

Kleine Anfrage
der Abg. Jochen Haußmann und Klaus Hoher FDP/DVP
und
Antwort
des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration

Umsetzung der Krankenhausreform im Bodenseekreis

Kleine Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

1. Wie hat sich die Krankenhauslandschaft (insbesondere Standorte, Bettenzahlen, Investitionszuschüsse, Entwicklung ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsangebote) im Bodenseekreis in den letzten fünf Jahren entwickelt?
2. Wie bewertet sie das Risiko einer funktionalen Schwächung einzelner Leistungsgruppen, wenn diese im Zuge von Umstrukturierungsmaßnahmen ohne die jeweils erforderlichen begleitenden Versorgungsdisziplinen weitergeführt werden sollen (zum Beispiel Kardiologie oder Intensivmedizin ohne Neurologie)?
3. Welche Leistungsgruppen gelten aus ihrer Sicht als funktional miteinander gekoppelt?
4. In welcher Weise wird diese funktionale Kopplung bei der Planung und Umsetzung von Strukturveränderungen im Krankenhausbereich berücksichtigt?
5. Auf welchen methodischen Grundlagen beruht die finale Zuweisung einzelner Leistungsgruppen zu bestimmten Krankenhausstandorten?
6. In welchem Umfang fließen Besonderheiten des Bodenseekreises – insbesondere die stark differenzierte Bevölkerungs- und Altersstruktur – in die planerischen Entscheidungen zur Verteilung von Leistungsgruppen ein?
7. Nach welchen Kriterien erkennt das Ministerium eine „echte“ Doppelstruktur im Krankenhausbereich?

8. Wird bei Bereichen mit hoher Fallzahl, hoher Spezialisierung und besonderer sicherheitsrelevanter Bedeutung (zum Beispiel Intensivmedizin, spezialisierte OP-Zentren) überhaupt von Doppelstrukturen ausgegangen oder gelten hier andere Maßstäbe?
9. Welche Kriterien werden herangezogen, um zwischen medizinisch notwendiger Redundanz und vermeidbarer Doppelstruktur zu unterscheiden?

1.12.2025

Haußmann, Hoher FDP/DVP

Begründung

Die Krankenhausreform im Zuge des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) und des Krankenhausreformanpassungsgesetzes (KHAG) lösen weitgehend das bisherige System der Fallpauschalen ab und führen Vorhaltepauschalen ein, wozu Leistungsgruppen zu bilden und zuzuweisen sind. Die Landesregierung wird in der Krankenhausplanung ein abgestuftes Versorgungssystem mit Konzentration und Schwerpunktbildung umsetzen. Dieser Prozess wirft vor Ort Fragestellungen auf, die zu Unklarheiten führen.

Antwort

Mit Schreiben vom 5. Januar 2026 Nr. SM52-0141.5-017/9978 beantwortet das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration die Kleine Anfrage wie folgt:

1. *Wie hat sich die Krankenhauslandschaft (insbesondere Standorte, Bettenzahlen, Investitionszuschüsse, Entwicklung ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsangebote) im Bodenseekreis in den letzten fünf Jahren entwickelt?*

Zu 1.:

Im Bodenseekreis gibt es folgende stationäre und teilstationäre Versorgungsangebote:

- Klinikum Friedrichshafen mit 370 Planbetten.
- Klinik Tettnang mit 140 Planbetten.
- HELIOS Spital Überlingen mit 170 Planbetten.
- St. Lukas-Klinik Meckenbeuren mit 70 Planbetten, davon acht teilstationäre Plätze in der Kinder- und Jugend Psychiatrie.
- Psychiatrische Tagesklinik Friedrichshafen – 20 teilstationäre Plätze für Psychiatrie und Psychotherapie.

Planerisch erfolgten in den letzten fünf Jahren keine Veränderungen an diesen Kapazitäten.

Zudem betreibt seit 2011 das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Krankenhaus Weissenau, auf dem Gelände des Klinikums Friedrichshafen eine Satellitenstation mit 42 Betten Psychiatrie und Psychotherapie und eine Satellitenstation

mit 18 Betten Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und zwei tagesklinischen Plätzen.

Die stationäre Versorgungslage im Bodenseekreis ist daher sichergestellt.

Zu den Investitionszuschüssen:

Aus der als Anlage beigefügten Tabelle sind die Investitionszuschüsse der letzten fünf Jahre an die Krankenhäuser und Tageskliniken im Bodenseekreis, aufgeschlüsselt nach Förderung durch das Land Baden-Württemberg oder durch den Bund, zu entnehmen. Insgesamt sind seit dem Jahr 2020 rund 30,5 Millionen Euro an Investitionszuschüssen in den Bodenseekreis geflossen.

Zur ambulanten Versorgung:

Die Entwicklung der Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Bodenseekreis lässt sich aus den öffentlich zugänglichen Versorgungsberichten sowie aus den Bedarfsplanungsblättern der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) aus den Jahren 2021 bis 2025 entnehmen.

In der hausärztlichen Versorgung ist die Anzahl der Hausärztinnen und -ärzte seit 2021 weitgehend stabil. Die folgende Tabelle stellt die Entwicklung der hausärztlich tätigen KVBW-Mitglieder in den Jahren 2021 bis 2025 im Bodenseekreis dar. Zu den in der KVBW organisierten Mitgliedern zählen nach § 77 Absatz 3 Satz 1 des SGB V zugelassene Ärztinnen und Ärzte, bei Vertragsärztinnen und -ärzten angestellte Ärztinnen und Ärzte, in medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie in Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1a SGB V tätige Ärztinnen und Ärzte und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende ermächtigte Krankenhausärztinnen und -ärzte.

Jahr	Anzahl der hausärztlichen KVBW-Mitglieder im Bodenseekreis
2021	152
2022	147
2023	145
2024	146
2025	151

Mit einem Versorgungsgrad von über 100 Prozent zeigen die beiden hausärztlichen Mittelbereiche des Bodenseekreises (Friedrichshafen und Überlingen) sehr stabile Werte auf. Im Vergleich zu den Versorgungsgraden von vor fünf Jahren sind die bereits damals stabilen Werte sogar nochmal etwas gestiegen. Die folgenden Tabellen stellen die einzelnen Versorgungsgrade der beiden Mittelbereiche Friedrichshafen und Überlingen in den Jahren 2021 und 2025, jeweils zum Stand Oktober, dar:

Hausärztlicher Mittelbereich	Versorgungsgrad in Prozent (2021)
Friedrichshafen	104,4
Überlingen	107,7

Hausärztlicher Mittelbereich	Versorgungsgrad in Prozent (2025)
Friedrichshafen	105,9
Überlingen	109,3

In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ergibt sich gemäß den Versorgungsberichten der KV BW ein relativ stabiles Bild bezüglich der Anzahl der KV BW-Mitglieder. Die folgende Tabelle zeigt die Versorgungsgrade ausgewählter Facharztgruppen in den Jahren 2021 und 2025, jeweils zum Stand Oktober, im Bodenseekreis:

Facharztgruppe	Versorgungsgrad in Prozent (2021)	Versorgungsgrad in Prozent (2025)
Augenärztinnen und -ärzte	118,0	119,7
Chirurginnen und Chirurgen sowie Orthopädinnen und Orthopäden	183,3	181,9
Frauenärztinnen und -ärzte	144,4	147,9
HNO- Ärztinnen und -ärzte	133,9	130,6
Hautärztinnen und -ärzte	222,0	216,6
Nervenärztinnen und -ärzte	114,1	113,6
Psychotherapeutinnen und -therapeuten	143,0	139,7
Urologinnen und Urologen	145,7	143,8

In der kinder- und jugendärztlichen Versorgung besteht im Rahmen der letzten fünf Jahre die größte Differenz im Versorgungsgrad. Rechnerisch betrachtet ist dies dennoch weiterhin ein sehr hohes Versorgungsniveau. Die folgende Tabelle stellt die Versorgungsgrade im pädiatrischen Bereich in den Jahren 2021 und 2025, jeweils zum Stand Oktober, im Bodenseekreis dar:

Facharztgruppe	Versorgungsgrad in Prozent (2021)	Versorgungsgrad in Prozent (2025)
Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte	160,1	142,4

Ein positives Zeichen ist der relativ geringe Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte sowie der über 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im Bodenseekreis. Im Jahr 2025 ist dieser Anteil bei den Hausärztinnen und Hausärzten sowie bei den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten niedriger als der Durchschnitt in Baden-Württemberg. Insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin hat sich dieser Wert positiv entwickelt. Die nachfolgenden Tabellen zeigen den Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte sowie der über 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im Bodenseekreis sowie den landesweiten Durchschnittswert in den Jahren 2021 und 2025:

	Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte in Prozent (2021)	Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte in Prozent (2025)
Bodenseekreis	26	26
Baden-Württemberg	37	38

	Anteil der über 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten in Prozent (2021)	Anteil der über 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten in Prozent (2025)
Bodenseekreis	32	19
Baden-Württemberg	24	26

Insgesamt lässt sich für den Bodenseekreis eine sehr gute ambulante Versorgungslage feststellen. Mit der Überschreitung des Versorgungsgrads von 100 Prozent in allen Arztgruppen besteht im Bodenseekreis keine rechnerische Unterversorgung. Durch die Überschreitung der 110 Prozent-Grenze liegt bei einigen Facharztgruppen sogar eine rechnerische Überversorgung vor. Dementsprechend ist der Planungsbereich Bodenseekreis für die Niederlassung von allgemein fachärztlich tätigen KVBW-Mitgliedern gesperrt.

Die Mittelbereiche Friedrichshafen und Überlingen sind hingegen für weitere Niederlassungen im hausärztlichen Bereich partiell geöffnet. Anzumerken ist, dass die Sperrung der Niederlassungen in der hausärztlichen Versorgung erst bei der Überschreitung der 110 Prozent-Grenze erfolgt.

2. *Wie bewertet sie das Risiko einer funktionalen Schwächung einzelner Leistungsgruppen, wenn diese im Zuge von Umstrukturierungsmaßnahmen ohne die jeweils erforderlichen begleitenden Versorgungsdisziplinen weitergeführt werden sollen (zum Beispiel Kardiologie oder Intensivmedizin ohne Neurologie)?*
3. *Welche Leistungsgruppen gelten aus ihrer Sicht als funktional gekoppelt?*
4. *In welcher Weise wird diese funktionale Kopplung bei der Planung und Umsetzung von Strukturveränderungen im Krankenhausbereich berücksichtigt?*

Zu 2., 3., und 4.:

Die Ziffern 2, 3 und 4 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Mindestanforderungen an die Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen sowie der Anforderungsbereich der sogenannten „verwandten Leistungsgruppen“ werden durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVVG) bzw. perspektivisch durch das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) gesetzlich geregelt und ergeben sich aus § 135e Absatz 1 bis 4 SGB V sowie aus der entsprechenden Anlage 1 zu dieser Norm. In dieser Anlage werden je Leistungsgruppe die jeweils am Standort oder ggf. in Kooperation zu erbringenden verwandten Leistungsgruppen (LG) aufgeführt. Die Erfüllung dieser Anforderungen und die damit verbundenen Qualitätskriterien werden durch den Medizinischen Dienst (MD) überprüft und das Ergebnis im Rahmen der Leistungsgruppenzuweisungen berücksichtigt. Bei geplanten Strukturveränderungen von Krankenhausstandorten, wie zum Beispiel Leistungsverlagerungen, sind diese gesetzlichen Voraussetzungen und Anforderungen sowohl durch den Klinikträger als auch durch die Planungsbehörde, im Rahmen von Leistungsgruppenzuweisungen entsprechend zu berücksichtigen.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration sieht keine Anzeichen dafür, dass Umstrukturierungsmaßnahmen in Bezug auf die Vorhaltung einzelner Leistungsgruppen, die als verwandte Leistungsgruppen gekennzeichnet sind, zu nachteiligen Folgen führen könnten. Mit Bezug auf die genannten Beispiele sei ergänzt, dass die Erbringung der Leistungsgruppe 11 – Interventionelle Kardiologie – daran gekoppelt ist, dass am Standort die LG Allgemeine Innere Medizin und die LG Intensivmedizin mit der Qualitätsanforderung Komplex vorgehalten wird.

5. Auf welchen methodischen Grundlagen beruht die finale Zuweisung einzelner Leistungsgruppen zu bestimmten Krankenhausstandorten?
6. In welchem Umfang fließen Besonderheiten des Bodenseekreises – insbesondere die stark differenzierten Bevölkerungs- und Altersstruktur – in die planerischen Entscheidungen zur Verteilung von Leistungsgruppen ein?

Zu 5. und 6.:

Die Ziffern 5 und 6 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zur Umsetzung der Krankenhausvergütungsreform des Bundes (KHVVG bzw. perspektivisch KHAG) wird je Standort zunächst grundsätzlich das jetzige Leistungsspektrum bzw. der aktuelle Versorgungsauftrag in Leistungsgruppen übertragen. Besonderheiten in Einzelfällen finden dabei Berücksichtigung.

Grundvoraussetzung für die finale Zuweisung einzelner Leistungsgruppen ist die Erfüllung der jeweiligen Qualitätsvoraussetzungen am Krankenhausstandort.

Im Rahmen der Neukonzeptionierung der Krankenhausplanung Baden-Württembergs wird der zukünftige Bedarf i. S. v. erwartbaren Krankenhausfällen je Leistungsgruppe stärker als bisher berücksichtigt werden. Daher werden die demographische Entwicklung sowie Ambulantisierung bei der Prognose des zukünftig zu erwartenden stationären Versorgungsbedarfs einbezogen. Bei der Berücksichtigung der demographischen Entwicklung liegt der Fokus der Betrachtungsweise auf dem Behandlungsort, d. h. auf der tatsächlichen Inanspruchnahme der baden-württembergischen Krankenhäuser durch Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Wohnort. Für die Berechnung des demographisch bedingten Bedarfs wird dabei die durchschnittliche Bevölkerungsvorausberechnung Baden-Württembergs genutzt. Grund dafür ist, dass das Einzugsgebiet eines behandelnden Standortes grundsätzlich nicht aus einem, sondern aus mehreren Landkreisen besteht.

Ergänzend wird in diesem Zusammenhang auf das Ergebnis der aktuellen regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg verwiesen (Pressemitteilung 98/2025 vom 6. Mai 2025). Demnach wird sich das Durchschnittsalter des Bodenseekreises bis in das Jahr 2045 voraussichtlich nur um 0,4 Jahre zunehmen und damit den geringsten Altersanstieg aller Landkreise in Baden-Württemberg haben.

7. Nach welchen Kriterien erkennt das Ministerium eine „echte“ Doppelstruktur im Krankenhausbereich?
8. Wird bei Bereichen mit hoher Fallzahl, hoher Spezialisierung und besonderer Sicherheitsrelevanter Bedeutung (zum Beispiel Intensivmedizin, spezialisierte OP-Zentren) überhaupt von Doppelstrukturen ausgegangen oder gelten hier andere Maßstäbe?
9. Welche Kriterien werden herangezogen, um zwischen medizinisch notwendiger Redundanz und vermeidbarer Doppelstruktur zu unterscheiden?

Zu 7., 8. und 9.:

Die Ziffern 7, 8 und 9 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet

Für die Identifikation von eventuell vorhandenen Doppelstrukturen in der stationären Krankenhausversorgung gibt es kein spezifisches Standardverfahren oder allgemeingültige Maßstäbe. Jede etwaige Prüfung ist ein Einzelfall und abhängig von verschiedenen Faktoren. Diese Faktoren sind beispielsweise der Standort des betreffenden Versorgers, die Marktsituation und Mitbewerber, das Einzugsgebiet und das zur Verfügung stehende Versorgungsangebot. Eine Einschätzung muss

daher verschiedene Ausgangssituationen berücksichtigen. Eine planungsrechtliche Einordnung kann durch quantitative Analysen durch die zur Verfügung stehenden Daten, wie z. B. den Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntG, sowie durch qualitative Prüfungen und medizinische Bewertungen unterstützt werden. Mittels der Abrechnungsdaten können beispielsweise Fallzahlentwicklungen, Bettennutzungsgrade und Einzugsgebiete standortbezogen analysiert werden. Niedrige Auslastungszahlen, bei gleichzeitig überschneidenden Versorgungsangeboten und Einzugsgebieten von Klinikstandorten können darauf hindeuten, dass der Bedarf niedriger ist als die vorhandenen Kapazitäten, müssen aber immer im jeweiligen Kontext der Situation betrachtet und eingeordnet werden.

Unabhängig davon soll im Rahmen der Neukonzeption der Krankenhausplanung in Baden-Württemberg und im neuen Krankenhausplan festgelegt werden, dass auf der Ebene von Stadt- und Landkreis folgende grund- und regelversorgenden Leistungsgruppen mindestens einmal vorgehalten werden müssen: Allgemeine Innere Medizin (LG 1), Allgemeine Chirurgie (LG 14), Geburten (LG 42), Geriatrie (LG 56), Intensivmedizin (LG 64 – Ausprägung: Mindestvoraussetzung).

Lucha

Minister für Soziales, Gesundheit
und Integration

Investitionszuschüsse an Krankenhäuser und Tageskliniken im Bodenseekreis							Stand: 18.12.25		
	Jahre								
	2020 Land	2021 Land	2022 Land	2022 Bund	2023 Land	2023 Bund	2024 Land	2025 Land	Gesamt alle Jahre
Summen	2.963.180,12 €	2.544.136,72 €	4.282.907,98 €	3.924.388,74 €	3.419.349,74 €	1.870.047,21 €	5.017.266,37 €	6.472.643,68 €	30.493.920,56 €