

Antrag

der Fraktion der AfD

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration

Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen,

I. zu berichten,

1. wie viele landesweite Bedarfsanalysen medizinischer Versorgungsbedarfe in räumlicher, fachlicher und struktureller Gliederung seit Erstellung des letzten Krankenhausplans im Jahre 2010 durchgeführt und welche wesentliche Erkenntnisse mit Änderungspotenzial, abgesehen von den veröffentlichten Beschlüssen zu Änderungen (z. B. Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie), erkannt und umgesetzt wurden;
2. inwiefern die Landesregierung die Anwendung der Hill-Burton-Formel zur Bedarfsabschätzung für einen ausreichend differenzierten und den Zielen der Krankenhauplanung gerechten Planungsansatz hält;
3. welche Vor- und Nachteile die Landesregierung im leistungsorientierten Planungsansatz sieht;
4. welche ergänzenden Funktionen die 18 Vertragskrankenhäuser aus dem Verzeichnis der zugelassenen Krankenhäuser (Stand April 2019) im Sinne des § 108 Nummer 3 SGB V gegenüber den Plankrankenhäusern nach § 108 Nummer 2 SGB V übernehmen;
5. in welcher Höhe die Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nummer 3 SGB V Beträge für Investitionskosten gemäß § 5 Absatz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit der landesrechtlichen Regelung in den letzten fünf Jahren erhalten haben (aufgeschlüsselt nach Krankenhaus, Jahr, Betrag);

6. welche im Verzeichnis zugelassenen Krankenhäuser in privater Trägerschaft gemäß § 108 Nummer 2 SGB V und Vertragskrankenhäuser gemäß § 108 Nummer 3 SGB V des Krankenhausplans 2010 Gewinnanteile an Gesellschafter ausschütten (aufgeschlüsselt nach Krankenhaus, Jahr, Betrag);
7. wie sich die aktuelle Krankenhausplanung 2010 auf den Wettbewerbsdruck unter den Krankenhäusern insgesamt auswirkt;
8. wie die Landesregierung meint, vor dem Hintergrund medizinischer Innovationen, immer komplexerer Verfahren, aufwendigerer Operationen, die immer mehr Strukturvorhaltungen erfordern, den neuen Krankenhausplan mit höherer Regulierungstiefe zu implementieren, um einer Zersplitterung in diesem Bereich zu begegnen;
9. in welchen Regionen Baden-Württembergs die Landesregierung von Fehlversorgung ausgeht und inwiefern der Krankenhausplan 2010 dem entgegenwirkt (aufgeschlüsselt nach Stadt- und Landkreis, Versorgungsbereich, Ist- und Sollzustand);
10. bei welcher Anzahl an Krankenhäusern die Zentralisierung in Baden-Württemberg nach Ansicht der Landesregierung abgeschlossen wäre (aufgeschlüsselt nach Landkreis, Anzahl der Krankenhäuser, Art der Versorgung Maximal-, Regional-, Grundversorger);
11. welche Ursachen sie sieht und welche Schlussfolgerungen sie zieht, dass sich die derzeitige Krankenhaus-Struktur in der Coronapandemie besser bewährt hat als hochzentralisierte Systeme, wie sie aus anderen Ländern bekannt sind (beispielsweise aus den Niederlanden oder aus Belgien);

II.

1. vor dem Hintergrund des Zentralisierungstrends den Krankenhausplan 2010 hinsichtlich der Mindestanzahl an Krankenhausstandorten zu präzisieren (aufgeschlüsselt nach Maximal-, Regional-, Grundversorger);
2. bei der neuen Krankenhausplanung die Geoebene, die zur Analyse und Planung herangezogen wird, hinsichtlich der Komplexität und der Anforderungen des jeweiligen medizinischen Bereichs adäquat zu berücksichtigen;
3. über die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, die eine Aufnahme in den Krankenhausplan und die Berechtigung für die Förderung von Investitionsmitteln hinausgeht, durch die Rahmenvorgaben der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

26.4.2022

Gögel, Wollé
und Fraktion

Begründung

Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern verpflichtet das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Bundesländer, Krankenhauspläne aufzustellen (§ 6 KHG). Diese planerischen Festlegungen betreffen gemäß des Krankenhausplans 2010 Baden-Württemberg den Standort des Krankenhauses, die bedarfsgerechten Fachabteilungen der Krankenhäuser, die Festlegung von Leistungsschwerpunkten bei „einheitlichen Krankenhäusern“ und Fachkliniken sowie die Gesamtplanbettenzahl. Zur Ermittlung des künftigen Bettenbedarfs wird die aus den USA stammende Hill-Burton-Formel verwendet. Als Determinanten fließen Einwohnerzahl, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettennutzungsgrad (Auslastungsgrad) in die Formel ein (vgl. Abschnitt I Ziffern 1 bis 3).

Die Zulassung als Plankrankenhaus ist die häufigste Zulassungsform in der Praxis. Dem Verzeichnis der zugelassenen Krankenhäuser in Baden-Württemberg kann man unter anderem den Träger- und den Rechtsstatus entnehmen. Aktuell (Stand April 2019) sind 18 Krankenhäuser mit dem Rechtsstatus VK, also Vertragskrankenhäuser, gekennzeichnet. Im Fall einer Zulassung als sog. Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nummer 3 SGB V schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen unmittelbar mit einzelnen Krankenhausträgern einen Versorgungsvertrag (§ 109 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Nach der Zielsetzung der staatlichen Krankenhausplanung, für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zu sorgen (§ 1 Absatz 1 KHG), können Vertragskrankenhäuser im Sinne des § 108 Nummer 3 SGB V gegenüber den Plankrankenhäusern nach § 108 Nummer 2 SGB V allerdings nur eine ergänzende Funktion erfüllen (WD 9 – 3000 – 095/13, Seite 8.). Alle 18 Vertragskrankenhäuser gehören privaten Krankenhausträgern. Auch unter den sog. Plankrankenhäusern befinden sich 48 private Krankenhausträger, die nach dem KHG gefördert werden. Darunter sind wichtige Träger wie die HELIOS Kliniken und die AMEOS Holding. Der wesentliche Unterschied der privaten Krankenhäuser zu den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern liegt bei ökonomischer Betrachtungsweise in ihrer Zweckbindung: Primäres Ziel der betrieblichen Betätigung der privaten Krankenhäuser ist die Gewinnerzielung, während die Bedarfsdeckung nur eine untergeordnete Rolle spielt (vgl. Abschnitt I. 4 bis 6).

Die Krankenhauslandschaft befindet sich seit Jahren im Wandel. Dieser wird von direkt Betroffenen als „Kliniksterben“ bezeichnet, die Landesregierung sieht es aber als notwendige „Strukturbereinigung“. Insgesamt fokussiert sich die Strukturänderung in der Krankenhausversorgung auf Zentrenbildung. Das spiegelt sich in der Reduzierung der Krankenhaus- und Bettenzahlen. Die Krankenhausstruktur-Studie der Bertelsmann-Stiftung schlägt vor, von den ca. 1 600 Akutkrankenhäusern in Deutschland 1 000 zu schließen und die verbleibenden 600 Kliniken zu Großkliniken zu machen. Begründet wird dies mit medizinischen Innovationen und mit einer höheren Versorgungsqualität, vor allem bei komplexeren Eingriffen. „Das ist eine absolut unbelegte Einschätzung“, so der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Gerald Gaß (DKG, Pressemitteilung vom 15. Juli 2019).

Andererseits verschlechtert sich durch eine stärkere Konzentration vor allem in ländlichen Regionen die schnelle Erreichbarkeit der Krankenhäuser. Nicht zu verkennen ist, dass Zentralisierung zur weiteren Verdichtung von Arbeitsprozessen führt und damit zur weiteren Belastung des Klinikpersonals und weiteren daraus fließenden Folgen. Gegen eine zentralisierte Krankenhausstruktur spricht in erster Linie die Anforderung einer wohnortnahen Versorgung. Unter Umständen kann in Notfallsituationen keine Versorgungssicherheit gewährt werden. Ein großer Teil des stationären medizinischen Versorgungsbedarfs braucht zudem keine Spezialisierung. Es handelt sich um medizinische Grundversorgung, wie Geburten, viele auch altersbedingte Krankheitsbilder der Inneren Medizin, viele neurologischen Krankheitsbilder, geriatrischer Versorgungsbedarf in einer alternden Gesellschaft. Das sind Behandlungen, die möglichst familien- und wohnortnah in erreichbaren Krankenhäusern auch in Zukunft erbracht werden müssen, betont Gaß.

Ein Krankenhaus ist vor allen Dingen ein Instrument der lokalen Daseinsvorsorge. Es kann durch Telemedizin und Gesundheitszentren nicht gleichwertig ersetzt werden. Die Landesregierung beharrt jedoch auf ihrem eingeschlagenen Weg der Konzentration und Schwerpunktbildung, der sich zudem in der Coronakrise, siehe die hochzentralisierten Systeme in den Niederlanden, mit 132 Kliniken für 17,4 Mio. Einwohner oder Belgien mit 103 Kliniken für 11,5 Mio. Einwohner, nicht bewährt haben. Das Gesundheitssystem ist in beiden Ländern während der Coronakrise aufgrund ungenügender Kapazitäten innerhalb kurzer Zeit kollabiert, sodass etliche Patienten in Deutschland behandelt werden mussten. Insofern sieht man, dass die monokausale Erklärung, dass die Konzentration auf wenige Krankenhäuser bessere Qualität bedeute, viel zu kurz greift (vgl. Abschnitt II Ziffern 1 bis 3).

Stellungnahme

Mit Schreiben vom 7. Juni 2022 Nr. 52-0141.5-017/2551 nimmt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen,*

I. zu berichten,

1. wie viele landesweite Bedarfsanalysen medizinischer Versorgungsbedarfe in räumlicher, fachlicher und struktureller Gliederung seit Erstellung des letzten Krankenhausplans im Jahre 2010 durchgeführt und welche wesentliche Erkenntnisse mit Änderungspotenzial, abgesehen von den veröffentlichten Beschlüssen zu Änderungen (z. B. Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie), erkannt und umgesetzt wurden;

Die Krankenhausplanung ist ein kontinuierlicher Prozess. Da sich die Rahmenbedingungen wie Bevölkerungszahl und -struktur, Morbidität, neue und bessere Methoden von Diagnostik und Therapie, neue Organisationsformen zur Leistungserbringung oder die gesetzlichen Grundlagen laufend verändern, besteht der Zwang zur ständigen Beobachtung und Anpassung der krankenhauserplanerischen Entscheidungen an die Entwicklung. Dies gilt insbesondere für die demographische Entwicklung, die bereits in den vergangenen Jahren Einfluss auf die Krankenhausplanung genommen hat und entsprechend berücksichtigt wurde. Die für jedes Krankenhaus getroffenen Festlegungen stehen stets unter dem Vorbehalt der gesetzlich vorgeschriebenen Anpassung an die Entwicklung (§ 4 Abs. 1 Satz 4 LKHG). Daraus folgt, dass permanent Krankenhäuser oder Teile davon (z. B. Fachabteilungen, Betten, Behandlungsplätze), die nicht mehr medizinisch leistungsfähig, kostengünstig oder bedarfsnotwendig sind, aufgrund von Einzelentscheidungen der Krankenhausplanungsbehörde geändert bzw. aufgehoben werden können, vgl. § 7 Abs. 4 Satz 1 LKHG. Ebenso können neue Versorgungsangebote, insbesondere aufgrund der Fortschritte in der Medizin und Medizintechnik, neu in den Krankenhausplan aufgenommen und damit einzelnen Krankenhäusern als Versorgungsauftrag zugewiesen werden; zudem können fachliche Zuordnungen geändert werden. Die hier vorgelegte Fortschreibung ist insbesondere von dem Bestreben getragen, die Empfehlungen der Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ umzusetzen. Wesentliche Forderung der Kommission und damit Grundgedanke des Krankenhausplans 2010 ist der Abbau entbehrlicher Detailvorschriften und eine Vermehrung der Gestaltungsfreiheit der beteiligten Krankenhäuser und Krankenkassen vor Ort. Das Sozialministerium weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass mit dieser Erweiterung der Handlungsfreiheit auch eine höhere Verantwortung der Beteiligten für die Krankenversorgung vor Ort einhergeht.

Umfangreiche Bedarfsanalysen wurden insbesondere im Zuge der Fortschreibungen des Krankenhausplans und den Fachplanungen in der neurologischen Frührehabilitation Phase B, Stationsäquivalente Betten (StäB), Schlaganfallversorgung, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und der Fachkonzeption für Zentren für personalisierter Medizin (ZPM) durchgeführt.

2. inwiefern die Landesregierung die Anwendung der Hill-Burton-Formel zur Bedarfsabschätzung für einen ausreichend differenzierten und den Zielen der Krankenhausplanung gerechten Planungsansatz hält;

Die Krankenhausplanung entwickelt die bestehende regionale Betten- und Leistungskapazität fort, um stationäre Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Anhand der Hill-Burton-Formel wird nach wie vor in Deutschland der Bettenbedarf ermittelt. In der Formel berücksichtigt werden dabei die Determinanten Einwohnerzahl, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettennutzungsgrad (Auslastungsgrad). Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration erachtet die Hill-Burton-Formel hinsichtlich der Rahmenplanung als alternativlos.

3. welche Vor- und Nachteile die Landesregierung im leistungsorientierten Planungsansatz sieht;

Die Gestaltung einer Krankenhausplanung rein auf Basis von einzelnen Leistungsansätzen ist eine Möglichkeit, die in Baden-Württemberg derzeit nicht erfolgt. Diese Form der Krankenhausplanung baut auf sehr vielen, feingliedrigen Leistungskatalogen auf und muss aufgrund medizinischer Entwicklungen und Änderungen laufend fortgeschrieben werden.

Dass die Krankenhausplanung sich nicht mehr allein an der Bettenzahl orientiert, ist in gewissen Bereichen sicherlich sachgerecht. Eine Abkehr von der Bettenzahl kann aber auch ohne eine Leistungsplanung möglich sein, z. B. durch medizinische Fachplanungen. Die Investitionsförderung orientiert sich letztlich an den im Krankenhausplan ausgewiesenen Leistungsbildern und der darauf aufbauenden Raum- und Funktionsplanungen der einzelnen Häuser.

Ob durch eine Leistungsplanung die Qualität erhöht wird, kann derzeit nicht abschließend beurteilt werden. Auch hier gilt die bedarfsplanerische Basis als Grundlage für Ausweisungen. Die Qualität wird dabei durch die Vorgaben und Regelungen auf Bundesebene insbesondere des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sowie medizinische Fachplanungen wesentlich bestimmt werden.

4. welche ergänzenden Funktionen die 18 Vertragskrankenhäuser aus dem Verzeichnis der zugelassenen Krankenhäuser (Stand April 2019) im Sinne des § 108 Nummer 3 SGB V gegenüber den Plankrankenhäusern nach § 108 Nummer 2 SGB V übernehmen;

Vertragskrankenhäuser dienen der bedarfsgerechten Krankenhausbehandlung der Versicherten. Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande (§ 109 Abs. 1 S. 1 SGB V). Ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, die sich um den Abschluss eines Versorgungsvertrages bewerben, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen gemeinsam unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Erfordernissen einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten sowie leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird (§ 109 Abs. 2 SGB V).

Vertragskrankenhäuser bieten dabei keine Leistungen an, die nicht auch von Plankrankenhäusern erbracht werden. Bei expliziten Regelungen zum Leistungsangebot haben diese hinsichtlich des Fachgebietes einen einschränkenden Charakter. Sie liefern

eine wertvolle Ergänzung im Krankenhauswesen. Zum einen stellen sie für die Patientinnen und Patienten ein niederschwelliges Angebot und gewährleisten die Versorgung in überwiegend kleineren Krankenhäusern in der Regel mit zweistelligen Bettenzahlen.

5. in welcher Höhe die Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nummer 3 SGB V Beträge für Investitionskosten gemäß § 5 Absatz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit der landesrechtlichen Regelung in den letzten fünf Jahren erhalten haben (aufgeschlüsselt nach Krankenhaus, Jahr, Betrag);

Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nummer 3 SGB V erhalten keine Investitionsfördermittel des Landes. Sie werden über die Pflegesätze nach der Bundespflegeverordnung (BPfV) finanziert.

6. welche im Verzeichnis zugelassenen Krankenhäuser in privater Trägerschaft gemäß § 108 Nummer 2 SGB V und Vertragskrankenhäuser gemäß § 108 Nummer 3 SGB V des Krankenhausplans 2010 Gewinnanteile an Gesellschafter ausschütten (aufgeschlüsselt nach Krankenhaus, Jahr, Betrag);

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration hat über die finanzielle Situation der einzelnen Krankenhäuser grundsätzlich keine Kenntnis. Es handelt sich um einrichtungsinterne Angelegenheiten, die ausschließlich in wirtschaftliche Eigenverantwortung der einzelnen Krankenhäuser fallen (§ 1 I Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg [LKHG]). Die Auskunftspflichten der Krankenhäuser beschränken sich auf § 8 I und II LKHG. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration erhält von den Krankenhäusern keine Meldungen über erzielte Gewinne oder Verluste.

7. wie sich die aktuelle Krankenhausplanung 2010 auf den Wettbewerbsdruck unter den Krankenhäusern insgesamt auswirkt;

Im Landeskrankenhausgesetz ist definiert, welche Aufgaben der Krankenhausplanung eingeräumt werden und wie wettbewerbsrechtliche Themen zu behandeln sind.

Im § 1 Absatz 1 Landeskrankenhausgesetz (LKHG) ist der Zweck des Gesetzes festgelegt. Es soll eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern gewährleistet sein sowie eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten im Krankenhaus. Des Weiteren wird festgelegt, dass es sich bei der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen um eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse handelt.

Gemäß § 1 Absatz 2 LKHG ist dafür Sorge zu tragen, dass bei der Durchführung des Gesetzes die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten ist.

Letztlich obliegt gemäß § 3 Absatz 1 LKHG die Daseinsfürsorge beim jeweiligen Stadt- oder Landkreis.

8. wie die Landesregierung meint, vor dem Hintergrund medizinischer Innovationen, immer komplexerer Verfahren, aufwendigerer Operationen, die immer mehr Strukturvorhaltungen erfordern, den neuen Krankenhausplan mit höherer Regulierungstiefe zu implementieren, um einer Zersplitterung in diesem Bereich zu begegnen;

Schwerpunkt in den nächsten Jahren wird die Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Krankenhausplanung in Baden-Württemberg unter Einbindung der sektorenübergreifenden Versorgung sein. Krankenhausplanung und ambulante Versorgung müssen verstärkt zusammengedacht werden. Nur so lässt sich auf die zuneh-

mende Komplexität der Behandlungen insbesondere von multimorbiden Patienten mit einer angemessenen Grundversorgung in der Fläche reagieren. Zugleich braucht es auch zentrale Krankenhausstrukturen. Sie können eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten, Leistungen zugleich wirtschaftlich erbringen und einer angebotsinduzierten Mengenausweitung vorbeugen.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration übernimmt hierbei eine übergeordnete steuernde Rolle, um möglichst gute und zukunftsfähige Strukturen dauerhaft zu etablieren. Neben der bedarfsgerechten Finanzierung der einzelnen Projekte liegt der Arbeitsschwerpunkt in den nächsten Jahren in der bedarfsgerechten Krankenhausplanung unter Einbindung der sektorenübergreifenden Versorgung. Dieser Entwicklung kann an dieser Stelle nicht vorgegriffen werden.

9. in welchen Regionen Baden-Württembergs die Landesregierung von Fehlversorgung ausgeht und inwiefern der Krankenhausplan 2010 dem entgegenwirkt (aufgeschlüsselt nach Stadt- und Landkreis, Versorgungsbereich, Ist- und Sollzustand);

Die Landesregierung verzichtet darauf, den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern bis ins Detail festzulegen. Der Krankenhausplan legt in der Regel den Standort, die Gesamtplanbettenzahl, die bedarfsgerechten Fachabteilungen und die Leistungsschwerpunkte fest. Nur wenige Fachgebiete wie zum Beispiel die psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung oder die Herzchirurgie werden detailliert geplant und ausgewiesen. Mit dem Krankenhausplan 2010, der den Krankenhausplan 2000 ablöst, beschränkt sich das Land auf eine Rahmenplanung, die den Krankenhäusern und Krankenkassen Gestaltungsspielraum ermöglicht.

Da sich die Rahmenbedingungen wie Bevölkerungszahl und -struktur, Morbidität, neue und bessere Methoden von Diagnostik und Therapie, neue Organisationsformen zur Leistungserbringung oder die gesetzlichen Grundlagen laufend verändern, ist eine ständige Beobachtung und Anpassung der krankenhauplanerischen Entscheidungen an die Entwicklung notwendig. Dies gilt insbesondere für die demographische Entwicklung, die freilich bereits in den vergangenen Jahren Einfluss auf die Krankenhausplanung genommen hat und entsprechend berücksichtigt wird.

Das Land Baden-Württemberg setzt sich seit vielen Jahren in besonderem Maße für die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung ein. Bereits in den Jahren 2019 und 2020 hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration zwei Förderaufrufe zum Aufbau von Primärversorgungszentren veröffentlicht. Da die bisherigen Förderaufrufe mit großem Interesse aufgenommen wurden und sich die daraus entstandenen Projekte etabliert haben, wurde im März 2022 ein erneuter Aufruf mit einem deutlich höheren Fördervolumen veröffentlicht. Die Ergebnisse der Projekte sollen neue Erkenntnisse liefern, wie Primärversorgungszentren und -netzwerke zukünftig in Baden-Württemberg flächendeckend aufgebaut werden können. Sie sollen Dreh- und Angelpunkt für eine patientenorientierte Versorgung sein, die im Pandemiefall besonders wichtig ist, um situativ und kurzfristig reagieren zu können und eine bedarfsgerechte Versorgung der Bürger sicherstellen.

10. bei welcher Anzahl an Krankenhäusern die Zentralisierung in Baden-Württemberg nach Ansicht der Landesregierung abgeschlossen wäre (aufgeschlüsselt nach Landkreis, Anzahl der Krankenhäuser, Art der Versorgung Maximal-, Regional-, Grundversorger);

In Baden-Württemberg ist der Strukturwandel weiter fortgeschritten als in vielen anderen Bundesländern. Zentralisierungsprozesse sind aber in einem Flächenland wie Baden-Württemberg nur in begrenztem Umfang möglich. Ziel ist die verstärkte Einbindung der sektorenübergreifenden Versorgung. Die Krankenhausplanung wird im Wege einer Gesamtschau verstärkt auch regionale Versorgungsangebote in den Blick nehmen (ambulant, stationär, Pflege, Reha, Prävention, etc.). Eine feste Anzahl der Krankenhäuser kann es dabei nicht geben, da die Anforderungen an die Krankenhäuser, wie Qualität, Leistungsfähigkeit und Bedarf, ebenfalls nicht statisch

sind. Im Übrigen kategorisiert das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration nicht in Maximal-, Regional-, und Grundversorger.

11. welche Ursachen sie sieht und welche Schlussfolgerungen sie zieht, dass sich die derzeitige Krankenhaus-Struktur in der Coronapandemie besser bewährt hat als hochzentralisierte Systeme, wie sie aus anderen Ländern bekannt sind (beispielsweise aus den Niederlanden oder aus Belgien);

Aus Sicht der Landesregierung ist für eine gelungene Pandemiebewältigung entscheidend, dass eine funktionierende sektorenübergreifende Zusammenarbeit existiert, Notfallbehandlungskapazitäten in den Krankenhäusern rasch verfügbar gemacht werden können und es Mechanismen zum Ausgleich regionaler Belastungsspitzen gibt. Die unterschiedlichen Anforderungen in verschiedenen Phasen der Pandemie erfordern vielmehr Flexibilität als definierte Strukturen.

Die Landesregierung ist bereits zu Beginn der Pandemie davon ausgegangen, dass angesichts der Erfahrungen in den europäischen Ländern wie Frankreich und Norditalien ein deutlich erhöhter Bedarf an stationären Behandlungskapazitäten, insbesondere in Bezug auf Intensiv- und Beatmungskapazitäten, entstehen würde. Daher wurde das sogenannte „Schalenmodell“ entwickelt, welches den stufenweisen Einbezug der Behandlungskapazitäten von Rehabilitations- und Fachkliniken bis hin zu Behelfskrankenhäusern beispielsweise in Hotels oder Hallen vorsieht. Zur Vermeidung regionaler Engpässe insbesondere bei intensivmedizinischen Kapazitäten wurde im Herbst 2020 ein auf BW bezogenes Verlegungskonzept entwickelt, das sogenannte „Clusterkonzept“. Dazu wurde Baden-Württemberg in 7 Versorgungsregionen, genannt „Cluster“, aufgeteilt. Innerhalb und zwischen diesen Clustern erfolgt die engmaschige Abstimmung über die verantwortlichen Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner. An das Clusterkonzept schließt sich das Kleeblattkonzept zur Steuerung bundesweiter Verlegungen an. Dieses Clusterkonzept hat sich im weiteren Verlauf der Pandemie sehr bewährt, regionale Überlastungen konnten vermieden werden.

Die Krisenbewältigung der Pandemie hat gezeigt, dass die Strukturen im Gesundheitswesen in Baden-Württemberg gut aufgestellt sind und eine hohe Flexibilität aufweisen. Dies zeigt sich sowohl in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Baden-Württemberg, Krankenhäusern und Rehakliniken als auch in der engen Abstimmung mit den Landkreisen. Für die Zukunft ist es wichtig, die vorhandenen Strukturen noch stärker aufeinander abzustimmen und den Fokus verstärkt auf die interdisziplinäre Vernetzung zu legen. Eine der Handlungsempfehlungen des vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg geförderten Modellprojektes zur sektorenübergreifenden Versorgung ist es, Primärversorgungszentren und -netzwerke zu erproben und zu evaluieren. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen innerhalb des Gesundheitswesens und auch darüber hinaus soll unterstützt und gefördert werden.

II.

1. vor dem Hintergrund des Zentralisierungstrends den Krankenhausplan 2010 hinsichtlich der Mindestanzahl an Krankenhausstandorten zu präzisieren (aufgeschlüsselt nach Maximal-, Regional-, Grundversorger);

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration verweist an dieser Stelle auf seine Inhalte zu I. Nr. 10 (s. o.).

2. bei der neuen Krankenhausplanung die Geoebene, die zur Analyse und Planung herangezogen wird, hinsichtlich der Komplexität und der Anforderungen des jeweiligen medizinischen Bereichs adäquat zu berücksichtigen;

3. über die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, die eine Aufnahme in den Krankenhausplan und die Berechtigung für die Förderung von Investitionsmitteln hinausgeht, durch die Rahmenvorgaben der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

Aufgrund des Sachzusammenhangs werden die Punkten II Nr. 2 bis Nr. 3 gemeinsam beantwortet.

Für das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration werden auch in Zukunft die Wirtschaftlichkeit, die Leistungsfähigkeit und des Bedarfs die Grundprinzipien der Landeskrankenhausplanung sein. Im Übrigen wird auf die Inhalte zu I. Nr.1 dieses Antrags verwiesen.

Lucha

Minister für Soziales,
Gesundheit und Integration