

Die Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege



Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
Postfach 80 02 09, 81602 München

Präsidentin
des Bayerischen Landtags
Frau Ilse Aigner MdL
Maximilianeum
81627 München

Telefon
089 540233-0
Telefax

E-Mail
poststelle@stmgp.bayern.de

Ihr Zeichen
PI/G-4255-5/307 G

Unser Zeichen
G24a-K9000-2019/175-5

München,
21.08.2019

Ihre Nachricht vom
04.07.2019

Unsere Nachricht vom

Schriftliche Anfrage des Abgeordneten Andreas Winhart (AfD)
Entwicklung öffentlicher Kliniken in Bayern

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

die Schriftliche Anfrage beantworte ich im Einvernehmen mit dem Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration wie folgt:

1. Welche Kapazitäten an fachlichen Stationen an den RoMed Kliniken (Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim) ist nach Ansicht der Staatsregierung für die Standorte der RoMed Klinken ausreichend, um eine minimale bzw. eine optimale medizinische Versorgung der Bevölkerung in Stadt und Landkreis Rosenheim entsprechend der Verpflichtungen der Landkreise und kreisfreien Städte aufrecht zu erhalten, notwendig?

Ziel gemäß Art. 1 Satz 1 des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) und damit der Krankenhausplanung ist 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. Ein Krankenhaus ist dabei (überhaupt bzw. mit einer bestimmten Kapazität)

Dienstgebäude München
Haidenauplatz 1, 81667 München
Telefon 089 540233-0
Öffentliche Verkehrsmittel
S-Bahn: Ostbahnhof
Tram 19: Haidenauplatz

Dienstgebäude Nürnberg
Gewerbemuseumsplatz 2, 90403 Nürnberg
Telefon 0911 21542-0
Öffentliche Verkehrsmittel
U 2, U3: Haltestelle Wöhrder Wiese
Tram 8: Marientor

E-Mail
poststelle@stmgp.bayern.de
Internet
www.stmgp.bayern.de

bedarfsgerecht, wenn und soweit es zur Deckung des in seinem Einzugsgebiet vorhandenen Bedarfs an akutstationärer Versorgung notwendig ist (Art. 5 Abs. 1 BayKrG).

Aus Sicht der Krankenhausplanung ist die akutstationäre Versorgung der Bevölkerung in Stadt und Landkreis Rosenheim gewährleistet. Die vorhandenen Versorgungsstrukturen stellen die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Blick auf die tatsächliche Inanspruchnahme durch die Patienten sicher. Der von einzelnen Ausnahmen abgesehen generell anzustrebende Bettennutzungsrichtwert von 80 % wurde in den letzten Jahren in Stadt und Landkreis Rosenheim erreicht bzw. knapp unterschritten, so dass geringfügig mehr Betten als bedarfsnotwendig zur Verfügung standen. Dies gilt in gleicher Weise für die Erreichbarkeit der vorhandenen Krankenhäuser für die Grundversorgung. Auch die insofern als ein Aspekt heranziehbareren Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für die Erreichbarkeit von Grundversorgern sind für Stadt und Landkreis Rosenheim nicht erfüllt.

Bezüglich einzelner Fachrichtungen setzt Bayern in der Krankenhausplanung in somatischen Fachrichtungen im vollstationären Bereich auf die bewährte Rahmenplanung. Die Krankenhausträger können damit – ohne weitere bürokratische Erfordernisse – innerhalb der für das jeweilige Krankenhaus zugewiesenen Fachrichtungen eigene medizinische Schwerpunkte setzen und die zugewiesenen Planbetten auf diese verteilen. Dies versetzt die Träger in die Lage, ihre Behandlungskapazitäten bedarfsorientiert zu steuern und sich abzeichnenden Angebotslücken innerhalb ihres Versorgungsauftrags im Bayerischen Krankenhausplan schnell und flexibel entgegen zu wirken.

Soweit und solange die stationäre Versorgung gesichert ist, liegt es in der Entscheidungshoheit des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt, mit wie vielen Krankenhäusern an welchen Standorten und mit welchem Umfang sie ihrem gesetzlichen Auftrag nachkommen wollen, vgl. Art. 51 Abs. 3

Satz 1 Nr. 2 Landkreisordnung (LKrO) bzw. Art. 51 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 LKrO i. V. m. Art. 9 Abs. 1 Satz 2 der Gemeindeordnung.

2. Welche Veränderungen bezüglich Kapazitäten an fachlichen Stationen an den RoMed Kliniken (Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim) erwartet die Staatsregierung für den Zeitraum 2019 bis 2030?

Es bestehen derzeit Bedarfsfeststellungen für Baumaßnahmen, welche noch nicht beendet sind, aber mit Abschluss der Bauarbeiten im Bayerischen Krankenhausplan nachvollzogen werden:

- RoMed Klinikum Rosenheim: Anpassung von derzeit 622 auf bedarfsfestgestellte 600 Betten sowie von derzeit 18 auf dann 22 teilstationäre Plätze (Tagesklinik für Kinder- und Jugendmedizin) und
- RoMed Klinik Bad Aibling: Anpassung von aktuell 140 auf bedarfsfestgestellte 135 Betten.

Da die Bayerische Krankenhausplanung wie unter Nr. 1 erläutert auf die bewährte Rahmenplanung setzt, kann die Klinikträgerin die Betten entsprechend der Bedürfnisse an den Standorten auf die zugewiesenen Fachrichtungen verteilen. Daher kann derzeit keine Aussage darüber getroffen werden, wie sich Kapazitäten in den einzelnen Fachrichtungen bei Abschluss der Bauarbeiten verändern werden.

3. Welche Veränderungen der Kapazitäten an fachlichen Stationen an den RoMed Kliniken (Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim) fanden im Zeitraum 2008 bis 2018 statt?

Die Bettenkapazitäten der RoMed Kliniken haben sich wie folgt verändert:

- Anpassung der Planbettenzahl der RoMed Klinik Wasserburg am Inn entsprechend der Bedarfsfeststellung für Baumaßnahmen mit Wir-

kung zum 01.01.2013 von 140 auf aktuell 130 Betten (davon neun Betten Chirurgie und ein Bett Innere Medizin),

- erste Anpassung der Planbettenzahl der RoMed Klinik Bad Aibling im Rahmen der Bedarfsfeststellung für Sanierungsmaßnahmen mit Wirkung zum 01.01.2013 von 150 auf aktuell 140 Betten (zehn Betten Innere Medizin) sowie
- Anpassung der Planbettenzahl der RoMed Klinik Prien am Chiemsee entsprechend der Bedarfsfeststellung für Sanierungsmaßnahmen mit Wirkung zum 01.01.2013 von 150 auf aktuell 140 Betten (davon ein Bett Chirurgie, fünf Betten Gynäkologie und Geburtshilfe und vier Betten Innere Medizin).

4. Wie beurteilt die Staatsregierung die Beteiligung von privaten Investoren an öffentlichen Kliniken (beispielsweise Helios Gruppe etc.?) im Rahmen von Public-Privater-Partnership-Zusammenschlüssen?

Wegen der kontinuierlich hohen Investitionskostenförderung für Krankenhausinvestitionen in Bayern (seit 1972 EUR 23 Mrd.) ist der Staatsregierung im Zusammenhang mit Einzelinvestitionsmaßnahmen an Plankrankenhäusern in Bayern kein Antrag auf Förderung im Rahmen eines Public-Private-Partnership-Modells bekannt.

5. Kommen die öffentlichen Kliniken und Vertragskrankenhäuser mit Public-Privater-Partnership-Kooperationen ihren Verpflichtungen nach, d.h. gab es in den letzten 5 Jahren Beanstandungen von Seiten der Staatsregierung und ihrer untergeordneten Behörden?

Entfällt (vgl. Antwort zu Frage 4).

6. Welche Schritte würde die Staatsregierung einleiten bzw. hat in der Vergangenheit eingeleitet, wenn ein Landkreis seinen Verpflichtungen im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung nicht ausreichend nachgekommen ist?

Nach Art. 51 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 LKrO sind die Landkreise in den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit verpflichtet, die erforderlichen Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten. Eine Pflichtaufgabe der Landkreise liegt damit nach dem ausdrücklichen Wortlaut der Vorschrift (nur) im Rahmen der Erforderlichkeit vor. Wenn und soweit beispielsweise andere Krankenhäuser vorhanden sind (wie etwa solche einer benachbarten kreisfreien Stadt oder eines benachbarten Landkreises oder solche in privater Trägerschaft), braucht der Landkreis diese Pflichtaufgabe nicht mehr wahrzunehmen (vgl. oben Nr. 1). Die fachliche Beurteilung dieser Fragen erfolgt dabei durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP).

Da es sich um eine Pflichtaufgabe der Landkreise im eigenen Wirkungsbereich handelt, ist die staatliche Aufsicht nach Art. 95 Abs. 1 LKrO auf die Rechtskontrolle (Rechtsaufsicht) beschränkt, d. h. lediglich ein rechtswidriges Handeln oder Unterlassen der Landkreise, nicht jedoch Zweckmäßigkeitserwägungen berechtigen zum rechtsaufsichtlichen Tätigwerden. Die Handhabung der einzelnen Aufsichtsmittel nach Art. 97 ff. LKrO ist dabei in das pflichtgemäße Ermessen der Aufsichtsbehörden gestellt (Opportunitätsprinzip). Der Staatsregierung sind keine Fälle bekannt, in denen die Rechtsaufsichtsbehörden tätig wurden, da die Krankenhausversorgung durch die Landkreise nicht gewährleistet war.

7. In welchen Abständen überprüft die Staatsregierung, ob Landkreise und kreisfreie Städte ihren Verpflichtungen im Rahmen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung nachkommen?

Das StMGP prüft den Bedarf an akutstationärer Versorgung mindestens einmal jährlich von Amts wegen. Hierfür teilen die Krankenhausträger dem

StMGP gemäß Art. 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 BayKrG in Verbindung mit § 19 der Durchführungsverordnung zum BayKrG jährlich Daten über Bettenutzung, Belegungs- und Berechnungstage sowie Fallzahlen aufgeteilt nach Fachrichtungen mit.

Darüber hinaus prüft das StMGP die ausreichende akutstationäre Versorgung bei entsprechendem Anlass wie etwa auf Antrag eines Krankenhausträgers oder bei Hinweisen von Seiten Dritter.

8. Welche Distanz in Kilometer zum nächstgelegenen MVZ bzw. öffentlichen Klinikum hält die Staatsregierung für angemessen, v.a. in den Bereichen Geburtshilfe, Schlaganfall/ Stroke Unit, Kardiologie/ ChestPain, Notfallambulanz/Notaufnahme?

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, die an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erfolgt, ist gesetzliche Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Ihr obliegt der sogenannte Sicherstellungsauftrag.

Bei der Ausfüllung dieses Auftrags ist die KVB an bundesgesetzliche Regelungen und deren nähere Ausgestaltung und Konkretisierungen durch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung gebunden. Diese Ausgestaltung erfolgt u.a. in der Bedarfsplanungsrichtlinie (BPL-RL) des G-BA, dem höchsten Selbstverwaltungsgremium von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen auf Bundesebene. Diese Richtlinie regelt in der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten insbesondere, wo sich wie viele Ärzte einer Fachrichtung niederlassen können. Dies wird im Wesentlichen über die sog. „allgemeine Verhältniszahl“ der jeweiligen Arztgruppe – dem als ideal angesehenen Einwohner-Arzt-Verhältnis – festgelegt. Die Betrachtung erfolgt dabei planungsbereichsbezogen, der Gebietsumgriff der Planungsbereiche unterscheidet sich je nach Versorgungsebene, der die jeweilige Arztgruppe zugerechnet wird (hausärztliche Versorgung: Mittelbereiche; allgemeine fachärztliche Versorgung: Land- bzw.

Stadtkreise; spezialisierte fachärztliche Versorgung: Raumordnungsregionen; gesonderte fachärztliche Versorgung: bayernweit einheitlich). Über das Instrument der Bedarfsplanung soll ein gleichmäßiger und bedarfsgerechter Zugang der gesetzlich Krankenversicherten zur haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung sichergestellt werden.

Es kommt dabei wie dargestellt auf ein angemessenes Einwohner-Arzt-Verhältnis in der jeweiligen Arztgruppe an, innerhalb der Planungsbereiche aber grundsätzlich nicht auf eine bestimmte Distanz in Kilometern zum Arzt einer bestimmten Gruppe bzw. einem MVZ.

Soweit die stationäre Versorgung in Krankenhäusern betroffen ist, wirkt die Krankenhausplanung nach dem BayKrG auf wirtschaftliche Strukturen bei der bedarfsgerechten Versorgung durch medizinisch leistungsfähige Krankenhäuser hin, wobei dies durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser geschehen soll. Die Krankenhausplanung geht dabei im Grundsatz von kommunalen Gebietseinheiten unter Berücksichtigung der zentralörtlichen Verflechtungsbereiche und gewachsener Strukturen aus.

Zur bedarfsgerechten Versorgung gehört selbstverständlich auch die Erreichbarkeit notwendiger Krankenhausleistungen für die Patienten. Generell-abstrakte Festlegungen hinsichtlich zumutbarer Wegstrecken und zumutbarer Anfahrtszeiten für die Patienten bei den einzelnen Fachrichtungen wären allerdings in einem Land wie Bayern mit zum Teil sehr unterschiedlich strukturierten Regionen nicht sachgerecht.

So sollen die Strukturen der stationären Versorgung bedarfsgerecht (d.h. zur Versorgung erforderlich und für die Patienten erreichbar), wirtschaftlich und leistungsfähig sein, also auch eine Leistungserbringung in der zu fordernden Qualität ermöglichen. Dabei ist im Hinblick auf die spezifischen Anforderungen der Fachrichtung ebenso einzugehen, wie den Grad der jeweiligen Spezialisierung in Häusern der Versorgungsstufe II und III. Auch die Grundsätze des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszu-

schlagen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für Krankenhäuser, die basisversorgungsrelevante Leistungen zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung erbringen, stellen dabei einen Aspekt für die Krankenhausplanung dar. Bei der Krankenhausplanung ist daher auf Verhältnisse im konkreten Einzelfall abzustellen, wobei eine Abwägung in jedem Einzelfall zwischen den verschiedenen, sich teilweise auch widersprechenden Zielsetzungen zu erfolgen hat.

Bei einem Schlaganfall ist es für den größtmöglichen Behandlungserfolg entscheidend, dass die Patientinnen und Patienten schnellstmöglich die nächste geeignete vollstationäre Einrichtung erreichen. Als Maßeinheit zur Bestimmung einer angemessenen Erreichbarkeit ist deshalb einem Zeitfenster der Vorzug vor einer pauschalen Wegstrecke zu geben. Bei der Etablierung und dem Ausbau der bayerischen Schlaganfallnetzwerke wurde insbesondere darauf geachtet, dass die Fahrzeiten im Einzugsgebiet der Netzwerkkliniken möglichst nicht mehr als 30 Minuten betragen.

Mit freundlichen Grüßen

Melanie Huml MdL
Staatsministerin