

MITTEILUNGEN

Nummer 4 – November 2008

AUS DEM INHALT

- ↳ Krankenhausversorgung im ländlichen Raum
- ↳ Entwicklung der Krankenhausstrukturen in Bayern
- ↳ Auswirkungen der gDRGs auf die Notfallversorgung
- ↳ Kooperationsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und dem Bayerischen Landkreistag

A. Vorwort	3
B. Warum auch heute Kreiskrankenhäuser wichtig sind!	4
C. Positionspapier des Bayerischen Landkreistags: Krankenhausversorgung im ländlichen Raum sichern!	16
D. Die stationäre Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum – Position der Bayerischen Staatsregierung, Dr. Gerhard Knorr, Ministerialdirigent, Abteilung Krankenhausversorgung im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen	17
E. Entwicklung der Krankenhausstrukturen in Bayern, Siegfried Hasenbein, Geschäftsführer, Bayerische Krankenhausgesellschaft	21
F. Auswirkungen der gDRGs auf die Notfallversorgung in den Kliniken, Prof. Dr. Christian K. Lackner, Institut für Notfallmedizin und Medizin- management, Klinikum der Universität München	36
G. Kooperationsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und dem Bayerischen Landkreistag	53
H. Anhang: Krankenhausplan des Freistaates Bayern Teil I	55

Impressum:

Herausgeber und Verlag:
Bayerischer Landkreistag
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Kardinal-Döpfner-Straße 8
80333 München

Postfachadresse:
Postfach 34 02 63
80099 München

Telefon (0 89) 28 66 15 - 0
Telefax (0 89) 28 28 21
Internet: www.bay-landkreistag.de
e-mail: info@bay-landkreistag.de

Für den Inhalt verantwortlich:
Johannes Reile
Geschäftsführendes Präsidialmitglied
des Bayerischen Landkreistags

Herstellung:
Druckhaus Deutsch GmbH
Machtlfinger Straße 21
81379 München

Die Mitteilungen wurden auf chlorfrei
gebleichtem Papier gedruckt.



Medizinische Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum und Entwicklung der Krankenhausstrukturen in Bayern zählten zu den Hauptpunkten der Landrätetagung in Kitzingen am 15. und 16. Oktober 2008. Die Landrätinnen und Landräte bekannten sich weiterhin zu ihrer gesetzlichen Verpflichtung, die erforderlichen Krankenhäuser für die Bürger zu errichten und zu unterhalten, stellten aber auch Forderungen an den Bund und den Freistaat Bayern.

A. Vorwort

Die bayerischen Landräte haben sich am zweiten Tag der diesjährigen Landrätetagung am 15. und 16. Oktober 2008 in Kitzingen thematisch mit der Weiterentwicklung der öffentlich-rechtlich getragenen Krankenhäuser unter den derzeitigen politischen Rahmenbedingungen auseinandergesetzt. Die Geschäftsstelle des Bayerischen Landkreistags verknüpft die Dokumentation der im Rahmen der Landrätetagung gehaltenen Vorträge mit einer allgemeinen Information über die Kreis-

krankenhäuser, die sich im Wesentlichen an die bei der letzten Kommunalwahl neu gewählten Kreistagsmitglieder richtet. Auf diese Weise wird ein Sachstand zu den Kreiskrankenhäusern in Bayern geliefert, wie er aktueller und umfassender kaum sein kann. Wir hoffen auf reges Interesse an der Thematik, deren Bedeutung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum im Rahmen der Daseinsvorsorge nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

Johannes Reile
Geschäftsführendes Präsidialmitglied

B. Warum auch heute Kreiskrankenhäuser wichtig sind!

Als Ausfluss des Sozialstaatsprinzips des Grundgesetzes (Art. 20) gehört die ausreichende, bedarfsgerechte und flächendeckende Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Teil der staatlichen Daseinsvorsorge zu den Aufgaben der Länder. Diese haben die Aufgabe – sofern sie diese nicht selbst wahrnehmen, etwa durch Universitätskliniken – auf die Kommunen übertragen. Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags

sind die Landkreise und kreisfreien Städte zur Vorhaltung der erforderlichen Krankenhäuser verpflichtet. Sie decken damit den stationären Sektor der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ab. Die öffentlich-rechtliche Trägerschaft von Krankenhäusern steht seit Jahren aus vielfältigen Gründen unter Druck. Die von Landkreisen getragenen Krankenhäuser haben aber auch heute ihre Daseinsberechtigung.

1. Der öffentlich-rechtliche Sicherstellungsauftrag

Die Landkreise und kreisfreien Städte in Bayern sind gem. Art. 51 Abs. 3 Landkreisordnung bzw. i.V.m. Art. 9 Abs. 1 Gemeindeordnung im Rahmen des **elgenen Wirkungskreises** verpflichtet, die erforderlichen Krankenhäuser zu errichten und zu erhalten. Dieser sog. **öffentlich-rechtliche Sicherstellungsauftrag** bedeutet zum einen, dass die Landkreise und kreisfreien Städte keineswegs selbst ein Krankenhaus betreiben müssen; die Krankenhausversorgung kann auch durch einen privaten oder gemeinnützigen Träger oder durch einen benachbarten öffentlichen Träger in ausreichendem Maß gewährleistet werden. Kann ein privater oder gemeinnütziger Träger ein Haus nicht mehr halten oder wird ein benachbartes öffentlich getragenes Krankenhaus geschlossen oder umgewandelt, ändert sich jedoch die Situation der Krankenhausversorgung und der betroffene Landkreis oder die kreisfreie Stadt muss gegebenenfalls dem öffentlich-rechtlichen Sicherstellungsauftrag neu nachkommen.

Dabei darf der Sicherstellungsauftrag nicht isoliert gesehen werden. Er ist vielmehr nur **eine Säule** der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Diese wird außer durch die Krankenhäuser im **stationären Bereich** von den niedergelassenen Haus- und Fachärzten im **ambulantem Bereich** (sowie hier nicht weiter dargestellt: vom öffentlichen Gesundheitsdienst) geleistet. Das Pendant zum **Sicherstellungsauftrag der Landkreise und kreisfreien Städte für die Krankenhausversorgung** ist der **Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns** zur Versorgung der Bevölkerung mit den not-

wendigen **haus- und fachärztlichen Leistungen** durch niedergelassene Ärzte. Diese Sicherstellungsaufträge finden – von der öffentlichen Diskussion bislang eher weniger beachtet – ihre Fortsetzung insbesondere im Bereich der **Notfallversorgung**. So sind die **Landkreise und kreisfreien Städte** nach Art. 18 Abs. 1 Bayerisches Rettungsdienstgesetz a.F. (derzeit in der Novellierung befindlich) zur **Sicherstellung der Notfallrettung** und der **Krankentransporte** verpflichtet; der Sicherstellungsauftrag für die **notärztliche Versorgung** liegt dagegen wiederum bei der **Kassenärztlichen Vereinigung**.

Ambulanter und stationärer Sektor sowie die entsprechenden Sicherstellungsaufträge sind einerseits **untrennbar miteinander verbunden und aufeinander bezogen**. Andererseits stehen sie in einem **gewissen Konkurrenzverhältnis** zueinander. Gerade bei leichteren bzw. einfacheren Behandlungen geht der Trend seit Jahren dahin, medizinische Leistungen nur noch ambulant zu erbringen. Dies ist vorteilhaft, weil die Gesamtkosten niedriger sind und der Patient schneller wieder zuhause ist; gleichzeitig werden aber die Grenzen zwischen den Sektoren verschoben, was sich auf die Fallzahlen und die Erlöse der Kliniken auswirkt. Dabei haben beide Sektoren häufig ganz **ähnliche strukturelle Probleme**. Beide Bereiche kämpfen etwa mit einem mangelnden ärztlichen Nachwuchs und einer der Leistungsqualität entsprechenden auskömmlichen Vergütung. Aufgrund dieser zum Teil gleichen Probleme haben auch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und der Bayerische Landkreistag Ende 2007 eine **Kooperationsvereinbarung** unterzeichnet, um nach gemeinsamen Lösungen zu suchen. Die Kooperations-

vereinbarung ist in **Teil G** dieser Sonderausgabe abgedruckt.

2. Besonderheiten von Krankenhäusern

Dass die öffentliche Hand den Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung hat, kommt nicht von ungefähr. Immerhin handelt es sich bei Krankenhäusern allgemein um **außerordentlich komplizierte und kostenintensive Gebäude und Betriebe**. Kaum eine andere öffentlich oder privat genutzte Gebäudeart erfordert einen vergleichbaren Investitions- und Unterhaltungsaufwand; und auch an ihren Betrieb sind aufgrund des Ineinandergreifens der verschiedenen medizinischen Fachbereiche und Funktionseinheiten hohe organisatorische, logistische und zudem auch hygienische Anforderungen gestellt.

Krankenhaus ist bei weitem nicht gleich Krankenhaus. Der Sicherstellungsauftrag der Landkreise und kreisfreien Städte ist nur auf solche Krankenhäuser bezogen, die der **allgemeinen akutstationären Versorgung** dienen. Was unter den Begriff „Krankenhaus“ fällt, ergibt sich aus den entsprechenden Rechtsgrundlagen. Die **Legaldefinition** für die Krankenhäuser findet sich in § 2 Nr. 1 des **Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)** des Bundes. Danach sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können. Mit § 5 Abs. 1 KHG werden zahlreiche besondere Krankenhäuser, die anderen

rechtlichen Regelungen unterliegen, aus dem Kreis der öffentlich geförderten und insoweit dem Zugriff der Politik unterliegenden Krankenhäuser ausgeschlossen. Dazu zählen insbesondere Rehabilitationskrankenhäuser und Schönheitskliniken.

Eine gleich lautende und weiter differenzierende Unterscheidung nimmt das **Krankenkassenrecht** vor. Nach §§ 107 und 108 SGB V dürfen Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch **zugelassene Krankenhäuser** erbringen lassen; zu diesen zählen die Hochschulkliniken in Trägerschaft der Länder und Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (sog. Plankrankenhäuser). Daneben zählen zu den zugelassenen Krankenhäusern noch **einige Spezialkrankenhäuser**, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, aber nur in Ausnahmefällen in öffentlicher Trägerschaft befindlich sind.

Die öffentlich geförderten Krankenhäuser, in denen die Krankenkassen Behandlungen durchführen lassen dürfen, werden aufgrund der Gesetzgebungskompetenz der Länder durch landesrechtliche Ausführungsgesetze zum KHG weiter unterschieden. Die wichtigsten Rechtsgrundlagen für Bayern sind das **Bayerische Krankenhausgesetz** und der darauf beruhende **Krankenhausplan**. Art. 4 Abs. 2 BayKG i.V.m. Nr. 5.2 des Krankenhausplans unterscheidet zwischen **drei** (früher vier) **Versorgungsstufen** von Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern voneinander:

- **Allgemeinkrankenhäuser der I. Versorgungsstufe** dienen der akutstationären Grundversorgung in Ober- und ggf. auch in geeigneten Mittelzentren in ländlichen Regionen;
- **Allgemeinkrankenhäuser der II. Versorgungsstufe** erfüllen in Diagnose und Therapie die Leistungen der ersten Versorgungsstufe und zusätzlich auch überörtliche Schwerpunktaufgaben (sog. **Schwerpunktversorgung**);

- **Allgemeinkrankenhäuser der III. Versorgungsstufe** halten im Rahmen des Bedarfs ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot sowie entsprechende medizintechnische Einrichtungen (vergleichbar einer Hochschulklinik, Spitzenversorgung);

- Im Unterschied zu Allgemeinkrankenhäusern nehmen **Fachkrankenhäuser** dagegen nur Kranke bestimmter Krankheitsarten oder Altersstufen auf.

Die von **Landkreisen** in Bayern getragenen **Allgemeinkrankenhäuser** konzentrieren sich auf diejenigen der **ersten und zweiten Versorgungsstufe**. Voraussetzung für die akutstationäre Grundversorgung in ländlichen Regionen ist die Vorhaltung hauptamtlicher Abteilungen mindestens in den Fachrichtungen der Inneren Medizin und der Chirurgie. Halten öffentlich getragene Häuser in Ausnahmefällen nur Hauptabteilungen in einer dieser Fachrichtungen vor, handelt es sich entweder um Fachkrankenhäuser oder um Außenstellen größerer Häuser. **Hauptabteilung** bedeutet in diesem Zusammenhang, dass neben anderen Voraussetzungen insbesondere die ärztliche Leitung der Abteilung vom Krankenhaus selbst durch einen hauptamtlich beschäftigten Mediziner vorgehalten wird. Daneben gibt es einige medizinische Fachrichtungen, in denen bis zu einer gewissen Größenordnung und Spezialisierung und der damit zusammenhängenden häufiger ambulanten Leistungserbringung eine Leitung durch einen Belegarzt ausreichend ist. Unter **Belegabteilungen** werden solche Abteilungen verstanden, bei denen das Krankenhaus nur die stationären Betten vorhält und die Pflegeleistungen erbringt, während die medizinische Leistung von einem niedergelassenen Arzt erbracht wird. Belegabteilungen sind besonders häufig in den Fachrichtungen der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Augenheilkunde, der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, der Urologie und der Orthopädie.

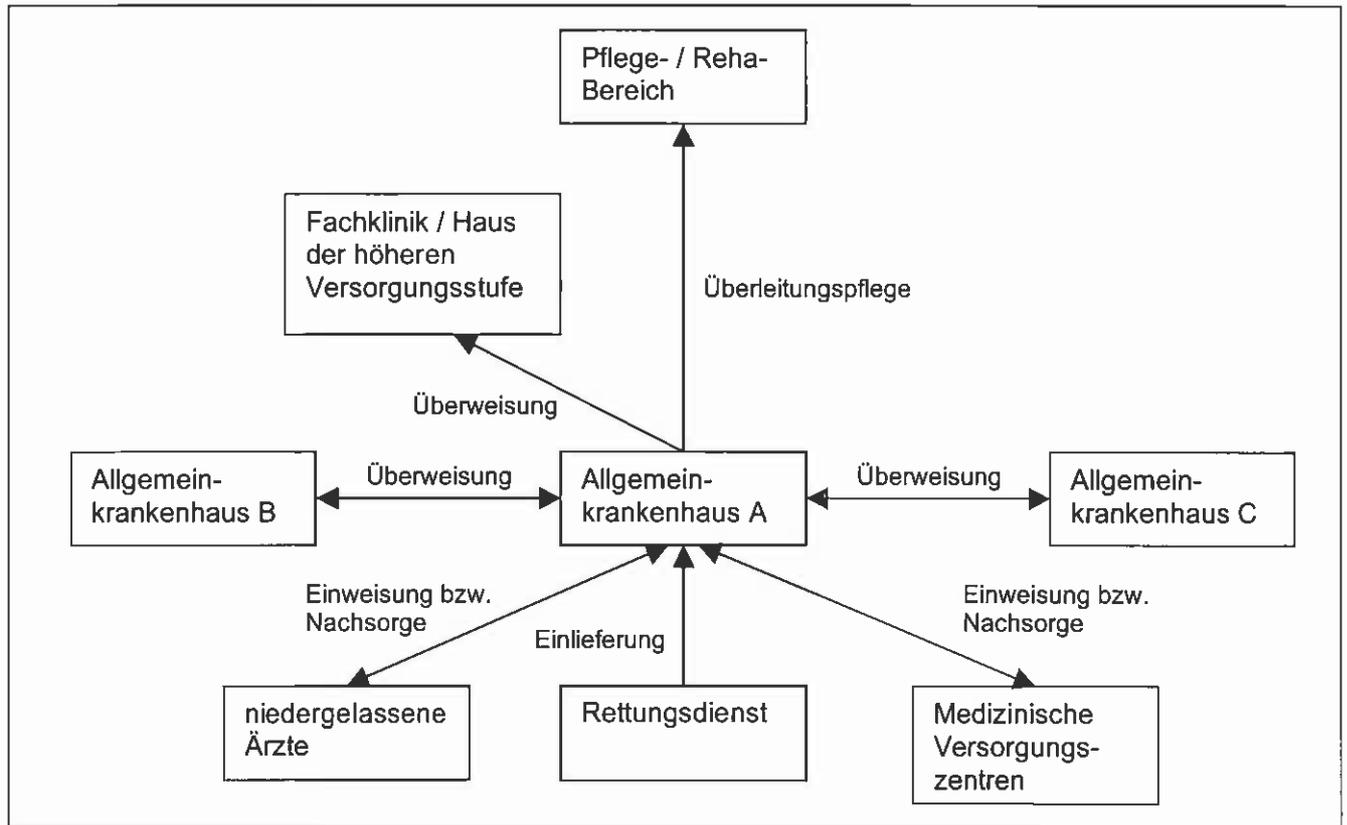
- Für die **zweite Versorgungsstufe** sind als Beispiele für Fachrichtungen

der **überörtlichen Schwerpunktaufgaben** zu nennen: Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Mund- und Kieferchirurgie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie. Daneben werden die bereits bei der ersten Versorgungsstufe genannten Fachrichtungen in weitere Subdisziplinen ausdifferenziert (z.B. Unfallchirurgie, Kardiologie, Gastroenterologie). Beispielhafte Fachrichtungen für ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot der **dritten Versorgungsstufe**, die regelmäßig nur in bzw. von größeren kreisfreien Städten vorgehalten wird (z.T. im Rahmen eines Zweckverbandes mit angrenzenden Landkreisen), sind Herzchirurgie, Kinderchirurgie oder Versorgungszentren für Risikoneugeborene (Neonatalogie) und Brandopfer.

Die verschiedenen Fachrichtungen als solche wie auch die verschiedenen Subdisziplinen weisen ein **unterschiedliches medizinisches Leistungsniveau** und damit meist zusammenhängend auch der **Vorhalte- und Betriebskosten** auf. Je höher das medizinische Leistungsniveau, desto umfangreicher und kostenintensiver sind die notwendigen primären medizinischen Apparaturen (z.B. medizinische Geräte) und die Laboreinrichtungen. Entsprechend höher ist häufig auch der logistische und pflegerische Aufwand, der für die Erbringung solcher medizinischer Leistungen notwendig ist. Dort, wo aufwändige und komplizierte Operationen und Behandlungen durchgeführt werden, müssen ungleich mehr Intensivpflege- bzw. Intermediate Care-Plätze vorgehalten werden als in anderen Einrichtungen.

Krankenhäuser sind nicht nur von ihrer Binnenstruktur her äußerst komplizierte Organisationen, sondern weisen auch **gegenüber ihrem Umfeld zahlreiche Schnittstellen** auf. Geht man von den Allgemeinkrankenhäusern der ersten und zweiten Versorgungsstufe aus, können die aus medizinischer Sicht relevanten Schnittstellen ausgehend vom Patienten wie in Abbildung 1 dargestellt, beschrieben werden.

Abbildung 1: Einbettung von Allgemeinkrankenhäusern in vor- und nachgelagerte Bereiche



Quelle: Eigene Darstellung.

Die in Abbildung 1 dargestellte Verzahnung der Allgemeinkrankenhäuser mit den vor- und nachgelagerten Bereichen einerseits und den benachbarten Häusern andererseits hat vor dem Hintergrund der jeweiligen infra- und soziostrukturellen Verhältnisse vor Ort eine ganz unterschiedliche Bedeutung. Während das Allgemeinkrankenhaus A in der Darstellung in einem städtischen Verdichtungsraum gegenüber den anderen Allgemeinkrankenhäusern sowie dem ambulanten Bereich eher in einer Konkurrenzsituation steht, hat das gleiche Krankenhaus im ländlichen Bereich häufig eine konkurrenzlose Alleinstellung sowohl was die akutstationäre Versorgung angeht als auch hinsichtlich der Vorhaltung beispielsweise von medizinischen Geräten und Operationskapazitäten. Hinzu kommt allerdings seit einiger Zeit die größere Mobilität der Patienten und ihre höhere Bereitschaft, zumindest bei planbaren Leistungen für eine gute medizinische Behandlung auch weite Wege auf sich zu nehmen. Damit lässt sich auch die **Sogwirkung** großer Kran-

kenhäuser bei **Spezialbehandlungen** erklären.

In der Abbildung 1 nicht dargestellt sind die weiteren nicht-medizinischen Schnittstellen bzw. Kooperationsbeziehungen der Krankenhäuser. Auf der Einnahmenseite haben die Krankenhäuser beispielsweise intensive Beziehungen zu den Vertretern der Krankenkassen, mit denen sie regelmäßige Budgetverhandlungen führen müssen. Über pauschale Fördermittel und Investitionskostenfördermittel verhandeln die Krankenhäuser mit Vertretern der Regierungen und der Ministerien. Krankenhäuser zeichnen sich daneben durch einen außerordentlich hohen Personaleinsatz und Verbrauch an medizinischen und nichtmedizinischen Bedarfsgütern, Lebensmitteln und Energie aus. Zur ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgung müssen auf dem kaufmännischen Gebiet entsprechende Verträge geschlossen und Lieferantenbeziehungen gepflegt werden. Auch in dieser Hinsicht hat das Allgemeinkrankenhaus A in der Abbildung 1

in städtischen Verdichtungsräumen eine andere Stellung als in ländlichen Regionen, wo die Krankenhäuser nicht selten auch der größte Arbeitgeber und ein wichtiger Standortfaktor sind.

Das Ineinandergreifen der verschiedenen Krankenhäuser unterschiedlicher Größe und in unterschiedlichen regionalen Zusammenhängen für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung im Freistaat ist Gegenstand der **Krankenhausplanung des Landes**.

3. Funktion der Krankenhausplanung

Die Grundsätze für die Krankenhausplanung sind im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) des Bundes festgelegt. Zweck des KHG ist nach § 1 Abs. 1 die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten



und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Zur Verwirklichung dieses Grundsatzes haben die Länder nach § 6 Abs. 1 KHG Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzustellen. Dabei haben die Länder wegen der Bedeutung der Planungsentscheidung und der Notwendigkeit der Einbindung weiteren Sachverständigen mit den Beteiligten des Krankenhauswesens zusammenzuarbeiten (§ 7 Abs. 1 KHG). Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben.

Diese Regelungen werden durch das Bayerische Krankenhausgesetz (BayKG) übernommen und weiter konkretisiert. Ziel des Ausführungsgesetzes ist nach Art. 1 BayKG eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung im Freistaat Bayern durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser. Die Beteiligten werden über den Krankenhausplanungsausschuss des Freistaats Bayern in die Planung nach Art. 7 BayKG eingebunden. Dem **Krankenhausplanungsausschuss** gehören an: die Bayerische Krankenhausgesellschaft, die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern, die kommunalen Spitzenverbände, die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern, der Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V., der Landesausschuss Bayern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie die Bayerische Landesärztekammer.

Die Krankenhausplanung orientiert sich ausgehend von den gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 KHG i.V.m. Art. 1 und 3 BayKG sowie dem unter H. abgedruckten Teil I des Krankenhausplans des Freistaats Bayern für das Jahr 2008) an folgenden Grundsätzen:

- **Wahrung der Vielfalt** aus öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Krankenhausträgern,
- Hinwirkung auf **wirtschaftliche Strukturen** bei der bedarfsgerechten Versorgung durch medizinisch leistungsfähige Krankenhäuser,

- **Unterstützung der Zusammenarbeit** der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich,
- **Berücksichtigung der Kooperation der Krankenhäuser** mit niedergelassenen Ärzten, insbesondere beim kooperativen Belegarztwesen, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen.

Die genannten Grundsätze lassen erkennen, dass es sich bei der Krankenhausplanung um eine fachlich begründete besondere Form der Raumplanung handelt. Bei der **Jährlich fortzuschreibenden Krankenhausplanung** müssen folgende Faktoren für die Ermittlung des Bedarfs an Krankenhausleistungen berücksichtigt werden:

- vorgefundene, historische Krankenhausstruktur,
- raumordnerische Gliederung des Landes (Ober-, Mittel-, Unter- und Kleinzentren),
- demographische Entwicklung der Bevölkerung und Wanderungsbewegungen,
- Stufung und sektorale Abgrenzung der medizinischen Leistungserbringung,
- medizinisch-technologischer Fortschritt.

Das Grunddilemma der Krankenhausplanung besteht darin, dass sie bei der Ermittlung der bedarfsgerechten Krankenhausversorgung an der Vorhaltung bedarfsgerechter Krankenhausbetten und teilstationärer Plätze anknüpft und damit gemessen an den zum Teil außerordentlich variablen Einflussfaktoren (insbesondere der medizinisch-technologische Fortschritt) vergleichsweise statisch und abstrakt ist. Weiche und mehr oder weniger variable Faktoren, wie etwa Patientenströme zwischen den Kommunen bzw. den dort vorgehaltenen

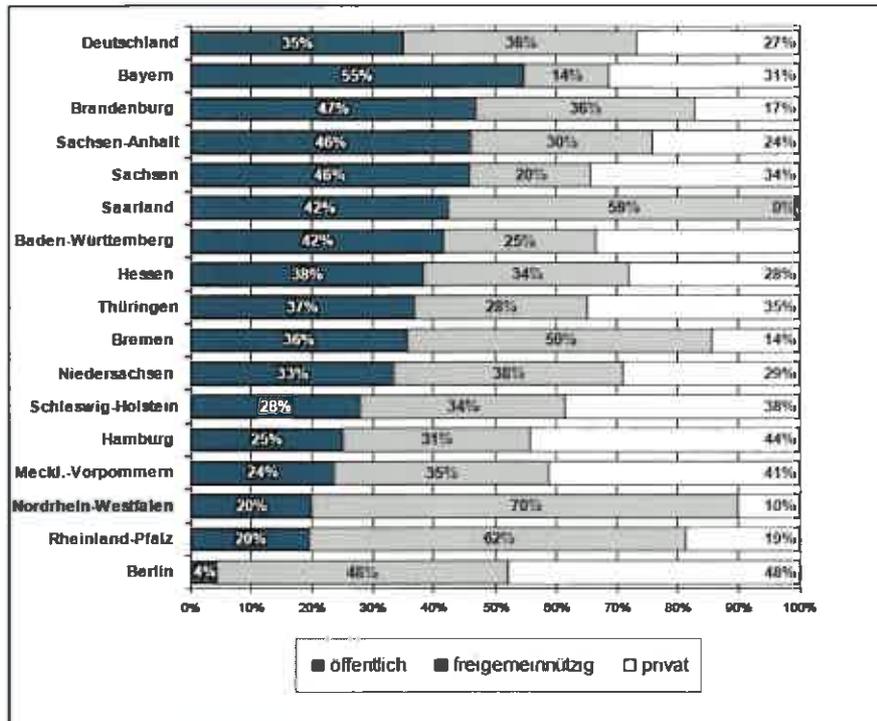
medizinischen Leistungen und Versorgungsketten können auch wegen der unzureichenden empirischen Ermittlung nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt werden. Paradebeispiel hierfür sind die auf regionaler Ebene im Freistaat bedeutsamen landsmannschaftlichen Bezüge, die etwa dazu führen, dass Bewohner des einen Altlandkreises schon „aus Prinzip“ nicht den anderen Altlandkreis aufsuchen, um dort medizinische Behandlungen nachzusuchen. Man mag diese und ähnliche eher emotionalen als rationalen Komponenten aus planerischer und gesamtwirtschaftlicher Sicht als irrelevant abtun, sie spielen beim Kampf der örtlichen Bevölkerung um „ihr“ Krankenhaus jedoch eine außerordentlich große Rolle und haben damit großen Einfluss auf die historische Entwicklung der tatsächlich vorfindbaren Krankenhausstruktur.

4. Krankenhausstruktur in Bayern

Die heute in Bayern vorfindbare Krankenhausstruktur ist wie in anderen Ländern auch das Ergebnis eines seit der Gründung der ersten Krankenhäuser im späten Mittelalter (als Siechhäuser, Spitäler und Hospitäler usw.) andauernden Prozesses der Fort- und Weiterentwicklung der Häuser in Abhängigkeit der Bevölkerungsentwicklung und der Entwicklung des medizinischen Fortschritts. Dabei sind auch regional unterschiedliche Kulturen von Bedeutung. Vergleicht man die Krankenhausstruktur in Bayern mit derjenigen anderer Bundesländer hinsichtlich der Trägerschaft, fällt beispielsweise auf, dass in Bayern mit Abstand die meisten Häuser und Planbetten in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft gehalten werden (vgl. Abbildungen 2.1 und 2.2 sowie weiter unten Tabelle 1).

In der Abbildung 2.1 sind die Anteile der Krankenhäuser nach ihrer Trägerschaft für die einzelnen Bundesländer in Deutschland ausgewiesen. Es ist erkennbar, dass Bayern mit 55% aller Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft den höchsten Anteilswert von allen Ländern und einen großen Abstand gegenüber Brandenburg mit 47% aufweist.

Abbildung 2.1: Krankenhäuser nach Trägerschaft im Jahr 2005

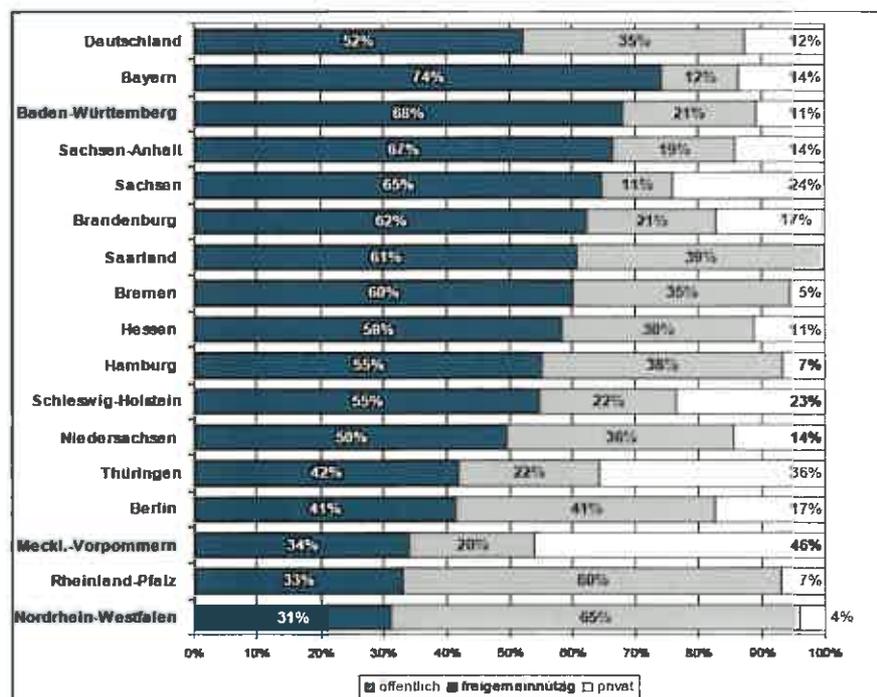


Quelle: Statistisches Bundesamt, DKG-eigene Berechnungen

Die Bedeutung der Trägerschaft variiert zwischen den Bundesländern nicht allein hinsichtlich der Trägerschaft der Häuser, sondern aufgrund der gleichzeitig unterschiedlichen Bettenkapazitäten der Häuser auch hinsichtlich ihres Anteils an den

Planbetten. Abbildung 2.2 macht deutlich, dass auch beim Anteil an den Planbetten die öffentlich-rechtliche Trägerschaft in Bayern mit 74% eindeutig dominiert und dieser Anteil deutlich höher ist als in allen anderen Bundesländern.

Abbildung 2.2: Betten nach Trägerschaft im Jahr 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt, DKG-eigene Berechnungen

Anhand der weiteren Kennzahlen der Tabelle 1 wird auch die überaus **kleintellige Krankenhausstruktur in Bayern** erkennbar, die aus dem politischen Ziel der **wohnortnahen akutstationären Versorgung** resultiert. Bayern hat nicht nur absolut mit 381 die meisten Häuser hinter dem einwohnergrößten Bundesland Nordrhein-Westfalen (437 Häuser), sondern weist auch rechnerisch im Verhältnis zur Einwohnerzahl des Landes nach Schleswig-Holstein (29.500 Einwohner pro Krankenhaus) rechnerisch die meisten Häuser auf (32.800 Einwohner pro Krankenhaus). Gleichzeitig sind die bayerischen Krankenhäuser im Vergleich gemessen an der durchschnittlichen Zahl an Planbetten pro Haus nach denjenigen in Schleswig-Holstein (162 Betten) und Hessen (196 Betten) mit 200 Betten die kleinsten.

Welchem Veränderungsdruck die Krankenhauslandschaft in historischer Perspektive unterworfen ist, wird ansatzweise deutlich, wenn man sich vor Augen hält, dass es in Deutschland im Jahr 1960 noch insgesamt 4.426 Krankenhäuser (Allgemein- und Sonderkrankenhäuser, West- und Ostdeutschland addiert), 1980 dagegen 3.783 und 2000 nur noch 2.242 Häuser gab. Im gleichen Zeitraum sank durch den medizinischen Fortschritt und die höhere Effizienz der Häuser die durchschnittliche Verweildauer der Patienten von 28,7 Tagen (1960) über 19,7 (1980) auf 9,7 (2000) Tage. Heute liegt die durchschnittliche Verweildauer für alle Krankenhäuser bei 8,6 Tagen.

Nach dem Krankenhausplan für den Freistaat Bayern für das Jahr 2008 stellt sich die Struktur der Krankenhäuser nach den Versorgungsstufen und der Trägerschaft wie in Tabelle 2 wiedergegeben dar. Von insgesamt 71 Landkreisen unterhalten 64 (90,1%) allein oder im Rahmen von Zweckverbänden gemeinsam mit angrenzenden kreisfreien Städten 135 Krankenhäuser.¹ Allein die unmittelbar von den Landkreisen gehaltenen Häuser machen 51,8% aller Krankenhäuser in Bayern aus. Da es sich dabei aber ganz überwiegend um vergleichsweise kleine

¹ Keine mittel- oder unmittelbare Trägerschaft von Krankenhäusern besitzen die Landkreise München, Dachau, Kronach, Fürth, Bad Kissingen, Miltenberg und Lindau (Bodensee).

Tabelle 1: Krankenhausstrukturen im Bundesvergleich 2005/2006

	Krankenhäuser			Betten		
	Häuser	Einwohner pro Haus	Anteil öffentlicher Häuser	Betten pro Haus	Betten je 100T Einwohner	Anteil öffentlicher Betten
Baden-Württemberg	296	36.300	42%	204	563	68%
Bayern	381	32.800	55%	200	610	74%
Berlin	72	47.300	4%	276	584	41%
Brandenburg	47	54.200	47%	327	603	62%
Bremen	14	47.500	36%	402	847	60%
Hamburg	47	37.300	25%	254	684	55%
Hessen	179	34.000	38%	196	577	58%
Mecklenburg-Vorpommern	34	50.900	24%	300	601	34%
Niedersachsen	199	40.100	33%	214	534	50%
Nordrhein-Westfalen	437	41.300	20%	286	693	31%
Rheinland-Pfalz	99	41.000	20%	259	633	33%
Saarland	26	42.000	42%	281	698	61%
Sachsen	82	52.000	46%	328	631	65%
Sachsen-Anhalt	50	48.900	46%	337	685	67%
Schleswig-Holstein	96	29.500	28%	162	549	55%
Thüringen	45	51.400	37%	358	695	42%
Gesamt (Summe / Mittel)	2.104	39.100	35%	243	620	52%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Deutsche Krankenhausgesellschaft, z.T. eigene Berechnung.

Tabelle 2: Krankenhäuser in Bayern nach Versorgungsstufe und Trägerschaft

		Versorgungsstufe				Planbetten
		VS I	VS II	VS III	Gesamt	Anzahl
Landkreis (n = 57)	Anzahl	104	9	0	113	19.259
	%	61,5%	25,0%	,0%	51,8%	38,6%
(kreisfreie) Stadt (n = 14)	Anzahl	5	11	6	22	12.690
	%	2,9%	30,6%	60,0%	10,1%	25,4%
Trägerverbund / Zweckverband (7 Landkreise, 8 kreisfreie Städte)	Anzahl	16	6	4	26	7.584
	%	9,3%	16,7%	40,0%	11,9%	15,2%
freie Wohlfahrt	Anzahl	17	7	0	24	6175
	%	9,9%	19,4%	,0%	11,0%	12,4%
privater Träger	Anzahl	30	3	0	33	4207
	%	17,4%	8,3%	,0%	15,1%	8,4%
Gesamt	Anzahl	172	36	10	218	49.915
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: Krankenhausplan Bayern 2008, eigene Berechnung. Anteilswerte ergeben aufgrund von Rundungsfehlern nicht immer 100%.

Häuser der Versorgungsstufe I in ländlichen Regionen handelt, ist der Anteil dieser Häuser an den in Bayern vorgehaltenen Planbetten mit 38,6% entsprechend gering. Im Unterschied dazu stellen die -

wenigen kreisangehörigen und - kreisfreien Städte mit einem Anteil von 10,1% der Häuser aufgrund ihrer Betriebsgröße knapp mehr als ein Viertel aller Planbetten (25,4%).

Die Mehrzahl der Landkreise in Bayern unterhält ein oder zwei Krankenhäuser an verschiedenen Standorten im Kreisgebiet. Daneben gibt es aber auch 18 Landkreise, die drei Krankenhäuser

betreiben (Zweckverbände nicht mitgerechnet), und vier Landkreise, die sogar vier Krankenhäuser in eigener Trägerschaft haben (vgl. Abbildung 3). Historisch erklären lässt sich diese Struktur mit der kommunalen Gebiets- und Verwaltungsreform in Bayern in den 60er und 70er Jahren des vorhergehenden Jahrhunderts, in deren Zug zahlreiche Städte und Gemeinden, aber auch Landkreise zusammengelegt wurden. Aufgrund des neuen kommunalen Gebietszuschnitts mussten auch zahlreiche Infrastruktureinrichtungen erneuert und aufgetretene Doppelstrukturen beseitigt werden. Zahlreiche gemeindliche und städtische Krankenhäuser sowie die Häuser der Altlandkreise gingen auf die leistungsfähigeren neuen Landkreise über. Dies hatte in nicht wenigen Fällen die Konsequenz, dass früher in unmittelbarer Konkurrenz stehende Häuser sich plötzlich in der gemeinsamen Trägerschaft eines neuen Landkreises wieder fanden, was nicht selten Anlass für kommunalpolitische Auseinandersetzungen war.

Begünstigt wurde dieser für die Krankenhäuser teilweise belastende direkte Einfluss der Politik auf den laufenden Betrieb auch durch die lange vorherrschende Rechtsform der Trägerschaft. Zahlreiche Krankenhäuser in Bayern wurden noch bis in die späten 80er Jahre des vorhergehenden Jahrhunderts hinein als Regie- oder Eigenbetrieb der Landkreise geführt – wo die Politik über den Fach- bzw. Werksausschuss unmittelbare Steuerungsverantwortung hatte –, was aber angesichts der zunehmenden Rationalisierung der wirtschaftlichen Abläufe in den Häusern nicht mehr Ziel führend war. Die **vorherrschenden Rechtsformen** der öffentlichen Trägerschaft von Krankenhäusern sind heute diejenige der **Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)** und das **Kommunalunternehmen**. Daneben gibt es auch noch einige wenige Aktiengesellschaften und Stiftungen.

Angesichts der kleinräumigen Struktur der bayerischen Kreiskrankenhäuser noch unterentwickelt sind die Möglichkeiten der Kooperationen zwischen den Häusern bzw. der Etablierung von Holdingstrukturen. Bereits seit längerem

bestehen erfolgreiche Einkaufsgemeinschaften zwischen verschiedenen Krankenhäusern, deren Reichweite und Nutzen für die Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur jedoch begrenzt ist. Weitergehend sind Kooperationen, bei denen auch das medizinische Leistungsspektrum mehrere Häuser verschiedener Träger so aufeinander abgestimmt werden kann, damit neben der Vorhaltung der flächendeckenden Notfall- und Grundversorgung eine arbeitsteilige Spezialisierung der Häuser im Verbund möglich wird. Erste Ansätze für solche Kooperationen gibt es bereits wie die Nordoberpfalz AG (Stadt Weiden mit den Landkreisen Neustadt a.W. und Tirschenreuth) oder Klinikverbünde in Ostallgäu (Landkreis mit der Stadt Kaufbeuren) und Oberallgäu (Landkreis mit der Stadt Kempten). Von besonderer Bedeutung ist die erst Ende 2007 gegründete Krankenhaus-Holding regioMed-Kliniken GmbH, dem sowohl bayerische Krankenhäuser (Coburg, Lichtenfels) als auch thüringische Häuser (Hildburghausen, Sonneberg) angehören.

5. Krankenhausfinanzierung

Die öffentlichen Krankenhäuser (aber auch diejenigen in freier Trägerschaft) leiden seit Jahren darunter, dass auf der **Einnahmenseite** ein **strukturelles Defizit** besteht, das eine vollständige Deckung der Ausgaben verhindert. Auf der Einnahmenseite wie auf der Ausgaben-seite muss bei den Krankenhäusern zwischen **Investitions- und Betriebskosten** differenziert werden.

5.1 Investitionskostenförderung

Die aktuelle Diskussion über den ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhäuser ab 2009 dreht sich u.a. um die Frage, ob das **sog. dualistische Modell der Krankenhausfinanzierung**, bei dem zwischen Investitions- und Betriebskosten unterschieden wird, wieder in ein monistisches Modell überführt wird. Bereits in der Zeit vor 1972 wurden die Krankenhäuser in Deutschland nur über einen Finanzstrom („monistisch“) durch die Krankenkassen finanziert. Die

auch in der Zeit bestehende chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser führte zu einem so erheblichen Investitionsstau, dass mit dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 die Finanzierung der Investitionskosten auf die Länder übertragen wurde. Zwar besteht auch heute bundesweit wieder ein erheblicher Investitionsstau, da zahlreiche Bundesländer aufgrund ihrer schlechten Haushaltssituation ihren Finanzierungsverpflichtungen nur unzureichend nachgekommen sind, jedoch wäre eine Rückkehr zum früheren monistischen System gerade aus der Perspektive der kleineren öffentlichen Krankenhäuser der Grundversorgung in den ländlichen Regionen problematisch. Nach den Vorstellungen der Bundespolitik soll in diesem monistischen System die Investitionsfinanzierung als pauschaler Aufschlag auf die Fallpauschalen zur Betriebskostenfinanzierung (vgl. unten) von den Krankenkassen gewährt werden; die Häuser sollen dann diese Aufschläge ansparen, um entsprechende Ausgaben für Baumaßnahmen und medizinische Geräte zu tätigen. Aufgrund der andersgearteten Kosten- und Leistungsstruktur und den höheren Vorhaltekosten in kleineren Häusern wäre diesen ein Ansparen von Investitionsmitteln aber kaum möglich. Hinzu kommt für die Krankenhausträger in Bayern, dass der Freistaat bei der Investitionskostenfinanzierung in der Vergangenheit ein verlässlicher Partner war (vgl. Abbildungen 4 und 5). Da das monistische System der Krankenkassenfinanzierung in dieser Form gegenüber den Ländern politisch nicht durchzusetzen ist, sollen zukünftig die Länder ihre Investitionskostenförderung als Pauschalförderung auskehren, wie es bereits das Land Nordrhein-Westfalen seit einiger Zeit handhabt. Gerade Baden-Württemberg und Bayern wehren sich auch gegen diese Bundesvorgabe und beabsichtigen, bei ihrem bisherigen System der Einzelförderung zu bleiben.

Die **Investitionskostenförderung** wird in Bayern – wie in anderen Bundesländern auch – je zur Hälfte vom Freistaat und den kreisfreien Städten und Landkreisen finanziert. Die kreisfreien Städte und Landkreise leisten dazu eine Krankenhausumlage nach Art. 10 b Abs. 3

Abbildung 3: Standorte aller Allgemeinkrankenhäuser in Bayern (mehrere Häuser / Planbetten in kreisfreien Städten werden zusammengezählt)



Finanzausgleichgesetz (FAG) aufgrund ihres gesetzlichen Sicherstellungsauftrags. Daraus folgt, dass auch diejenigen kreisfreien Städte und Landkreise, die keine eigenen Krankenhäuser unterhalten, zur Krankenhausumlage herangezogen werden. Zwar haben der Freistaat und die Kommunen seit 1972 insgesamt etwa 18 Milliarden Euro für die Förderung der Krankenhäuser aufgewendet und nimmt damit im Vergleich zu anderen Bundesländern einen Spitzenplatz ein, jedoch haben die drastischen Sparmaßnahmen der Staatsregierung in 2003 zu einer deutlichen Absenkung des bis dahin immer über 600 Millionen Euro liegenden jährlichen Gesamtvolumens auf etwas mehr als 500 Millionen Euro geführt. 2004 wurde nochmals eine weitere Absenkung auf 450 Millionen Euro vorgenommen. Im Jahr 2008 beläuft sich das Volumen der Investitionskostenfinanzierung für die bayerischen Krankenhäuser auf ca. 478 Millionen Euro.

Abbildung 4: KHG Fördermittel¹

	KHG-Fördermittel Gesamt				
	in Mio. EUR			reale Veränderung ² ggü.	
	2004	2005	2006	Vorjahr	1996
Baden-Württemberg	322,30	281,20	296,70	3,88%	-23,52%
Bayern	452,55	452,55	452,55	-1,55%	-38,16%
Berlin	144,68	114,88	99,60	-14,64%	-70,72%
Brandenburg	127,04	113,61	113,61	-1,55%	-45,77%
Bremen	34,10	34,24	34,31	-1,34%	-23,41%
Hamburg	70,73	86,83	110,01	24,74%	9,78%
Hessen	230,10	247,35	258,19	2,77%	7,23%
Meckl.-Vorpommern	127,80	82,00	80,58	-4,42%	-53,29%
Niedersachsen	87,39	97,27	121,39	22,87%	-51,40%
Nordrhein-Westfalen	485,82	485,82	472,00	-4,35%	-24,79%
Rheinland-Pfalz	118,80	120,30	118,80	-2,77%	-27,33%
Saarland	38,18	23,49	26,17	9,69%	-42,48%
Sachsen	154,25	166,50	167,40	-1,01%	-50,85%
Sachsen-Anhalt	172,51	179,40	154,27	-15,34%	-42,30%
Schleswig-Holstein	86,40	83,49	88,58	4,46%	-2,47%
Thüringen	134,08	127,10	127,90	-0,93%	-51,44%
Alle Bundesländer ³	2.071,05	2.027,42	2.078,30	0,93%	-31,25%
Neue Bundesländer ⁴	715,68	668,61	643,76	-5,35%	-48,64%
Deutschland	2.786,73	2.696,03	2.722,06	-0,63%	-36,34%

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AÖLG, Statistisches Bundesamt, DKG-eigene Berechnungen

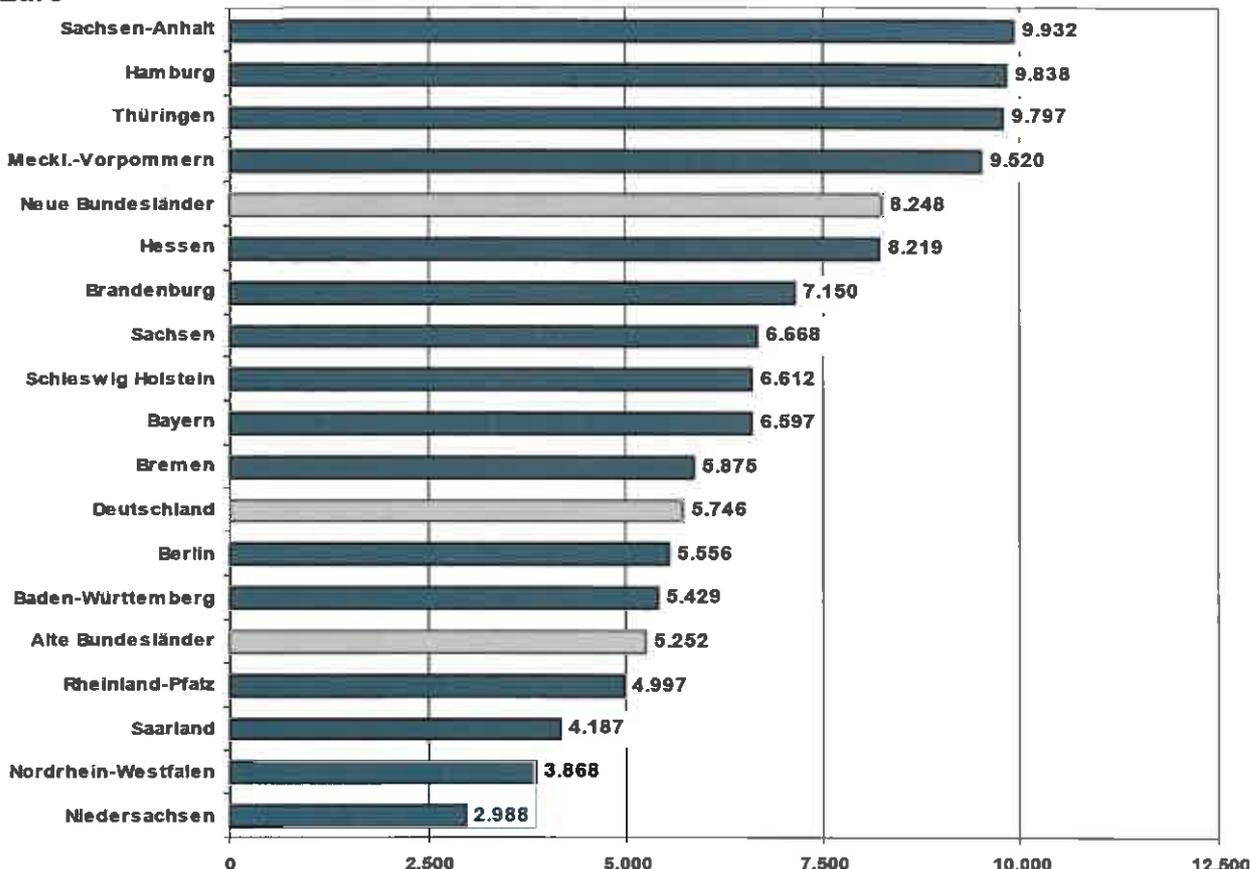
¹ Die Ansätze basieren auf den jeweiligen öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden: 1. Investitionsmittel der Hochschulkliniken 2. Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser 3. Eigenmittel der Plankrankenhäuser 4. Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen 5. Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge. Einige Bundesländer - darunter z. B. Niedersachsen und Schleswig-Holstein - bedienen sich zunehmend des Instruments der Darlehensfinanzierung. Die Höhe der hier ausgewiesenen Haushaltsansätze stimmt deshalb nicht zwangsläufig mit der Höhe der Mittel, die den Krankenhäusern im jeweiligen Jahr tatsächlich zu Investitionszwecken zur Verfügung stehen, überein.

² Unter Zugrundelegung des VPI.

³ Alte Bundesländer einschließlich Berlin.

⁴ Bei den für die Neuen Bundesländer ausgewiesenen Fördermitteln handelt es sich überwiegend um Fördermittel gemäß Artikel 14 GSG (zu den Quellen dieser Mittel und den Details vgl. Kapitel 2.2.2)

Abbildung 5: KHG-Mittel je Planbett* im Jahr 2006, in Euro



* Voll- und teilstationäre Betten/Plätze in nach § 108 Abs. 2 KHG zugelassenen Krankenhäusern, Stand: 01.01.2006

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AÖLG, DKG-eigene Berechnungen

Trotz der erheblichen finanziellen Bemühungen in der Vergangenheit steht auch die Investitionskostenförderung in Bayern vor großen Herausforderungen. Zahlreiche Häuser, die seit 1972 mit Fördermitteln aus der Krankenhausumlage errichtet oder modernisiert wurden, haben nach 20 oder gar 30 Jahren Betrieb einen erheblichen Investitionsbedarf. Insbesondere große Häuser der Spitzenversorgung wie das Klinikum Augsburg, das Klinikum Nürnberg-Nord oder die Münchner Kliniken Schwabing und Harlaching müssen dringend saniert werden. Das geschätzte Investitionsvolumen allein dieser vier Häuser würde das für das jährliche Krankenhausbauprogramm zur Verfügung stehende Volumen auf Jahre ausschöpfen und damit ebenso dringende Maßnahmen in anderen Krankenhäusern blockieren. Die bayerische Staatsregierung hat sich bislang noch nicht geäußert, wie sie mit dieser Situation umgehen will.

Für erhebliche Unruhe unter den Krankenhausträgern sorgen aktuell Fördermittelrückforderungen des Freistaats auf der Grundlage erst im vergangenen Jahr verabschiedeten Durchführungsverordnung zum Bayerischen Krankenhausgesetz. Begründet werden diese Rückforderungen von der Staatsregierung mit der Umnutzung von geförderten Anlagegütern (z.B. Umwandlung einer Krankenhausstation in eine Praxis), obwohl die Nutzungsdauer der Zweckbindung noch nicht abgelaufen ist, bzw. mit der Mitbenutzung geförderter Anlagegüter für andere Zwecke als der akutstationären Patientenversorgung (z.B. Mitbenutzung der Röntgenanlage durch einen niedergelassenen Arzt). Die Rückforderungen sind aus der Perspektive der Zweckbindung im allgemeinen Förderrecht (soweit es die durchschnittliche Nutzungsdauer betrifft) bzw. dem europarechtlichen Subventionsverbot (soweit es um die Mitbenutzung von Anlagegütern geht) nachvollziehbar. Jedoch wird eine zu strenge Auslegung der Rahmenvorgaben der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser und ihrer strukturellen Bedeutung für die medizinische Versorgung gerade in ländlichen Regionen nicht gerecht.

5.2 Betriebskostenfinanzierung

Bei der Betriebskostenfinanzierung ist zunächst ein Blick auf die **Struktur der Ausgaben der Krankenhäuser** zu werfen. Von den Betriebskosten machen die **Personalkosten** (vgl. Abbildung 6) etwa 70%, die **Sachkosten** (vgl. Abbildung 7) etwa 30% aus. Beide Bereiche haben in der jüngeren Vergangenheit **erhebliche Kostensteigerungen** erfahren. Im Personalkostenbereich haben sich die Tarifparteien sowohl für die Ärzte als auch für die übrigen Angestellten 2007 und 2008 nach mehrjährigen Nullrunden auf deutliche Tarifierhöhungen geeinigt. Ebenfalls als Kosten treibender Faktor wirkt das Arbeitszeitgesetz.

Abbildung 6: Personalkostenstruktur der Krankenhäuser

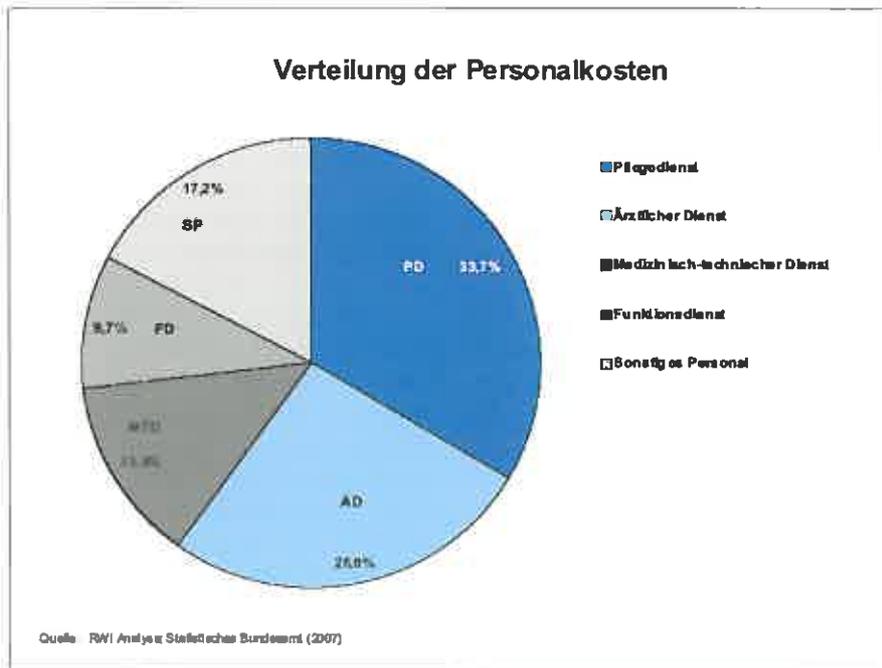
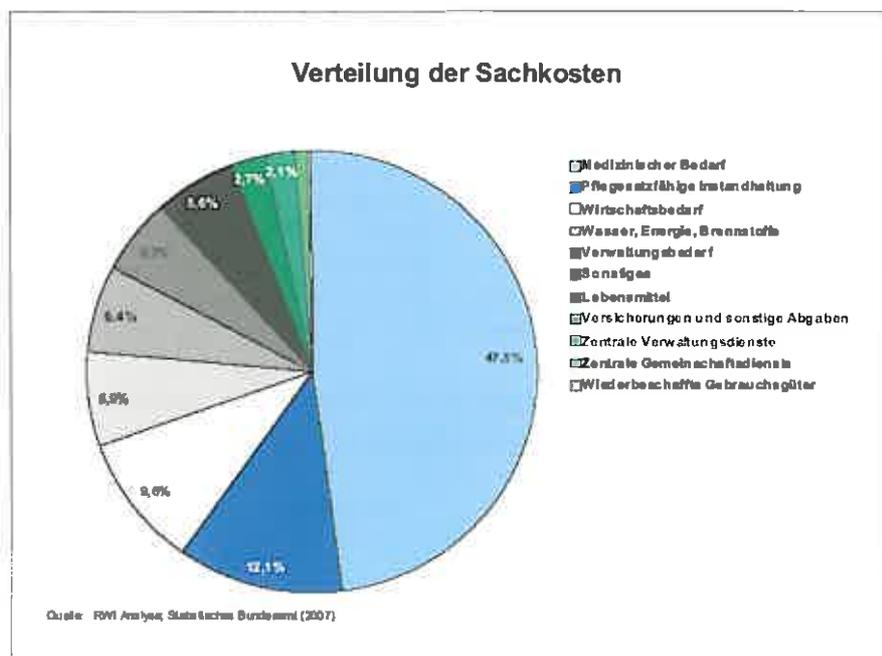


Abbildung 7: Sachkostenstruktur der Krankenhäuser





Bei den Sachkosten sind es die **Mehrwertsteuererhöhung** Anfang 2007 und insbesondere die dramatisch gestiegenen **Energiekosten**, die die Krankenhausbudgets belasten. Die Betriebskosten finanzieren die Allgemeinkrankenhäuser fast ausschließlich aus den Erlösen für Krankenhausleistungen der Gesetzlichen und Privaten Krankenkassen. Andere Einnahmequellen (Erlöse aus Wahlleistungen, für ambulante Leistungen oder aus Nebenbetrieben) sind im Vergleich dazu nahezu marginaler Natur.

Die voll- und teilstationären Leistungen in Allgemeinkrankenhäusern wurden **bis 1993** nach dem **Kostendeckungsprinzip** über tagesgleiche Pflegesätze vergütet (dies entspricht auch heute noch der Regelung für psychiatrische und psychosomatische Häuser nach der Bundespflegesatzverordnung). Das Kostendeckungsprinzip war nur ein Prinzip, nie eine Garantie der vollen Kostenübernahme durch die Kostenträger; nur das Notwendige und Wirtschaftliche wurde finanziert. Nach einer langen und schwierigen politischen Diskussion wurden im Anschluss zunehmend **Sonderentgelte** und **Fallpauschalen** eingeführt, **bis im Jahr 2003** auf ein **geschlossenes Fallpauschalensystem** umgestellt wurde, wie es sich in den USA und Australien bereits bewährt hatte. Dabei werden die Behandlungsfälle Fallgruppen zugeordnet, die anhand der medizinischen Diagnosestellung (daher der Name ‚Diagnosis Related Groups‘ (DRG)), der durchgeführten Prozeduren und anderer Faktoren den wirtschaftlichen Aufwand der Krankenhäuser für die Leistungserbringung realitätsnah, gleichzeitig aber auch pauschaliert abbilden. Den offensichtlichen Unterschied zwischen tagesgleichen Pflegesätzen und den DRG-Pauschalen wird anhand der in Tabelle 3

wiedergegebenen beispielhaften Vergleichsberechnung dargestellt (s. unten).

Das DRG-System wurde im Rahmen einer Konvergenzphase seit 2004 eingeführt, die bis zum Ende des Jahres 2008 abgeschlossen ist. Dabei wurde zum einen der Fallpauschalenkatalog laufend überarbeitet und angepasst (bislang auf 1.137 Gruppen und 115 Zusatzentgelte) und zum anderen die Berechnungsgrößen für die Fallpauschalen zwischen den unterschiedlichen Krankenhäusern schrittweise vereinheitlicht. Zum Ende des Jahres 2008 gibt es für jedes Bundesland einen **sog. Basisfallwert**, der quasi die Grundlage der Einheitspreise im DRG-System bildet. Im Jahr 2009 werden dann landesweit weitgehend alle stationären Behandlungen mit **einheitlichen Festpreisen** bewertet und vergütet. Schon diese landesweite Vereinheitlichung der „Preise“ für teil-/stationäre Krankenhausleistungen hat in Bayern wie in anderen Bundesländern zu erheblichen Verwerfungen zwischen den sehr unterschiedlichen Krankenhäusern geführt. Diese Verwerfungen sollten in der Konvergenzphase durch Anpassungen in der Leistungserbringung und Rationalisierungsmaßnahmen zum Großteil ausgeglichen werden, jedoch bleiben Ungleichmäßigkeiten allein schon aufgrund von Unterschieden zwischen den Regionen in Bayern hinsichtlich der Bevölkerungsdichte, dem Preisniveau und der Infrastruktur sowie insbesondere der nicht vergleichbaren krankhausindividuellen Strukturen bestehen. Als nächsten Schritt strebt derzeit die Bundespolitik die Vereinheitlichung auf einen bundesweit gültigen Basisfallwert an, was von der Mehrheit der Bundesländer – u.a. Bayern – aus dem zuvor genannten Grund der zu großen Unterschiede zwischen den Versorgungsregionen in Deutschland abgelehnt wird.

Die mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems von der Politik verbundenen Zielsetzungen und ihr Erreichungsgrad können hier nicht im einzelnen dargestellt werden. Wichtig und entscheidend ist gerade für die kleineren Häuser der Grundversorgung die Frage, ob sich der mit dem Fallpauschalensystem verbundene immense zusätzliche Codier- und Verwaltungs- und damit auch Personalaufwand lohnt.

Für die zukünftige Entwicklung der Krankenhäuser viel bedeutsamer ist aber die Frage, **ob das DRG-System den Besonderheiten der einzelnen Häuser gerecht werden kann** und soll. Es steht außer Frage, dass eine Rückkehr zum alten Kostendeckungsprinzip aus gesamtwirtschaftlichen Überlegungen ausgeschlossen ist. Andererseits müssen die Krankenhäuser der Grundversorgung in den ländlichen Regionen in der Lage sein, ihre verhältnismäßig hohen Vorhaltekosten über das DRG-System refinanzieren zu können, ohne in einen fragwürdigen Wettbewerb um die Vorhaltung medizinischer Spitzenleistungen getrieben zu werden, über deren Abrechnung eine Quersubventionierung zu weniger rentablen Leistungen möglich wird. Da solitäre Häuser in ländlichen Regionen häufig auch den ambulanten Bereich mit medizinischen Geräten und OP-Leistungen versorgen und die Notfallversorgung aufrecht erhalten, wäre eine auskömmliche Ausgestaltung gerade dieser Leistungen dringend notwendig. Mit einer entsprechenden Änderung des SGB V (§ 115b) wurde zwar als erster richtiger Schritt die Erbringung von ambulanten Leistungen durch Krankenhäuser zugelassen, jedoch reicht die Vergütung aufgrund der höheren Vorhaltekosten für die Krankenhäuser zur Kostendeckung nicht aus. Ähnliches gilt für die Notfallmedizin. Systembedingte

Tabelle 3: Vergleich tagesgleicher Pflegesatz und DRG-Pauschale bei gleichem Krankheitsfall mit unterschiedlicher Liegezeit (Beispielrechnung)

	Dauer	OP-Kosten	Pflege (150 € pro Tag)	Erlöse Pflegesatz (350 € pro Tag)	Erlöse Fallpauschale
Fall 1	3 Tage	1.200 €	450 €	1.050 €	2.700 €
Fall 2	20 Tage	1.200 €	3.000 €	7.000 €	2.700 €

Quelle: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Betriebsverluste sind damit vorprogrammiert. Es ist allerdings auch darauf hinzuweisen, dass die großen Häuser der Schwerpunkt- und Spitzenversorgung mit vergleichbaren Problemen zu kämpfen haben. Dort werden beispielsweise die Vorhaltekosten für bestimmte hoch komplizierte Leistungen über die DRG-Pauschalen nicht adäquat refinanziert.

Unabhängig von ihrer Versorgungsstufe in gleichem Ausmaß betroffen sind die Krankenhäuser vom **sog. Budgetdeckel**, der seit 15 Jahren bei der **Finanzierung der Betriebskosten** besteht. Zur Sicherung der Beitragssatzstabilität bei den Gesetzlichen Krankenkassen hat der Bundesgesetzgeber mit § 71 SGB V die Veränderung der Vergütung für Krankenhausleistungen an die sog. Grundlohnsummenentwicklung gekoppelt. Die Entwicklung der zur Krankenversicherung beitragspflichtigen Einkommen hinkt jedoch der realen Lohn- und Preisentwicklung in der Regel hinterher. So lag die Steigerung der Grundlohnsumme im Jahr 2007 bei 0,47%; für 2008 werden 0,64% erwartet. Allein die allgemeine Inflationsrate lag dagegen 2007 bei 2,2%. Es liegt auf der Hand, dass die Krankenhäuser aufgrund dieses strukturellen Defizits auf der Einnahmenseite ihre Kosten auf der Ausgabenseite in größer werdendem Umfang nicht decken können. Diese Situation wird sich 2008 und 2009 mit den sprunghaft gestiegenen Energiepreisen und den hohen Tarifabschlüssen noch verschärfen. Die Bundespolitik hat zwar für das nächste Gesundheitsreformgesetz eine entsprechende Umstellung auf einen krankenhausspezifischen Warenkorb vorgesehen, jedoch wird dieser voraussichtlich erst 2010 berechnet sein und zur Anwendung kommen.

Aufgrund der erheblichen Deckungslücken in den Budgets müssen nicht wenige Landkreise in Bayern finanzielle Risiken ihrer Krankenhäuser abdecken oder kleinere bis mittlere Investitionstätigkeiten aus Eigenmitteln finanzieren. Diese aus dem **Prinzip der Gewährträgerhaftung** öffentlich-rechtlicher Träger für ihre Einrichtungen resultierende Unterstützung wird von der Europäischen Union aus **wettbewerbspolitischen**

Überlegungen auf verschiedenen Feldern der öffentlichen Daseinsvorsorge bekämpft, und zwar überall dort, wo auf dem Markt auch private Unternehmer tätig sind. Dies gilt etwa für den Bereich des öffentlichen Personennahverkehrs, der Abfallbeseitigung oder eben den Krankenhaussektor. Zur Vermeidung eines Wettbewerbsnachteils für private Unternehmer ist die Gewährung eines geldwerten Vorteils der öffentlichen Hand für ihre Einrichtungen und Betriebe nur dann mit dem europäischen Wettbewerbsrecht vereinbar, wenn damit ein besonderer Zweck verfolgt wird, der von einem Privaten nicht erbracht werden würde. Zur Überprüfung, ob die Voraussetzungen für eine Beihilfe eingehalten sind, müssen alle geldwerten Vorteile an die Europäische Kommission in Brüssel gemeldet („notifiziert“) werden, es sei denn bestimmte Befreiungstatbestände greifen (diese sind im **sog. Monti-Paket** der Europäischen Kommission niedergelegt). Nach dem Krankenhausplanungs- und -finanzierungsrecht sind die im Krankenhausplan aufgelisteten Allgemeinkrankenhäuser nach ihren Planbetten und Fachabteilungen so bemessen, dass die mit den teil-/stationären Leistungen erzielten Erlöse für einen wirtschaftlichen Betrieb ausreichen. Ein Defizit ausgleich oder ein anderer geldwerter Vorteil für das Krankenhaus wäre somit nur mit europäischem Recht vereinbar, wenn damit Leistungen und Vorhaltungen finanziert würden, die nicht über die Festlegungen zur Realisierung des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags hinausgehen. Wenn der Krankenhausträger in Ausfüllung und Konkretisierung seines gesetzlichen Sicherstellungsauftrags der Auffassung ist, dass sein Krankenhaus bestimmte Leistungen mehr erbringen soll (z.B. 24-Stunden-Bereitschaft in allen Operationssälen, Vorhaltung einer Berufsfachschule etwa für Krankenpflege), kann er diese in einem Betrauungsakt festlegen und die dafür notwendigen finanziellen Aufwendungen im Vorhinein bestimmen. Unter diesen Voraussetzungen müsste die Erbringung eines geldwerten Vorteils für ein Krankenhaus nicht bei der Europäischen Union in Brüssel gemeldet werden. Die Krankenhausträger sind derzeit damit beschäftigt, entsprechende Betrauungs-

akte zu erarbeiten und der Kommunalpolitik zur Entscheidung vorzulegen.

6. Aktuelle Herausforderungen

Was muss getan werden, um die öffentliche Trägerschaft von Kreiskrankenhäusern auch in Zukunft zu sichern? Die Frage ist weder neu, noch ist die Antwort darauf leicht. Der Bayerische Landkreistag hat sich im Zusammenhang mit der Diskussion über das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, mit dem den Krankenhäusern ein Sanierungsbeitrag zur Stabilisierung der Beiträge zu den Krankenkassen aufgebürdet wurde, sowie über den ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhausversorgung ab 2009 intensiv mit der zukünftigen Rolle der Krankenhäuser im ländlichen Raum auseinandergesetzt. Das **Forderungspapier** aus dem März 2007, das in allen Punkten noch Aktualität beansprucht, ist um aktuelle tagespolitische Forderungen **unter C.** abgedruckt.

Neben der Erhebung von politischen Forderungen gegenüber der Bundes- und Landespolitik muss die Kommunalpolitik auch bereit sein, ihre eigenen Strukturen weiter zu entwickeln und Rationalisierungspotentiale auszuschöpfen. Dabei sind insbesondere Trägerverbände und arbeitsteilige Kooperationen zwischen mehreren Häusern anzustreben. Ein einzelnes Haus der Grundversorgung in der Größenordnung von etwa 100 Betten wird mittelfristig ohne einen größeren Verbund nicht mehr betriebswirtschaftlich zu halten sein. Im Einzelfall muss daher auch eine Umwandlung von Krankenhausstrukturen in andere Einrichtungsformen (z.B. Pflegestation, Ärztehaus) ggf. auch für ganze Häuser in Erwägung gezogen werden. Wie die bereits durchgeführten Schließungen verschiedener Krankenhäuser in der Vergangenheit gezeigt haben, ist dies ein außerordentlich schwieriger, emotionaler und politisch umkämpfter Prozess. Es wird jedoch zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Struktur der Krankenhausversorgung unumgänglich sein, in Abwägung der medizinischen Versorgungsqualität und der Erreichbarkeit für

die Patienten Standortentscheidungen zu überdenken. Der vermeintlich leichtere Weg, über eine Veräußerung eines kommunalen Hauses an einen privaten Betreiber das Problem zu lösen, wird gerade dort nicht möglich sein, wo diese **Standortentscheidungen** notwendig sind. Denn ein privater Betreiber wird aufgrund seiner höheren Renditeanforderungen ebenfalls Probleme mit der Führung solitär gelegener Krankenhäuser

der Grundversorgung in ländlichen Regionen haben.

Daneben birgt eine vermehrte Veräußerung von kommunalen Häusern an private Betreiber gerade für den ländlichen Raum erhebliche Risiken. Renditeorientierte Unternehmer treffen strukturpolitische und strategische Entscheidungen nach anderen Maßstäben und Zielsetzungen, als es öffentlich-rechtliche Trä-

ger tun. Trotz der Mühen und Anstrengungen, die für die Kommunen mit dem Betrieb und dem Unterhalt ihrer Krankenhäuser verbunden sind, haben sie mit der eigenen Ausfüllung des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags zur Vorhaltung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser eine strategische Aufgabe mit erheblichem Zukunftspotential zur Gestaltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum.

C. Positionspapier des Bayerischen Landkreistags: Krankenhausversorgung im ländlichen Raum sichern!

Der Landesausschuss des Bayerischen Landkreistags hat bereits im März 2007 folgende Grundsatzpositionen gefasst, die auch heute ohne Abstriche Gültigkeit beanspruchen:

1. Die bayerischen Landkreise bekennen sich weiterhin zu ihrer gesetzlichen Verpflichtung, die für ihre Bürger in ihrem Wirkungskreis erforderlichen Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten. Wenn der **Sicherstellungsauftrag** für die Kommunen weiterhin Bestand haben soll, müssen aber auch die dazu notwendigen **Rahmenbedingungen** durch den Bund und die Länder geschaffen werden. Ein Festhalten am Sicherstellungsauftrag unter gleichzeitigem Aufbürden von Finanzierungslasten wie etwa durch die jüngste Gesundheitsreform ist nicht akzeptabel.
2. Trotz der überaus schwierigen aktuellen Situation erachten die bayerischen Landkreise die **Krankenhausversorgung** als eine **strategische Aufgabe** mit großem Zukunftspotenzial. Der Betrieb von Krankenhäusern insbesondere der Grundversorgung stellt eine öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge dar, die sich nicht allein nach ökonomischen Grundsätzen erfüllen lässt.
3. Alle politischen Akteure auf Bundes- und Landesebene sind aufgerufen, die möglichst **wohnortnahe Kran-**

kenhausversorgung und damit **kleinräumige Krankenhausstruktur** in Bayern als eigenen Wert anzuerkennen. Dabei verkennen die bayerischen Landkreise die Notwendigkeit nicht, die Krankenhauslandschaft unter den Bedingungen einer modernen und bezahlbaren medizinischen Versorgung fortzuentwickeln. Die Rahmenbedingungen für eine breit gefächerte und je nach Bedarf spezialisierte stationäre Basisversorgung vor Ort müssen geschaffen werden bzw. erhalten bleiben.

4. Die **dualistische Finanzierung** der Krankenhäuser, bei der neben den Betriebskosten über die Krankenkassen die Investitionskosten weitgehend von der öffentlichen Hand getragen werden, ist **beizubehalten**. Nur auf diese Weise kann der politische und gesellschaftliche Einfluss auf Strukturentscheidungen gesichert werden, bei denen die Interessen der Bevölkerung im ländlichen Raum in besonderer Weise zu berücksichtigen sind (Beibehaltung der Krankenhausplanung als Rahmenplanung).
5. Die **dualistische Krankenhausfinanzierung** muss allerdings auch **umgesetzt** werden. Der Freistaat Bayern hat sich in der Vergangenheit mit der hälftigen Finanzierung der Krankenhausbilanz im Bundesvergleich beispielhaft engagiert. Dieses Engagement muss

im Sinne der Verlässlichkeit für die Kommunen auch in Zukunft beibehalten werden.

6. Die öffentliche Trägerschaft von Krankenhäusern kleinerer und mittlerer Größe kann im Regelfall nach den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten gut durch kommunale Klinikverbände oder gleichberechtigte Kooperationen mit Privaten dauerhaft gesichert werden. Dabei ist jeweils darauf zu achten, dass die Besonderheiten der Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge erhalten bleiben.
7. Zur Gewährleistung einer gleichwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum müssen bei der Krankenhausplanung und der Schaffung von Verbundlösungen das Rettungswesen und die ambulante wie stationäre Notfallversorgung mit einbezogen werden. Gleichzeitig muss der Krankenhaussektor flexibilisiert werden; dazu gehören insbesondere die Ermächtigung der Krankenhäuser zur ambulanten Krankenversorgung sowie die Schaffung von Möglichkeiten der Vernetzung von Krankenhäusern mit Altenpflegeeinrichtungen.
8. Der **Krankenhaussektor** ist als Teil des Gesundheitsmarktes von **allgemeinem wirtschaftlichen Interesse**. Landkreiskrankenhäuser

schaffen und sichern Arbeitsplätze im eigenen Wirkungsbereich. Die Europäische Union und der Bund sind aufgefordert, bei der Weiterentwicklung wettbewerbspolitischer Regularien den Charakter der Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe zu respektieren.

Aufgrund der tagespolitischen Diskussion über weitere Schritte der Gesundheitsreform können diese Grundpositionen um folgende **aktuelle Forderungen** ergänzt werden:

Gegenüber dem Bund:

- Der Bund muss ohne Vorbedingungen kurzfristige Maßnahmen ergreifen, um den Krankenhäusern eine vollständige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen durch die Tarifabschlüsse zu ermöglichen.

- Die Bindung der Vergütung der Krankenhausleistungen an die Grundlohnsummenentwicklung muss – im Verhältnis zu den notwendigen fachlichen Vorarbeiten möglichst frühzeitig – durch eine Kopplung an die Preisentwicklung eines krankenhausspezifischen Warenkorbs ersetzt werden.
- Das DRG-System ist so umzugestalten, dass die Vergütung der Grundversorgungsleistungen sowie der Notfallmedizin verbessert werden.
- Die Vergütung der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser ist zu verbessern.

Gegenüber dem Freistaat:

- Die Krankenhausinvestitionsfördermittel müssen ggf. schrittweise wieder auf das Niveau vor 2003 aufgestockt werden. Gleichzeitig muss für

die Sanierung der Häuser der Spitzenversorgung ein Sonderprogramm aufgelegt und mit einer entsprechenden mittelfristigen Planung verbunden werden.

- Die Teilförderung nach Art. 9 Abs. 2 BayKG darf nicht als Vorbedingung für die Aufnahme in das Krankenhausbauprogramm instrumentalisiert werden.
- Der Vollzug der novellierten Durchführungsverordnung zum Bayerischen Krankenhausgesetz muss hinsichtlich der Rückforderung von Fördermitteln flexibilisiert werden. Bei der Mitbenutzung von Anlagegütern (§ 17) und der Bestimmung ihrer Nutzungsdauer (§ 18) muss die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser allgemein, insbesondere aber die Alleinstellung vieler Häuser in ländlichen Regionen stärker Berücksichtigung finden.

D. Die stationäre Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum – Position der Bayerischen Staatsregierung



Plädiert für ein flächendeckendes Angebot der stationären Versorgung im ländlichen Raum: Ministerialdirigent Dr. Gerhard Knorr.

Dr. Gerhard Knorr, Ministerialdirigent, Abteilung Krankenhausversorgung im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Im Folgenden ist die Manuskriptfassung der Rede von Ministerialdirigent Dr. Gerhard Knorr während der Landrätetagung in Kitzingen abgedruckt:

„Anrede,

gerne bin ich heute zu Ihrer 40. Landrätetagung gekommen, um über die „Stationäre Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum“ zu sprechen und dabei die Position der Bayerischen Staatsregierung darzustellen. Auch werde ich auf einzelne Punkte des mir im Entwurf vom 26. September 2008 vorliegenden Forderungskatalogs des Bayerischen Landkreistages eingehen.

Der ländliche Raum, nach der Definition des Landesentwicklungsprogramms Bayern also diejenigen Gebiete, die außerhalb der sog. Verdichtungsräume bzw. Ballungsgebiete liegen, umfasst ca. 85% der Landesfläche und ist Heimat für rund 60% der bayerischen Bevölkerung.

Seit jeher ist es Aufgabe der Bayerischen Krankenhausplanung, im gesamten Freistaat, also insbesondere auch im ländlichen Raum,



ein flächendeckendes Versorgungsangebot vorzuhalten. Wenn in Ihrem Forderungskatalog dazu aufgerufen wird, eine „möglichst wohnortnahe Krankenhausversorgung und damit kleinräumige Krankenhausstruktur in Bayern als eigenen Wert anzuerkennen“, dann denke ich, dass sich die Praxis der Krankenhausplanung in Bayern seit jeher dieser Forderung verpflichtet fühlt. Denn das aktuelle Bayerische Krankenhausgesetz enthält in Art. 1 Satz 1 das Ziel, „eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung im Freistaat Bayern durch ein funktional abgestimmtes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser“ zu gewährleisten und beauftragt in Art. 3 Abs. 2 die Krankenhausplanung, auf wirtschaftliche Strukturen bei der bedarfsgerechten Versorgung durch medizinisch leistungsfähige Krankenhäuser hinzuwirken.

Anrede,

lassen Sie mich die stationäre Versorgungsstruktur im ländlichen Raum anhand einiger Zahlen etwas anschaulicher machen:

- Derzeit gibt es in Bayern 390 zugelassene Krankenhäuser mit insgesamt 77.074 Betten und teilstationären Plätzen. Davon entfallen auf den ländlichen Raum 255 Krankenhäuser mit 38.888 Betten und Plätzen, d.h. rund 2/3 der zugelassenen Krankenhäuser sowie die Hälfte der Betten und Plätze liegen im ländlichen Raum.
- Die Zahl der Krankenhäuser im ländlichen Raum ist in den letzten Jahren konstant geblieben, im Vergleich zum Jahr 2000 ist sogar ein Krankenhaus hinzugekommen.
- **Schwerpunkt der Krankenhausversorgung** im ländlichen Raum sind 123 Krankenhäuser der **Versorgungsstufe I**, die eine leistungsfähige stationäre Grundversorgung sicherstellen. 22 Krankenhäuser im ländlichen Raum gehören der Versorgungsstufe II an und erfüllen in Diagnose und Therapie auch überörtliche Aufgaben. Mit dem Klinikum

Bayreuth und dem dortigen Krankenhaus Hohe Warte befindet sich auch ein Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe im ländlichen Raum. Hinzu kommen 72 Fachkrankenhäuser sowie 36 Vertragskrankenhäuser, die zwar nicht im Krankenhausplan des Freistaates Bayern aufgenommen sind, jedoch einen Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V abgeschlossen haben.

- In den Krankenhäusern des ländlichen Raums werden im Jahr über 1,2 Millionen Krankenhauspatienten behandelt.

Anrede,

die Bayerische Staatsregierung hat in den letzten Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen, um zusätzlich zu den vorhandenen Krankenhausstrukturen einzelne Versorgungsangebote im ländlichen Raum stark auszubauen. Hierin spiegeln sich gesellschaftliche Entwicklungen wider, die einer krankhausplanerischen Umsetzung bedürfen.

- Die Zahl der Palliativstationen wurde im ländlichen Raum seit dem Jahr 2000 von drei auf nun 17 erhöht, in denen insgesamt 131 Betten vorgehalten werden – im Vergleich: bayernweit sind es 31 Palliativstationen mit insgesamt 283 Betten. Weitere Schritte werden folgen.
- Im Bereich der geriatrischen Rehabilitation wurden in den letzten acht Jahren an insgesamt 22 Kliniken geriatrische Einrichtungen eröffnet. 52 von 69 Krankenhäusern, die eine geriatrisch-rehabilitative Versorgung bieten, das sind mehr als 70%, liegen im ländlichen Raum und halten insgesamt 2254 Betten und Plätze vor. Die demographische Entwicklung verlangt flexible Antworten, wie z.B. vernetzte Strukturen.
- Ihre besondere Aufmerksamkeit hat die Bayerische Staatsregierung daneben dem Ausbau der Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen gewidmet, insbesondere der Schaffung neuer Betten

und Plätze in dezentralen Einrichtungen. Die Zahl der im ländlichen Raum gelegenen Krankenhäuser mit der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurde seit 2000 von vier auf 13 erhöht; diese halten heutzutage 321 Betten und Plätze vor.

Anrede,

mit dem Begriff der stationären Versorgung im ländlichen Raum assoziieren die Bürgerinnen und Bürger in erster Linie „ihr“ Kreiskrankenhaus. Die **kommunalen Krankenhäuser** bilden hier mit Abstand die **wichtigste Säule in der Krankenhausversorgung**. Von den 255 im ländlichen Raum zugelassenen Krankenhäusern werden 165, das sind fast zwei Drittel, in öffentlicher Trägerschaft und hiervon wiederum 115 von Landkreisen betrieben. Zum Vergleich: 71 Krankenhäuser befinden sich in privater und 19 in freigemeinnütziger Trägerschaft. Diese Dominanz öffentlicher Krankenhäuser ist Ausdruck eines ausgeprägten kommunalen Selbstverständnisses, wonach der Betrieb eines Krankenhauses keine lästige, sondern eine prioritäre Aufgabe ist.

Aus der Sicht der Bayerischen Staatsregierung ist es nicht nur sehr zu begrüßen, sondern von höchster Bedeutung, dass sich die bayerischen Landkreise auch weiterhin zu ihrem Sicherstellungsauftrag bekennen. Nur so kann – dies gilt gerade auch für die unverzichtbare Notfallversorgung – eine ausreichende flächendeckende stationäre Versorgung gewährleistet werden.

Anrede,

zu den wichtigsten Rahmenbedingungen für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags gehört eine **sachgerechte Krankenhausplanung**. Eine Krankenhausplanung, die einerseits als Rahmenplanung festlegt, welcher Versorgungsauftrag einem Krankenhaus zugeordnet und gegebenenfalls von einer Kommune im Rahmen ihrer subsidiären Sicherstellungsverpflichtung zu erfüllen ist, und die andererseits auch die Krankenhausstrukturen so ordnet, dass die

Erfüllung dieses Versorgungsauftrags in leistungsfähiger Form möglich ist. Dies verlangt nicht viele, aber dennoch markante Eckpfeiler, die eine Richtung vorgeben – nichts anderes ist nach meinem Verständnis Krankenhausplanung. Ein derartiges Verständnis, das eine gleichwertige und ausreichend flächendeckende Versorgung anstrebt, mag aus der Sicht von vorrangig gewinnorientierten Klinikketten zu statisch sein. Aufgabe der Krankenhausplanung ist es aber nicht, die finanziellen Interessen einiger weniger zu fördern. Die Belange aller Träger gilt es sorgfältig auszugleichen.

Anrede,

die Bayerische Staatsregierung hat sich immer dafür eingesetzt, dass die zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden bzw. erhalten bleiben. Gerade in den letzten Wochen und Monaten hat sie sich im Rahmen der Verhandlungen zur **Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung** mit Nachdruck gegen Initiativen des Bundesgesundheitsministeriums gewehrt, die zu erheblichen nachteiligen Auswirkungen für die stationäre Versorgung in der Fläche geführt hätten.

Zu diesen Initiativen zählte u.a. die Einführung der Möglichkeit des Abschlusses von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Kliniken.

Nicht zuletzt dank des Einsatzes der Bayerischen Staatsregierung ist dieses Vorhaben nicht in den Entwurf des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes – KHRG – aufgenommen worden, den das Bundeskabinett vor drei Wochen, am 24. September, auf Grundlage des Beschlusses des Bundesrates vom 19. September, verabschiedet hat.

Anrede,

was hätten Einzelverträge bedeutet?

Bei Einführung eines solchen Einkaufsmodells wären sogenannte **planbare und hochstandardisierbare Krankenhausleistungen**, denken Sie z.B. an die Endo-

prothetik, insgesamt aus den gemeinsamen Budgetverhandlungen herausgenommen worden. Ein Preiswettbewerb wäre in Gang gesetzt worden und diesen hätten mit hoher Wahrscheinlichkeit vor allem Kliniken in Ballungsräumen gewonnen. Und zwar voraussichtlich solche Kliniken, die anders als die kommunalen Krankenhäuser keinen Sicherstellungsauftrag zu erfüllen haben. Denn diese Kliniken hätten sich auf bestimmte planbare Leistungen in hoher Stückzahl beschränken und deshalb niedrigere Preise - anbieten können. Hingegen hätten die vorwiegend kommunalen Krankenhäuser im ländlichen Raum bestimmte planbare Leistungen häufig mangels Einzelvertrag nicht oder nur in geringem Umfang erbringen können; denn die Krankenkassen hätten ihre Versicherten natürlich vorrangig in die „Rabatt-Häuser“ gesteuert. Gerade den Krankenhäusern im dünner besiedelten ländlichen Raum wären wichtige Einnahmen weggebrochen, was nicht nur zu einer erheblichen Benachteiligung, sondern bis hin zur Existenzgefährdung hätte führen können. Und die in ländlichen Regionen lebenden Patienten hätten nicht nur für viele planbare Behandlungen in die größeren Städte fahren müssen, vielmehr hätten sie das bisher nächstgelegene Krankenhaus vielleicht gleich ganz verloren. Mit der **Verhinderung der Einführung der Einzelverträge** konnte somit ein drohender erheblicher **Schaden für die stationäre Versorgung im ländlichen Raum abgewehrt** werden.

Anrede,

die Investitionsfähigkeit unserer Krankenhäuser bestimmt maßgeblich das Niveau und die Qualität der medizinischen Behandlung. Freistaat und Kommunen haben im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung seit 1972 18 Mrd. Euro Investitionsmittel aufgebracht. Dies ist vorbildlich. Dennoch darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Freistaat in einem Länderranking nur noch auf Platz 8 liegt, was die Investitionsmittel pro Kopf der Bevölkerung ausmacht. Beide, Freistaat wie Kommunen, sind aufgefordert, zukunftssträchtige Lösungen zu finden.

Anrede,

für die Krankenhausträger in den ländlichen Regionen ist die angespannte finanzielle Lage der Betriebskosten ein entscheidender Punkt. Die schlechte Finanzlage vieler Krankenhäuser ergibt sich aus der Kombination von ständig steigenden Kosten - denken Sie nur an

- die Tariflohnsteigerungen um etwa 8% im Zeitraum 2008/2009 oder
- an den drastischen Anstieg der Energiepreise

und von gesetzlichen Vorgaben, wie die

- Deckelung durch die Bindung an die Grundlohnsummenveränderung, die eine Refinanzierung nur zu einem geringen Teil zulassen. Durch das GKV-WSG (A.d.R.: Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung) wurden die Krankenhäuser zusätzlich zur Sanierung der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen. Die Krankenhäuser werden daher zu ständig weiteren Einsparungen gezwungen. Vielerorts sind die Einsparpotentiale aber bereits seit langem ausgeschöpft. Weitere Einschnitte sind den Krankenhäusern nicht mehr zumutbar.

Die Bayerische Staatsregierung hat das berechnete Anliegen der Krankenhäuser bereits frühzeitig aufgenommen. Bayern hat mit Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen am 4. Juli 2008 einen Entschließungsantrag in den Bundesrat eingebracht, um finanzielle Entlastungen beim Bund einzufordern. Nach intensiven Verhandlungen der Länder mit dem Bund konnte am 19. September 2008 im Bundesrat ein Antrag aller Länder beschlossen werden, der entsprechende Maßnahmen enthält.

Anrede,

im vom Bundeskabinett am 24. September 2008 beschlossenen Entwurf des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) wurden nunmehr folgende Regelungen vorgesehen:

- Ab 1. Januar 2009 wird der „Sanierungsbeitrag“ (d.h. 0,5% jeder Rech-

nung) abgeschafft. Eine weitere Erhebung ist den Krankenhäusern nicht zumutbar. Dies entlastet die Krankenhäuser um immerhin ca. 250 Mio. €.

- Weiterhinkönnendietariflich bedingten Personalmehrkosten immerhin zu 50% refinanziert werden. Nach Schätzung des Bundesministeriums für Gesundheit stehen hierfür ca. 1,3 Mrd. € zur Verfügung. Dies war eine der Hauptforderungen der Krankenhäuser. Denn ohne eine Refinanzierungsmöglichkeit wäre ein weiterer massiver Personalabbau in den Krankenhäusern zu befürchten gewesen. Schon jetzt sehen viele Krankenhäuser den Personalabbau als einzige Möglichkeit, ihre Kosten zu senken. Weiterer Personalabbau muss aber vermieden werden, um die Versorgung der Patienten nicht zu beeinträchtigen.
- Letztlich soll ein Förderprogramm mit einem Gesamtvolumen von bis zu 700 Mio. € innerhalb von drei Jahren die Einstellung von bis zu 21.000 zusätzlichen Pflegekräften ermöglichen.
- Mittelfristig wird auch die Bindung der Krankenhausbudgets bzw. des Landesbasisfallwertes an die Veränderungsrate der Vergangenheit angehören. Ab 2010 soll diese durch einen Orientierungswert ersetzt werden, der der Kostenstruktur der Krankenhäuser gerecht wird.

Anrede,

natürlich sind mit diesem Ergebnis nicht alle zufrieden. Andererseits belasten die Mehrausgaben auch die Gesetzliche Krankenversicherung, weshalb sich die Krankenkassen vehement gegen das Entlastungspaket aussprechen. Natürlich muss die Beitragssatzstabilität ein vorrangiges politisches Ziel bleiben. Aber: Die Krankenhäuser haben aufgrund der rigiden Spargesetze der letzten 15 Jahre schon einen erheblichen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen geleistet.

Es besteht die Gefahr, dass Gesetze, die ausschließlich die Ausgabenbegrenzung bei der Gesetzlichen Krankenversiche-

rung zum Ziel haben, gut funktionierende Versorgungsstrukturen im stationären Bereich beschädigen werden. Seit 1993 sind die Einnahmen der Krankenhäuser gedeckelt. Seither steigen die Kosten stärker, als die Einnahmen. Die Krankenhäuser sind permanent gezwungen, ihre Leistungen mit immer weniger Kostenaufwand zu erbringen. Aber irgendwann stößt die Rationalisierung im Krankenhaus an ihre Grenzen.

Anrede,

der Entwurf des oben bereits angesprochenen KHRG beinhaltet weitere Regelungen, die gerade für den ländlichen Raum von Bedeutung sind. Besonders wichtig ist, dass eine verpflichtende Umstellung der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser auf Investitionspauschalen verhindert werden konnte.

Was sind **Investitionspauschalen** und warum hat sich Bayern gegen eine Verpflichtung zur Einführung dieses Finanzierungsinstruments gewehrt?

Eine Finanzierung über Investitionspauschalen bedeutet, dass das Krankenhaus zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen für jeden Behandlungsfall einen Geldbetrag erhält, dessen Höhe sich nach einer Bewertungsrelation bemisst, die den Investitionsbedarf für die jeweilige Krankenhausbehandlungsleistung abbilden soll. Ob und welcher Investitionsbedarf bei dem konkreten Krankenhaus tatsächlich besteht, spielt also keine Rolle.

So würde zum Beispiel ein vor kurzem neu gebautes Krankenhaus A nach den gleichen Kriterien Investitionspauschalen erhalten, wie ein sanierungsbedürftiges Krankenhaus B. Für die Durchführung einer größeren Sanierung müsste das Haus B also entweder viele Jahre lang warten und dafür Investitionspauschalen ansparen oder einen Kredit aufnehmen. Abwarten ist keine Lösung, da das Krankenhaus dann irgendwann nicht mehr funktionstüchtig wäre. Also bleibt nur die Kreditaufnahme.

Abgesehen davon, dass diese Kreditaufnahmen gerade in heutigen Zeiten recht

schwierig werden könnten, würde die Investition durch die Zinslast erheblich verteuert. Bei 7% Zinsen über 20 Jahre Laufzeit würden sich die Kosten zum Beispiel in etwa verdoppeln. Bis zur Tilgung des Kredits, und das heißt viele Jahre lang, hätte das Krankenhaus auch keine Spielräume für weitere Investitionen, zum Beispiel zur Anpassung an den medizintechnischen Fortschritt. Daneben gäbe es keine Einzelförderung mehr.

Die Förderung über Investitionspauschalen wäre also eine Förderung nach dem "Gießkannenprinzip" ohne Berücksichtigung des individuellen Bedarfs. Wegen der damit verbundenen negative Folgen hat Bayern die verpflichtende Anwendung von Investitionspauschalen abgelehnt, um die Möglichkeit der bewährten Einzelförderung von im konkreten Einzelfall dringlich notwendigen, zum Teil auch größeren Investitionen zu erhalten.

Dies konnte schließlich erreicht werden. Der Entwurf des KHRG sieht jetzt folgendes vor:

1. Investitionspauschalen, die die Länder zur Zahlung verpflichten, werden bundesrechtlich **nicht** festgelegt.
2. Eine Förderung der Länder durch leistungsorientierte Investitionspauschalen soll ermöglicht werden.
3. Die Grundsätze dafür erarbeitet eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe.

und

4. Die Länder können auch künftig eigenständig zwischen der Förderung durch Investitionspauschalen und der Einzelförderung einschließlich der bisherigen Pauschalförderung entscheiden.

Anrede,

trotz des alles in allem eher als positiv zu bewertenden Entwurfes des KHRG dürfen wir nicht die Augen davor verschließen, dass die Situation für die Krankenhäuser und damit für die Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum auch künftig nicht einfacher wird.

Die Einführung des Gesundheitsfonds, die jetzt erfolgte Festlegung des Beitragsatzes auf 15,5% durch die Bundesregierung und die Reaktion der Krankenkassen, die 15,8% gefordert hatten, lässt auch für die Krankenhäuser harte Zeiten erwarten. Um der für eine Krankenkasse im Wettbewerb verheerenden Gefahr zu entgehen, von den Versicherten Zusatzbeiträge verlangen zu müssen, werden die Kostenträger auch gegenüber den Kliniken einen rigiden Sparkurs fahren.

Eine weitere Verschärfung der Situation mancher Krankenhäuser kann aus der gegenwärtigen, in ihren Dimensionen für viele unbegreiflichen Krise der Finanzmärkte erwachsen. Abgesehen von den Risiken, die sich daraus für die öffentlichen Haushalte ergeben können - im Übrigen auch indirekt durch geringere Steuereinnahmen bei einem durch die Krise verursachten Wirtschaftsabschwung - dürfte es bei der aktuellen Lage vieler Finanzinstitute für die Kliniken erheblich schwieriger werden, Kredite zu erträglichen Konditionen zu bekommen.

Das Schlimme daran ist, dass die Krankenhäuser, wie auch die meisten anderen, selbst an dieser Situation nichts ändern können. Umso wichtiger ist es, das zu tun, was in der eigenen Macht steht.

Anrede,

wer sich auch in Zukunft behaupten will, der muss akzeptieren, dass sich die Herausforderungen als Einzelkämpfer oftmals nicht mehr bewältigen lassen. Zu den Herausforderungen der Zukunft gehört es für kommunale Krankenhäuser sicher auch, darauf zu reagieren, dass zum Beispiel

- in manchen Gegenden und in manchen Krankenhäusern immer noch Überkapazitäten bestehen, deren Abbau sich schon über die Frage einer wirtschaftlichen Betriebsführung aufdrängt,
- dem Erfordernis einer sektoren- und fachübergreifenden Versorgung Rechnung zu tragen ist und
- der Nachweis von Qualität und deren Sicherung immer wichtiger wird.

Einer der besten, oft vielleicht sogar der einzige Weg, diese Herausforderungen zu meistern, ist eine entsprechende Zusammenarbeit mit benachbarten Krankenhäusern, um die Leistungsspektren - innerhalb einer für die Patienten noch zumutbaren Entfernung - aufeinander abzustimmen. Doppelvorhaltungen müssen so weit wie möglich abgebaut, Synergieeffekte in größtmöglichem Umfang genutzt und - über die kommunalen Gebietsgren-

zen hinaus - die Bildung von Behandlungsschwerpunkten in den einzelnen Regionen verstärkt werden. Dass es verschiedene Wege der Zusammenarbeit, von Absprachen über ein gemeinsames Management bis hin zu vollen Fusion, gibt, zeigen verschiedene Beispiele in Bayern. Ich plädiere deshalb so nachdrücklich für eine Bündelung der Kräfte im Wege von Kooperationen, weil ich manchmal eine Schwäche kommunaler Krankenhäuser darin erkenne, möglichst viele der mit einem Krankenhausbetrieb zusammen hängenden Aufgaben allein zu erledigen. Hierin liegt ein Wettbewerbsnachteil gegenüber privaten Klinikketten.

Anrede,

es ist sehr zu begrüßen, dass sich die Bayerischen Landrätinnen und Landräte auf ihrer diesjährigen Tagung des wichtigen Themas der stationären Versorgung im ländlichen Raum annehmen. Dies ist ein wichtiges Signal nach außen, das zeigt, dass hier zwischen der größten kommunalen Trägergruppe und der Bayerischen Staatsregierung ein Grundkonsens über die herausragende Bedeutung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und leistungsfähigen Krankenhausversorgung in allen Landesteilen Bayerns besteht.

E. Entwicklung der Krankenhausstrukturen in Bayern

Siegfried Hasenbein,
Geschäftsführer,
Bayerische
Krankenhauses-
gesellschaft

Im Folgenden ist die Powerpointpräsentation von Siegfried Hasenbein, des Geschäftsführers der Bayerischen Krankenhausesgesellschaft, abgedruckt, mit der er die Entwicklung der Krankenhausstrukturen in Bayern während der Landrätetagung im Oktober in Kitzingen skizzierte.



Der Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausesgesellschaft erläutert die Zukunft der Krankenhäuser in Bayern.

BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

Bayerischer Landkreistag
40. Landrätetagung

Entwicklung der Krankenhausstrukturen
in Bayern

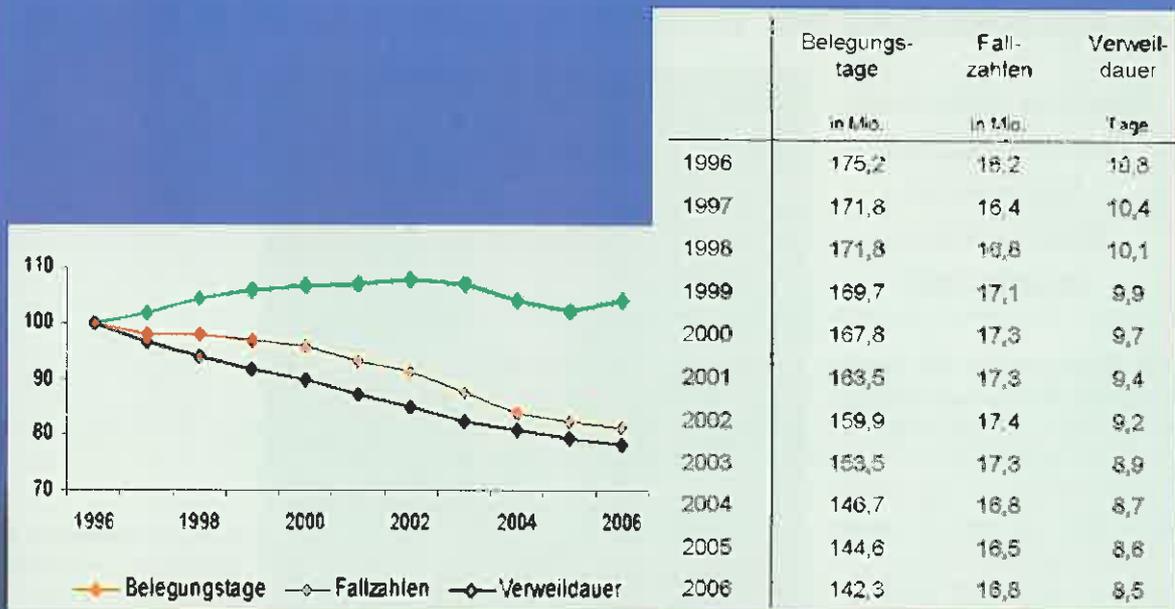
16. Oktober 2008
Kitzingen

Siegfried Hasenbein
Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.

BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

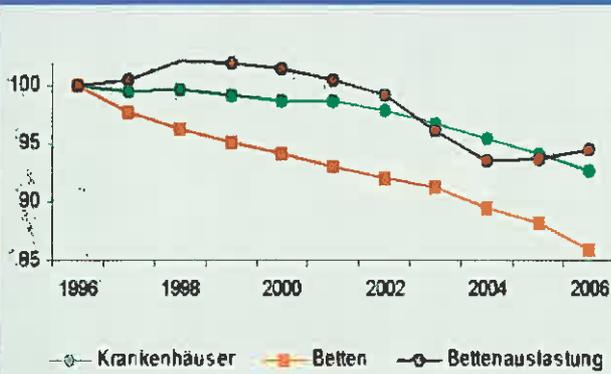
Belegungstage, Fallzahlen und Verweildauer
in Deutschland



BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

Krankenhäuser, Krankenhausbetten und Bettenauslastung in Deutschland

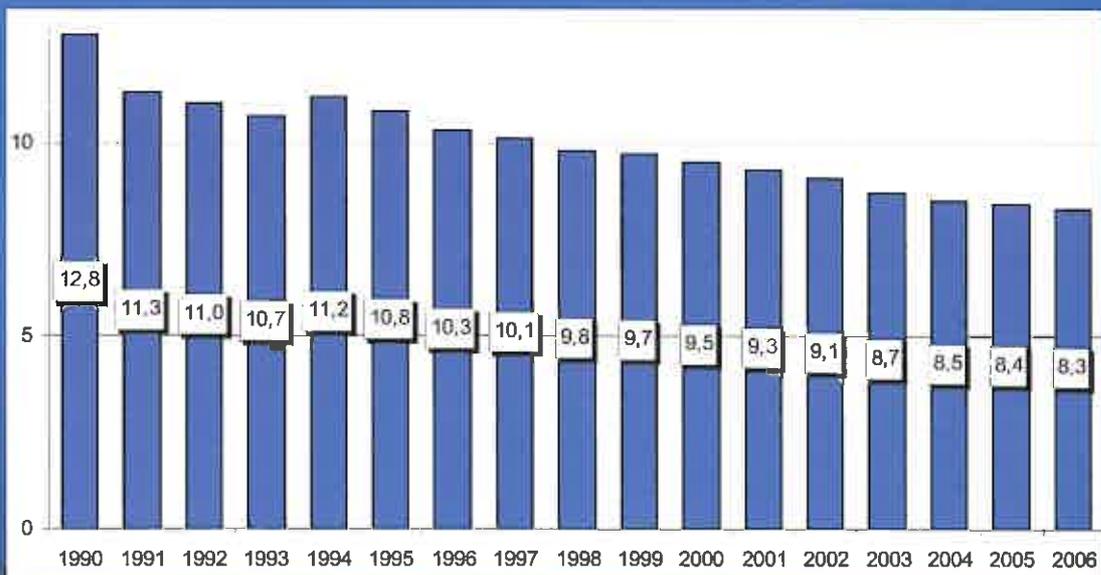


	Kranken- häuser	Kranken- hausbetten	Bettenaus- lastung
	Anzahl	in 1000	%
1996	2 269	593,7	80,5
1997	2 258	580,4	81,1
1998	2 263	571,6	82,3
1999	2 252	565,3	82,2
2000	2 242	559,7	81,9
2001	2 240	552,7	81,1
2002	2 221	547,3	80,1
2003	2 197	541,9	77,6
2004	2 166	531,3	75,5
2005	2 139	523,8	75,6
2006	2 104	510,8	76,3

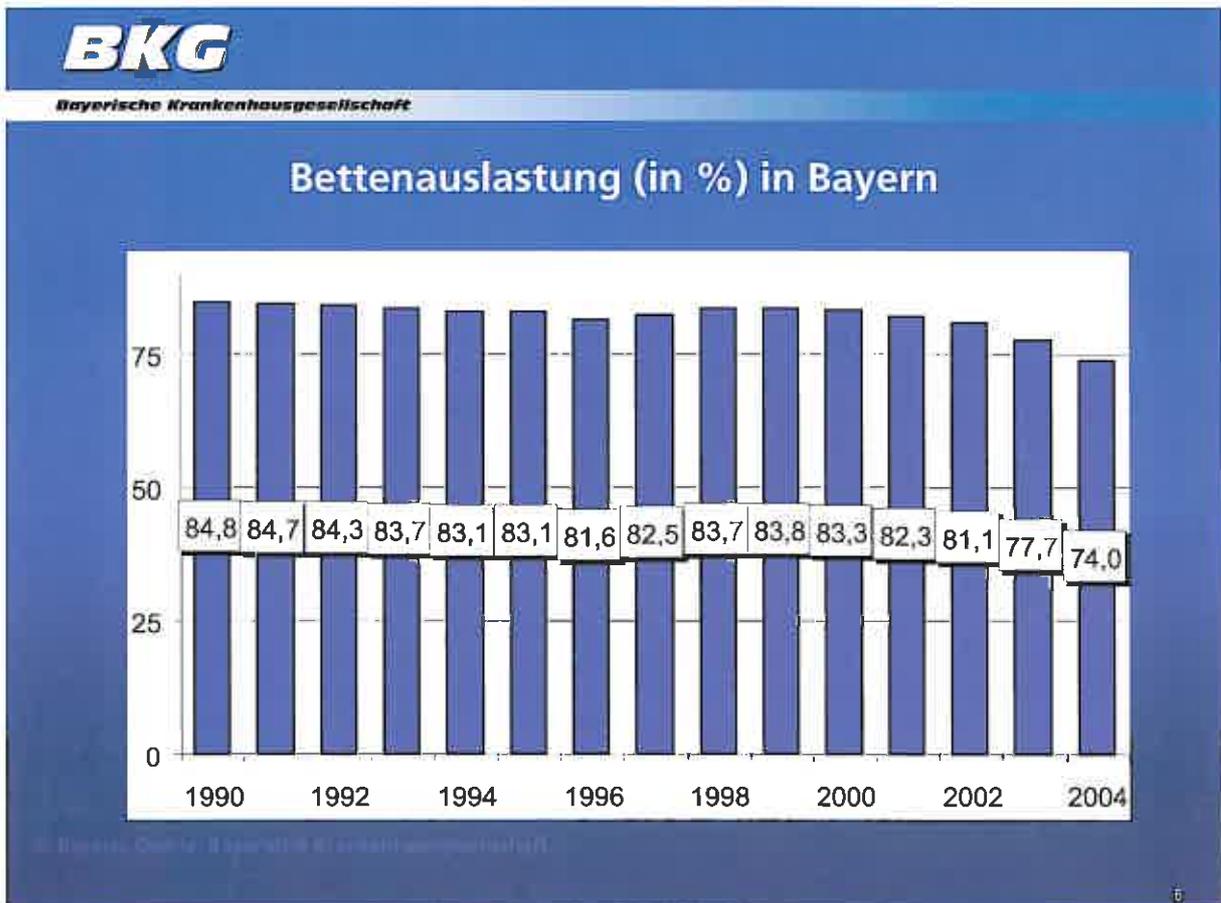
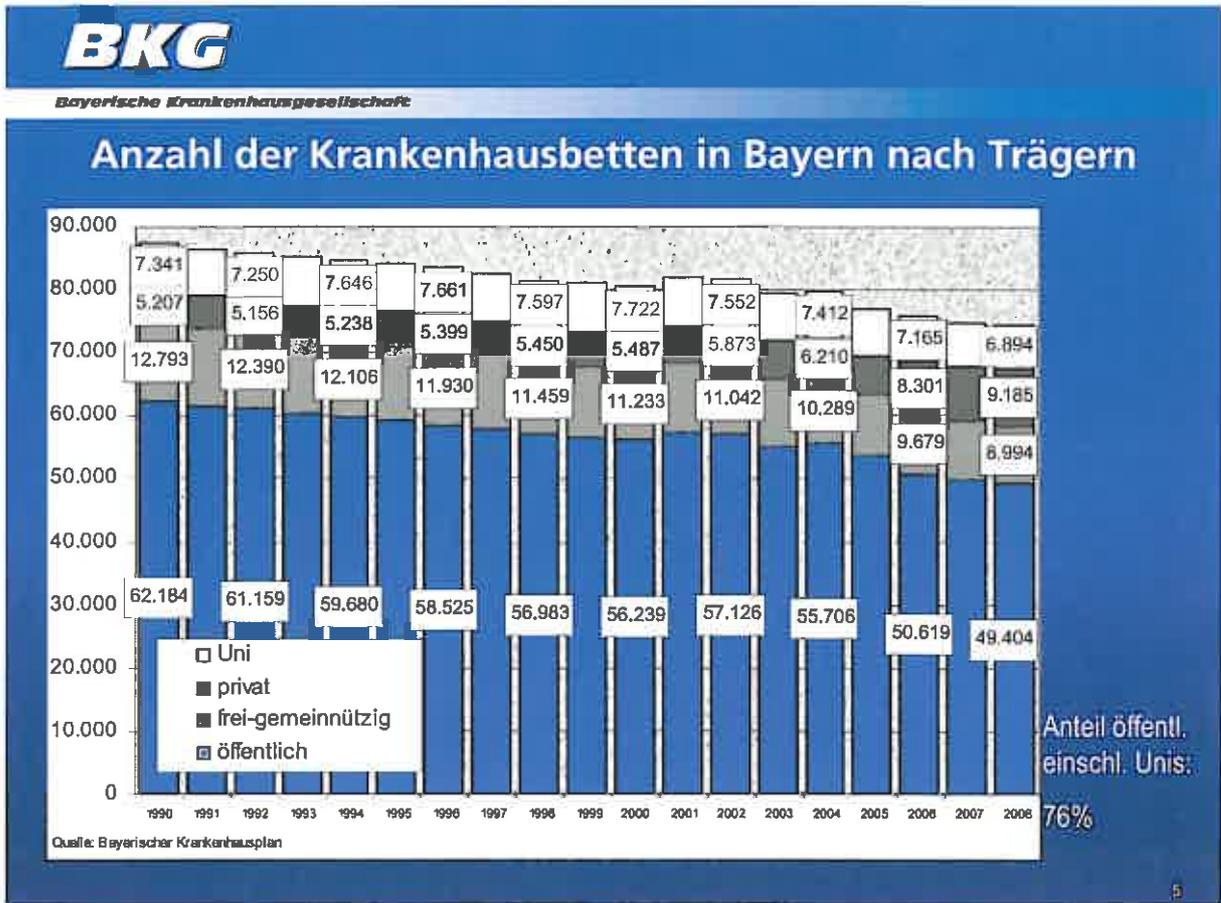
BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

Entwicklung der Verweildauer in Bayern

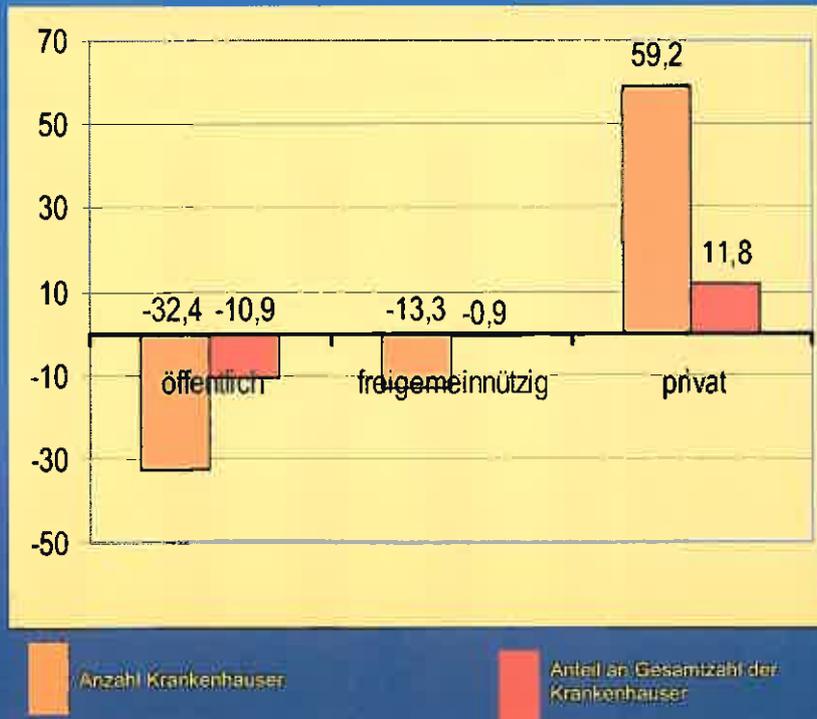


in Tagen



BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

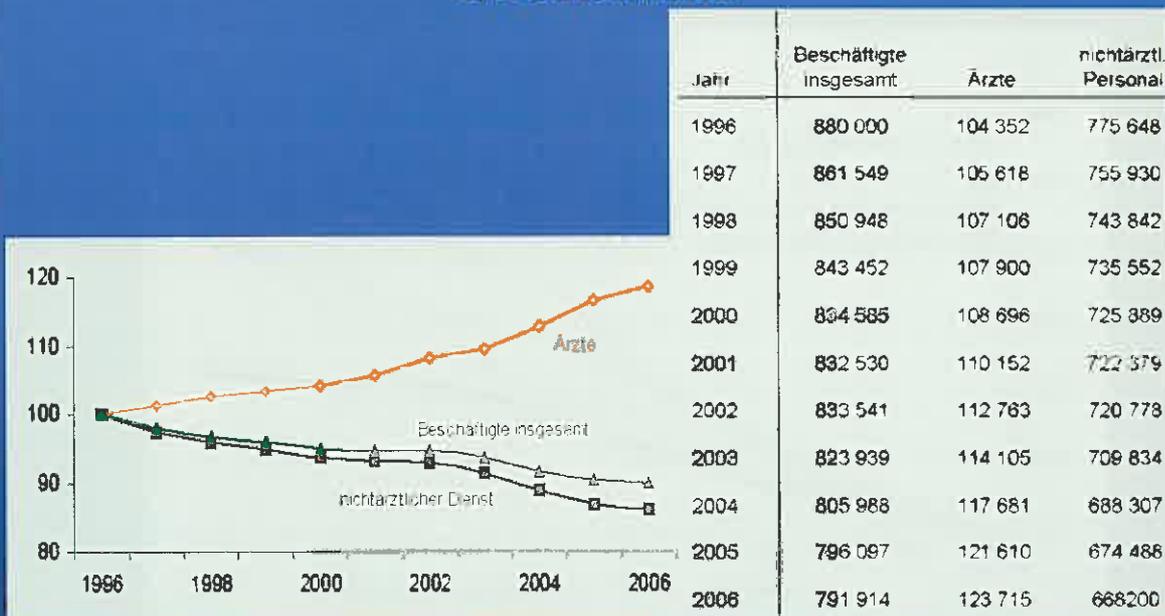


7

BKG

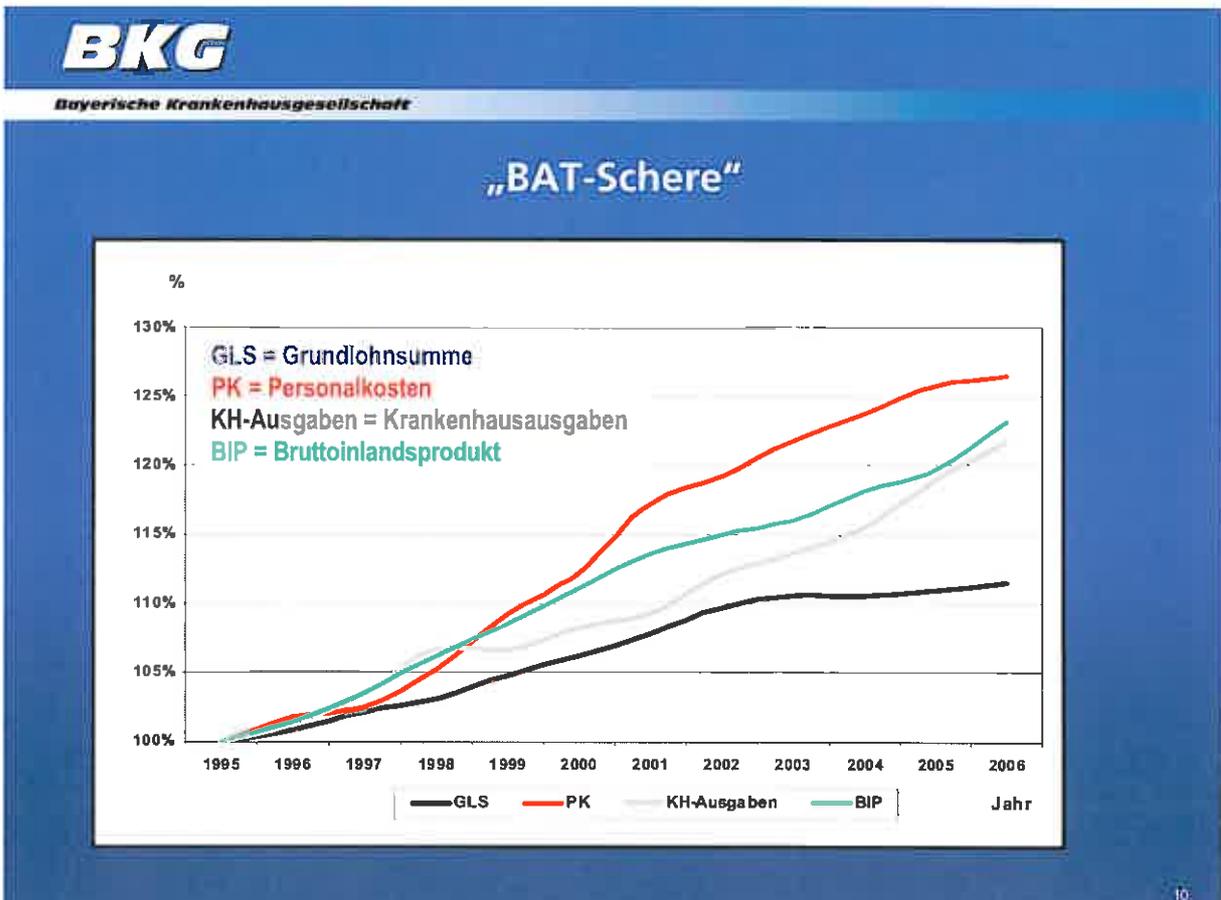
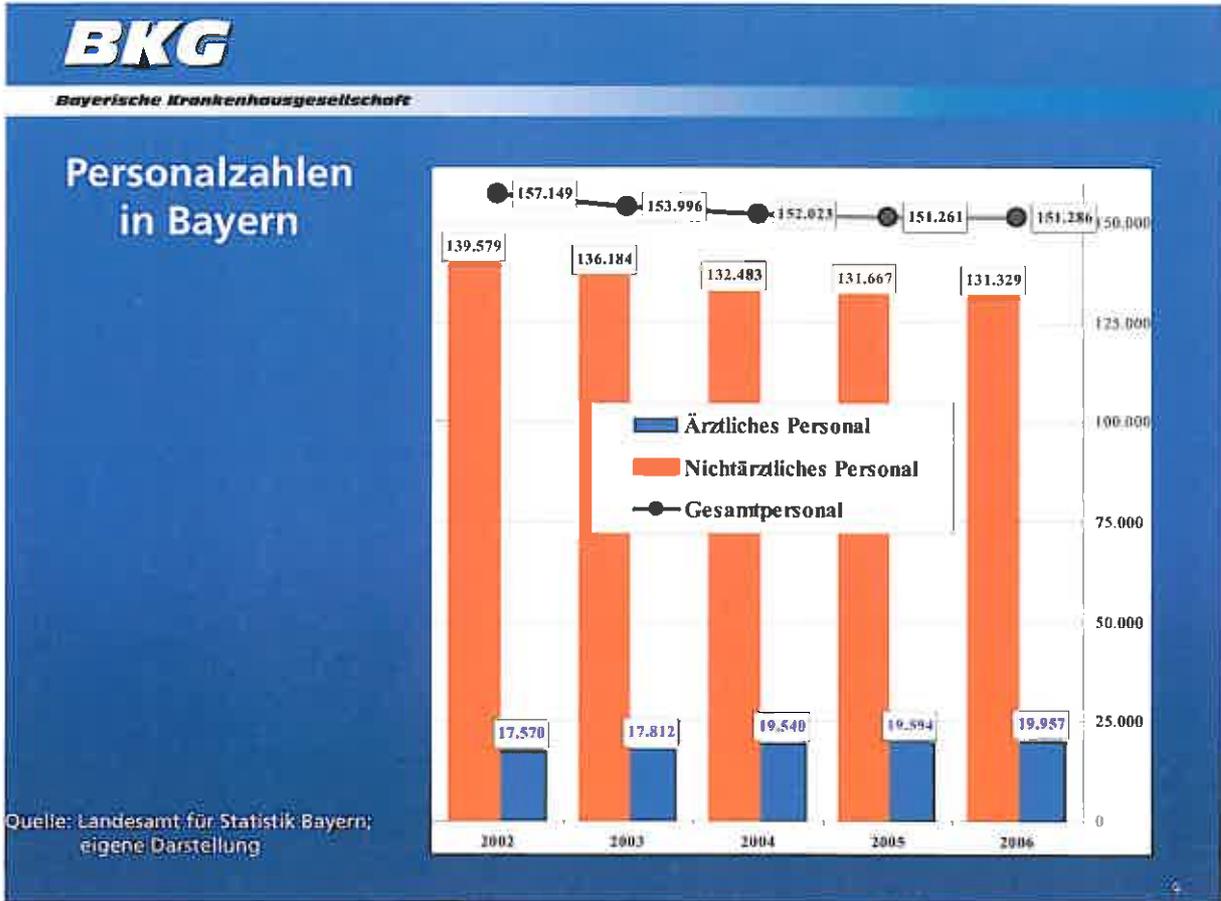
Bayerische Krankenhausgesellschaft

Entwicklung der Vollkräfte des Krankenhauspersonals in Deutschland



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2006; eigene Darstellung

8



BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

Entwicklung der Kosten je Behandlungsfall vs. Veränderungsrate (kumuliert)



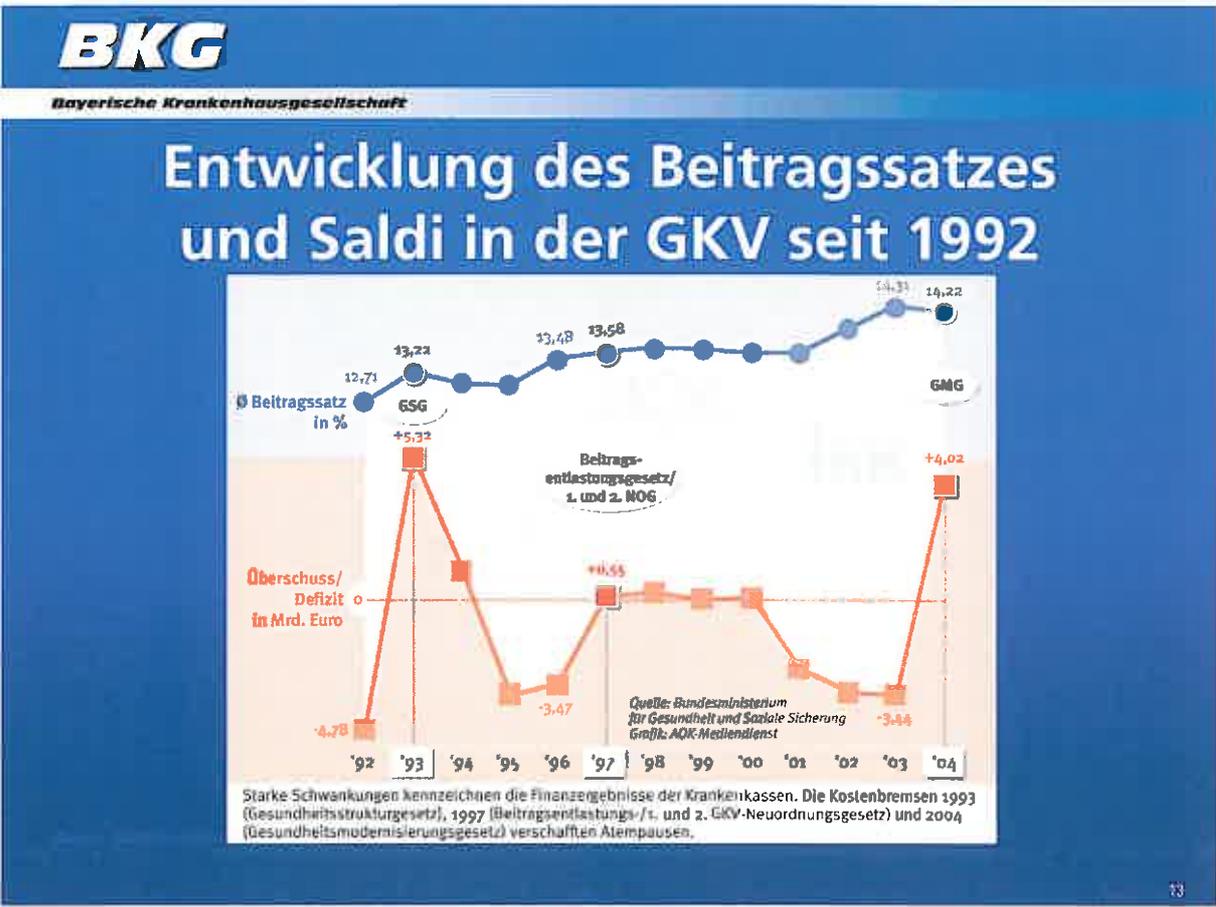
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbochund.de und Bundesanzeiger (Bekanntmachung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V)

BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

Gesundheitsreformen seit 1989

- 1989 Gesundheitsreformgesetz (GRG)
- 1993 Gesundheits-Strukturgesetz (GSG), u. a. Erhöhung der Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten und Einführung von Fallpauschalen
- 1996 Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben
- 1997 Beitragsentlastungsgesetz
- 1997 GKV-Neuordnungsgesetz
u. a. Erhöhung der Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten
- 1998 GKV-Finanzstärkungsgesetz
- 1999 Stärkung der Solidarität in der GKV
- 2000 GKV-Gesundheitsreform
- 2001 Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz
- 2002 Gesundheitsreform, u. a. Selbstbeteiligung z. B. für Klinikkosten
- 2002 Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs
- 2003 Fallpauschalengesetz
- 2004 Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG), u. a. Einführung der Praxisgebühr
- 2005 Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz
- 2006 Gesetz für mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung
- 2006 Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
- 2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)



13

BKG
Bayerische Krankenhaushausgesellschaft

Problem: Anbindung an Grundlohnrate

Veränderung der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter als Zuwachsobergrenze für die Landesbasisfallwerte und damit für die Geldmittelbereitstellung für stationäre Leistungen (Beitragssatzstabilität gem. § 71 SGB V)

14

BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

Grundlohnratenzuwächse für die Krankenhäuser

2005: 0,4 %
 2006: 0,6 %
 2007*: 0,28 %
 2008*: 0,64 %
 *abzügl. 0,5 %
 Sanierungsbeitrag

Finanzentwicklung der GKV:

2004: + 4,02 Mrd.
 2005: + 1,67 Mrd.
 2006: + 1,63 Mrd.
 2007: + 1,78 Mrd.

 2003: 6 Mrd. Verschuldung
 2007: 3,5 Mrd. Rücklagen

15

BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

Lasten der Krankenhäuser in Bayern in 2007

- 0,5 % Sanierungsbeitrag 35 Mio.
- 1 % Verlängerung Anschubfinanzierung IV 70 Mio.
- Tarifierhöhungen 150 Mio.
- Mehrwertsteuererhöhung ab 01.01.2007 50 Mio.
- gesetzliche Vorgaben (ArbZG, Verbot Naturalrabatt)
 Qualitätssicherung, sicherheitstechn. Auflagen,
 allg. Kostensteigerungen (Energiekosten) 230 Mio.
 535 Mio.
- gesetzl. begrenzte Budgetsteigerung (0,28 %) 19 Mio.
- Entlastung durch Reduzierung Arb.losenversicherung 30 Mio.
- Nicht finanzierte Kostensteigerung ca. 500 Mio.**

16

BKG
Bayerische Krankenhausgesellschaft

Gesetzlicher Handlungsbedarf 2008 zur Finanzierung von Personal- und Sachkostensteigerungen (bundesweit in Mrd. €)

	Personalkosten	Sachkosten	Gesamt
2008	1,04	1,26	2,30
2009	3,13	2,58	5,71
2008 und 2009 kumuliert			8,01
Voraussichtlicher Vergütungszuwachs (Grundlohnsteigerung)			1,36
Finanzierungslücke			6,65

- BKG**
Bayerische Krankenhausgesellschaft
- ### Gesundheitsfonds lastet auf dem System
- Entschuldung der Krankenkassen bis Ende 2008
 - staatl. festgesetzte pauschale Zuweisungen pro Versichertem aus dem Fonds
 - Begrenzung des Zusatzbeitrages des Versicherten an die Krankenkasse
 - Änderung der Rechtsform der Krankenkassen (Verlust des Status Körperschaft des öffentlichen Rechts, Insolvenzfähigkeit)
- => Massiver Druck zur Ausgabenminimierung**

BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

Finanzielles „Hilfsprogramm“ für Krankenhäuser

• Wegfall Anschubfinanzierung IV	150 Mio.
• Wegfall Sanierungsbeitrag für GKV	230 Mio.
• Erster Teil für Förderung Pflegedienst	220 Mio.
• Grundlohnrate 2009	800 Mio.
• Verbesserung Psychiatrie	60 Mio.
• Verbesserung Ausbildungsfonds	150 Mio.
• 50%-Ausgleich für Tarifsteigerung	1,35 Mrd.
 Summe ca.	 3 MRD.

19

BKG

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG:

Bayerische Krankenhausgesellschaft

- Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab 2012.
Ländern bleibt freigestellt, ob sie eine Umstellung auf Investitionspauschalen vornehmen.
- Die unterschiedlichen Landesbasisfallwerte werden in einem Zeitraum von 5 Jahren (2010 - 2014) schrittweise in einen bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridor in einer Bandbreite von 2,5 % bis -1,0 % zusammengeführt.
- Einführung eines Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals.
In drei Jahren sollen bis zu 21.000 zusätzliche Stellen zu 70 % von den Krankenkassen finanziert werden.

20

- Nach dem Jahr 2010 soll die bisherige Grundlohnbindung der Krankenhauspreise durch einen Orientierungswert abgelöst werden.

Der Orientierungswert soll die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich erfassen und vom Statistischen Bundesamt ermittelt werden.

Das Bundesgesundheitsministerium soll per Verordnung festlegen können, welcher Anteil des Orientierungswertes finanziert werden soll!!

Nicht enthalten:

Einzelverträge zwischen einzelnen Krankenhäusern und Krankenkassen „bei geeigneten planbaren und hoch standardisierbaren Leistungen“.

Aber:

In Vorbereitung für nächste Gesundheitsreform nach der Bundestagswahl

BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

Ausblick:

- Finanzieller Druck auf Krankenkassen und Krankenhäuser wird zunehmen.
- Neuerliche Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung (Spargesetze) ab 2010 denkbar.
- Rationalisierungsreserven im einzelnen Betrieb sind weitgehend ausgeschöpft.

=> Krankenhausträger müssen eigene Struktur kritisch hinterfragen und sich „vernetzen“.

=> Optimierung der Schnittstelle ambulant/stationär vonnöten.

23

BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

Strukturmaßnahmen:

- Innerbetrieblich
 - Leistungsangebot
 - Abläufe
 - Kapazität
 - Qualität
- Vernetzung mit anderen Krankenhäusern
 - Kooperation (realistische, langfristige Ziele)
 - Verbund (Problem: Steuerungskompetenz)
 - Fusion
- Vernetzung mit anderen Versorgungssektoren („Integratives Gesundheitszentrum“)
 - Institutsleistungen
 - individuelle Vertragsgestaltung (Leistungs- un. Informationsaustausch, Vermietung, Verpachtung u.s.w.)

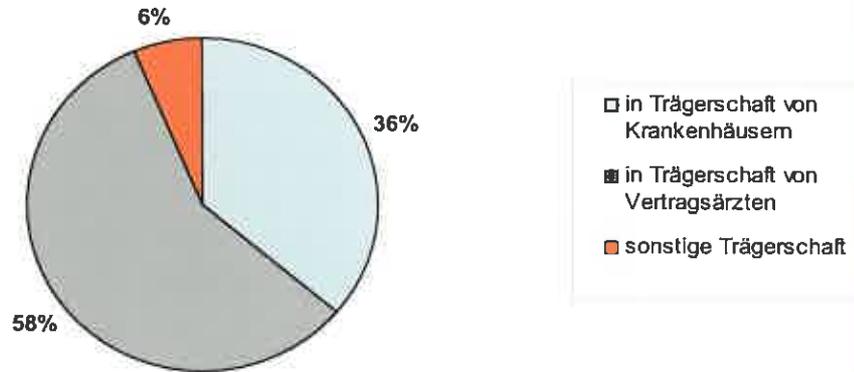
24



Bayerische Krankenhausgesellschaft

Das MVZ als Modell zur Vernetzung

MVZs bundesweit - 1. Quartal 2008 (Anzahl: 1023)



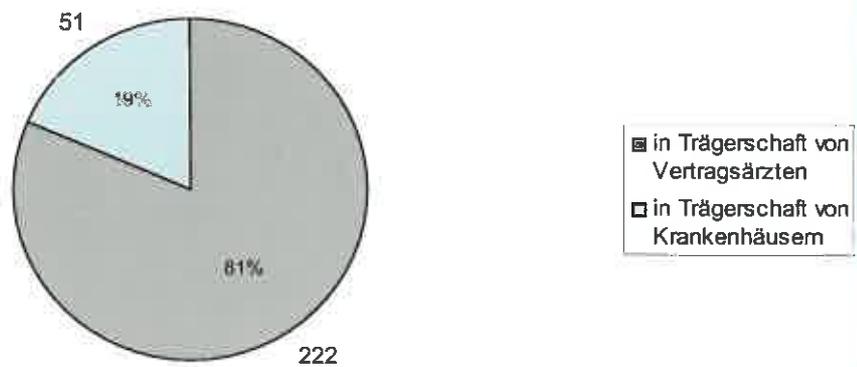
23



Bayerische Krankenhausgesellschaft

Das MVZ als Modell zur Vernetzung

MVZs in Bayern - 1. Quartal 2008 (Anzahl: 273)



24

BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

Kennzahlen zum MVZ (1. Quartal 2008)

- Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte: 4.445
- MVZ-Größe: durchschnittl. 4 Ärzte
- Ärzte im Anstellungsverhältnis: 3.247
- am häufigsten beteiligte Facharztgruppe:
Hausärzte (756), Internisten (443), Chirurgen (315)
- Beschäftigte Ärzte im MVZ:
2 Ärzte (30%), 3 Ärzte (25%), mehr als 10 Ärzte (5%)

27

BKG

Bayerische Krankenhausgesellschaft

MVZ als Modell zur Vernetzung

Voraussetzung:

Gesamtkonzept zur integrierten Versorgung
nicht nur Akquise- u. Verdrängungsinstrument

- Fachübergreifende Versorgung auf kurzem Weg
- Sicherung der Versorgung in der Fläche
- Möglichkeit der ambulant/stationären Zentrenbildung
- Vermeidung von unternehmerischem Risiko für junge Ärzte
- Wahl zwischen Angestellten- u. freiberuflichen Status
- Möglichkeit sowohl ambulant als auch stationär zu arbeiten
- Entlastung der Ärzte von Bürokratie

28

F. Auswirkungen der gDRGs auf die Notfallversorgung in den Kliniken

Prof. Dr. Christian K. Lackner, Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, Klinikum der Universität München



Im Folgenden ist die Powerpoint-präsentation von Prof. Dr. Christian K. Lackner vom Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement des Klinikums der Universität München abgedruckt, mit der er die Auswirkungen der gDRGs auf die Notfallversorgung darstellte.

Welche Auswirkungen haben die gDRGs auf die Notfallversorgung? Die Antwort gab Prof. Dr. Christian K. Lackner bei der Tagung der Landräte in Kitzingen.



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

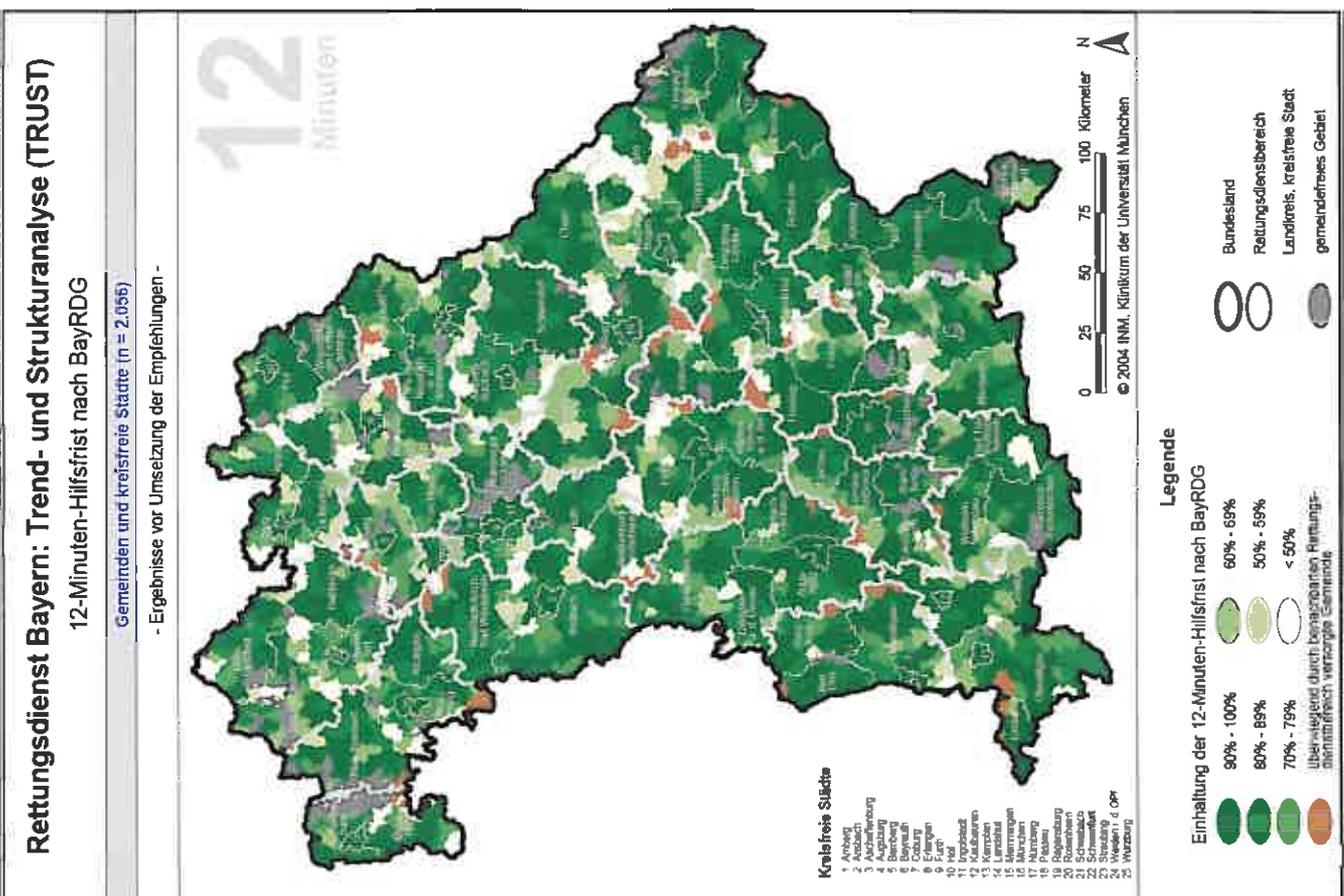
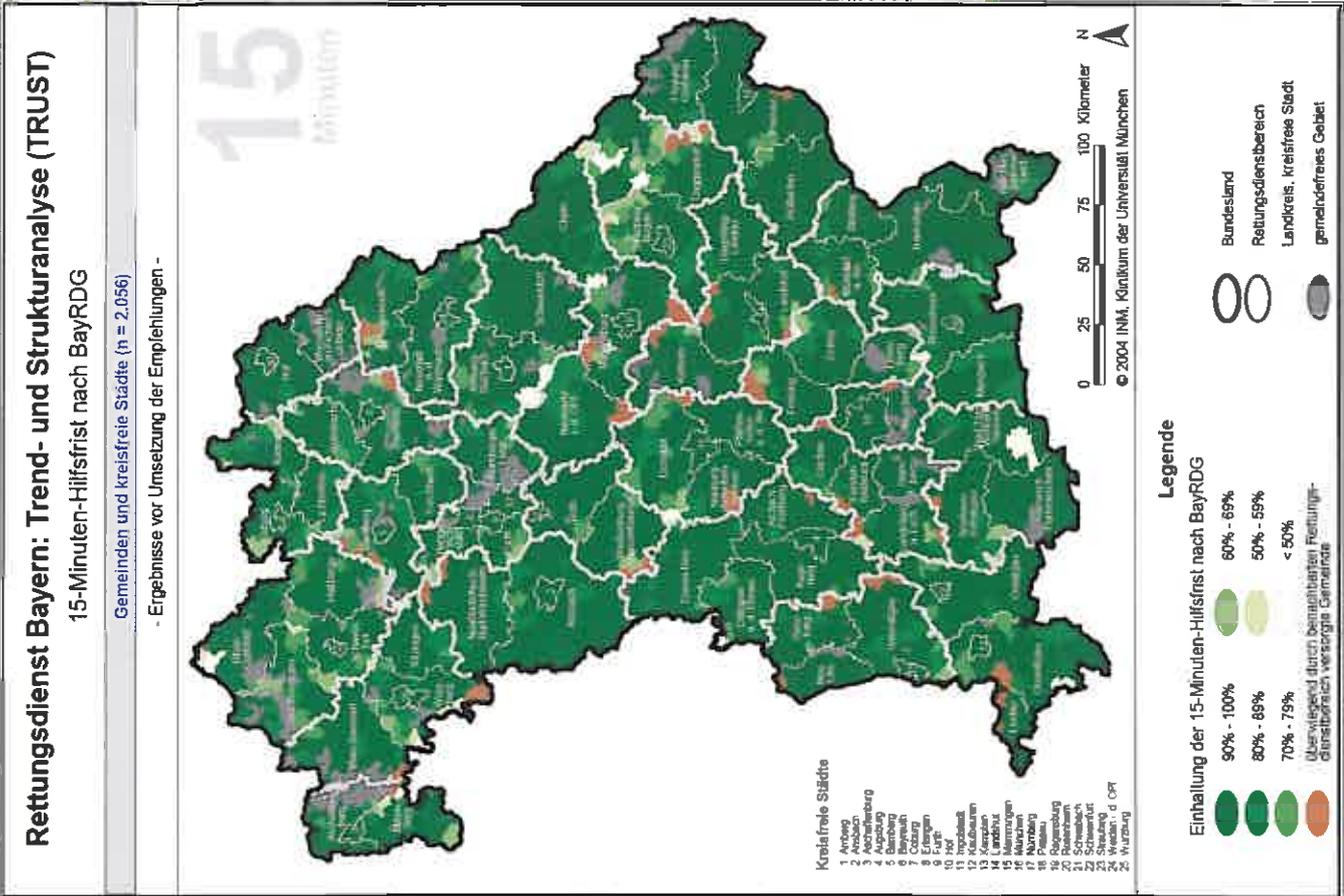
INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN UND
MEDIZINMANAGEMENT



Auswirkungen der gDRGs auf die Notfallversorgung in den Kliniken

*Chr. K. Lackner
Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement
Klinikum der Universität München*





TRUST in Zahlen	
TRUST-Rahmendaten	
Zeitungsumfang	6 Jahre, 26 Gutachten, 31 Sondergutachten
Gutachtenumfang	41.000 Gutachten-Seiten, 1.100 Karten
Analysierter Datenumfang	54 Datenquellen, insges. 24 Mio. Datensätze
Datenharmonisierung (RLSt/ILSt)	384.474 Einzelharmonisierungen
Analyseumfang	103 Analyse-Aspekte auf jeweils mehreren Analyse-Ebenen 21 Mio. Duplizitätsanalysen
TRUST-Ergebnis	
Standorte ohne Vorhaltungsveränderung (RTW)	221 Standorte
Standorte mit Vorhaltungsausweitung (RTW)	42 Standorte
Standorte mit Vorhaltungsreduzierung/-verlagerung (RTW)	50 Standorte
Anzahl Standortauflösungen	4 Standorte
Anzahl neuer Standorte	10 Standorte
Integration der Privatunternehmer in den Rettungsdienst	- 59.422 Stunden/Jahr
Ausweitung RTW-Vorhaltung	+ 181.608 Stunden/Jahr
Reduzierung RTW-Vorhaltung	- 218.929 Stunden/Jahr
Bilanz RTW-Vorhaltung	- 66.134 Stunden/Jahr
Wegfall Ergänzungsvereinbarung/Sonderfahrdienst	- 75.300 Stunden/Jahr
Wirtschaftlichkeitsanalyse 2004	- 278.026 Std./Jahr
TRUST-Online-Dienste	
Zugangsberechtigte	372
abrufbare Rettungsmittelvorhaltungen	3.032
abrufbare Betriebszeiten	23.397
Trend-Einzeldarstellungen	155.820



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN UND
MEDIZINMANAGEMENT



Stellenwert der Hilfsfrist ?

- ▶ Reiner Planungsparameter
- ▶ Keine notfallmedizinische Rationale
- ▶ Bildet nicht die Qualität der notfallmed. Dienstleistung ab
- ▶ Fragliche Relevanz für den Patienten
- ▶ Nicht transektoral (incl. KH)





KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN UND
MEDIZINMANAGEMENT



Wissenschaftliche Erkenntnisse ?

Prognostischen Einfluss auf das Ergebnis ?

- ▶ Bei akuter Lebensbedrohung/ Rea
- ▶ Qualität der Zielklinik (aktuell !)
- ▶ Erreichen der Zielklinik < 60 min.
- ▶ Zeitsensitivität des Prähospitalintervalles



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN UND
MEDIZINMANAGEMENT



BAYERISCHER LANDKREISTAG





KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN UND
MEDIZINMANAGEMENT



„Der Überbringer
der schlechten Nachricht wird bestraft“



Xerxes I. ([persisch](#) خشودر شا, [lateinisch](#) Xerxes)
(519 v. Chr.; † August 465 v. Chr.)
regierte von 486 v. Chr. bis 465 v. Chr. als [achämenidischer Großkönig](#) und [ägyptischer Pharao](#).
Sein Name bedeutet „herrschend über Helden“. Xerxes war verheiratet mit [Amestris](#).



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN UND
MEDIZINMANAGEMENT



Krankenhaus Rating Report 2008: Qualität und Wirtschaftlichkeit kein Widerspruch

In seiner vierten Ausgabe untersucht die **Kommunalen Rating** die Qualität und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern. Die Ergebnisse zeigen, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit kein Widerspruch sind. Die Krankenhäuser sind in der Lage, die Qualität zu verbessern und gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit zu steigern. Die Krankenhäuser sind in der Lage, die Qualität zu verbessern und gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit zu steigern.



Zahl von Fällen. Eine wirtschaftliche Erholung der Krankenhäuser war bis 2006 möglich, weil viele Häuser ihre zum Teil veralteten Abläufe überholt und sich auf eine wettbewerbsintensivere Zukunft vorbereitet hatten. Vielen Krankenhäusern gelang es, Gewinne zu erwirtschaften, zum Teil aus eigener Kraft Investitionen zu tätigen und somit dem medizinisch-technischen Fortschritt zu folgen. Die Situation scheint sich derzeit aber wieder spürbar zu verschlechtern. Der vorliegende Report untersucht den Krankenhausmarkt, analysiert die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser und gibt einen Ausblick für die kommenden Jahre.





KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN UND
MEDIZINMANAGEMENT



Vor diesem Hintergrund muss damit gerechnet werden, dass die Privatisierungswelle bald wieder an Fahrt gewinnen wird, weil nicht nur die Defizite kommunaler Krankenhäuser zunehmen, sondern womöglich auch die Steuereinnahmen der Kommunen in den kommenden Jahren konjunkturell bedingt wieder rückläufig sein könnten. Ebenso erwarten wir einen weiteren Ausbau von Krankenhausverbänden – nicht nur bei privaten Trägern. Einige Kliniken werden aber für immer schließen müssen. Allerdings muss dabei u. E. nur in ländlichen Regionen darauf geachtet werden, dass die Versorgungssicherheit durch Erarbeitung alternativer Konzepte erhalten bleibt.



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN UND
MEDIZINMANAGEMENT



Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

§ 2 Konkretisierung der in § 17b KHG genannten Zu- und Abschlagstatbestände

1. Krankenhäuser, die nicht an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten einen Abschlag vom Basisfallwert. Ein Krankenhaus nimmt an der stationären Notfallversorgung teil, sofern es dafür zugelassen ist, eine Aufnahmebereitschaft Tag und Nacht sowie an Wochenenden (ggf. auch in Zusammenarbeit mit mehreren Krankenhäusern) gewährleistet ist, eine Meldung gegenüber der Rettungsleitstelle oder einer anderweitig benannten stationären Notfallstelle abgegeben wurde und die Möglichkeit der Intensivüberwachung sowie der Intensivbeatmung besteht. Die Abschlagshöhe wird auf der Bundesebene spätestens bis zum 30.06.2002 zwischen den Vertragspartnern vereinbart.





KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN UND
MEDIZINMANAGEMENT



Notfall aktuell

Notfall Rettungsmag 2007
DOI 10.1007/s10049-007-0984-6
© Springer Medizin Verlag 2007

T. Schlechtriemen^{1,6} · B. Dirks² · C.-K. Lackner³ · H. Moerke⁴ · D. Blumenberg⁵
¹ Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Klinikum Saarbrücken, Saarbrücken
² Sektion Notfallmedizin, Klinik für Anästhesiologie, Universität Ulm, Ulm
³ Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Klinikum der Universität München, München
⁴ Asklepios Klinik Nord, Institut für Notfallmedizin, LBK Hamburg GmbH, Hamburg
⁵ Klinik für Anästhesiologie, Klinikum Osnabrück, Osnabrück
⁶ Rettungsdienst Saarland, Rettungszweckverband Saar, Bezdach

Die Schnittstelle zu den Kliniken ist in den für den Rettungsdienst zukunftsweisenden Netzwerkkonzepten essenziell

Wirtschaftlichkeit im Rettungsdienst

12. Leinsweiler Gespräche der agswm e.V. in Zusammenarbeit mit INM, IfN und BAND, 29.–30.06.2007

Qualitätssteigernde Initiativen müssen nicht zum Verzicht auf ehrenamtliches Engagement im Rettungsdienst führen

Die Synchronisierung von Rettungsdienst- und Krankenhausplanung ist erforderlich



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN UND
MEDIZINMANAGEMENT



Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung

Konzepte

Notfall Rettungsmag 2008
DOI 10.1007/s10049-008-1065-1
© Springer Medizin Verlag 2008

B. Koch¹ · M. Weitzel² · C. Schmitt³ · F. W. Aichele⁴
¹ DLR-Institut für Notfallmedizin, Regensburg
² Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Klinikum Saarbrücken, Saarbrücken
³ Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Klinikum der Universität München, München
⁴ Universität Regensburg, Regensburg

Strategiekonzepte für leistungsfähige Notfallstrukturen werden nur sektorenübergreifend funktionieren

Herausforderungen für die Zukunft: Regional Health Care (RHC)

Die Auswirkungen des demographischen Wandels erfordern deutliche Veränderungen im Gesundheitswesen

Das Einsatzaufkommen im Rettungsdienst wie in der Notfallversorgung wird ansteigen

Ein Strategiekonzept

Synergien entstehen dann, wenn notwendige Interaktionen gelebt werden

Etwa 800.000 Notarzteeinsätze pro Jahr in Deutschland sind keine echten Notarzteeinsätze





KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN UND
MEDIZINMANAGEMENT



Netzwerkkonzepte
Krankenhausplanung

SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

Kooperation und Verantwortung

Voraussetzungen einer zielorientierten
Gesundheitsversorgung

www.svr-gesundheit.de (Gutachten 2007)



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN UND
MEDIZINMANAGEMENT



Netzwerkkonzepte
Krankenhausplanung

4. Krankenhauswesen: Planung und Finanzierung

410. Bei einer Rahmenplanung würde der Staat lediglich Standorte und Fachgebiete festlegen sowie allenfalls Gesamtkapazitäten. In diesem Falle würden die Fachkapazitäten zwischen den Pflegesatzparteien bestimmt, die allerdings der staatlichen Überwachung bedürfen. Die staatliche Rahmenplanung kann Versorgungsregionen festlegen. Die Standorte der Notfallversorgung sollten dabei weiterhin durch staatliche Planung bestimmt werden (s. Ziffer 507ff.).

www.svr-gesundheit.de (Gutachten 2007)





**Netzwerkkonzepte
Krankenhausplanung**

4. Krankenhauswesen: Planung und Finanzierung

Die Sicherstellung der stationären Versorgung kann in Zukunft mit unterschiedlichen Optionen erfolgen (AOLG 2006):

- Die Sicherstellung kann auch einem marktwirtschaftlichen System übertragen werden, bei dem es wohl „geboten erscheint, Maßstäbe für die Notfallversorgung, die ortsnahe Versorgung und für die Qualität der Versorgung festzulegen“.

www.svr-gesundheit.de (Gutachten 2007)



**Netzwerkkonzepte
Krankenhausplanung**

4.3.1.3 Regulation und Sicherung

512. Spätestens zum Ablauf der *golden hour* der Notfallversorgung müsste der Patient in einem Krankenhaus angekommen sein, das mindestens in der Lage ist, seinen Zustand weiter zu stabilisieren und ihn, falls erforderlich, möglichst mit orientierender Diagnose zur spezielleren Behandlung weiterzüberlegen. Derartige Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sind heute nicht überall in Deutschland innerhalb des genannten Zeitfensters verfügbar (Kühne et al.

513. Für die Zweitversorgung von Notfällen in Schwerpunktkrankenhäusern sind weitere Wege für den lediglich stabilisierten Notfallpatienten angesichts der heutigen Transporttechnik, sofern deren Möglichkeiten angemessen verfügbar sind, kaum mit gesteigerten Risiken verbunden. Allerdings müssen die strukturellen Voraussetzungen stimmen, gerade auch im übernehmenden Krankenhaus. Für die erforderliche Dichte dieser Schwerpunktkrankenhäuser könnte gelten, dass sie sich nach regionaler Bedarfs- und Kapazitätsmöglichkeiten effizienten Betriebs richten kann. Ein Krankendienst, der die Versorgung in diesem Bereich ermöglicht, sind spezialisierte Polytraumazentren (PTZ) für die Versorgung von schweren Polytraumapatienten, Hochrisikogeburten und Hochrisikopatienten mit besonderen Risiken. In dieser Zusammenfassung sollen Regelungen im Vordergrund von dem tatsächlichen Nachweis der Leistungsverbesserung abhängig sein. Weitere Beispiele für überregional bis bisweilen nur national vorhandene Kapazitäten sind solche für Schwerbrandverletzte, Strahlengeschädigte und Hochrisikofunktionen.

www.svr-gesundheit.de (Gutachten 2007)



POLITIK

NOTFALLWESEN

Die Leitlinien müssen eingehalten werden



Die Leitlinien für den Notfalltransport sind zu befolgen. Foto: M. Müller/DRK

Die Leitlinien für den Notfalltransport sind zu befolgen. Foto: M. Müller/DRK. Der Transport ist ein zentraler Bestandteil des Rettungswesens...

grauen versetzt werden, sind lebensbedrohliche Notfälle. Aufgabe der Notärzte und der Klinischen Versorger ist es, diese Patienten auf dem schnellsten Wege in eine geeignete Klinik zu transportieren...

A 128

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 105 | Heft 38 | 19. September 2008

Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung

- ST-Hebungsinfarkt: 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention (PCI)
• Schlaganfall: 90 Minuten bis zur Entscheidung über die Lyse (120 Minuten bis zur Lyse)
• Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos): 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zum CT)
• Schwerverletzte: 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme).

POLITIK

NOTFALLWESEN

Die Leitlinien müssen eingehalten werden



Die Leitlinien für den Notfalltransport sind zu befolgen. Foto: M. Müller/DRK

Die Leitlinien für den Notfalltransport sind zu befolgen. Foto: M. Müller/DRK. Der Transport ist ein zentraler Bestandteil des Rettungswesens...

grauen versetzt werden, sind lebensbedrohliche Notfälle. Aufgabe der Notärzte und der Klinischen Versorger ist es, diese Patienten auf dem schnellsten Wege in eine geeignete Klinik zu transportieren...

A 128

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 105 | Heft 38 | 19. September 2008

Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung

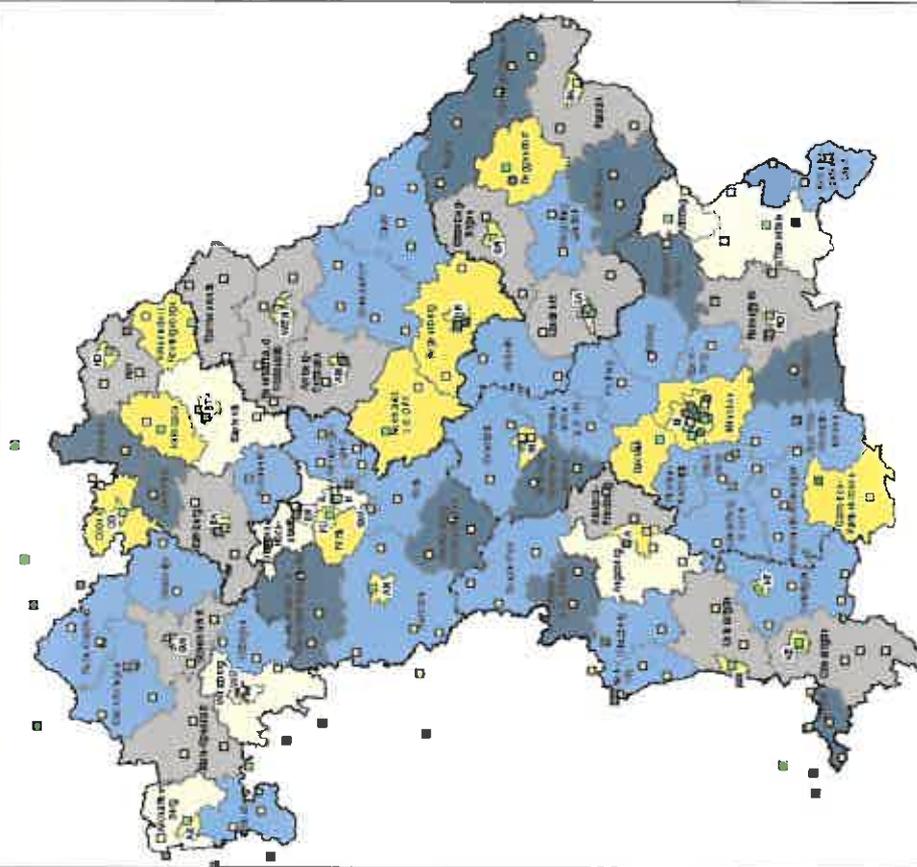
Um diese Vorgaben erreichen zu können, muss die stationäre Diagnostik und Therapie spätestens 60 Minuten nach dem Notruffeingang beginnen. Dieses Intervall beinhaltet die Zeiten:

- Eingang der Notrufmeldung bis zum Eintreffen am Einsatzort
• Beginn der Erstdiagnostik und Therapie bis zur Herstellung der Transportfähigkeit
• Transportbeginn zur nächstgelegenen geeigneten Klinik bis zum Eintreffen in der Zielklinik.

Die Notfallversorgung bei Verkehrsunfällen in Bayern

Zeitraum: 01.01.2006 - 31.12.2006 · Landkreisebene · n = 17.146 (Transporte)

Anteil der Patienten, die nach einem schweren Verkehrsunfall in eine Klinik der Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung transportiert wurden



Legende

Anteil der Patienten
 5 - 20 Prozent
 21 - 40 Prozent
 41 - 60 Prozent
 61 - 80 Prozent
 81 - 100 Prozent

Klinik, mit Versorgungsstufe
 Grundversorgung
 Schwerpunktversorgung
 Maximalversorgung
 Sonstige Krankenhäuser

Administrative Grenzen
 Regierungsbezirke
 Landkreise

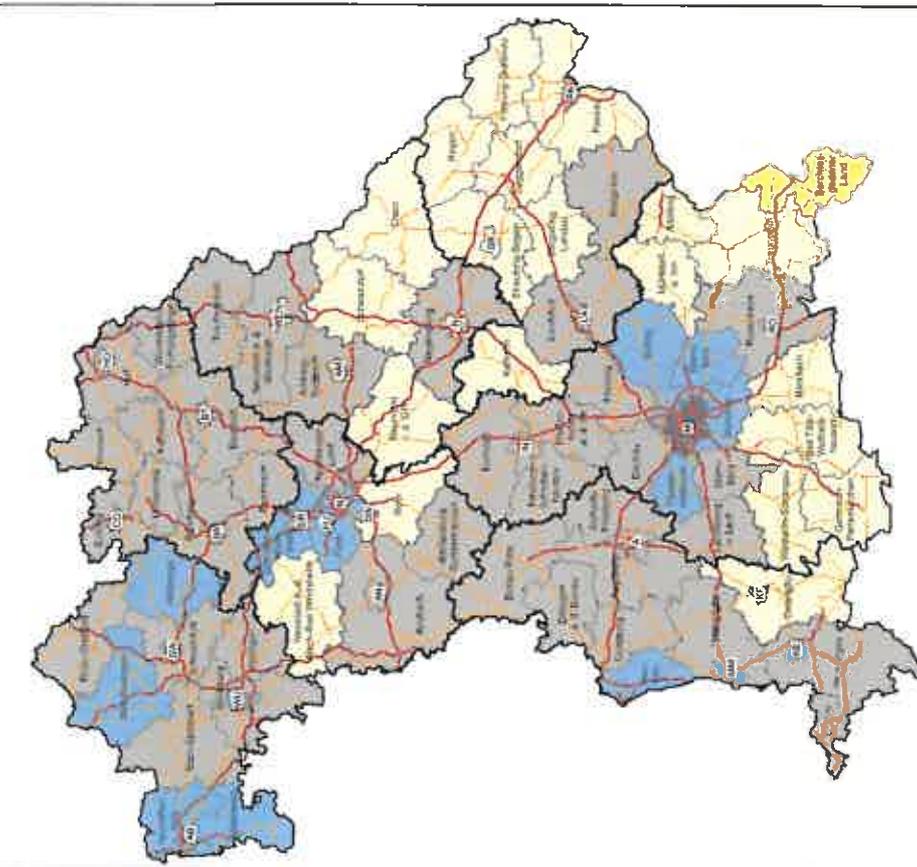
Skala
 0 10 20 30 40 50 Kilometer

Copyright: Statistik der Universitätskliniken

Die Notfallversorgung bei Verkehrsunfällen in Bayern

Zeitraum: 01.01.2006 - 31.12.2006 · Landkreisebene · n = 14.261 Ereignisse

Anzahl der schweren Verkehrsunfälle pro 1.000 Einwohner auf Ebene der bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte im Jahr 2006



Legende

Ereignisse pro 1.000 Einwohner
 0,00 - 0,50
 0,51 - 1,00
 1,01 - 1,50
 1,51 - 2,00
 2,01 - 2,50

Straßen-Typ
 Autobahn / Schnellstraße
 Bundesstraße

Administrative Grenzen
 Regierungsbezirke
 Landkreise

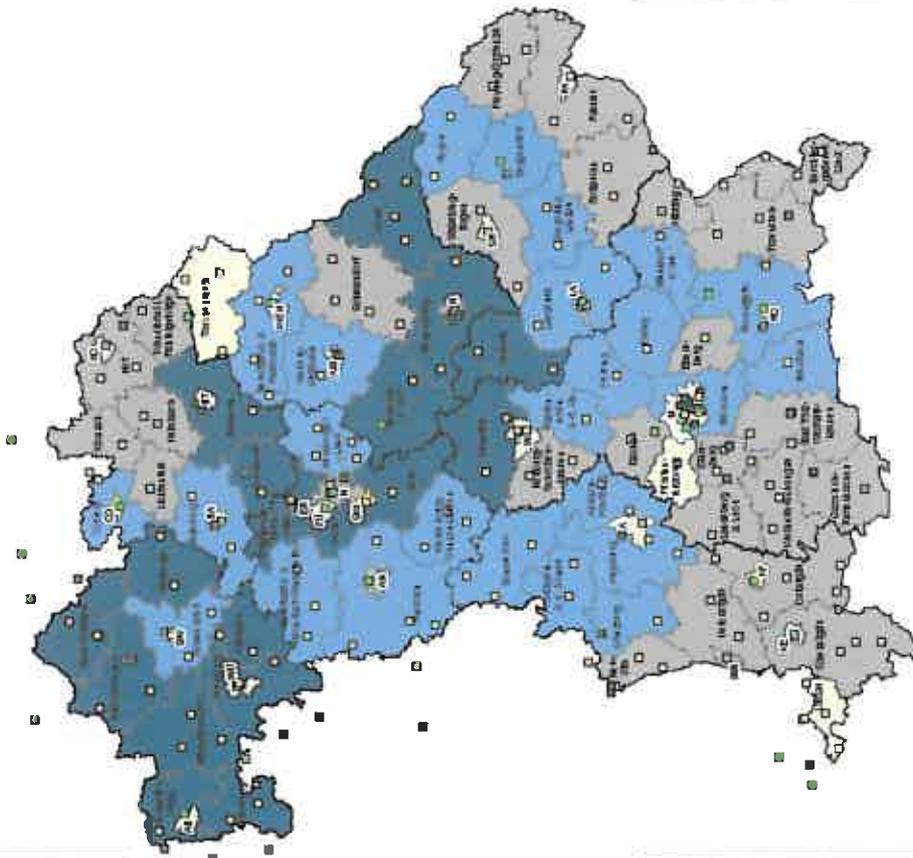
Skala
 0 10 20 30 40 50 Kilometer

Copyright und Datenbasis: BMW, Medizin der Universität München, Bearbeitung: Stefan Metzinger, Universität Regensburg

Die Notfallversorgung bei Verkehrsunfällen in Bayern

Zeitraum: 01.01.2006 - 31.12.2006 · Landkreisebene · n = 14.006 (Transporte, 3.140 ohne Zeitstempel)

Anteil der Patienten pro Landkreis und kreisfreier Stadt, die innerhalb von 60 Minuten nach Eingang des Notrufes in der RLST in ein Krankenhaus eingeliefert wurden



Legende

Anteil der Patienten

- 61 - 70 Prozent
- 71 - 80 Prozent
- 81 - 90 Prozent
- 91 - 99 Prozent
- 100 Prozent

Körigk, mit Versorgungsstufe

- Grundversorgung
- Schwereversorgung
- Maximalversorgung
- Sonstige Krankenhaus

Administrative Grenzen

- ▬ Regierungsgrenze
- ▬ Landkreise

Copyright: Bayerische Polizei, Statistik der Überwachungs- und Ermittlungsbehörden

Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung

Netzwerkkonzepte

- ▶ Prähospitale Lyse STEMI
- ▶ Stroke
- ▶ Traumanetzwerke
- ▶



- Die Leitlinien müssen eingehalten werden**
- **ST-Hebungsinfarkt:** 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention (PCI)
 - **Schlaganfall:** 90 Minuten bis zur Entscheidung über die Lyse (120 Minuten bis zur Lyse)
 - **Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos):** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zum CT)
 - **Schwerverletzte:** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme).

Netzwerkkonzepte

- Die Anwendung der präklinischen Lyse kann medizinisch sinnvoll nur in einem Netzwerk mit geeigneten Kliniken erfolgen. Dabei sind im Bereich jedes Chest-Pain-Netzwerks für jede in Frage kommende Zielklinik die „contact-to-balloon“-Zeit zu evaluieren und durch Selbstverpflichtung der Klinik innerhalb der Aufnahmezeit von STEMI-Patienten obligat sicherzustellen (gemeinsamer Qualitätszirkel Zielkliniken / Notarztdienst und/oder ÄLRD).



Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung

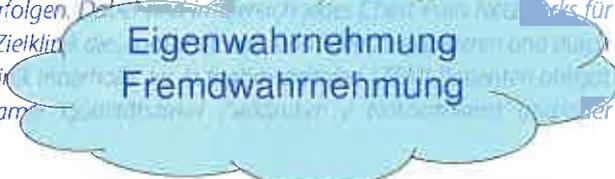
Die Leitlinien müssen eingehalten werden



- **ST-Hebungsinfarkt:** 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention (PCI)
- **Schlaganfall:** 90 Minuten bis zur Entscheidung über die Lyse (120 Minuten bis zur Lyse)
- **Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos):** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zum CT)
- **Schwerverletzte:** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme).

Netzwerkkonzepte

- Die Anwendung der präklinischen Lyse kann medizinisch sinnvoll nur in einem Netzwerk mit geeigneten Kliniken erfolgen. Dabei sind im Bereich jedes Chest-Pain-Netzwerks für jede in Frage kommende Zielklinik die „contact-to-balloon“-Zeit zu evaluieren und durch Selbstverpflichtung der Klinik innerhalb der Aufnahmezeit von STEMI-Patienten obligat sicherzustellen (gemeinsamer Qualitätszirkel Zielkliniken / Notarztdienst und/oder ÄLRD).

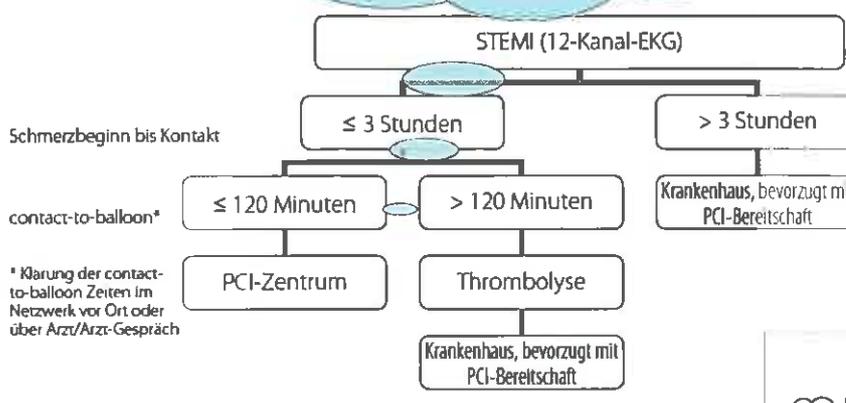


Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung

Die Leitlinien müssen eingehalten werden



- **ST-Hebungsinfarkt:** 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention (PCI)
- **Schlaganfall:** 90 Minuten bis zur Entscheidung über die Lyse (120 Minuten bis zur Lyse)
- **Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos):** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zum CT)
- **Schwerverletzte:** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme)



München, 12.05.2005

Netzwerkkonzepte

TEMPIS

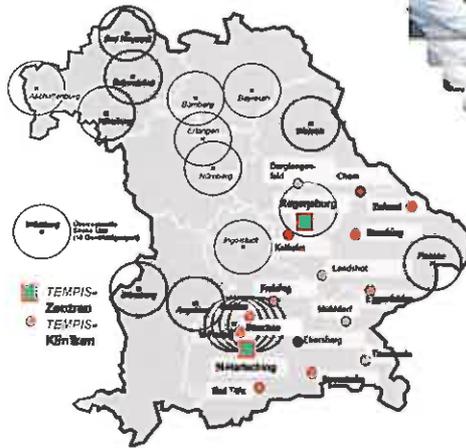
Home · Versorgungsregion

Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region Süd-Ost-Bayern

Versorgungsregion

Die Verteilung der Stroke Units auf den Freistaat Bayern, die beiden TEMPIS Zentren, sowie die angeschlossenen Kliniken sind farblich hervorgehoben.

Projektteilnehmer



Die Karte wurde freundlicherweise zur Verfügung gestellt durch das: Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen



Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung



- **ST-Hebungsinfarkt:** 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention (PCI)
- **Schlaganfall:** 90 Minuten bis zur Entscheidung über die Lyse (120 Minuten bis zur Lyse)
- **Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos):** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zum CT)
- **Schwerverletzte:** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme)

Netzwerkkonzepte

TEMPIS

Home · Versorgungsregion

Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region Süd-Ost-Bayern

Versorgungsregion
Die Verteilung der Stroke Units auf den Freistaat Bayern, die beiden TEMPIS Zentren, sowie die angeschlossenen Kliniken sind farblich hervorgehoben.



Die Karte wurde freundlicherweise zur Verfügung gestellt durch das: Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Stroke-Unit-Politik Erlösorientierung

Durchbruch für Innere Medizin Schlaganfall ab 2009 im DRG-Katalog erlösrelevant

Durch intensive Bemühungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten BDI e.V. und das besondere persönliche Engagement seines 2. Vizepräsidenten Prof. Dr. med. Maite Ludwig ist es nun gelungen, die Behandlung des Schlaganfalls in internistischen Kliniken wieder erlösrelevant zu machen. Im Fallpauschalen-Katalog 2009, der zum 1. Januar nächsten Jahres in Kraft tritt, wurde die Klassifikation der DRG B70C.E.3 (Apoplexie) CMI: 1,68; 1,67; 0,891 ebenso wie die Klassifikation der DRG B69C (Transitorische ischämische Attacke) so korrigiert, dass sie auch für die Innere Medizin im Krankenhaus wieder abrechenbar wird.

INFORMATION

Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung



- **ST-Hebungsinfarkt:** 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention (PCI)
- **Schlaganfall:** 90 Minuten bis zur Entscheidung über die Lyse (120 Minuten bis zur Lyse)
- **Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos):** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zum CT)
- **Schwerverletzte:** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme)



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN UND
MEDIZINMANAGEMENT



Netzwerkkonzepte

TraumaNetzwerk

Trauma-Berufskrankh. 2008
DOI 10.1007/s10139-008-1419-4
© Springer Medizin Verlag 2008

S. Ruchholz¹ · H. Siebert² · C. Kühne¹ · Arbeitskreis Umsetzung Weissbuch/
Traumanetzwerk
¹ Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie,
Universitätsklinikum Gießen-Marburg, Standort Marburg, Marburg
² Diakonie-Klinikum, Klinik für Unfall-Hand-Wiederherstellungschirurgie,
Schwäbisch-Hall

Infobox 1: Internetlinks:
Traumanetzwerkhomepage: <http://www.dgu-traumanetzwerk.de>

Aktueller Stand der Umsetzung des TraumaNetzwerks^D der DGU

Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung



- **ST-Hebungsinfarkt:** 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention (PCI)
- **Schlaganfall:** 90 Minuten bis zur Entscheidung über die Lyse (120 Minuten bis zur Lyse)
- **Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos):** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zum CT)
- **Schwerverletzte:** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme)



Netzwerkkonzepte

<http://www.dgu-traumanetzwerk.de/traumanetzwerk/imagemaps/dgu/index.html>

Bitte klicken Sie in der nebenstehenden Karte auf ein Objekt um Informationen über die dargestellten Einrichtungen des Trauma-Netzwerkes zu erhalten. Wenn Sie den Mauszeiger über eine Einrichtung bewegen verändert sich dieser in einem Handzeiger und der Name der Einrichtung wird eingeblendet.

Themen
Über die Felder im oberen Bildschirmbereich können Sie sich:

- alle Einrichtungen des Trauma-Netzwerkes
- Einrichtungen der Maximalversorgung
- Einrichtungen der Schwerpunktversorgung
- Einrichtungen der Grundversorgung
- Einrichtungen mit VAV-Zulassung

darstellen lassen.

Funktionen
Mit der Funktion **Zoom** können Sie den Ausschnitt der jeweiligen Karte vergrößern und verkleinern. Eine **Legende** kann durch einen Klick auf das Legendensymbol ein- und ausgeblendet werden. Ab der Zoomstufe 200 % kann ein **Übersichtsfenster** der Karte ein- und ausgeblendet werden. Über die **Suchfunktion** (Finglas) können Sie über den Namen nach Einrichtungen suchen. Das Sternchen (*) kann als Platzhalter verwendet werden (Bsp. *dorf, *Berlin*). Über das **Druckersymbol** können Sie Karten ausdrucken. Mit den **Pfeilfeldern** am Rand der Karte können Sie den Kartenausschnitt in verschiedene Himmelsrichtungen verschieben.

Neuerungen ab dem 04.05.2004
Die Informationen zu den Einrichtungen wurden durch die Angaben "Abteilung" und "aktive Teilnahme am Traumanetzwerk" erweitert.
Einrichtungen, die nicht am Traumanetzwerk sind in den Karten...

Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung



- **ST-Hebungsinfarkt:** 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention (PCI)
- **Schlaganfall:** 90 Minuten bis zur Entscheidung über die Lyse (120 Minuten bis zur Lyse)
- **Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos):** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zum CT)
- **Schwerverletzte:** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme)

Netzwerkkonzepte

<http://www.dgu-traumanetzwerk.de/traumanetzwerk/imagemaps/dgu/index.html>

Gelebte Netzwerke
Übernahmeverpflichtung
Downgrading
Patientensicherheit
Imageneutral

Über die Felder im oberen Bildschirmbereich können Sie sich:

- alle Einrichtungen des Trauma-Netzwerkes
- Einrichtungen der Maximalversorgung
- Einrichtungen der Schwerpunktversorgung
- Einrichtungen der Grundversorgung
- Einrichtungen mit VAV-Zulassung

darstellen lassen.

Funktionen
 Mit der Funktion Zoom können Sie den Ausschnitt der jeweiligen Karte vergrößern und verkleinern. Eine **Legende** kann durch einen Klick auf das Legendensymbol ein- und ausgeblendet werden. Ab der Zoomstufe 200 % kann ein **Übersichtsfenster** der Karte ein- und ausgeblendet werden. Über die **Suchfunktion** (Lupe) können Sie über den Namen nach Einrichtungen suchen. Das Suchzeichen (M) kann als Platzhalter verwendet werden (Bsp.: "dorf *Biele"). Über das **Druckersymbol** können Sie Karten ausdrucken. Mit dem **Pfalschalter** am Rand der Karte können Sie den Kartenausschnitt in verschiedene Himmelsrichtungen verschieben.

Neuerrungen ab dem 06.05.2004
 Die Informationen zu den Einrichtungen wurden durch die Angaben "Abteilung" und "aktive Teilnahme am Traumanetzwerk" ergänzt.
 Einrichtungen, die aktiv am Traumanetzwerk sind, sind den Karten

Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung

Die Leitlinien sollten eingehalten werden

- **ST-Hebungsinfarkt:** 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention (PCI)
- **Schlaganfall:** 90 Minuten bis zur Entscheidung über die Lyse (120 Minuten bis zur Lyse)
- **Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos):** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zum CT)
- **Schwerverletzte:** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme)

LMU	KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN	INSTITUT FÜR NOTFALLMEDIZIN UND MEDIZINMANAGEMENT	
------------	--	--	--



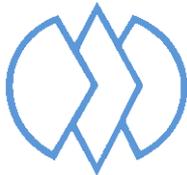
klassisches Spannungsfeld
 Stadt - Land



G. Kooperationsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und dem Bayerischen Landkreistag

Die medizinische und psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum muss erhalten und – wenn möglich – noch optimiert werden. Mit diesem Anliegen unterschrieben – neben weiteren Vertretern ihrer Organisationen – der Vorstandsvorsitzende der KVB, Dr. Axel Munte, und der Zweite

Vizepräsident des bayerischen Landkreistags, Landrat Herbert Eckstein, Roth, am 28. November 2007 die Absichtserklärung über eine „Kooperation zur gemeinsamen Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung in den bayerischen Landkreisen“, die hier abgedruckt ist.



Absichtserklärung

zwischen dem

Bayerischen Landkreistag

– Körperschaft des öffentlichen Rechts –

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

– Körperschaft des öffentlichen Rechts –

über eine



Kooperation zur gemeinsamen Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung in den bayerischen Landkreisen

I.) Präambel

Der Bayerische Landkreistag als Zusammenschluss der bayerischen Landkreise, die an 135 Standorten Krankenhäuser unterhalten, und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) mit ihren über 22.000 Mitgliedern (Hausärzte, Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten) streben eine intensive Kooperation an, um gemeinsam die medizinische Versorgung patienten- und qualitätsorientiert, sowie ressourcensparend und flächendeckend in allen bayerischen Landkreisen zu gewährleisten.

II.) Die Partner dieser Vereinbarung streben durch diese Kooperation folgende Ziele an:

1.)

Gewährleistung einer qualitäts- und patientenorientierten medizinischen Versorgung zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen

2.)

Steigerung der Qualität der Versorgung unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts

3.)

Bessere Verzahnung des ambulanten und stationären Versorgungsangebotes durch gemeinsame Maßnahmen

4.)

Sicherstellung des medizinischen Nachwuchses für die ambulante Versorgung und die Krankenhausversorgung

5.)

Aufrechterhaltung und Fortentwicklung der ärztlichen Versorgung in Notfällen

6.)

Optimierung der medizinischen Versorgung in den Alten- und Pflegeheimen durch sektorenübergreifende Kooperationsmaßnahmen

7.)

Sektorenübergreifende Vernetzung und Ausbau der vorhandenen IT-Strukturen, insbesondere für die zwischenärztliche Kommunikation und die valide Dokumentation ärztlicher Leistungen

8.)

Optimierung der personellen, apparativen und räumlichen Ressourcennutzung durch Kooperationsmaßnahmen

III.) Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich insbesondere auf folgende Kooperationsfelder:

1.) Statusanalyse

- Analyse der Stärken und Schwächen der bestehenden Kooperationsbeziehungen auf Landkreisebene (Austausch von Analysedaten)
- Analyse der ambulanten Notfallversorgung

2.) Gemeinsame Versorgungsstrukturen:

- Entwicklung von Umsetzungsmaßnahmen zur Etablierung oder Intensivierung einer Kooperation zwischen KVB bzw. KVB-Mitgliedern einerseits und dem jeweiligen Krankenhaus/träger bzw. Krankenhaus, Landkreis/Gesundheitsabteilung andererseits

- Prüfung der Etablierung oder des Ausbaus von Bereitschaftspraxen zur ambulanten medizinischen Versorgung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten
- Abschluss von Kooperationsverträgen, u.a. Belegarztverträgen, zur Nutzung der personellen, apparativen und räumlichen Ressourcen der KVB-Mitglieder und der jeweiligen Krankenhäuser einschließlich Überlegungen zu § 116 b SGB V-Leistungen
- Koordinierungsgespräche auf Landkreisebene zur Konsensfindung für sicherstellungsorientierte und rechtskonforme Zulassungen und Ermächtigungen sowie zu Institutsambulanzen
- Vernetzung der IT-Strukturen zur standardisierten IT-gestützten Kommunikation, Dokumentation und Patientenakte

3.) Qualitätsmanagement

- Etablierung, Messung und Steuerung gemeinsamer Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren ggf. einschließlich des Dokumentenmanagements
- Festlegung von Standards für das Aufnahme-, Entlassungs- und Überleitungs-Management
- Etablierung von Fallkonferenzen
- Festlegung von Standards für Diagnostik und Versorgungsprozesse, insbesondere für vor- und nachstationäre Versorgung, Überleitungs- und Pflege (Pflegeheime), ambulantes Operieren
- Einzelmaßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität (z.B. Verfahren zur Verkürzung von Wartezeiten für Patienten)
- Etablierung eines abgestimmten Arzneimittelmanagements
- Verfahren bei Beschwerden

4.) Förderung und Sicherung des medizinischen Nachwuchses

Vereinbarung über Fördermaßnahmen zur Weiterbildung von angehenden Haus-, Fachärzten und Psychotherapeuten mit dem Ziel, den Nachwuchsbedarf für die lokale bzw. regionale ambulante und stationäre Versorgung zu sichern

5.) Erhaltung und Weiterentwicklung des Notarztdienstes

- Erhaltung und Weiterentwicklung der vorhandenen Versorgungsstruktur und Organisation des Notarztdienstes auch im Hinblick auf eine anstehende Neufassung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes

- Option, durch Vereinbarungen die KVB mit der operativen Umsetzung der organisatorischen und administrativen Aufgaben (u.a. Dienstplanmanagement, Abrechnung, Patienten-Beschwerdemanagement) zu beauftragen

IV.) Organisation und Steuerung der Umsetzungsmaßnahmen

Um die angestrebten Kooperationsmaßnahmen zu etablieren, verständigen sich die Partner dieser Vereinbarung auf folgende Maßnahmen

1.) Landesebene

Errichtung eines paritätisch besetzten Lenkungsausschusses auf Landesebene, mit je 5 Vertretern der Vertragspartner mit folgender Aufgabenstellung:

- Konkretisierung der einzelnen Kooperationsfelder
- Unterstützung der Umsetzung auf Landkreisebene (z.B. Rahmenvereinbarungen, Musterverträge, Eckpunkt-konzepte)
- Institutionalisierung des notwendigen Informationsaustausches
- Begleitung der Umsetzung auf Landkreisebene
- Eskalationsebene bei Interessenskonflikten grundsätzlicher Art auf Landkreisebene
- Abstimmung der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zu gemeinsamen Kooperationsmaßnahmen
- Als erste Umsetzungsmaßnahme soll zunächst als Pilot für maximal 2 ausgewählte Landkreise
 - innerhalb von drei Monaten eine Analyse nach III. Nr. 1 dieser Vereinbarung erstellt werden
 - innerhalb von drei Monaten nach dem Analyseergebnis Umsetzungsmaßnahmen entwickelt werden

2.) Landkreisebene

Auf Landkreisebene soll auf der Basis dieser Vereinbarung und der Empfehlungen des Lenkungsausschusses nach IV Nr. 1 die Kooperation durch regelmäßige institutionalisierte Gespräche und Konsensfindung zwischen KVB, KVB-Mitgliedern, Krankenhaus und Krankenhausträgern konsequent umgesetzt und ausgebaut werden.

München / Eggenfelden, den 28. November 2007

H. Anhang

Krankenhausplan des Freistaates Bayern

Teil I

Allgemeine Grundsätze

1. Einleitung

Dem Krankenhaus kommt in der medizinischen Versorgung unserer Bürger eine herausragende Bedeutung zu. Eine medizinisch leistungsfähige, sozial tragbare und wirtschaftliche stationäre Krankenversorgung setzt eine systematische und kontinuierliche Planung der Versorgungskapazitäten voraus.

Die Bayerische Staatsregierung versteht die Krankenhausplanung als wesentliches Element moderner Gesundheits- und Sozialpolitik.

Um Fehlinvestitionen und damit eine gesundheits- und wirtschaftspolitisch nicht vertretbare Fehlleitung öffentlicher Mittel zu vermeiden, muss, ausgehend vom Bedarf an Krankenhausleistungen in den einzelnen Versorgungsbereichen, festgestellt werden, welche Krankenhäuser zur stationären Versorgung erforderlich sind. Diese Planung hat dem gesetzlichen Ziel zu dienen, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser in Bayern zu sichern.

2. Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung

Bundesrechtliche Grundlage für die Krankenhausplanung ist das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegegesetzes vom 29. Juni 1972 (KHG). Mit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20. Dezember 1984 (KHNG) entfielen die Bundesfinanzhilfen für die Krankenhausförderung; die Gestaltungsmöglichkeiten der Länder bei der Krankenhausplanung und der öffentlichen Förderung der Krankenhausinvestitionen wurden ausgeweitet. Mit der Neufassung des Bayerischen Krankenhausgesetzes vom 22. Juli 1986 (BayKrG) wurden die Änderungen in Landesrecht umgesetzt.

Durch das am 1. Januar 1989 in Kraft getretene neue Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – SGB V –) in der Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 wurden gravierende Neuregelungen im Bereich des Krankenhauswesens geschaffen.

§ 107 SGB V definiert für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Begriffe „Krankenhaus“ und „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“. § 108 SGB V bestimmt, dass die Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, erbringen lassen dürfen. Für Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser fingiert § 109 SGB V das Bestehen von Versorgungsverträgen. Damit wurden erstmals Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken in das System

des Versorgungsvertrages einbezogen. Mit § 110 SGB V wird den Krankenkassen das Recht zur Kündigung von Versorgungsverträgen unter gesetzlich näher bestimmten Voraussetzungen eingeräumt. Nach § 110 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist bei Plankrankenhäusern die Kündigung mit einem Antrag an die Krankenhausplanungsbehörde auf Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheides nach § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG zu verbinden, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen worden ist.

Das GRG war Anlass, das BayKrG erneut zu novellieren. Das Gesetz zur Änderung des BayKrG vom 10. August 1990 trat am 1. Januar 1991 in Kraft.

Durch das am 1. Januar 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21. Dezember 1992 und das am 1. Januar 2000 in Kraft getretene GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 ist das SGB V auch in mehreren den Bereich des Krankenhauswesens betreffenden Bestimmungen geändert worden. Insbesondere wurde es den Krankenhäusern ermöglicht, vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a SGB V) sowie ambulante Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe (§ 115b SGB V) durchzuführen.

Grundlegende Änderungen für den Krankenhausbereich, die nicht nur das Vergütungssystem betreffen, sondern auch die Krankenhausplanung berühren, brachte das Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (FPG), dessen Bestandteil das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) ist.

Die Einführung des Fallpauschalensystems hat einen tiefgreifenden Strukturwandel bei den Krankenhäusern ausgelöst.

Den geänderten Rahmenbedingungen wurde durch das zum 1. Juli 2006 in Kraft getretene Gesetz zur Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes vom 23. Mai 2006 Rechnung getragen.

3. Krankenhausplan des Freistaates Bayern

Der Freistaat Bayern kommt mit dem vorliegenden Krankenhausplan dem in § 6 KHG und Art. 3 BayKrG normierten Auftrag nach, wonach ein Krankenhausplan aufzustellen ist.

3.1 Funktion

3.1.1

Der Krankenhausplan hat eine Doppelfunktion. Er ist ein Instrument, mit dem der Freistaat Bayern

- den konkreten Bedarf an Kapazitäten zur Erbringung von voll- und teilstationärer Krankenhausbehandlung feststellt und

- bestimmt, welche Krankenhäuser zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung notwendig sind und damit nach dem KHG/BayKrG gefördert werden.

Dieser Krankenhausplan will unter Berücksichtigung des gewachsenen Bestandes ein koordiniertes System bedarfsgerecht gegliederter Krankenhäuser festlegen, die in ihrem diagnostischen und therapeutischen Leistungsangebot aufeinander abgestimmt sind. Für ganz Bayern trifft er im Zuge seiner laufenden Fortschreibung (seit 1974) Aussagen, an welchem Ort, für welche Zweckbestimmung, in welcher Zahl und Größe Krankenhäuser vorhanden sein müssen, um eine leistungsfähige Versorgung der Bevölkerung im Sinn der gesetzlichen Zielsetzung sicherzustellen. Der Krankenhausplan soll ferner die Voraussetzung dafür schaffen, dass die Krankenhäuser durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung untereinander die Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten sicherstellen können (vgl. Art. 3 Abs. 2 BayKrG).

3.1.2

Jede Planung ist ein kontinuierlicher Vorgang. Daher will und kann auch dieser Krankenhausplan nie eine Endsituation beschreiben. Mit der Vorlage dieses Planes erfolgt deshalb keine Festschreibung im Bereich der Krankenhausversorgung in Bayern. Dies bedeutet insbesondere, dass die in Teil II aufgeführten Krankenhäuser stets unter dem Vorbehalt der gesetzlich vorgeschriebenen Anpassung an den tatsächlichen Bedarf aufgenommen sind. Daraus folgt, dass Krankenhäuser, soweit nicht mehr medizinisch leistungsfähig oder bedarfsnotwendig, aus dem Krankenhausplan herauszunehmen sind, bzw. die Zahl der geförderten Betten bzw. Plätze und/oder die aufgenommenen Fachrichtungen dem Bedarf entsprechend korrigiert werden (Art. 5 Abs. 2 Satz 2 BayKrG).

Auch bereits erteilte Bedarfsfeststellungen für Baumaßnahmen sind bei sich ändernder Bedarfslage an diese anzupassen.

Um der rasanten Fortentwicklung in allen Bereichen der Krankenversorgung Rechnung tragen zu können, ist es notwendig, diesen Krankenhausplan ständig zu überprüfen, neuen Entwicklungen anzupassen und entsprechend fortzuschreiben (Art. 3 Abs. 1 BayKrG).

3.1.3

Aussagen über die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen soll dieser Krankenhausplan nicht enthalten. Dies ist Aufgabe der nach dem KHG/BayKrG zu erstellenden Bayerischen Jahreskrankenhausbauprogramme und Vorwegfestlegungen. Mit der Aufnahme eines Vorhabens in den Krankenhausplan ist daher keine Aussage verbunden, zu welchem Zeitpunkt Förderleistungen nach dem KHG/BayKrG gewährt werden.

3.2 Inhalt

3.2.1

Teil I enthält allgemeine Grundsätze und Leitlinien der Krankenhausplanung in Bayern.

3.2.2

In Teil II, Abschnitt A, werden die einzelnen nach dem KHG/BayKrG zu fördernden Krankenhäuser mit der Zahl der Betten bzw. Plätze und den Fachrichtungen, die für die Akutversorgung der Bevölkerung bedarfsnotwendig sind und nach dem KHG/BayKrG gefördert werden, sowie den Versorgungsstufen angegeben. Außerdem, ist die durch Bedarfsfeststellungen festgelegte Zahl der Betten und Plätze für Errichtungsmaßnahmen bei Plankrankenhäusern wiedergegeben. Damit wird der aktuelle Stand der in Bayern praktizierten kontinuierlichen Planung durch laufende Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung an die Entwicklung in diesem Krankenhausplan dokumentiert.

In Teil II, Abschnitt B, sind die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten (vgl. § 2 Nr. 1a, § 8 Abs. 3 KHG) genannt. Die mit den Hochschulkliniken verbundenen – nicht nach KHG/BayKrG förderfähigen – Ausbildungsstätten sind ebenfalls aufgeführt.

In Teil II, Abschnitt C, sind die Kinder-Intensivstationen mit der Zahl der neonatologischen Intensivbehandlungsplätze ausgewiesen.

In Teil II, Abschnitt D, sind die Grundsätze des Fachprogramms für Palliativstationen und die damit verbundenen Qualitätskriterien für Palliativstationen dargestellt.

3.2.3

Der Krankenhausplan wird durch Fachprogramme ergänzt. Derzeit gelten

- das Programm für die stationäre Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten in Bayern (einschl. Stroke Units).
- das Fachprogramm für Palliativstationen (vgl. Teil II, Abschnitt D)

Diese Bereiche fallen unter den Vorbehalt einer speziellen Krankenhausplanung (Art. 4 Abs. 1 Satz 2 BayKrG).

Ein Planungsvorbehalt in diesem Sinne gilt auch für

- die neonatologische Versorgung (Teil II, Abschnitt C),
- Zentren für Schwerbrandverletzte.

3.3 Anhang (im Staatsanzeiger nicht abgedruckt)

Der Anhang enthält folgende Informationen:

3.3.1

Die nicht KHG-geförderten Krankenhäuser, für die Versorgungsverträge nach §§ 108 Nr. 3, 109 SGB V mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestehen.

3.3.2

Die in den Hochschulkliniken vorgehaltenen Betten sowie eine Auflistung der akademischen Lehrkrankenhäuser. Die Hochschulklinikplanung und die allgemeine Krankenhausplanung werden aufeinander abgestimmt (Art. 3 Abs. 4 S. 1 BayKrG).

Die dem Ausbau der Hochschulkliniken zu Grunde liegenden Gesamtbettenzahlen sind nachrichtlich angeben, soweit zwischen der Krankenhausplanung im Hochschulbereich und der allgemeinen Krankenhausplanung bereits eine Abstimmung erfolgt ist.

3.3.3

Krankenhäuser, die über eine eigenständige Abteilung für Unfallchirurgie verfügen, welche unter der eigenverantwortlichen Leitung eines Chefarztes steht.

Das Krankenhaus muss gem. § 108 SGB V und zum Verletzungsartenverfahren der gewerblichen Berufsgenossenschaften zugelassen sein. Die Ausweisung im Anhang des Krankenhausplans erfolgt ohne planerische Festlegung.

3.3.4

Krankenhäuser, die am Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs teilnehmen und sich als „Brustzentrum (DMP)“ bezeichnen können.

Das jeweilige Krankenhaus muss nach § 108 SGB V zugelassen sein. Die Teilnahme am DMP Brustkrebs ist freiwillig und bedeutet, dass das Krankenhaus die sich aus Anlage 2 „Strukturqualität Krankenhaus Brustkrebs“ zur Rahmenvereinbarung zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs nach § 137 f SGB V (abgeschlossen zwischen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und den vertrags-schließenden Krankenkassen) ergebenden Anforderungen erfüllt.

Die Ausweisung im Anhang des Krankenhausplans erfolgt ohne planerische Festlegung und dient ausschließlich der Information. Insbesondere ist mit der Tatsache, dass ein Krankenhaus nicht im Anhang ausgewiesen ist, kein Ausschluss von der Leistungserbringung verbunden.

3.3.5

Die Gesamtzahl der Betten und Plätze in den geförderten Krankenhäusern, aufgeteilt auf die in den Krankenhausplan aufgenommenen Fachrichtungen. Die fachrichtungsbezogene Auflistung erfolgt auf der Basis der von den Trägern gemeldeten Bettenzahlen. Diese Übersicht enthält auch die Gesamtbettenzahlen für die einzelnen Fachrichtungen auf Stadt-, Landkreis- und Regierungsbe-zirksebene.

4. Anwendungsbereich des Krankenhausplans

4.1

Teil II, Abschnitt A, erfasst die bedarfsnotwendigen Bet-

ten und Plätze für Akutkranke in bestehenden geförderten Allgemein- und Fachkrankenhäusern.

Allgemeinkrankenhäuser sind Einrichtungen, die die Voraussetzungen von § 2 Nr. 1 KHG und § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen, ohne dass eine bestimmte Fachrichtung im Vordergrund steht.

Fachkrankenhäuser sind nach Art der Erkrankung abgegrenzte Einrichtungen, in denen überwiegend in einer Fachdisziplin durch Gebietsärzte bestimmte Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden oder in denen Geburtshilfe geleistet wird (vgl. auch Nr. 5.2.4).

4.1.1

Bei der Bedarfsermittlung für einzelne Versorgungsbe-reiche werden die Hochschulkliniken miteinbezogen, da diese neben der Forschung und Lehre der Akutversor-gung der Bevölkerung dienen.

Hochschulkliniken werden nicht nach dem KHG/BayKrG gefördert.

4.1.2

Der Bestand an Krankenhäusern mit Versorgungsvertrag nach §§ 108 Nr. 3, 109 SGB V ist bei der Krankenhaus-planung zu berücksichtigen. Soweit Krankenhäuser, auf die das KHG gem. § 3 keine Anwendung findet und die daher nicht im Krankenhausplan ausgewiesen sind, (auch) der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung die-nen, werden sie bei der Bedarfsermittlung als Vertrags-krankenhäuser gem. § 108 Nr. 3 SGB V berücksichtigt, wenn und soweit ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V besteht (Art. 3 Abs. 4 S. 2 BayKrG).

4.2

Bei den in Teil II, Abschnitt A, angeführten Krankenhäu- sern werden die Fachrichtungen angegeben, in denen Betten oder Plätze zur stationären oder teilstationären Aufnahme von Patienten vorgehalten werden.

Änderungen der Fachrichtungen sowie der Gesamtzahl der Betten und/oder Plätze setzen eine Feststellung nach Art. 5 Abs. 2 Satz 1 BayKrG voraus. Ohne eine solche Feststellung durchgeführte Änderungen bleiben von der Förderung nach KHG/BayKrG ausgeschlossen.

Ein Verzeichnis der Fachrichtungen ist dem Teil II vor-angestellt. Fachrichtungen ohne eigene Betten oder Plätze werden nicht ausgewiesen.

5. Grundsätze und Leitlinien der Krankenhaus-planung

Im Bereich des Krankenhauswesens ist es – nicht zuletzt wegen des rasanten medizinisch-technischen Fortschritts – außerordentlich schwierig, anhand gesicherter Daten langfristige Aussagen zu machen.

Nach bisherigen Erfahrungen ist mit einer Entwicklung zu rechnen, die einerseits ständig neue, zusätzliche und meist aufwändige Behandlungsarten ermöglicht, was den Bedarf an Krankenhausleistungen steigern kann, während

andererseits die verfügbaren personellen und finanziellen Mittel begrenzt bleiben. Daher hat bei der Bedarfsdeckung an Krankenhauskapazitäten, insbesondere für sich neu entwickelnde Spezialbehandlungen, grundsätzlich die Umwandlung oder Anpassung bestehender Krankenhauskapazitäten Vorrang vor Neuerrichtungen.

5.1

Der Planung, die von einer gewachsenen bayerischen Krankenhausstruktur ausgeht, liegen folgende Vorstellungen zu Grunde:

Aufgabe der staatlichen Krankenhausplanung ist es, ein bedarfsgerechtes, funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz möglichst gleichmäßig über das Staatsgebiet verteilter, einander ergänzender Krankenhäuser zu gewährleisten. Die Krankenhausplanung wirkt dabei auf wirtschaftliche Strukturen bei der bedarfsgerechten Versorgung durch medizinisch leistungsfähige Krankenhäuser hin.

5.2

Die Planung hat damit die Aufgabe, eine ausreichende Zahl bedarfsgerechter Krankenhausbetten bzw. teilstationärer Plätze vorzusehen, und zwar derart, dass in Bayern grundsätzlich jede erforderliche Krankenhausleistung angeboten wird. Aus Kostengründen kann aber nicht jedes Krankenhaus personell und einrichtungsmäßig so ausgestattet werden, dass es auch weniger häufig anfallende Krankheiten diagnostisch und therapeutisch bewältigen oder an bestimmte medizinisch-technische Voraussetzungen gebundene Leistungen erbringen kann. Daher sind die Krankenhäuser in ihrem medizinischen Leistungsangebot abzustufen und aufeinander abzustimmen.

Die in Teil II, Abschnitt A, erfolgte Zuordnung zu Versorgungsstufen ist keine bewertende Klassifizierung, weshalb auch von besonderen Bezeichnungen abgesehen wurde. Es handelt sich vielmehr um eine Festlegung des Versorgungsauftrages, den der einzelne Krankenhausträger innerhalb des abgestuften Systems der Krankenhausversorgung zu erfüllen hat.

5.2.1

Krankenhäuser der ersten Versorgungsstufe

(In Teil II, Abschnitt A, mit „I“ ausgewiesen)

Diese Krankenhäuser dienen der Grundversorgung.

Krankenhäuser der I. Versorgungsstufe sollen in Abhängigkeit vom bestehenden Bedarf an akutstationärer Grundversorgung in Oberzentren und möglichen Oberzentren und Mittelzentren zur Verfügung gestellt werden. In Ausnahmefällen sind auch mögliche Mittelzentren mit einem tragfähigen Verflechtungsbereich als Standorte geeignet.

5.2.2

Krankenhäuser der zweiten Versorgungsstufe

(In Teil II, Abschnitt A, mit „II“ ausgewiesen)

Diese Krankenhäuser erfüllen in Diagnose und Therapie

auch überörtliche Schwerpunktaufgaben.

Krankenhäuser der II. Versorgungsstufe sollen entsprechend dem im Einzelfall gegebenen Bedarf an differenzierter Schwerpunkversorgung in Oberzentren zur Verfügung gestellt werden. In Ausnahmefällen sind auch mögliche Mittelzentren mit einem tragfähigen Verflechtungsbereich als Standorte geeignet.

5.2.3

Krankenhäuser der dritten Versorgungsstufe

(In Teil II, Abschnitt A, mit „III“ ausgewiesen)

Diese Krankenhäuser halten im Rahmen des Bedarfs ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot sowie entsprechend medizinisch-technische Einrichtungen vor.

Hochschulkliniken nehmen Aufgaben der III. Versorgungsstufe wahr. Sie sind unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben aus Forschung und Lehre in die Krankenhausplanung einzubeziehen.

Krankenhäuser der III. Versorgungsstufe sollen je nach Bedarfslage in Oberzentren zur Verfügung gestellt werden. In Ausnahmefällen sind auch mögliche Oberzentren als Standorte geeignet, wenn ein tragfähiger Verflechtungsbereich gegeben ist.

5.2.4

Fachkrankenhäuser

(In Teil II, Abschnitt A, mit „F“ ausgewiesen)

Diese Krankenhäuser nehmen nur Kranke bestimmter Krankheitsarten oder bestimmter Altersstufen auf. Einer Versorgungsstufe werden diese Häuser nicht zugerechnet.

5.3

Planungen für Neubauten sowie für Sanierungsmaßnahmen sollen sich an den in 5.1 und 5.2 genannten Grundsätzen eines bedarfsgerechten Versorgungssystems orientieren.

5.4

Die Aufnahme in den Krankenhausplan kann zur Erreichung der in 5.1 genannten Ziele mit Nebenbestimmungen verbunden werden.

5.5

Die Krankenhausplanung geht unter Berücksichtigung der zentralörtlichen Verflechtungsbereiche von kommunalen Gebietseinheiten aus.

Die Bildung davon abweichender Krankenhausplanungsregionen ist im Hinblick auf den landesrechtlichen Sicherstellungsauftrag der kommunalen Gebietskörperschaften auf dem Gebiet des Krankenhauswesens unterblieben. Eine auf kommunalen Grenzen aufbauende Planung führt zu sachgerechten, dem Bürger einleuchtenden Lösungen.

5.5.1

Im Rahmen einer Krankenhausplanung, die auf Verwaltungsgrenzen beruht, kann auch der notwendigen Forderung nach Koordinierung entsprochen werden. Eine auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende Zusammenarbeit der Krankenhäuser, etwa bei übergreifenden Einzugsbereichen, ist notwendig. Gegebenenfalls auftretende Schwierigkeiten lassen sich durch die geeignete Rechtsformen der Zusammenarbeit überwinden.

5.5.2

Die Planung für Krankenhäuser der I. Versorgungsstufe ist auf das Gebiet des Landkreises bzw. der kreisfreien Städte abgestellt. Die zentralörtliche Gliederung wird dabei berücksichtigt.

5.5.3

Die Planung für Krankenhäuser der II. Versorgungsstufe ist in der Regel auf zusammenhängende sozioökonomisch verflochtene Gebiete mehrerer Landkreise und kreisfreier Städte abgestellt.

5.5.4

Die Planung für Krankenhäuser der III. Versorgungsstufe umfasst in der Regel das Gebiet eines Regierungsbezirks.

Die Vorstellungen, die von der Einwohnerzahl her an ein Krankenhausversorgungsgebiet geknüpft werden, lassen sich auf der Basis der Regierungsbezirke verwirklichen. Jedem der sieben Regierungsbezirke sollte auf längere Sicht ein Krankenhaus der III. Versorgungsstufe zugeordnet werden können.

Je nach Größe der Regierungsbezirke sollen mehrere Krankenhäuser der II. Versorgungsstufe und eine entsprechende Zahl an Häusern der I. Versorgungsstufe zur Verfügung stehen.

5.5.5

Eine so gesehene Standortplanung entspricht der erklärten Absicht, so wenig wie möglich in die Planungshoheit der einzelnen Krankenhausträger einzugreifen. Für die Einzelobjektplanung ist im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen der jeweilige Träger verantwortlich.

5.6

Mit diesem Krankenhausplan soll die innere Struktur der Krankenhäuser nicht reglementiert werden. Ein dahingehender staatlicher Dirigismus würde die Möglichkeit eigentypischer innerer struktureller Entwicklungen in den einzelnen Krankenhäusern hemmen und den Freiraum der öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträger ohne sachliche Notwendigkeit schmälern.

6. Grundlagen der Krankenhausplanung

– Bedarfsermittlung und Entwicklung –

Neben der Einwohnerzahl (E) sind für die Ermittlung des Bettenbedarfs von Bedeutung

die Krankenhaushäufigkeit	(KH)
die Verweildauer	(VD)
die Bettennutzung	(BN)

Der Bettenbedarf für das gesamte Staatsgebiet ergibt sich nach der Formel:

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{E \times KH \times VD \times 100}{1000 \times 365 \times BN}$$

Außerdem müssen Patientenzu- und -abwanderungen berücksichtigt werden.

Bei der Planung konkreter Versorgungskapazitäten eines Planungsgebietes werden hinsichtlich der Bedarfsdeterminanten Werte angesetzt, die prognostisch auf den jeweiligen Einzelfall abstellen. Die nachfolgend genannten Ist-Werte können deshalb nicht als Richtwerte für Bedarfsermittlungen herangezogen werden.

6.1
Bevölkerung

Am 31. Dezember 2006 hatte Bayern 12 492 658 Einwohner, die sich auf die Regierungsbezirke wie folgt verteilten:

– Oberbayern	4 279 112
– Niederbayern	1 193 820
– Oberpfalz	1 087 939
– Oberfranken	1 094 525
– Mittelfranken	1 712 622
– Unterfranken	1 337 876
– Schwaben	1 786 764

6.2
Krankenhaushäufigkeit (KH)

Für die Feststellung der Krankenhaushäufigkeit wird die Zahl der in einem bestimmten Gebiet wohnenden Patienten, die im Laufe eines Jahres Krankenhäuser in Bayern zur stationären Behandlung aufsuchen, mit der Einwohnerzahl des betreffenden Gebietes in Beziehung gesetzt.

Sie wird nach folgender Formel errechnet:

$$KH = \frac{\text{Patienten (= Krankenhauszugänge)} \times 1000}{\text{mittlere E}}$$

Die Krankenhaushäufigkeit – bezogen auf 1000 Einwohner – lag in Bayern im Durchschnitt in den Jahren

1975 bei	138,4
1980 bei	152,9
1985 bei	161,0
1990 bei	180,9
1995 bei	191,4
2000 bei	207,1
2001 bei	206,3
2002 bei	204,7
2003 bei	202,9
2004 bei	200,2
2005 bei	196,4
2006 bei	191,7

6.3

Verweildauer (VD)

Hierunter versteht man die Anzahl der Tage, die ein Patient stationär im Krankenhaus verbringt. Dabei rechnen Aufnahme- und Entlassungstag zusammen als ein Tag. Sie wird nach folgender Formel berechnet:

$$VD = \frac{\text{Berechnungs- und Belegungstage}}{\text{Fallzahl}}$$

(Die Fallzahl der Patienten wird aus dem Mittelwert der Patientenzugänge und -abgänge bestimmt.)

Die Verweildauer betrug in Bayern im Durchschnitt in den Jahren

1975:	19,7 Tage
1980:	17,1 Tage
1985:	15,7 Tage
1990:	12,8 Tage
1995:	10,8 Tage
2000:	9,5 Tage
2001:	9,3 Tage
2002:	9,1 Tage
2003:	8,7 Tage
2004:	8,5 Tage
2005:	8,4 Tage
2006:	8,3 Tage

Die fortschreitende qualitative Verbesserung der Krankenhausverhältnisse, Maßnahmen zur Kostendämpfung und das pauschalierende Vergütungssystem haben in den letzten Jahren zu einem deutlichen Rückgang der Verweildauer geführt. Die derzeitige Entwicklung lässt erwarten, dass sich in Zukunft die Verweildauer noch weiter reduziert.

6.4

Bettennutzung (BN)

Sie wird durch den Vomhundertsatz ausgedrückt, in dem ein Krankenhaus im Jahr bestimmungsgemäß genutzt wird.

Dabei ist folgende Formel zu Grunde zu legen:

$$\text{BN in v.H.} = \frac{\text{Berechnungs- und Belegungstage}}{\text{Betten} \times 365}$$

Die Bettennutzung in Bayern betrug in den Jahren

1975:	84,7 v.H.
1980:	85,0 v.H.
1985:	84,7 v.H.
1990:	84,8 v.H.
1995:	83,1 v.H.
2000:	83,3 v.H.
2001:	82,3 v.H.
2002:	81,1 v.H.
2003:	77,7 v.H.
2004:	74,0 v.H.
2005:	75,3 v.H.
2006:	75,6 v.H.

Aus fachlicher Sicht ist für die Akutversorgung generell eine Bettennutzung von

85 v.H.

anzustreben. Diese Bettennutzung entspricht grundsätzlich den Erfordernissen einer medizinisch leistungsfähigen und zugleich wirtschaftlichen stationären Akutversorgung.

In einzelnen Fachrichtungen können spezifische Besonderheiten durch Ansatz eines höheren oder niedrigeren Zielwertes für die Bettennutzung berücksichtigt werden.

1. Kennzahl

KeZ = Kennzahl

Die Kennzahlen wurden für eine Verwendung zum Zwecke der Datenverarbeitung eingeführt.

Die erste Stelle der Zahl kennzeichnet den Regierungsbezirk, die zweite und dritte Stelle die Stadt bzw. den Landkreis, die vierte und fünfte das jeweilige Krankenhaus innerhalb der betreffenden Stadt bzw. des Landkreises.

2. Trägerbezeichnung

AöR = Anstalt des öffentlichen Rechts

KU = Kommunalunternehmen

3. Trägerschaft

ö = öffentlicher Träger

fg = freigemeinnütziger Träger

p = privater Träger

4. Fachrichtungen

INN = Innere Medizin

CHI = Chirurgie

HCH = Herzchirurgie

KCH = Kinderchirurgie (im Bedarfsfall einschließlich anderer operativer Fachrichtungen)

GUG = Gynäkologie und Geburtshilfe

GYN = Gynäkologie (ohne Geburtshilfe)

HNO = Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

AUG = Augenheilkunde

URO = Urologie

ORT = Orthopädie

KIN = Kinder- und Jugendmedizin

NEU = Neurologie

HUG = Haut- und Geschlechtskrankheiten

MKG = Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

NCH = Neurochirurgie

NUK = Nuklearmedizin (Therapie)

STR = Strahlentherapie

PSO = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

PSY = Psychiatrie und Psychotherapie

KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

5. Besondere Einrichtungen

HD = Hämodialyse

6. Versorgungsstufen

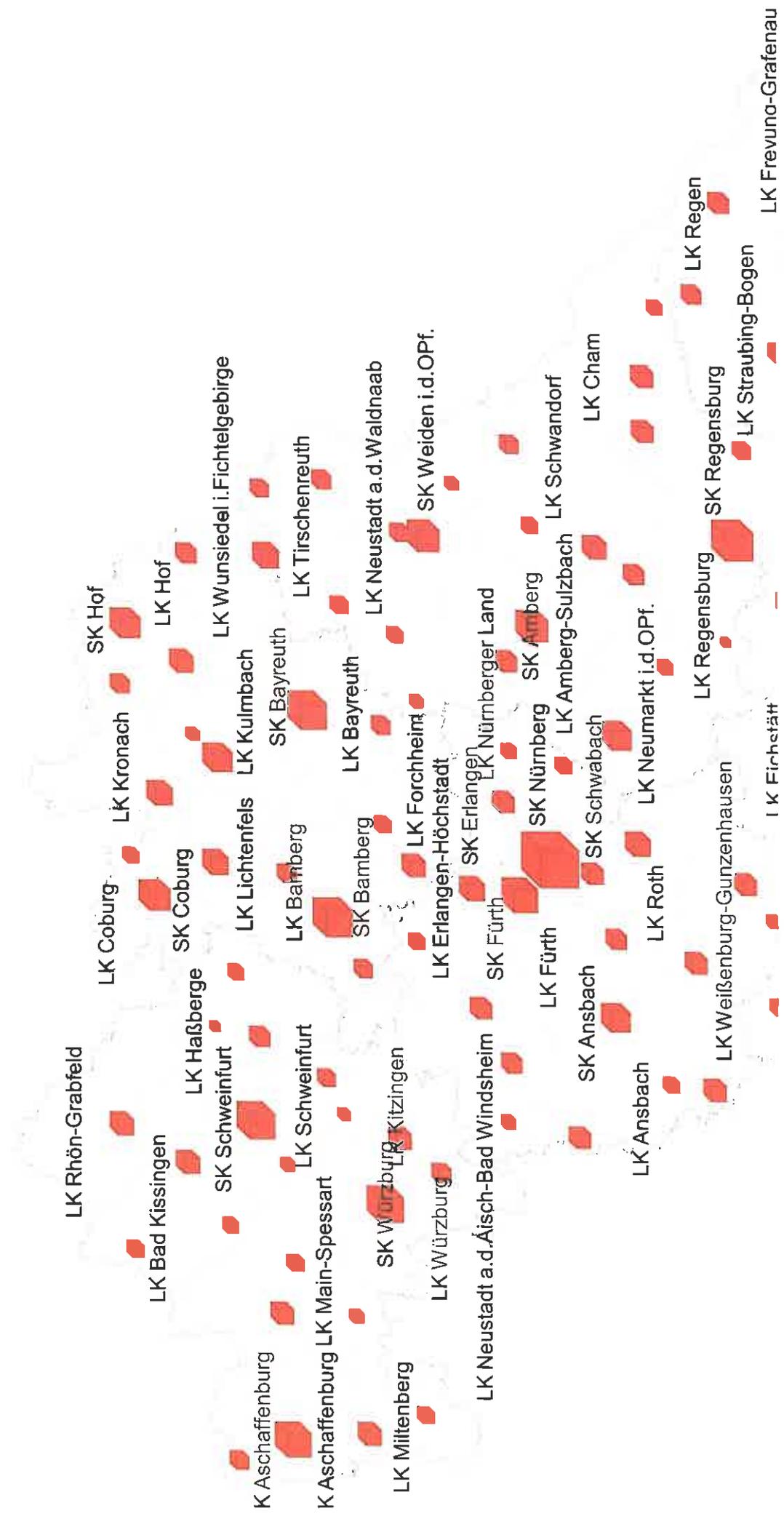
I = Krankenhaus der ersten Versorgungsstufe

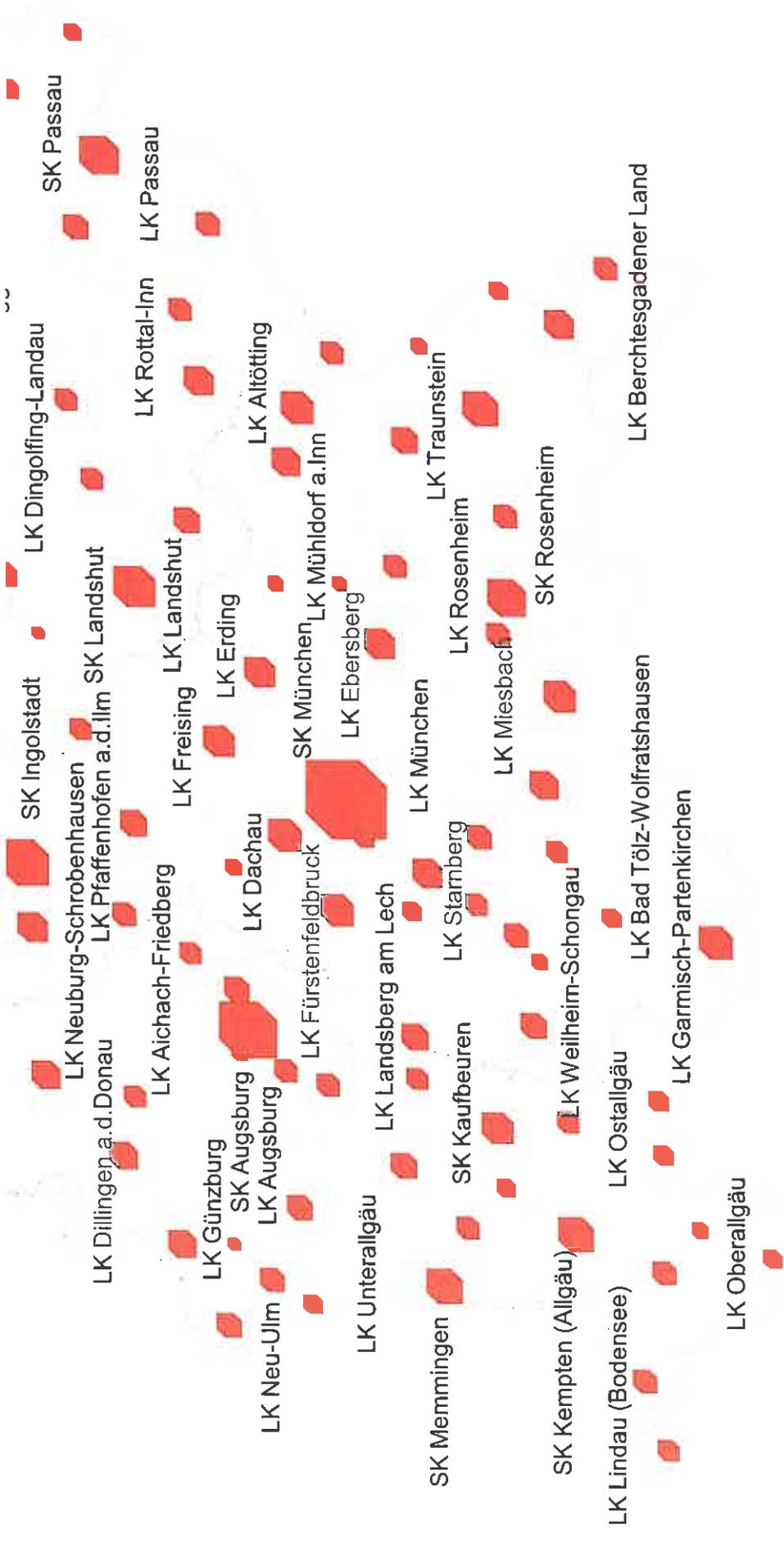
II = Krankenhaus der zweiten Versorgungsstufe

III = Krankenhaus der dritten Versorgungsstufe

F = Fachkrankenhaus

Abbildung 3: Standorte aller Allgemeinkrankenhäuser in Bayern (mehrere Häuser / Planbetten in kreisfreien Städten werden zusammengezählt)





Allgemeinkrankenhäuser in Bayern 2007

■ Planbetten

