser der I., II. und III. Versorgungsstufe sowie Hochschulklinika und Vertragskrankenhäuser nach Region, Träger und Bettenzahl

Ver-
trags-
krank-
schul-
klini-
ken-
häu-
ser

Region Versorgungsstufe I II III

1 Bayerischer Untermain

Anzahl der KHs	4	1			1
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	1	1			
Freigemeinnützig					
Privat	3				1
Betten und Plätze	481	708			42

2 Würzburg

Anzahl der KHs	9	1		1	
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	5	1		1	
Freigemeinnützig	3				
Privat	1				
Betten und Plätze	1201	365		1521	

3 Main-Rhön

Anzahl der KHs	10	1			2
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	6	1			
Freigemeinnützig	1				
Privat	3				2
Betten und Plätze	1323	677			130

4 Oberfranken-West

Anzahl der KHs	7	3			2
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	5	3			
Freigemeinnützig					
Privat	2				2
Betten und Plätze	1119	1577			55

5 Oberfranken-Ost

Anzahl der KHs	3	5	2		1
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	2	4	2		
Freigemeinnützig					
Privat	1	1			1
Betten und Plätze	485	1386	1039		50

6 Oberpfalz-Nord

Anzahl der KHs	12	2			1
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	11	2			
Freigemeinnützig	1				
Privat					1
Betten und Plätze	1396	1169			12

7 Industrieregion Mittel-franken

Anzahl der KHs	11	1	2	1	2
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	6	1	2	1	
Freigemeinnützig	4				
Privat	1				2
Betten und Plätze	1934	764	2348	1428	63

8 Westmittelfranken

Anzahl der KHs	10	1			1
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	9	1			
Freigemeinnützig	1				
Privat					1
Betten und Plätze	1442	406			30

9 Augsburg

Anzahl der KHs	12		2		
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	9		2		
Freigemeinnützig	2				
Privat	1				
Betten und Plätze	1818		1769		

10 Ingolstadt

Anzahl der KHs	7	1			2
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	4	1			
Freigemeinnützig	1				
Privat	2				2
Betten und Plätze	1115	1132			82

11 Regensburg

Anzahl der KHs	8	3		1	3
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	8	1		1	1
Freigemeinnützig		2			
Privat					2
Betten und Plätze	961	1583		873	192

12 Donau-Wald

Anzahl der KHs	11	3			5
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	11	2			1
Freigemeinnützig		1			1
Privat					3
Betten und Plätze	1462	1540			117

13 Landshut

Anzahl der KHs	8	1			1
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	8	1			1
Freigemeinnützig					
Privat					
Betten und Plätze	1322	526			6

14 München

Anzahl der KHs	21	5	4	2	3
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	8		4	2	
Freigemeinnützig	4	3			1
Privat	9	2			2
Betten und Plätze	3515	1833	3462	3579	242

15 Donau-Iller

Anzahl der KHs	9	1			2
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	8	1			
Freigemeinnützig					
Privat	1				2
Betten und Plätze	1222	508			33

16 Allgäu

Anzahl der KHs	10	2			3
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	7	2			
Freigemeinnützig	1				
Privat	2				3
Betten und Plätze	1032	852			255

17 Oberland

Anzahl der KHs	7	2			5
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	6	2			1
Freigemeinnützig					1
Privat	1				3
Betten und Plätze	1318	512			331

18 Südostoberbayern

Anzahl der KHs	11	3			9
davon in Trägerschaft					
Öffentlich	11	3			
Freigemeinnützig					1
Privat					8
Betten und Plätze	1592	1578			307

Anlage 2: Fördermittel nach dem BayKrG 2000 bis 2009 in Euro

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
16101	Klinikum Ingolstadt	Klinikum Ingolstadt GmbH	3.185.155	32.951.054	0	0
16102	Klinik Dr. Maul GmbH, Don Bosconeum	Klinik Dr. Maul GmbH	1.785.220	1.125.266	0	0
16103	Privatklinik Dr. Reiser	Klinik Dr. Reiser GmbH & Co.KG, Ingolstadt	4.259.536	919.260	0	0
16201	Klinikum Schwabing	Städtisches Klinikum München GmbH	39.723.620	34.152.566	0	-296
16202	Klinikum Harlaching	Städtisches Klinikum München GmbH	19.887.128	27.677.959	0	0
16203	Klinikum Neuperlach	Städtisches Klinikum München GmbH	30.088.783	21.049.015	0	0
16204	Klinik Thalkirchner Straße	Städtisches Klinikum München GmbH	2.768.889	3.259.079	0	0
16205	Klinikum Bogenhausen	Städtisches Klinikum München GmbH	6.365.149	32.624.909	0	0
16207	Klinikum München-Pasing	Kliniken München Pasing und Perlach GmbH	26.636.537	11.774.669	0	417.051
16208	Klinik München-Perlach	Kliniken München Pasing und Perlach GmbH	18.835.479	3.735.811	0	0
16209	Orthopädische Klinik München-Harlaching	Orthopädische Klinik München-Harlaching GmbH & Co. Betriebs KG	22.464.613	3.286.767	0	0
16210	Deutsches Herzzentrum München	Freistaat Bayern	20.897.612	10.364.437	0	0
16211	Kinderzentrum Fachklinik für Sozialpädiatrie	Kliniken Bezirk Oberbayern KU	0	800.528	0	0
16212	Heckscher Klinikum München	Heckscher-Klinikum gGmbH	15.051.515	1.701.133	435.582	0
16213	Klinikum Dritter Orden, München-Nymphenburg	Schwesternschaft der Krankenfür- sorge des Dritten Ordens	9.848.630	14.632.655	0	0
16214	Krankenhaus der Barm- herzigen Brüder München	Barmherzige Brüder Krankenhaus gGmbH	31.972.123	7.865.695	0	0
16215	Rotkreuzklinikum Mün- chen, Betriebsstätte Nymphenburger Straße	Rotkreuzklinikum München gGmbH	36.385.391	7.080.872	0	118.208
16216	Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße, München	Schwesterns. der Krankenfürs. des Dr. Ordens,	-7.390	722.489	0	0
16217	Klinikum Augustinum München, Fachklinik für Innere Medizin	Augustinum Wohnstifte gGmbH	0	5.740.807	0	130.441
16218	Krankenhaus Martha- Maria, München-Solln	Krankenhaus Martha Maria ge- meinnützige GmbH	9.964.935	2.872.006	0	0
16219	Krankenhaus Neuwittelsbach	Kongregation der Barmherzigen Schwestern v. Hl. Vinzenz v. Paul	12.527.124	2.924.773	0	0
16220	Diakoniewerk Diakonissenanstalt München-Maxvorstadt	Diakoniewerk München-Maxvorstadt	-46.100	1.768.856	0	0
16221	Privatklinik Josefinum	Guido und Olga Jochnersche Stiftung	-187.104	2.425.445	0	0
16222	Krankenhaus für Naturheilweisen, München-Harlaching	Gemeinn. Stiftung Krankenhaus für Naturheilweisen einschl. Homöopathie	4.481.803	2.134.011	0	0

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
16223	Rotkreuzklinikum München, Betriebsst. Taxisstr.	Rotkreuzklinikum München gGmbH	-368.402	3.650.696	0	0
16224	Neurologisches Krankenhaus	Neurologisches Krankenhaus München GmbH	3.452.814	1.905.882	-243	0
16225	Klinik Dr. Haas	Senator Albert Gratzl, München	-2.569	0	0	0
16226	Maria-Theresia-Klinik	Kongregation der Barmherzigen Schwestern v. Hl. Vinzenz v. Paul	10.493.182	1.583.087	0	0
16227	Augenklinik Herzog Carl Theodor	Stiftung Augenklinik Herzog Carl Theodor	-357.050	1.263.088	0	0
16228	Chirurgische Klinik Dr. Rinecker	Chirurgische Klinik Dr. Rinecker GmbH & Co. KG	8.439.745	6.639.670	0	0
16230	Internistische Klinik Dr. Müller	Klinik Dr. Müller GmbH & Co. KG	4.627.636	2.429.819	0	0
16231	Kliniken Dr. Schreiber	Kliniken Dr. Michael Schreiber GmbH & Co. KG	-157.177	3.395.211	0	0
16232	Paracelsus-Klinik München	Paracelsus-Kliniken-Deutschland GmbH & Co. KGaA	-1.032.000	2.871.866	0	0
16233	Sana-Klinik München-Sendling (Betriebsstätte)	Sana Kliniken Solln Sendling GmbH	4.205.312	2.122.535	0	0
16234	Isar Klinik München Innenstadt	Isar Kliniken GmbH	-3.360	1.909.428	303.858	0
16235	Artemed-Fachklinik Prof. Dr. Dr. Salfeld	Artemed-Fachklinik Prof. Dr. Dr. Salfeld GmbH & Co. KG	0	1.667.263	537.184	0
16236	Chirurgische München-Bogenhausen	Chirurgische München-Bogenhausen GmbH	12.227.650	1.560.542	0	0
16239	Frauenklinik München West	Frauenklinik München West GmbH & Co. KG	1.886.668	1.299.482	0	0
16241	Frauenklinik Dr. Geisenhofer	Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH	0	1.739.448	0	0
16242	Clinic Dr. Decker	Clinic Dr. Decker GmbH	2.556.460	1.165.775	0	0
16245	Gynäkologische Klinik Bogenhausen	Chirurg. Klinik München-Bogenhausen GmbH	0	535.597	0	0
16246	Arabella-Klinik	Arabella-Klinik GmbH	834.413	1.224.323	3.160.103	0
16247	Privat-Augenklinik Prof. Dr. Remky, München	Dr. Remky	0	102.490	213.196	0
16249	Privatklinik Dr. Gaertner	HNO-Klinik Bogenhausen Dr. Gaertner GmbH	142.054	641.114	1.300.863	0
16250	Sana-Klinik München-Solln (Betriebsstätte)	Sana Kliniken Solln Sendling GmbH	1.160.522	2.792.810	0	0
16251	Isar-Amper-Klinikum München Ost am Klinikum Schwabing	Isar-Amper-Klinikum gGmbH	0	438.434	263.832	0
16252	Isar-Amper-Klinikum München Ost (Atriumhaus)	Isar-Amper-Klinikum gGmbH	-2.574	739.762	258.381	0
16253	Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige	Dynamisch-Psychiatrische Klinik München GmbH	0	925.984	1.495.905	0
16254	Tagklinik für psychisch Kranke	Bayerisches Rotes Kreuz	0	290.106	510.079	0
16255	Olympiapark Klinik	Nova Med Klinik GmbH	0	666.353	1.248.185	0
16256	Tagklinik Westend (Betriebsstätte)	Psychosomatische Klinik GmbH & Co. Windach/Ammersee KG	0	88.797	0	0

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
16301	ROmed Klinikum Rosenheim	Kliniken der Stadt und d. Land- kreises Rosenheim GmbH	31.858.504	19.210.104	0	0
16302	Frauenklinik Rosenheim	Kliniken Harthausen Immobilien- verwaltungs GmbH & Co. KG	-2.157.318	-175.679	0	0
16304	Inn-Salzach-Klinikum, Tagklinische Abteilung Rosenheim	Inn-Salzach-Klinikum gGmbH	-3.651	592.575	5.208	0
16305	Heckscher Klinikum, Abteilung Rosenheim	Heckscher-Klinikum gGmbH	3.249.491	447.651	0	0
17101	Kreisklinik Altötting	Kreiskliniken Altötting-Burghau- sen, AöR des Landkreises AÖ	1.722.899	10.927.644	0	0
17102	Kreisklinik Burghausen	Kreiskliniken Altötting-Burghau- sen, AöR des Landkreises AÖ	5.721.597	3.679.098	0	0
17105	Tagesklinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie am Zentrum für Kinder und Jugendliche e.V.	Zentrum für Kinder und Jugendli- che Inn-Salzach e.V.	1.086.341	98.267	0	0
17201	Kreiskrankenhaus Bad Reichenhall (Betriebsstätte)	Kliniken Südostbayern AG	30.633.150	5.994.977	0	0
17202	Kreisklinik Berchtesgaden	Kliniken Südostbayern AG	936.645	3.142.816	0	33.767
17203	Kreiskrankenhaus Freilassing (Betriebsstätte)	Kliniken Südostbayern AG	10.037.560	2.243.229	0	0
17204	Inn-Salzach-Klinikum Freilassing	Inn-Salzach-Klinikum gGmbH	350.000	235.048	0	0
17301	Kreisklinik Wolfratshausen	Kreisklinik Wolfratshausen gGmbH	22.900.400	3.994.043	0	0
17302	Asklepios Stadtklinik Bad Tölz	Asklepios Stadtklinik Bad Tölz GmbH	-1.123.641	6.205.801	0	0
17401	Klinikum Dachau	Amper Kliniken AG	14.136.724	12.060.221	0	1.106.609
17402	Klinik Indersdorf	Amper Kliniken AG	0	991.633	0	0
17501	Kreisklinik Ebersberg	Kreisklinik Ebersberg gGmbH	52.042.128	7.479.253	7.857	0
17601	Klinik Eichstätt	Kliniken Naturpark Altmühltal, KU des Lkr. Eichstätt, AöR	1.384.386	3.710.608	0	0
17602	Klinik Kösching	Kliniken Naturpark Altmühltal, KU des Lkr. Eichstätt, AöR	2.868.847	4.158.258	0	0
17603	Altmühltalklinik Kipfen- berg für postoperative und kardiologische Weiterbe- handlung	Landkreis Eichstätt	-308.934	338.246	0	0
17604	Krankenhaus Beilngries	Lazarettstiftung Beilngries	0	81.539	0	0
17605	Klinik Kipfenberg	Klinik Kipfenberg GmbH	0	2.761.853	0	0
17701	Kreiskrankenhaus Erding	Kreiskrankenhaus Erding, AöR	29.901.842	7.264.177	0	0
17702	Kreiskrankenhaus Erding Aussenstelle Dorfen	Kreiskrankenhaus Erding, AöR	0	1.123.571	0	0
17704	Isar-Amper-Klinikum Taufkirchen (Vils)	Isar-Amper-Klinikum gGmbH	1.480.155	3.534.073	0	25.379
17705	Klinik Wartenberg	Klinik Wartenberg Prof. Dr. Selmair GmbH & Co.KG	0	988.325	0	0
17801	Klinikum Freising	Krankenhaus Freising GmbH	45.269.339	8.548.193	0	78.741
17802	Kreiskrankenhaus Freising -Außenstelle Moosburg-	Krankenhaus Freising GmbH	-306.865	259.649	0	0

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
17901	Klinikum Fürstenfeldbruck	Kreisklinik Fürstenfeldbruck/ Seniorenheim Jesenwang, AöR	25.226.535	8.163.803	5.546	425.989
17902	Isar-Amper-Klinikum München-Ost, Tagklinik	Isar-Amper-Klinikum gGmbH	0	66.787	0	0
18001	Klinikum Garmisch- Partenkirchen	Klinikum Garmisch- Partenkirchen GmbH	48.017.957	12.667.066	766.314	346.248
18002	Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie	Kinderklinik Garmisch- Partenkirchen gGmbH	21.179.590	2.882.587	0	444.657
18003	Klinikum Garmisch- Partenkirchen, Außenstelle Murnau	Klinikum Garmisch- Partenkirchen GmbH	3.450.382	2.038.774	449.160	0
18004	Rheumazentrum	Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. - Rheumaklinik KG -	0	2.379.943	0	0
18005	Lech-Mangfall-Klinik am Klinikum Garmisch-Par- tenkirchen (Betriebsstätte)	Lech-Mangfall- Kliniken gGmbH	3.401.028	1.298.029	0	0
18011	Psychiatrische Abteilung am Kreiskrankenhaus Garmisch-Partenkirchen	Bezirk Oberbayern	3.440.000	0	0	0
18101	Klinikum Landsberg am Lech	Akutkrankenhaus des Lkr. LL im Klinikum LL, AöR	35.427.979	5.293.316	0	0
18102	Psychosomatische Klinik Windach (Betriebsstätte)	Psychosomatische Klinik GmbH & Co. Windach/Ammersee KG	338.683	2.800.916	0	0
18103	Lech-Mangfall-Klinik am Klinikum Landsberg/Lech	Lech-Mangfall-Kliniken gGmbH	0	1.214.906	28.066	0
18201	Krankenhaus Agatharied	Krankenhaus Agatharied GmbH	36.660.688	8.987.550	0	0
18202	Lech-Mangfall-Klinik am Krankenhaus Agatharied	Lech-Mangfall-Kliniken gGmbH	6.581.029	2.101.063	0	0
18203	Kreiskrankenhaus Holzkirchen	Landkreis Miesbach	-395.532	0	0	0
18206	Krankenanstalt Kreuth Dr. May	Dr. Heinz May, Kreuth	0	927.949	0	0
18207	Privatklinik Dr. Schlemmer	Klinik Dr. Schlemmer GmbH	-21.781	563.278	1.182.124	0
18301	Krankenhaus Mühldorf a.Inn (Betriebsstätte)	Kreiskliniken des Lkr. Mühldorf a. Inn GmbH	6.024.739	5.982.391	2.773	0
18302	Krankenhaus Mühldorf - Betriebsstätte Haag i.OB-	Kreiskliniken des Lkr. Mühldorf a. Inn GmbH	5.210.066	903.739	0	16.447
18303	Kreiskrankenhaus Neumarkt - St. Veit	Kreiskliniken des Lkr. Mühldorf a. Inn GmbH	-763.386	398.105	0	0
18401	Privatklinik Dr. Wolfart	Fritz Wolfart GmbH & Co. KG	270.870	2.010.823	0	0
18402	Isar-Amper-Klinikum München Ost	Isar-Amper-Klinikum gGmbH	5.106.201	15.660.102	0	353.185
18404	Urologische Klinik München-Planegg	Medical Team Clinic GmbH	8.151.737	1.666.946	0	0
18405	Parkklinik Grünwald	Memo Med Klinik BetriebsGmbH	-25.000	45.311	0	0
18501	Kliniken St. Elisabeth Neuburg	Vereinigte Ordenskrankenhäuser GmbH	1.046.921	7.123.953	0	0
18504	Kreiskrankenhaus Schrobenhausen	Kreiskrankenhaus Schrobenhausen GmbH	5.585.162	3.522.099	0	0
18601	Ilmtalklinik Pfaffenhofen (Betriebsstätte)	Ilmtalklinik GmbH	-209.466	4.887.325	0	0

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
18701	Kreiskrankenhaus Wasserburg a. Inn	Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim GmbH	178.904	3.488.311	0	0
18702	Kreiskrankenhaus Bad Aibling	Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim GmbH	75.327	3.555.816	0	0
18705	Krankenhaus Oberaudorf	Krankenhauszweckverband Oberaudorf	171.708	76.879	0	0
18707	Behandlungszentrum Vogtareuth	Behandlungszentrum Vogtareuth GmbH & Co. KG	5.700.800	7.763.642	0	0
18709	Frauenklinik Prien am Chiemsee	Frauenklinik Prien GmbH & Co. KG	0	658.603	0	0
18710	Orthopädische Kinderklinik Aschau im Chiemgau	Behandlungszentrum Aschau GmbH	18.695.108	1.312.076	0	0
18711	Klinik Bad Trissl	Klinik Bad Trissl GmbH & Co. KG	5.072.285	4.174.098	0	0
18712	Inn-Salzach-Klinikum Wasserburg	Inn-Salzach-Klinikum gGmbH	3.904.369	10.257.168	4.575	133.135
18713	Simssee Klinik	Simssee Klinik GmbH	390.990	2.085.586	0	4.162.638
18714	Kliniken Harthausen	Kliniken Harthausen GmbH & Co. KG	2.058.082	2.401.923	0	624.132
18715	Romed Klinik Prien am Chiemsee	Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim GmbH	2.714.410	3.547.993	0	0
18716	Klinik Roseneck	Klinik Roseneck GmbH & Co. Betriebs KG	0	2.862.833	0	6.550.661
18717	Neurologische Klinik Bad Aibling	Neurologische Klinik Bad Aibling GmbH & Co. Betriebs KG	0	2.706.390	0	0
18801	Klinikum Starnberg	Kreiskrankenhaus Starnberg GmbH	23.482.446	6.911.708	0	0
18802	Benedictus Krankenhaus Tutzing	Krankenhaus Tutzing GmbH & Co. KG	4.441.631	2.854.129	0	0
18803	Privatklinik Herrsching a. Ammersee	Privatklinik Dr. Schindlbeck GmbH & Co. KG	6.369.326	2.728.072	0	0
18804	Chirurgische Klinik Seefeld	Krankenhauszweckverband Seefeld	7.534.617	1.678.430	0	0
18805	Argirov Klinik Starnberger See	Argirov Klinik Starnberger See GmbH & Co. KG	4.409.155	2.179.165	0	0
18808	Marianne-Strauß-Klinik, Behandlungszentrum Kempfenhausen	Behandlungszentrum Kempfenhausen für Multiple Sklerose Kranke GmbH	746.970	2.111.757	0	0
18809	Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Fachklinik für Psychiatrie u. Psychotherapie Gauting GmbH	4.551.114	1.747.537	0	0
18810	Heckscher Klinikum, Abteilung Rottmannshöhe	Heckscher-Klinikum gGmbH	234.614	720.599	0	0
18811	Asklepios Fachkliniken München-Gauting	Asklepios Klinik Gauting GmbH	16.668.628	6.354.305	0	0
18901	Klinikum Traunstein	Kliniken Südostbayern AG	25.047.152	18.046.359	7.395	516.182
18902	Kreisklinik Trostberg	Kliniken Südostbayern AG	12.506.615	4.481.838	0	0
18903	Krankenhaus Vinzentinum	Kongregation der Barmherzigen Schwestern v. Hl. Vinzenz v. Paul	2.930.091	2.049.124	0	0
18904	Krankenhaus Waging a. See	Markt Waging am See	0	424.398	0	0
18905	Salzachklinik	Gemeinde Fridolfing	2.106.524	929.454	0	0
18907	Klinik Inzell-Eck	Dr. O.H. Hertrich GmbH	0	381.009	0	0

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
19001	Krankenhaus Schongau	Krankenhaus GmbH Landkreis Weilheim-Schongau	647.203	4.599.499	0	0
19002	Krankenhaus Weilheim	Krankenhaus GmbH Landkreis Weilheim-Schongau	3.539.710	3.675.021	0	0
19003	Krankenhaus Penzberg	Krankenhaus GmbH Landkreis Weilheim-Schongau	17.520.978	2.223.045	0	0
19004	Krankenhaus Peißenberg	Krankenhaus GmbH Landkreis Weilheim-Schongau	-7.548	1.432.121	0	0
26101	Klinikum Landshut	Klinikum Landshut gGmbH	31.684.189	16.887.022	0	0
26103	Kinderkrankenhaus St. Marien Landshut	Kongregation der Solanusschwester	15.515.607	3.009.495	0	0
26105	Krankenhaus Landshut-Achdorf	Landshuter KU für medizinische Versorgung, AöR-La.KUMed-	12.799.362	6.638.045	0	0
26107	Bezirkskrankenhaus Landshut	Bezirk Niederbayern	3.396.043	5.157.139	0	0
26201	Klinikum Passau	Kreisfreie Stadt Passau	50.462.075	20.438.516	6.471	126.949
26202	Kinderklinik Passau	Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens	1.066.613	2.050.824	0	0
26203	Privatklinik Dr. Hellge Passau	Dr. Hellge	0	1.108.374	0	0
26204	Bezirkskrankenhaus Passau	Bezirk Niederbayern	50.950	106.321	171.360	0
26301	Klinikum St. Elisabeth Straubing	Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH	2.596.104	13.620.837	0	0
26303	Südklinik Straubing	Südklinik GmbH & Co. Privatklinik Straubing KG	0	438.633	0	946.219
27103	Klinikum Deggendorf-Plattling - Standort Plattling	Landkreis Deggendorf	-15.230	1.131.290	0	239.077
27104	Fachklinik für Amputationsmedizin Osterhofen	Fachklinik für Amputationsmedizin Osterhofen GmbH	1.861.336	732.138	0	0
27105	Bezirksklinikum Mainkofen	Bezirk Niederbayern	8.906.379	11.568.492	0	0
27106	Klinikum des Landkreises Deggendorf	Landkreis Deggendorf	34.480.282	14.234.433	-1.127	25.181
27201	Kreiskrankenhaus Grafenau	Kliniken des Landkreises Freyung-Grafenau gGmbH	3.428.597	3.157.457	13.404	0
27203	Kreiskrankenhaus Waldkirchen	Kliniken des Landkreises Freyung-Grafenau gGmbH	3.942.932	1.900.757	0	0
27204	Kreiskrankenhaus Freyung	Kliniken des Landkreises Freyung-Grafenau gGmbH	6.621.927	4.283.640	0	0
27301	Goldberg-Klinik Kelheim	Goldberg-Klinik Kelheim GmbH	15.731.426	5.107.746	0	0
27302	Krankenhaus Mainburg (Betriebsstätte)	Ilmtalklinik GmbH	595.662	2.525.582	0	0
27306	Asklepios Klinikum Bad Abbach	Asklepios Klinikum Bad Abbach GmbH	23.226.068	5.328.424	0	0
27401	Kreiskrankenhaus Vilsbiburg	Landshuter KU für medizinische Versorgung, AöR-La.KUMed-	1.869.110	4.306.551	0	0
27402	Schlossklinik Rottenburg Fachklinik für Innere Medizin u. geriatrische Reha	Landshuter KU für medizinische Versorgung, AöR-La.KUMed-	0	387.998	0	0
27501	Kreiskrankenhaus Roththalmünster	Landkreis Passau Krankenhaus gGmbH	8.988.268	3.935.791	0	34.384

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
27502	Kreiskrankenhaus Vilshofen	Landkreis Passau Krankenhaus gGmbH	3.938.192	4.113.765	0	0
27503	Kreiskrankenhaus Wegscheid	Landkreis Passau Krankenhaus gGmbH	3.153.565	1.429.086	0	5.404
27508	Gemeindekrankenhaus Obernzell	Gemeinde Obernzell	1.017	215.611	0	0
27601	Kreiskrankenhaus Zwiesel	KU Kreiskrankenhäuser Zwiesel-Viechtach, AöR	4.023.428	3.771.094	0	0
27602	Kreiskrankenhaus Viechtach	KU Kreiskrankenhäuser Zwiesel-Viechtach, AöR	-21.554	3.079.923	0	0
27701	Kreiskrankenhaus Simbach a. Inn	Kreiskrankenhäuser Rottal-Inn gGmbH	12.776.599	2.849.491	0	0
27702	Kreiskrankenhaus Pfarr- kirchen (Betriebsstätte)	Kreiskrankenhäuser Rottal-Inn gGmbH	14.744.495	3.611.495	0	0
27705	Kreiskrankenhaus Eggen- felden (Betriebsstätte)	Kreiskrankenhäuser Rottal-Inn gGmbH	25.384.464	6.516.510	0	0
27801	Kreisklinik Bogen	Kreiskliniken Bogen-Mallersdorf, AöR	12.757.620	3.168.332	0	0
27803	Orthopädische Klinik Schwarzach	Pfarrer-Michael-Graf-Stiftung	444.236	2.290.034	0	0
27805	Kreisklinik Mallersdorf	Kreiskliniken Bogen-Mallersdorf, AöR	10.948.209	4.127.183	0	0
27901	Kreisklinikum Dingolfing- Landau - Krankenhaus Dingolfing	KU Kreisklinikum Dingolfing-Landau, AöR	5.930.483	3.346.084	0	0
27904	Kreisklinikum Dingolfing- Landau - Krankenhaus Landau	KU Kreisklinikum Dingolfing-Landau, AöR	-121.871	3.667.989	0	0
36101	Klinikum St. Marien Amberg	KU Klinikum St. Marien Amberg, AöR	39.414.578	18.103.874	0	0
36201	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Regensburg	Barmherzige Brüder Krankenhaus gGmbH	59.940.551	25.647.471	0	0
36202	Krankenhaus St. Josef Regensburg	Caritasverband für die Diözese Regensburg e.v.	15.079.341	8.599.211	0	0
36203	Evangelisches Krankenhaus Regensburg	Evangelische Wohltätigkeitsstiftung	195.748	2.283.505	0	0
36205	Klinik St. Hedwig, Regensburg	Vereinigung der Blauen Schwes- tern v. der HI. Elisabeth, München	-199.721	1.035.467	0	0
36206	Augenklinik Dr. Klier, Regensburg	Prof. Dr. Hasenfratz	417.669	317.835	0	0
36207	Klinik Dr. Opitz, Regensburg	Dr. Opitz GmbH, Regensburg	265.029	182.066	0	0
36209	Bezirksklinikum Regens- burg (Betriebsstätte)	Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH	16.663.879	13.888.485	0	0
36301	Klinikum Weiden (Betriebsstätte)	Kliniken Nordoberpfalz AG	45.520.229	18.806.822	0	0
36302	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Weiden (Betriebsstätte)	Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH	0	130.840	0	0
37101	St. Anna Krankenhaus Sulzbach-Rosenberg	KU Krankenhäuser des Landkrei- ses Amberg - Sulzbach, AöR.	732.374	4.150.046	0	0

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
37102	St. Johannes-Klinik Auerbach	KU Krankenhäuser des Landkreises Amberg - Sulzbach, AöR.	2.899.192	911.282	0	0
37201	Krankenhaus Roding (Betriebsstätte)	Kliniken des Landkreises Cham gGmbH	21.467.078	4.430.574	0	0
37202	Krankenhaus Cham (Betriebsstätte)	Kliniken des Landkreises Cham gGmbH	20.902.828	4.201.055	0	0
37203	Krankenhaus Bad Kötzing (Betriebsstätte)	Kliniken des Landkreises Cham gGmbH	988.135	2.456.955	0	0
37204	Krankenhaus St. Georg Furth im Wald	KU St. Georg Furth im Wald, AöR.	66.655	799.648	0	0
37205	Heiligenfeld Klinik Waldmünchen	Heiligenfeld Klinik Waldmünchen GmbH	89.017	936.661	0	0
37206	Kreiskrankenhaus Neukirchen b. Hl. Blut	Landkreis Cham	0	82.380	0	0
37208	Psychiatrische Tagesklinik Cham (Betriebsstätte)	Medizinische Einrichtungen d. Bezirks Oberpfalz GmbH	929.731	200.624	0	0
37301	Klinikum Landkreis Neumarkt i.d.Opf.	KU Kliniken des Landkreises Neumarkt i.d.Opf., AöR	65.998.342	12.785.366	0	0
37302	Kreiskrankenhaus Parsberg	KU Kliniken des Landkreises Neumarkt i.d.Opf., AöR	-10.203	1.426.467	0	0
37401	Kreiskrankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab (Betriebsstätte)	Kliniken Nordoberpfalz AG	1.204.400	3.277.482	0	0
37402	Kreiskrankenhaus Eschenbach i.d.Opf.	Kliniken Nordoberpfalz AG	2.021.866	1.886.099	0	0
37403	Kreiskrankenhaus Vohenstrauß (Betriebsstätte)	Kliniken Nordoberpfalz AG	-3.911	1.393.717	0	0
37404	Bezirkskrankenhaus Wöllershof	Medizinische Einrichtungen d. Bezirks Oberpfalz GmbH	-4.825	3.384.127	0	0
37501	Kreiskrankenhaus Wörth a.d. Donau	Landkreis Regensburg	13.092.100	2.254.297	0	0
37502	Kreiskrankenhaus Hemau	Landkreis Regensburg	-21.150	1.008.534	0	0
37504	Klinik Donaustauf	Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd	21.063.498	2.406.109	0	0
37601	St.-Barbara-Krankenhaus Schwandorf	St. Barbara-Krankenhaus Schwandorf gGmbH	2.025.347	5.671.852	0	0
37602	Kreiskrankenhaus Burglengenfeld	Gemeinn. Krankenhausgesellschaft des Lkr. Schwandorf mbH	1.867.417	3.528.911	0	0
37603	Kreiskrankenhaus Nabburg	Gemeinn. Krankenhausgesellschaft des Lkr. Schwandorf mbH	116.621	2.091.227	0	0
37605	Kreiskrankenhaus Neunburg vorm Wald	Gemeinn. Krankenhausgesellschaft des Lkr. Schwandorf mbH	2.428.636	457.946	0	0
37607	Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe	Asklepios Klinik Lindenlohe GmbH	1.130.000	3.269.323	0	0
37608	Kreiskrankenhaus Oberviechtach	Gemeinn. Krankenhausgesellschaft des Lkr. Schwandorf mbH	2.066.788	2.334.780	0	0
37701	Kreiskrankenhaus Tirschenreuth (Betriebsstätte)	Kliniken Nordoberpfalz AG	8.070.889	3.093.920	405.450	21.793
37702	Kreiskrankenhaus Waldsassen (Betriebsstätte)	Kliniken Nordoberpfalz AG	43.230	2.394.388	0	0
37703	Kreiskrankenhaus Kemnath	Kliniken Nordoberpfalz AG	15.689.864	2.103.936	0	0

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
46101	Klinikum Bamberg - Betriebsstätte Klinikum am Bruderwald -	Sozialstiftung Bamberg	10.174.062	26.149.170	0	0
46103	Klinikum Bamberg Betriebsst. am Michelsberg	Sozialstiftung Bamberg	10.276.134	4.657.828	0	0
46105	Klinikum Bamberg Betriebsst. Heinrichsdamm	Sozialstiftung Bamberg	336.174	564.926	0	0
46201	Klinikum Bayreuth (Betriebsstätte)	Klinikum Bayreuth GmbH	11.470.892	24.270.820	0	0
46203	Bezirkskrankenhaus Bayreuth	KU Kliniken und Heime des Bezirks Oberfranken, AöR	18.304.827	7.048.596	0	0
46204	Krankenhaus Hohe Warte, Bayreuth (Betriebsstätte)	Klinikum Bayreuth GmbH	29.260.672	10.389.011	0	0
46301	Klinikum Coburg	Klinikum Coburg gGmbH	17.010.338	14.948.225	0	0
46306	Tagesklinik Coburg für PSY des Bezirksklinikums Obermain	KU Kliniken und Heime des Bezirks Oberfranken, AöR	0	171.430	0	0
46307	Tagesklinik Coburg für KJP des BKH Bayreuth	KU Kliniken und Heime des Bezirks Oberfranken, AöR	0	42.438	0	0
46401	Sana Klinikum Hof	Sana Klinikum Hof GmbH	16.276.479	12.701.159	0	42.053
46405	Tagesklinik Hof für KJP des BKH Bayreuth	KU Kliniken und Heime des Bezirks Oberfranken, AöR	0	11.576	0	0
47101	Klinikum des Landkreises Bamberg -Betriebsstätte Juraklinik Scheßlitz-	Gemeinnützige Krankenhausges. des Landkreises Bamberg mbH	1.069.829	2.543.770	0	0
47102	Klinikum des Lkr. Bamberg -Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach	Gemeinnützige Krankenhausges. des Landkreises Bamberg mbH	7.353.669	2.463.706	0	0
47201	Sana Klinik Pegnitz	Sana Klinik Pegnitz GmbH	3.517.954	2.676.346	0	0
47301	Krankenhaus Neustadt bei Coburg	Dr. Drogula GmbH Krankenhausbetriebe	15.516.222	1.816.741	0	0
47401	Klinikum Forchheim	Klinikum Forchheim der Vereinigten Pfründnerstiftungen	55.791.787	4.968.226	0	0
47402	Klinik Fränkische Schweiz Ebermannstadt	Klinik Fränkische Schweiz gGmbH	178.367	2.011.949	0	0
47501	Klinik Münchberg (Betriebsstätte)	KU Kliniken HochFranken, AöR	20.491.309	4.964.452	800.800	0
47502	Klinik Naila (Betriebsstätte)	KU Kliniken HochFranken, AöR	956.239	2.796.339	0	0
47503	Bezirksklinik Rehau	KU Kliniken und Heime des Bezirks Oberfranken, AöR	3.255.182	2.948.812	0	0
47601	Frankenwaldklinik Kronach	Frankenwaldklinik Kronach gGmbH	12.326.824	6.591.249	0	0
47701	Klinikum Kulmbach (Betriebsstätte)	Zweckverband Klinikum Kulmbach	33.685.437	12.248.320	0	0
47702	Fachklinik Stadtsteinach (Betriebsstätte)	Zweckverband Klinikum Kulmbach	2.213.153	842.997	0	0
47801	Helmut-G.-Walther-Klinikum Lichtenfels	Helmut-G.-Walther-Klinikum Lichtenfels gGmbH	4.248.353	6.534.992	0	0
47802	Bezirksklinikum Obermain	KU Kliniken und Heime des Bezirks Oberfranken, AöR	6.824.521	8.857.629	0	0
47804	Bezirksklinik Hochstadt,	KU Kliniken und Heime des Bezirks Oberfranken, AöR	10.079	170.501	0	0

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
47901	Klinikum Fichtelgebirge Marktredwitz (Betriebsstätte)	Klinikum Fichtelgebirge gGmbH	37.150.135	9.552.308	0	162.190
47902	Krankenhaus Selb (Betriebsstätte)	Klinikum Fichtelgebirge gGmbH	23.754.358	2.929.304	0	0
56101	Klinikum Ansbach	KU Klinikum Ansbach, AöR der Stadt u. des Lkr. Ansbach	23.165.566	13.576.465	0	0
56102	Bezirksklinikum Ansbach	KU Bezirkskliniken Mittelfranken, AöR	2.746.484	8.351.165	0	0
56103	Rangauklinik Ansbach	Rangauklinik Ansbach GmbH	-802	1.965.404	0	0
56201	Waldkrankenhaus St. Marien, Erlangen	Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH	23.193.737	7.703.162	0	0
56202	Klinikum am Europakanal	KU Bezirkskliniken Mittelfranken, AöR	3.963.320	10.361.419	0	0
56301	Klinikum Fürth	Klinikum Fürth, AöR der Stadt Fürth	22.668.198	21.407.125	7.858	239.565
56303	Psychiatrische Tagesklinik Fürth des Klinikums am Europakanal	Bezirkskliniken Mittelfranken (AöR)	0	60.952	0	0
56401	Klinikum der Stadt Nürn- berg -Betriebsstelle Nord-	KU Klinikum Nürnberg	141.780.342	39.588.416	0	0
56402	St.-Theresien- Krankenhaus, Nürnberg	St.-Theresien-Krankenhaus gGmbH	3.620.777	6.414.960	15.715	0
56403	Krankenhaus Martha- Maria, Nürnberg	Krankenhaus Martha Maria gGmbH, Nürnberg	30.194.533	6.809.091	0	0
56404	Klinik Hallerwiese, Nürnberg	Evang.-Luth. Diakoniewerk Neuendettelsau	12.720.000	3.882.535	0	0
56405	Sana-Klinik Nürnberg - Am Birkenwald	Sana Klinik Nürnberg GmbH - Am Birkenwald	3.794.570	1.808.666	3.593.433	0
56406	Cnopf'sche Kinderklinik Nürnberg	Evang.-Luth. Diakoniewerk Neuendettelsau	-262.877	3.955.138	0	0
56407	Klinik Dr. Erler, Nürnberg	Kliniken Dr. Erler gGmbH	44.167.147	5.531.964	0	2.025
56408	Maximilians-Augenklinik, Nürnberg	Maximilians-Augenklinik e.V., Nürnberg	2.219.252	712.751	0	0
56409	Privatklinik Dr. Steger, Nürnberg	Privatklinik Dr. Steger AG	0	967.625	2.333.380	0
56410	Klinikum der Stadt Nürn- berg -Betriebsstelle Süd-	Selbständiges Kommunalunternehmen Klinikum Nürnberg	210.208	33.490.518	0	0
56501	Stadtkrankenhaus Schwabach	Stadtkrankenhaus der Stadt Schwabach gGmbH	12.532.757	4.081.592	0	32.132
57101	DiaMed Centrum-Clinic Neuendettelsau	Evang.-Luth. Diakoniewerk Neuendettelsau	34.259.088	3.716.335	0	0
57102	Verbundklinikum Lkr. Ansbach - Standort Din- kelsbühl (Betriebsstätte)	KU Verbundklinikum Landkreis Ansbach, AöR	1.660.696	4.493.199	0	0
57103	Verbundklinikum Lkr. Ansbach - Standort Rothenburg	KU Verbundklinikum Landkreis Ansbach, AöR	254.841	3.950.179	0	0
57104	Verbundklinikum Land- kreis Ansbach - Standort Feuchtwangen (Betriebsstätte)	KU Verbundklinikum Landkreis Ansbach, AöR	-3.404	1.681.093	0	0

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
57201	Kreiskrankenhaus Höchststadt a. d. Aisch	Landkreis Erlangen-Höchststadt	45.474	1.748.371	0	0
57401	Krankenhaus Lauf a.d. Pegnitz (Betriebsstätte)	Krankenhäuser Nürnberger Land GmbH	21.166.741	4.002.561	0	2.818
57402	Krankenhaus Hersbruck (Betriebsstätte)	Krankenhäuser Nürnberger Land GmbH	1.285.897	2.046.733	0	0
57403	Krankenhaus Altdorf bei Nürnberg (Betriebsstätte)	Krankenhäuser Nürnberger Land GmbH	9.579.460	1.860.548	0	0
57404	Krankenhaus der Gemein- nützigen Krankenhauses- gesellschaft des Landkreises Nürnberg-	Gemeinnützige Krankenhaus- gesellschaft des Landkreises Nürnberger Land mbH	0	376.927	0	-21.467
57407	Frankenalb-Klinik Engelthal	Bezirkskliniken Mittelfranken (AöR)	10.660.000	3.547.021	685.560	24.267
57408	Krankenhaus Rummels- berg, Schwarzenbruck	Krankenhaus Rummelsberg gGmbH	8.642.251	8.198.938	0	22.441
57409	PsoriSol Hautklinik Hersbruck	PsoriSol Hautklinik GmbH	0	261.281	237.500	0
57501	Klinik Neustadt a.d.Aisch	KU Kliniken des Landkreises Neustadt a.d.Aisch - Bad Windsheim, AöR	12.676.092	4.964.732	0	0
57502	Klinik Bad Windsheim (Betriebsstätte)	KU Kliniken des Landkreises Neustadt a.d.Aisch - Bad Windsheim, AöR	18.524.188	3.589.165	0	176.571
57503	Klinik Uffenheim (Betriebsstätte)	KU Kliniken des Landkreises Neustadt a.d.Aisch - Bad Windsheim, AöR	-35.371	1.088.306	0	0
57601	Kreisklinik Roth	KU Kreisklinik Roth, AöR des Landkreises Roth	4.582.032	6.100.149	0	0
57603	Kreiskrankenhaus Hilpoltstein	Landkreis Roth	0	-417.902	0	21.537
57604	Kreiskrankenhaus Greding	Landkreis Roth	-4.527	6.754	0	0
57701	Kreisklinik Weißenburg i.Bay.	KU Kliniken des Landkreises Weißenburg-Gunzenhausen, AöR	734.407	4.276.151	0	0
57702	Psychiatrische Tagesklinik an der Kreisklinik Weißenburg	KU Bezirkskliniken Mittelfranken, AöR	1.140.000	0	0	0
57703	Gesundheitszentrum Treuchtlingen	Stadt Treuchtlingen	165.000	1.398.035	0	0
57705	Kreisklinik Gunzenhausen	Kliniken des Landkreises Weissenburg-Gunzenhausen, AöR	4.373.895	4.483.060	0	0
66101	Klinikum Aschaffenburg	Krankenhauszweckverband Aschaffenburg	6.052.550	21.327.051	0	0
66102	Hofgartenklinik Aschaffenburg	Capio Deutsche Klinik Aschaffenburg GmbH	0	1.710.599	0	0
66103	Klinik am Ziegelberg, Frauenklinik Aschaffenburg	Priv. doz. Dr. Dr. M. Halbach, Aschaffenburg	322.882	758.031	0	0
66104	Tagesklinik für Psychiatrie des Bezirkskrankenhauses Lohr a. Main,	Bezirk Unterfranken	532.569	697.493	0	0
66202	Krankenhaus St. Josef, Schweinfurt	Kongregation der Schwestern des Erlösers	8.304.773	5.943.123	0	0

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
66203	Privat-Frauenklinik Dr. Knüpfner	Dr. Knüpfner	25.565	97.095	0	0
66204	Leopoldina Krankenhaus der Stadt Schweinfurt	Stadt Schweinfurt; Ki.Psych. Leopoldina KH gGmbH	14.235.032	20.753.372	0	0
66205	Tagesklinik für Psychiatrie des BKH Werneck, Schweinfurt (Betriebsst.)	Bezirk Unterfranken	0	555.559	0	0
66301	Juliuspital Würzburg	Stiftung Juliuspital Würzburg	38.287.664	9.696.412	0	0
66302	Missionsärztliche Klinik Würzburg	Missionsärztliche Klinik gGmbH	26.368.358	7.286.279	12.017	0
66303	Rotkreuzklinik Würzburg	Rotkreuzklinik Würzburg gGmbH	9.078.678	2.594.784	80.785	0
66304	Theresienklinik Würzburg	Kongregation der Schwestern des Erlösers	3.078.123	1.297.719	0	0
66305	Orthopädische Klinik König-Ludwig- Haus, Würzburg	Bezirk Unterfranken	8.838.141	3.280.972	0	0
66309	Martha-Haus, Würzburg	Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e.V.	0	0	41.770	0
66310	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg	Diakonisches Werk Würzburg e.V.	2.001.557	166.920	0	0
66311	Intensiveinheit für KJP an der Universität Würzburg	Bezirk Unterfranken	171.000	57.349	0	0
67101	Kreiskrankenhaus Aschaffenburg in Alzenau-Wasserlosen	Landkreis Aschaffenburg	-165.919	2.824.063	0	0
67201	St. Elisabeth-Krankenhaus Bad Kissingen (Betriebsstätte)	St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH	18.550.767	4.342.138	0	0
67202	Theresienkrankenhaus Bad Kissingen	Theresienspitalstiftung Bad Kissingen	0	-156.015	0	0
67204	Krankenhaus Hammelburg (Betriebsstätte)	St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH	8.320.677	2.450.911	0	0
67205	Franz von Prümmer- Klinik Bad Brückenau	Capio Deutsche Klinik GmbH	12.046.234	2.274.167	0	0
67206	Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken	Bezirk Unterfranken	1.395.916	2.398.608	0	0
67207	Heinz-Kalk-Krankenhaus, Bad Kissingen	St. Elisabeth- Krankenhaus GmbH	542.403	1.350.150	2.169.646	0
67208	Fachklinik Heiligenfeld	Heiligenfeld GmbH	0	249.214	0	0
67301	Rhön-Saale-Klinik Bad Neustadt a. d. Saale	Rhön-Saale-Klinik gGmbH	4.459.803	4.542.163	0	0
67302	Kreiskrankenhaus Mellrichstadt,	Rhön-Saale Kliniken GmbH Bad Neustadt, Mellrichstadt	722.201	1.026.975	0	212.739
67303	Kreiskrankenhaus Bad Königshofen i. Grabfeld:	Landkreis Rhön-Grabfeld	-11.292	295.698	0	0
67304	Herz- und Gefäßklinik Bad Neustadt a.d. Saale	Herz- und Gefäßklinik GmbH	0	11.671.145	0	0
67305	Neurologische Klinik Bad Neustadt a.d. Saale	Neurologische Klinik GmbH	0	2.389.373	0	0
67306	Klinik für Handchirurgie Bad Neustadt a. d. Saale	Herz- und Gefäßklinik GmbH	0	1.676.768	0	0
67307	Psychosomatische Klinik Bad Neustadt	Rhön-Klinikum-AG	0	1.460.568	0	0

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
67401	Haßberg-Kliniken -Haus Haßfurt- (Betriebsstätte)	Haßberg-Kliniken, AöR	2.169.218	3.479.046	0	0
67402	Haßberg-Kliniken - Haus Ebern-	Haßberg-Kliniken, AöR	-299.035	1.801.453	0	0
67403	Haßberg-Kliniken -Haus Haßfurt, Betriebsstelle Hofheim-	Haßberg-Kliniken, AöR	-42.179	642.209	0	0
67501	Klinik Kitzinger Land	KU Klinik Kitzinger Land, AöR	1.632.471	5.122.886	0	0
67504	Helios Klinik Volkach	Helios-Kliniken GmbH	9.022	976.076	0	0
67601	Krankenhaus Erlenbach a. Main (Betriebsstätte)	Kliniken Miltenberg-Erlenbach GmbH	18.078.655	4.842.564	131.303	0
67602	Krankenhaus Miltenberg (Betriebsstätte)	Kliniken Miltenberg-Erlenbach GmbH	4.738.985	3.111.212	0	0
67701	Klinikum Main-Spessart – Gesundheitspark Markt- heidenfeld- (Betriebsstätte)	Landkreis Main-Spessart	14.734.117	1.846.627	0	0
67702	Klinikum Main-Spessart – Gesundheitszentrum Lohr a. Main- (Betriebsstätte)	Landkreis Main-Spessart	674.420	4.266.463	0	0
67703	Klinikum Main-Spessart - Gesundheitsportal Karstadt-	Landkreis Main-Spessart	8.062.434	1.804.435	0	48.050
67705	Bezirkskrankenhaus Lohr a. Main	Bezirk Unterfranken	2.678.953	6.560.984	0	0
67801	Geomed-Klinik Gerolzhofen	Krankenhaus Gerolzhofen gemeinnützige Betriebs-GmbH	5.868.522	2.448.708	0	0
67802	Krankenhaus Markt Werneck	Markt Werneck	1.612.391	1.402.054	0	0
67803	Orthopädisches Krankenhaus Schloß Werneck	Bezirk Unterfranken	17.704.724	3.313.059	0	0
67804	Bezirkskrankenhaus Werneck (Betriebsstätte)	Bezirk Unterfranken	5.006.750	5.688.623	0	0
67901	Main-Klinik Ochsenfurt	Main-Klinik Ochsenfurt gGmbH	9.614.657	3.095.592	0	0
76101	Klinikum Augsburg (Betriebsstätte)	KU Klinikum Augsburg, AöR des KHZV Augsburg	30.999.769	75.573.854	9.486.150	59.018
76105	Klinikum Augsburg - Süd (Betriebsstätte)	KU Klinikum Augsburg, AöR des KHZV Augsburg	11.457.953	5.615.505	0	0
76107	Evangelische Diakonissenanstalt Augsburg	Evangelische Diakonissenanstalt Augsburg e.V.	6.220.506	3.411.329	0	0
76108	Klinik Vincentinum	Klinik Vincentinum Augsburg gGmbH	19.031.887	5.239.828	0	0
76109	Klinik St. Barbara, Augsburg	Kongregation der Barmherzigen Schwestern v. Hl. Vinzenz v. Paul	-119.433	-147.330	0	0
76110	Josefinum Kinderkrankenhaus- Entbindungsklinik	Katholische Jugendfürsorge der Diözese Augsburg e.V.	2.583.125	7.132.187	0	140.188
76111	Orthopädische Fachkliniken der Hessing Stiftung	Hessing Stiftung	3.013.229	5.536.298	0	0
76114	Bezirkskrankenhaus Augsburg	Bezirkskliniken Schwaben KU	11.590.695	5.480.011	0	0
76201	Klinikum Kaufbeuren	Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren, AöR des Lkr. Ostallgäu u. der Stadt Kaufbeuren	52.417.162	12.310.497	620.425	0
76203	Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren	Bezirkskliniken Schwaben KU	6.890.000	5.750.793	0	1.440

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
76301	Klinikum Kempten-Oberallgäu	Klinikum Kempten-Oberallgäu gGmbH	57.517.889	16.690.585	835.554	0
76304	Bezirkskrankenhaus Kempten	Bezirkskliniken Schwaben KU	0	1.721.868	0	0
76305	Klinik für KJP des Josefinums Augsburg	Kath. Jugendfürsorge der Diözese Augsburg e.V.	2.305.521	479.066	0	0
76401	Klinikum Memmingen	Kreisfreie Stadt Memmingen	7.753.943	15.662.479	0	0
76403	Bezirkskrankenhaus Memmingen	Bezirk Schwaben	374.006	619.609	0	0
77101	Kliniken an der Paar Krankenhaus Aichach	Landkreis Aichach-Friedberg	1.676.372	2.727.436	0	0
77102	Kliniken an der Paar Kreiskrankenhaus Friedberg	Landkreis Aichach-Friedberg	38.825.211	3.275.279	0	0
77103	Kreiskrankenhaus Mering	Landkreis Aichach-Friedberg	-53.060	607.274	0	19.691
77201	Wertachklinik Schwabmünchen	Wertachkliniken Bobingen und Schwabmünchen, AöR	9.708.757	3.216.087	0	0
77202	Wertachklinik Bobingen	Wertachkliniken Bobingen und Schwabmünchen, AöR	6.667.872	3.255.840	0	49.490
77203	Bezirkskrankenhaus Zusmarshausen	Bezirk Schwaben	-224.778	-21.816	0	-23.912
77204	Waldhausklinik Deuringen	Waldhausklinik Deuringen GmbH	0	783.735	0	0
77205	Zusamklinik Zusmarshausen	DRV Schwaben	419.833	1.863.019	0	0
77301	Krankenhaus St. Elisabeth Dillingen	Kreiskliniken Dillingen-Wertingen gGmbH	5.097.252	5.268.459	0	0
77302	Kreiskrankenhaus Wertingen	Kreiskliniken Dillingen-Wertingen gGmbH	4.531.505	3.240.920	0	0
77303	Stiftungskrankenhaus Lauingen	Elisabethenstiftung Lauingen	-205.047	1.118.878	0	0
77401	Klinik Günzburg	Kreiskliniken Günzburg-Krumbach, AöR	1.068.860	5.439.381	0	0
77402	Klinik Krumbach	Kreiskliniken Günzburg-Krumbach, AöR	10.786.393	4.195.186	0	0
77404	Fachklinik Ichenhausen	Rehabilitations-Zentrum Ichenhausen Verwaltungs-GmbH & Co. Betriebs-KG	115.221	642.556	0	0
77406	Bezirkskrankenhaus Günzburg	Bezirkskliniken Schwaben KU	22.291.765	9.720.023	46.574	0
77407	Krankenhaus St. Camillus	Zweckverbandskrankenhaus St. Camillus, Ursberg	0	396.034	0	0
77408	Therapiezentrum Burgau	Gemeinn. GmbH zur neurologischen Rehabilitation nach erworbenen cerebralen Schäden	8.443.189	1.980.950	0	0
77501	Illertalklinik Illertissen	Kreisspitalstiftung Weißenhorn	5.760.579	2.673.703	0	0
77502	Donauklinik Neu-Ulm	Kreisspitalstiftung Weißenhorn	19.949.556	4.128.491	0	50.238
77503	Stiftungsklinik Weißenhorn	Kreisspitalstiftung Weißenhorn	26.510.222	2.895.064	0	7.851
77601	Dr.-Otto-Gessler-Krankenhaus, Lindenberg i. Allgäu	Dr. Otto-Gessler-Krankenhaus, Lindenberg gGmbH	7.402.775	3.412.127	0	0
77602	Asklepios Klinik Lindau	Asklepios Klinik Lindau GmbH	9.553.224	3.169.847	0	6.028
77605	Tagesklinik des Bezirks Schwaben im Elisabethenkrankenhaus Lindau	Bezirk Schwaben	54.733	225.541	0	0

KEZ	Krankenhaus	Träger	Art. 11	Art. 12	Art. 13	Art. 15
77701	Klinik Füssen	Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren, AöR des Lkr. Ostallgäu u. der Stadt Kaufbeuren	465.325	3.056.597	0	0
77702	Klinik Marktoberdorf	Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren, AöR des Lkr. Ostallgäu u. der Stadt Kaufbeuren	1.096.638	3.008.215	0	0
77703	Klinik St. Josef, Buchloe	Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren, AöR des Lkr. Ostallgäu u. der Stadt Kaufbeuren	3.086.825	2.607.700	0	0
77704	Klinik Obergünzburg	Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren, AöR des Lkr. Ostallgäu u. der Stadt Kaufbeuren	6.732.214	1.718.314	0	0
77705	St. Vinzenz Klinik	St. Vinzenz Klinik Pfronten im Allgäu GmbH	1.022.181	1.944.992	0	0
77801	Kreiskliniken Unterallgäu -Kreisklinik Mindelheim-	Kreiskliniken Unterallgäu, AöR des Landkreises Unterallgäu	8.695.144	4.585.301	0	38.913
77802	Kreiskliniken Unterallgäu -Kreisklinik Ottobeuren-	Kreiskliniken Unterallgäu, AöR des Landkreises Unterallgäu	-73.525	3.080.403	0	0
77803	Kreis Krankenhaus Babenhausen	Landkreis Unterallgäu	-358.219	-53.667	0	-526
77901	Donau-Ries-Klinik Donauwörth	Donau-Ries Kliniken und Seniorenheime gKU	11.065.107	5.677.128	0	0
77902	Stiftungskrankenhaus Nördlingen	Donau-Ries Kliniken und Seniorenheime gKU	16.881.574	3.946.068	0	0
77903	Donau-Ries-Klinik Oettingen	Donau-Ries Kliniken und Seniorenheime gKU	8.528.231	2.232.042	0	0
77907	Abteilung des Bezirkskrankenhauses Günzburg in der Donau-Ries-Klinik Donauwörth	Bezirk Schwaben	0	344.445	0	0
77908	Tagesklinik für KJP des Josefinums Augsburg	Katholische Jugendfürsorge der Diözese Augsburg e. V.	928.916	135.325	0	0
78001	Klinik Immenstadt	Kliniken Oberallgäu gGmbH	21.707.447	3.372.451	0	-25.368
78002	Klinik Oberstdorf	Kliniken Oberallgäu gGmbH	5.260.765	1.650.085	0	0
78003	Klinik Sonthofen	Kliniken Oberallgäu gGmbH	1.558.485	1.669.537	0	0
78005	Klinik Oberstaufen	Kliniken Oberallgäu gGmbH	-23.354	155.160	0	-30.020
78006	Helios Schloßbergklinik Oberstaufen	Schloßbergklinik Oberstaufen GmbH	3.872.987	3.727.416	230	0
78007	Fachkrankenhaus für Suchtkranke Römerhaus, Sulzbrunn, Sulzberg	Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH, Marburg/Lahn	0	8.066	0	0