



## Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Kathi Petersen SPD**  
vom 15.12.2016

### Krankenhäuser in Bayern 3

Ich frage die Staatsregierung:

1. a) Wie lässt sich nach Auffassung der Staatsregierung der Widerspruch zwischen dem auf marktförmige Steuerung ausgerichteten Vergütungssystem der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) und dem staatlichen Sicherstellungsauftrag in der stationären Versorgung durch die Krankenhausplanung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz auflösen?  
b) Wie könnte nach Auffassung der Staatsregierung die Krankenhausplanung mit der zunehmenden Wettbewerbsorientierung auf dem Leistungsmarkt kompatibel gestaltet werden?  
c) Wie beurteilt die Staatsregierung das nach dem DRG-System gegebene Risiko für Krankenhäuser, aus dem Markt auszuschneiden, vor dem Hintergrund des staatlichen Sicherstellungsauftrags nach den §§ 1 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)?
2. a) Besteht nach Meinung der Staatsregierung derzeit in Bayern im stationären Bereich ein Bettenmangel oder ein Bettenüberhang?  
b) (Wie) Lässt sich nach Auffassung der Staatsregierung die derzeit gegebene Bettendichte in der stationären Versorgung gesundheits- und versorgungspolitisch begründen?  
c) Wird mit der derzeitigen Bettendichte in gleichem Maße eine Bedarfsdeckung erreicht wie mit der Bettendichte von Anfang der 1990er-Jahre (bitte um Begründung der Antwort)?
3. a) Besteht nach Auffassung der Staatsregierung ein Bedarf an einer integrierten Versorgungsplanung, in die (mindestens) die Bereiche Prävention, ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Rehabilitation einbezogen werden sollten?  
b) Welche Rolle könnten bei einer integrierten Versorgungsplanung das Gremium nach § 90a des Sozialgesetzbuches (SGB) Fünftes Buch (V), der Landesgesundheitsrat, die Gesundheitsregionen plus und der bayerische Krankenhausplanungsausschuss spielen?  
c) Wie beurteilt die Staatsregierung die Methodik des „Dubai Clinical Services Capacity Plan“ (<https://www.dha.gov.ae/en/HealthRegulation/Documents/DHACC%20Integration-Qt-V1.2-01112015.pdf>) im Hinblick auf eine integrierte Versorgungsplanung?
4. a) Wäre eine bedarfs- und erreichbarkeitsorientierte Rahmenplanung ein geeignetes Mittel zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung (bitte um Begründung der Antwort)?  
b) Wie ließe sich nach Auffassung der Staatsregierung eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung am besten realisieren?  
c) Wie beurteilt die Staatsregierung die Ergebnisse des Gutachtens „Krankenhausplanung 2.0“ des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung vom Dezember 2014?
5. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die mit dem Krankenhausstrukturgesetz 2015 eingeräumte Möglichkeit der Länder, Qualitätsindikatoren bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen?  
b) Wie beurteilt die Staatsregierung die Ergebnisse des Gutachtens „Qualität als Entscheidungskriterium in der Krankenhausplanung“ des Deutschen Krankenhausinstituts vom 1. September 2015?  
c) Wie beurteilt die Staatsregierung die Position, dass nur die Strukturqualität von Krankenhäusern bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden sollte?
6. a) Soll bzw. wird es nach Auffassung der Staatsregierung in Bayern in den nächsten Jahren zu einer „Marktberreinigung“ im stationären Sektor kommen (bitte um Begründung der Antwort)?  
b) Wie beabsichtigt die Staatsregierung die auf Bayern entfallenden Mittel des Strukturfonds nach § 12 KHG einzusetzen?  
c) Wo sollten nach Auffassung der Staatsregierung Überkapazitäten abgebaut, stationäre Versorgungsangebote und Standorte konzentriert oder Krankenhäuser in nichtakutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen umgewandelt werden, wie dies § 12 KHG vorsieht?
7. a) Soll nach Auffassung der Staatsregierung die Krankenhausplanung analog dem Modell der kassenärztlichen Bedarfsplanung organisiert und dafür ein Gremium analog den Zulassungsausschüssen nach § 96 SGB V eingerichtet werden?  
b) Wie könnte nach Auffassung der Staatsregierung eine Sicherstellung der stationären Versorgung erfolgen, wenn die Länder ihre Kompetenzen zur Krankenhausplanung abgeben würden?  
c) Wie weit kann bzw. soll nach Auffassung der Staatsregierung die Trägerautonomie gehen, wenn man gleichzeitig von einem Sicherstellungsauftrag für stationäre medizinische Leistungen ausgeht?
8. a) Hält die Staatsregierung es für angemessen, dass im Krankenhausplanungsausschuss nach Art. 7 des

Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) ausschließlich Vertreter/-innen von Träger- und Finanzierungsorganisationen sowie der Ärzteschaft, nicht aber anderer Arbeitnehmergruppen wie insbesondere der Pflege und von Gewerkschaften beteiligt sind (bitte um Begründung der Antwort)?

- b) Wie beurteilt die Staatsregierung andere landesrechtliche Regelungen, die eine Beteiligung dieser und weiterer gesellschaftlicher Gruppen an der Krankenhausplanung vorsehen?
- c) Wie beurteilt die Staatsregierung die Ergebnisse des Projektes „Regionalisierte Krankenhausbedarfe am Beispiel des Bundeslandes Sachsen-Anhalt“, das von der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt gemeinsam mit dem Institut für Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung Halle durchgeführt wurde (vgl. Das Krankenhaus Heft 1/2012, S. 19–22)?

## Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege  
vom 15.02.2017

### 1. a) Wie lässt sich nach Auffassung der Staatsregierung der Widerspruch zwischen dem auf marktförmige Steuerung ausgerichteten Vergütungssystem der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) und dem staatlichen Sicherstellungsauftrag in der stationären Versorgung durch die Krankenhausplanung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz auflösen?

Das DRG-Vergütungssystem ist weit entfernt von einer klassischen Marktsteuerung, weil das wesentliche Element des Preiswettbewerbs fehlt. Die Preise der jeweiligen Leistungen sind landesweit einheitlich festgelegt.

Diese landesweiten Durchschnittspreise bieten aber spezifische Anreize, u. a. zur Senkung der Fallkosten, etwa durch Konzentration von Leistungen und Bildung größerer Leistungseinheiten.

Diese Anreize stehen grundsätzlich nicht im Widerspruch zum staatlichen Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung. Sicherstellung der Versorgung heißt nicht, die vorhandene Struktur in allen Details zu erhalten. Inzwischen besteht Konsens, dass es einen tendenziellen Zusammenhang von Menge und Qualität gibt. Deshalb ist eine sinnvoll abgestimmte Konzentration von Leistungen für die Versorgungsqualität häufig die bessere Alternative gegenüber der Erhaltung einer vorhandenen, sehr kleinteiligen Versorgungslandschaft.

Das heißt aber nicht, dass nur noch große Krankenhäuser überleben werden. Die Fa. McKinsey hat bereits zum Krankenhaustag 2006 ein Gutachten vorgestellt, nach dem nicht die Krankenhausgröße entscheidend ist, sondern Abteilungsgrößen von mindestens 50 Betten. Krankenhäuser mit 150 Betten und nicht mehr als drei Fachabteilungen hätten unter den Bedingungen des DRG-Systems gute Aussichten im Wettbewerb. Die Chancen erhöhen sich weiter durch Abstimmung der Leistungsangebote mit den Nachbarn sowie das Nutzen von Kooperationen (etwa bei der Personalgewinnung, bei Fort- und Weiterbildung oder beim Einkauf).

Auf Initiative und unter Moderation der Krankenhausplanungsbehörde hat sich im vergangenen Jahrzehnt bereits eine tief gehende Entwicklung in der bayerischen Krankenhauslandschaft vollzogen. Die Abstimmung des Leistungsangebots mit den Nachbarn, umfangreiche Kooperationen bis hin zu überregionalen Fusionen sind heute die Regel.

### b) Wie könnte nach Auffassung der Staatsregierung die Krankenhausplanung mit der zunehmenden Wettbewerbsorientierung auf dem Leistungsmarkt kompatibel gestaltet werden?

### c) Wie beurteilt die Staatsregierung das nach dem DRG-System gegebene Risiko für Krankenhäuser, aus dem Markt auszuschneiden, vor dem Hintergrund des staatlichen Sicherstellungsauftrags nach den §§ 1 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)?

Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist als Teil der Daseinsvorsorge nach Art. 20 des Grundgesetzes (GG) originäre Aufgabe der Länder. Ein Bundesgesetz, wie das Krankenhausfinanzierungsgesetz, kann das nicht regeln. Der Bund hat nach Art. 74 Nr. 19a GG lediglich das Recht zur Gesetzgebung für den Bereich der Vergütung.

In Bayern ist der Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung den Landkreisen und kreisfreien Städten übertragen (Art. 51 Abs. 3 der Landkreisordnung). Diese Verpflichtung ist subsidiär, solange andere Träger die Versorgung sicherstellen. Fällt aber ein freigemeinnütziger oder privater Träger aus, müssten kreisfreie Stadt oder Landkreis ein für die Versorgung der Bevölkerung notwendiges Krankenhaus selbst betreiben, ggf. auch unter Einsatz kommunaler Haushaltsmittel.

Mit rund 60 Prozent der Krankenhäuser und über 70 Prozent der Bettenkapazitäten in öffentlicher Hand ist ein Versorgungsproblem in Bayern nicht zu erwarten. Im Übrigen hat das DRG-System kein neues Risiko für ein wirtschaftlich bedingtes Ausscheiden aus dem „Markt“ begründet, sondern nur neue Rahmenbedingungen geschaffen, die ggf. Strukturanpassungen erfordern (siehe Antwort zu Frage 1 a).

### 2. a) Besteht nach Meinung der Staatsregierung derzeit in Bayern im stationären Bereich ein Bettenmangel oder ein Bettenüberhang?

Auf ganz Bayern bezogen besteht weder ein Bettenmangel noch ein Bettenüberhang. Die zugelassenen Betten der bayerischen Krankenhäuser waren im Jahr 2015 zu 78,2 Prozent ausgelastet (Daten zu 2016 liegen noch nicht vor). Für die Akutversorgung wird generell von einem anzustrebenden Bettennutzungsrichtwert von 80 Prozent ausgegangen. Durch Ansatz eines höheren oder niedrigeren Zielwerts für die Bettennutzung können jedoch sowohl spezifische Besonderheiten in einzelnen Fachrichtungen als auch Auswirkungen des Leistungsspektrums und der Verweildauer bei einem konkreten Krankenhaus im Einzelfall berücksichtigt werden.

Von dem generellen Bettennutzungsrichtwert von 80 Prozent abweichend gelten im Regelfall folgende Zielwerte:

- Psychiatrie und Psychotherapie: 90 Prozent
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: 90 Prozent
- Kinder- und Jugendmedizin: 70 Prozent
- Kinderchirurgie: 70 Prozent

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: 85 Prozent
- Herzchirurgie: 85 Prozent
- Zentren für die stationäre Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten (Neurologische Frührehabilitation Phase B): 85 Prozent.

Bei dem Wert von 78,2 Prozent handelt es sich ebenso um einen Durchschnittswert wie bei den Auslastungswerten der einzelnen Krankenhäuser, die sich ebenfalls auf ein Jahr beziehen. Im Einzelfall kann es demnach vorkommen, dass Kliniken, die jahresdurchschnittlich noch freie Kapazitäten aufweisen, an einzelnen Tagen vollständig belegt oder sogar überbelegt sind.

Wenn bayernweit auch nicht von einem Bettenmangel oder Bettenüberhang auszugehen ist, bedeutet das nicht, dass nicht an einzelnen Krankenhäusern Kapazitätsengpässe bzw. Überkapazitäten bestehen. Überkapazitäten werden – nach Rücksprache mit dem Krankenhausträger – abgebaut. Bei nicht nur kurzfristigen Kapazitätsengpässen wird auf Antrag des Klinikträgers unter Einbeziehung des Krankenhausplanungsausschusses die Bettenzahl am jeweiligen Krankenhaus entsprechend dem Mehrbedarf erhöht.

**b) (Wie) Lässt sich nach Auffassung der Staatsregierung die derzeit gegebene Bettendichte in der stationären Versorgung gesundheits- und versorgungspolitisch begründen?**

Die derzeit bestehenden Bettenvorhaltungen in den bayerischen Krankenhäusern entsprechen, wie in der Antwort auf Frage 2 a dargestellt, im Wesentlichen dem Bedarf an akutstationärer Versorgung der Bevölkerung in Bayern und sind deshalb sowohl gesundheits- als auch versorgungspolitisch gerechtfertigt.

Weitreichende Kürzungen der derzeitigen Bettenkapazitäten – wie sie regelmäßig insbesondere vonseiten der Krankenkassen gefordert werden – würden dagegen zu einer Rationierung im Krankenhaussektor und zu Wartelisten für die Patienten führen.

**c) Wird mit der derzeitigen Bettendichte in gleichem Maße eine Bedarfsdeckung erreicht wie mit der Bettendichte von Anfang der 1990er-Jahre (bitte um Begründung der Antwort)?**

Sollte mit Bettendichte das Verhältnis der Anzahl der zugelassenen Betten je 1.000 Einwohner gemeint sein, ist hierzu Folgendes zu sagen:

Im Jahr 2015 waren rund 5,8 Betten je 1.000 Einwohner in Bayern zugelassen, während es im Jahr 1990 rund 7,7 Betten waren. Der Wert „Betten je 1.000 Einwohner“ ist allerdings für Aussagen zur Bedarfsdeckung nur sehr eingeschränkt geeignet. Für Aussagen über die Bedarfsgerechtigkeit sind vielmehr die Auslastungszahlen der zugelassenen Betten relevant. Deshalb werden der Krankenhausplanung auch die Auslastungsdaten der Krankenhäuser und nicht eine Bettendichte (Betten je 1.000 Einwohner) zugrunde gelegt. So könnte man bei einem reinen Vergleich der Bettendichte im Jahr 2015 zu 1990 zu dem Ergebnis kommen, dass entweder im Jahr 1990 zu viele Betten oder im Jahr 2015 zu wenig Betten für die Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung standen. Aus diesen Zahlen geht allerdings nicht hervor, dass im Jahr 2015 in zugelassenen bayerischen Krankenhäusern über 2,9 Mio. Patienten akutstationär behandelt wurden, während es 1990 rund 2,1 Mio. Patienten waren.

Aufgrund der erheblich gesunkenen durchschnittlichen Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern konnten demnach 2015 im Vergleich zu 1990 fast 40 Prozent mehr Patienten behandelt werden, obwohl die Bettenzahl in diesem Zeitraum um rund 16 Prozent reduziert wurde.

**3. a) Besteht nach Auffassung der Staatsregierung ein Bedarf an einer integrierten Versorgungsplanung, in die (mindestens) die Bereiche Prävention, ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Rehabilitation einbezogen werden sollten?**

Aufgrund der unterschiedlichen bundesrechtlichen Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten in den genannten Bereichen ist derzeit eine gemeinsame Planung der jeweiligen Versorgungskapazitäten nicht möglich. Unabhängig davon erscheint eine solche einheitliche Beplanung im Hinblick auf die unterschiedlichen Versorgungsaufträge und Anforderungen auch nur eingeschränkt sinnvoll. Eine Etablierung bürokratischer Versorgungssteuerungssysteme mit zentralen Vorgaben auf Bundesebene ist nicht zielführend. Eine verstärkte gegenseitige Einbeziehung und Abstimmung der einzelnen Planungen durch den jeweils verantwortlichen Planungsträger, so wie beispielsweise im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V, erscheint hingegen sinnvoll, wünschenswert und ausbaufähig.

**b) Welche Rolle könnten bei einer integrierten Versorgungsplanung das Gremium nach § 90a des Sozialgesetzbuches (SGB) Fünftes Buch (V), der Landesgesundheitsrat, die Gesundheitsregionen plus und der bayerische Krankenhausplanungsausschuss spielen?**

Das Gemeinsame Landesgremium (90a-Gremium) kann Empfehlungen zu grundsätzlichen sektorenübergreifenden Fragestellungen abgeben, vgl. § 90a Abs. 1 Satz 2 SGB V.

Beispiele möglicher Themen sind Belegarztwesen, ambulantes Operieren, Ermächtigungen von Krankenhäusern, ambulante Leistungen zu erbringen, etc. Diese Empfehlungen richten sich an die Akteure der Gesundheitsversorgung.

Die Aufgaben des Landesgesundheitsrates definiert das Gesetz über den Landesgesundheitsrat vom 24. Juli 2007 (GVBI S. 496), zuletzt geändert durch § 1 des Gesetzes vom 24. März 2009 (GVBI S. 36), folgendermaßen: „Der Landesgesundheitsrat berät den Bayerischen Landtag und die Bayerische Staatsregierung in allen Fragen des Gesundheitswesens. Damit trägt er zur Entscheidungsfindung über gesundheitliche Themen in Bayern bei.“

Die Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> organisieren auf kommunaler Ebene die gesundheitliche Versorgung und Prävention, indem sie alle Verantwortlichen entsprechend der jeweiligen Bedürfnisse vor Ort einbinden und somit zu einer stärkeren Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg beitragen.

Alle diese Gremien können sich mit Fragen der integrierten Versorgung beschäftigen, ob sie dieses Thema auf die Tagesordnung setzen, bestimmen die Gremien selbst.

Die bundesgesetzliche Rechtsgrundlage für die Bildung des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses ist § 7 Abs. 1 Satz 1 bzw. Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Danach sollen die Landesbehörden bei der Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten eng zusammenarbeiten. Die Beratungen des Krankenhausplanungsausschusses beziehen sich damit – entsprechend

den bundesgesetzlichen Vorgaben – nur auf die akutstationäre Versorgung in Bayern.

**c) Wie beurteilt die Staatsregierung die Methodik des „Dubai Clinical Services Capacity Plan“ (<https://www.dha.gov.ae/en/HealthRegulation/Documents/DHA-CC%20Integration-Qt-V1.2-01112015.pdf>) im Hinblick auf eine integrierte Versorgungsplanung?**

Ob die Methodik des „Dubai Clinical Services Capacity Plan“ geeignet ist, den Erfordernissen der akutstationären Versorgungsplanung in Dubai Rechnung zu tragen, kann vonseiten der Staatsregierung nicht beurteilt werden. Sofern die Frage auf die Übertragbarkeit auf die Krankenhausplanung in Bayern abzielt, ist auf die sehr unterschiedlichen Voraussetzungen und Systeme hinzuweisen, die einer Übertragung der genannten Methodik auf die gewachsenen Strukturen im Flächenstaat Bayern entgegenstehen. So wurde beispielsweise erst 2014 in Dubai die Verpflichtung für Unternehmen eingeführt, für ihre ausländischen Mitarbeiter zumindest eine Basiskrankenversicherung abzuschließen. Auch die Familienmitglieder sind nun zu versichern. Aufgrund der großen Anzahl ausländischer Arbeitnehmer in Dubai war durch diesen Versicherungsschutz ein starker Anstieg der Nachfrage zu erwarten und die Krankenhauskapazitäten waren entsprechend aufzustocken.

**4. a) Wäre eine bedarfs- und erreichbarkeitsorientierte Rahmenplanung ein geeignetes Mittel zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung (bitte um Begründung der Antwort)?**

Entsprechend den Vorgaben des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) handelt es sich bei der bayerischen Krankenhausplanung bereits um eine Rahmenplanung. Nach Art. 4 Abs. 1 Satz 1 BayKrG stellt der Krankenhausplan die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Zahl der Betten und teilstationären Plätze, Fachrichtungen sowie Versorgungsstufe dar.

Die Krankenhausplanung stellt damit bereits jetzt – wie auch in der Vergangenheit – auf den Bedarf an akutstationären Versorgungskapazitäten ab. Ein Teilaspekt des Bedarfs ist die Erreichbarkeit der jeweiligen Krankenhäuser. Insofern stellt sich die Frage nach einer Weiterentwicklung hin zur bedarfs- und erreichbarkeitsorientierten Rahmenplanung nicht, da diese schon besteht.

**b) Wie ließe sich nach Auffassung der Staatsregierung eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung am besten realisieren?**

Wie in den Antworten auf die Fragen 2 a und 4 a dargestellt, orientiert sich die Krankenhausplanung in Bayern bereits am Bedarf.

**c) Wie beurteilt die Staatsregierung die Ergebnisse des Gutachtens „Krankenhausplanung 2.0“ des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung vom Dezember 2014?**

Das Gutachten geht von verschiedenen Prämissen aus, die zumindest hinterfragt werden können. Eine Prämisse ist, dass eine angebotsinduzierte Nachfrage an Krankenhausleistungen bestehe. Dies wird verschiedentlich und wiederholt behauptet, konnte bisher allerdings nicht belegt werden. Außerdem werden Qualitätsprobleme bei den Krankenhäusern statuiert, im Gutachten aber nicht weiter begründet. Im

Gutachten wird die Implementierung bundesweit einheitlicher Vorgaben zu Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität vorgeschlagen.

Krankenhausplanung fällt nach der verfassungsrechtlichen Zuordnung in die Kompetenz der Länder. Der Bund hat nach Art. 74 Nr. 19a GG lediglich das Recht zur Gesetzgebung für den Bereich der Vergütung. Aus Sicht der Staatsregierung soll sich hieran auch nichts ändern. Verbindliche bundeseinheitliche Vorgaben im Bereich der Krankenhausplanung sind deshalb nicht zu befürworten.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde nun allerdings ohnehin ein erster Schritt in Richtung Implementierung von Qualitätskriterien im Rahmen der Krankenhausplanung gemacht. Näheres hierzu siehe unten (Antworten auf die Fragen 5 a und 5 c).

**5. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die mit dem Krankenhausstrukturgesetz 2015 eingeräumte Möglichkeit der Länder, Qualitätsindikatoren bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen?**

Selbstverständlich gilt es, die Qualität der akutstationären Versorgung im Blick zu haben. Das geschieht seit Jahren im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung. Die Krankenhausplanung betrachtet – seit jeher – die Krankenhäuser unter dem Blickwinkel der Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit. Die Qualität ist dabei ein Teilaspekt der Leistungsfähigkeit. Auch in den zum bayerischen Krankenhausplan gehörenden Fachprogrammen (Neonatologie, Palliativmedizin, Akutgeriatrie) spielen Qualitätsvorgaben eine Rolle.

Die Schwierigkeit bei den sogenannten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren liegt darin, dass sich die derzeitigen Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung auf einzelne Leistungen beziehen, während die Krankenhausplanung ganze Fachabteilungen im Blick hat. Noch ist nicht klar, ob und wie von der Qualität einzelner Leistungen auf die Qualität ganzer Fachabteilungen geschlossen werden kann, mit der Folge, dass aus diesen Erkenntnissen Konsequenzen in der Krankenhausplanung gezogen werden können. Deshalb hat die Staatsregierung einen Gesetzentwurf eingebracht, mit dem die automatische Geltung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelten Qualitätsindikatoren in der bayerischen Krankenhausplanung außer Kraft gesetzt wird. Der Landtag hat in seiner Sitzung am 08.12.2016 die vorgeschlagene Gesetzesänderung nach einstimmiger Beschlussempfehlung des federführenden Ausschusses für Gesundheit und Pflege einstimmig beschlossen (Drs. 17/14710). Einzelheiten können dem Gesetzentwurf sowie der Gesetzesbegründung vom 11.10.2016 unter Drs. 17/13227 entnommen werden.

**b) Wie beurteilt die Staatsregierung die Ergebnisse des Gutachtens „Qualität als Entscheidungskriterium in der Krankenhausplanung“ des Deutschen Krankenhausinstituts vom 1. September 2015?**

Das Gutachten beschreibt zutreffend die Schwierigkeiten und Herausforderung bei der Einführung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren. Ebenfalls zuzustimmen ist den Aussagen, dass eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung eine bedarfsgerechte, wohnortnahe und flächendeckende Krankenhausversorgung nicht gefährden darf, sowie der Forderung, dass die krankhausplanerischen Qualitätsvorgaben praktikabel, operationalisierbar und justitabel sein

müssen sowie auf der besten vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz basieren sollten.

Aus diesen Gründen hat die Staatsregierung auch die o. g. Änderung des BayKrG vorgeschlagen.

Das Gutachten befasst sich auch intensiv mit der Krankenhausplanung der Schweiz und Österreichs, die jeweils umfangreiche Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung vorsehen. Hier kommt es zu der Schlussfolgerung, dass eine Übertragung der dargestellten internationalen Ansätze auf die Krankenhausplanung in Deutschland weder sinnvoll noch erforderlich sei, da im internationalen Vergleich die Qualitätssicherung in Deutschland rechtlich und ordnungspolitisch anders verortet sei. In Deutschland stelle der Gemeinsame Bundesausschuss die maßgebliche Institution dar, in der durch die gemeinsame Selbstverwaltung bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben für Krankenhäuser zu erfolgen haben. Eine Doppelstruktur der Qualitätssicherung im Rahmen der Krankenhausplanung auf Landesebene mit vergleichbaren Strukturen, Kompetenzen und Regelungsmöglichkeiten sei daher im Grundsatz systemfremd. Die interne und externe Qualitätssicherung im Krankenhaus sei in Deutschland weit fortgeschritten. Angesichts des in Deutschland erreichten Niveaus der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements müsse die Qualität nicht erst mittels der Krankenhausplanung in die stationäre Versorgung implementiert werden. Für die Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung sowie die Eigenentwicklung von Indikatoren auf Landesebene seien daher strenge Anforderungen an Systematik und Rechtssicherheit zu stellen. Dieser Einschätzung des Gutachtens ist zuzustimmen.

**c) Wie beurteilt die Staatsregierung die Position, dass nur die Strukturqualität von Krankenhäusern bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden sollte?**

Wie in der Antwort auf Frage 5 a dargestellt, sieht die Staatsregierung einige Schwierigkeiten bei der Implementierung sogenannter planungsrelevanter Qualitätsindikatoren. Die bisher entwickelten Indikatoren bewerten in der Regel die Qualität einzelner Leistungen, während die Krankenhausplanung sich auf ganze Fachabteilungen bezieht.

Insofern könnte es sich in einem ersten Schritt anbieten, erst einmal Kriterien der Strukturqualität zu entwickeln, die sich auf Fachabteilungen beziehen. Aber auch hier wird die Herausforderung darin bestehen, Strukturqualitätsmerkmale so zu definieren, dass sie auf der einen Seite weder überzogene Anforderungen an Fachabteilungen von Krankenhäusern der Grundversorgung stellen, noch auf der anderen Seite unter dem Niveau der bisherigen Strukturqualität an Krankenhäusern höherer Versorgungsstufe oder mit spezialisierterem Angebot bleiben.

**6. a) Soll bzw. wird es nach Auffassung der Staatsregierung in Bayern in den nächsten Jahren zu einer „Marktberreinigung“ im stationären Sektor kommen (bitte um Begründung der Antwort)?**

Wie in der Antwort auf Frage 2 a dargestellt, besteht in Bayern keine flächendeckende Überversorgung, die eine „Marktberreinigung“ im stationären Sektor erforderlich machen würde. Unabhängig davon gibt es sicherlich an einzelnen Standorten noch Krankenhäuser, bei deren Schließung andere Krankenhäuser das Entstehen einer Versorgungslücke verhindern würden.

Es ist bereits seit Jahren ein Strukturwandel in der bayerischen Krankenhauslandschaft zu verzeichnen. So wurden im somatischen Bereich erhebliche Kapazitäten abgebaut, während im Gegenzug Kapazitäten zur Behandlung von psychischen Erkrankungen aufgebaut wurden. Das gleiche gilt für Krankenhausstandorte. Während zahlreiche somatische Klinikstandorte aus dem Krankenhausplan genommen wurden, wurden Krankenhäuser zur Behandlung von psychischen Erkrankungen in den Krankenhausplan neu aufgenommen.

**b) Wie beabsichtigt die Staatsregierung die auf Bayern entfallenden Mittel des Strukturfonds nach § 12 KHG einzusetzen?**

Die Mittel des Krankenhausstrukturfonds sollen sowohl für Einzelfördermaßnahmen als auch für Maßnahmen zur Umwandlungsförderung eingesetzt werden.

Zwei große Umstrukturierungsmaßnahmen mit Gesamtvolumen von rd. 104 Millionen Euro wurden bereits durch das Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat (StMFLH) in Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium beim Bundesversicherungsamt angemeldet. Dies sind die Verlagerung von Kapazitäten aus Waldkirchen an das Krankenhaus Freyung mit einem Volumen von rd. 20 Millionen Euro und die Neustrukturierung der Städtischen Kliniken München, Standort Schwabing, mit Gesamtkosten von rd. 84 Millionen Euro. Zu diesen beiden Vorhaben wurde das erforderliche Einvernehmen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bereits erteilt.

Weitere Mittel werden für Umwandlungsvorhaben nach der Richtlinie des StMFLH zur Umwandlung von Krankenhäusern (Umwandlungsförderrichtlinie – UmwFR) vom 19. Juli 2016 eingesetzt. Die Abstimmung mit den jeweiligen Krankenhausträgern sowie den Krankenkassenverbänden zur Erlangung des Einvernehmens hierzu läuft derzeit ebenso wie zu weiteren Einzelfördermaßnahmen.

**c) Wo sollten nach Auffassung der Staatsregierung Überkapazitäten abgebaut, stationäre Versorgungsangebote und Standorte konzentriert oder Krankenhäuser in nichtakutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen umgewandelt werden, wie dies § 12 KHG vorsieht?**

Dort, wo dies ohne Gefährdung der bedarfsgerechten und ausreichend flächendeckenden Versorgung zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen und medizinischen Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser führt.

**7. a) Soll nach Auffassung der Staatsregierung die Krankenhausplanung analog dem Modell der kasernenärztlichen Bedarfsplanung organisiert und dafür ein Gremium analog den Zulassungsausschüssen nach § 96 SGB V eingerichtet werden?**

Nein.

**b) Wie könnte nach Auffassung der Staatsregierung eine Sicherstellung der stationären Versorgung erfolgen, wenn die Länder ihre Kompetenzen zur Krankenhausplanung abgeben würden?**

Die Sicherstellung der stationären Versorgung ist Aufgabe der Länder und die Krankenhausplanung fällt nach der verfassungsrechtlichen Zuordnung in die Kompetenz der Länder. Der Bund hat nach Art. 74 Nr. 19a GG lediglich das Recht zur Gesetzgebung für den Bereich der Vergütung.

Eine Abgabe der Kompetenz zur Krankenhausplanung kommt aus der Sicht der Staatsregierung für Bayern nicht infrage.

Im Übrigen ist festzuhalten, dass die Krankenhausplanung nur auf eine bedarfsgerechte akutstationäre Versorgung hinwirken kann. Der Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung ihrer Bürgerinnen und Bürger liegt, wie in der Antwort auf Frage 1 c dargestellt, in Bayern bei den Landkreisen und kreisfreien Städten. Sie haben dafür zu sorgen, dass Krankenhäuser für ihre Bürgerinnen und Bürger zur Verfügung stehen. Findet sich kein anderer Träger, müssen sie selbst das Krankenhaus betreiben (Art. 51 Abs. 3 Satz 1, Nr. 1 der Landkreisordnung, Art. 9 Abs. 1 Satz 2 der Gemeindeordnung). Auch wenn die Krankenhausplanung nicht mehr in der Hand der Bundesländer liegen würde, würde sich nichts daran ändern, dass in Bayern der Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung bei den Landkreisen und kreisfreien Städten liegt.

**c) Wie weit kann bzw. soll nach Auffassung der Staatsregierung die Trägerautonomie gehen, wenn man gleichzeitig von einem Sicherstellungsauftrag für stationäre medizinische Leistungen ausgeht?**

Der Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung ihrer Bürgerinnen und Bürger liegt, wie in den Antworten auf die Fragen 1 c und 7 b beschrieben, in Bayern bei den Landkreisen und kreisfreien Städten, nicht bei den Krankenhausträgern, wenn diese nicht gleichzeitig der Landkreis oder die kreisfreie Stadt sind.

Privaten und freigemeinnützigen Krankenhausträgern steht es damit frei, ob sie ihre Versorgungsangebote aufrechterhalten. Sie haben hierzu keine Verpflichtung. Werden bedarfsnotwendige Versorgungsangebote von den bisherigen (privaten) Trägern nicht mehr angeboten und findet sich kein anderer Klinikträger, der dieses Angebot übernehmen möchte, stehen Landkreise und kreisfreie Städte in der Pflicht, die akutstationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Der kommunale Sicherstellungsauftrag ändert nichts daran, dass auch den kommunalen Trägern bei der Wahrnehmung dieses Auftrags weitgehende Autonomie eingeräumt ist (z. B. bezüglich der Rechtsform des Krankenhausbetriebs oder der Frage, ob Abteilungen als Haupt- oder Belegabteilung geführt werden).

**8. a) Hält die Staatsregierung es für angemessen, dass im Krankenhausplanungsausschuss nach Art. 7 des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) ausschließlich Vertreter/-innen von Träger- und Fi-**

**nanzierungsorganisationen sowie der Ärzteschaft, nicht aber anderer Arbeitnehmergruppen wie insbesondere der Pflege und von Gewerkschaften beteiligt sind (bitte um Begründung der Antwort)?**

Ja. Die zehn Mitglieder des Krankenhausplanungsausschusses sind in Art. 7 BayKrG im Einzelnen genannt und abschließend festgelegt. Rechtsgrundlage für die Bildung des Krankenhausplanungsausschusses ist § 7 Abs. 1 Satz 1 bzw. Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Bundesgesetz). Danach sollen die Landesbehörden bei der Durchführung dieses Gesetzes mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten eng zusammenarbeiten. Bei der Krankenhausplanung sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. Die derzeitige Besetzung des Krankenhausplanungsausschusses spiegelt diese unmittelbare Beteiligung an der Krankenhausversorgung in Bayern wider.

Eine solche Beteiligung z. B. der Gewerkschaften an der Krankenhausversorgung ist nicht gegeben. Um den Ausschuss arbeitsfähig zu halten, soll an der bisherigen Größe festgehalten werden.

**b) Wie beurteilt die Staatsregierung andere landesrechtliche Regelungen, die eine Beteiligung dieser und weiterer gesellschaftlicher Gruppen an der Krankenhausplanung vorsehen?**

Es ist nicht Aufgabe der Staatsregierung, landesrechtliche Regelungen anderer Länder zu bewerten. Im Übrigen siehe Antwort auf Frage 8 a.

**c) Wie beurteilt die Staatsregierung die Ergebnisse des Projektes „Regionalisierte Krankenhausbedarfe am Beispiel des Bundeslandes Sachsen-Anhalt“, das von der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt gemeinsam mit dem Institut für Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung Halle durchgeführt wurde (vgl. Das Krankenhaus Heft 1/2012, S. 19–22)?**

Die Ergebnisse der Studie bestätigen, dass die Entwicklung des Bedarfs an akutstationären Kapazitäten nicht allein von der Entwicklung der Einwohnerzahl abhängt. Es gibt vielmehr zahlreiche weitere Einflussfaktoren, wie die gesetzlichen Rahmenbedingungen der akutstationären Versorgung, das Alter der Bevölkerung, die Verlagerung medizinischer Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich, Hinzukommen zusätzlicher medizinischer Möglichkeiten, Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten im Krankenhaus und vieles mehr.