



Judith Gerlach, MdL

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

Präsidentin des Bayerischen Landtags  
Frau Ilse Aigner, MdL  
Maximilianeum  
81627 München

**Telefon**  
089 95414-0

**Telefax**

**E-Mail**  
poststelle@stmgp.bayern.de

Ihr Zeichen  
P I-1312-2-4/232 G

Unser Zeichen  
G24e-K9000-2022/29-459

München,  
07.08.2024

Ihre Nachricht vom  
03.07.2024

Unsere Nachricht vom

Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Susanne Kurz (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Entwicklungsperspektiven des Klinikums Neuperlach aus Sicht der bayerischen Landeskrankenhausplanung

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

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

*1.1. Welche Leistungen sollen laut Landeskrankenhausplan 2024 am Klinikum Neuperlach dauerhaft und vollumfänglich erhalten werden (bitte in Textform mit Begründung erläutern)?*

*1.2. Welche Leistungen sollen laut Landeskrankenhausplan 2024 am Klinikum Neuperlach gestrichen werden, auch perspektivisch (bitte in Textform erläutern, begründen und Bedingungen für Streichung angeben)?*

*1.3. Welche Leistungen sollen laut Landeskrankenhausplan 2024 am Klinikum Neuperlach nur noch reduziert (beispielsweise ambulant) angeboten werden (bitte in Textform mit Begründung erläutern)?*

Die Fragen 1.1 bis 1.3 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die 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 freigemeinnütziger, privater und öffentlich-rechtlicher Träger in Bayern zu sichern. Hierbei wird auf die tatsächliche Inanspruchnahme der Krankenhäuser im Versorgungsgebiet abgestellt.

Das Klinikum Neuperlach ist derzeit mit 545 Betten und 55 Plätzen und den Fachrichtungen Chirurgie (CHI), Gynäkologie und Geburtshilfe (GUG), Innere Medizin (INN) und Hämodialyse (HD) im Krankenhausplan des Freistaates ausgewiesen. Nach den dem Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP) derzeit vorliegenden Überlegungen, beabsichtigt die München Klinik gGmbH als Träger des Klinikum Neuperlach das Krankenhaus nach Abschluss von trägerinternen Umstrukturierungsmaßnahmen mit 541 Betten und 85 Plätzen sowie den Fachrichtungen Chirurgie CHI, INN und HD zu betreiben. Die Konzentration der GUG am Klinikum Harlaching mit einer Aufgabe dieser Fachrichtung nach Fertigstellung der dortigen Baumaßnahmen am Klinikum Neuperlach war in der Sitzung des hierfür zuständigen Krankenhausplanungsausschusses wesentliche Entscheidungsgrundlage für den Bettenbedarf. Informationen über etwaige weitergehende Umstrukturierungsplanungen der München Klinik gGmbH liegen nicht vor.

*2.1. Wie soll die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im wachsenden Münchner Osten und Südosten sowie im Landkreis München nach den Plänen des Landeskrankenhausplans sichergestellt werden (Bitte Aussagen*

*treffen für die Münchner Stadtbezirke 14, 15 und 16 sowie den dort umliegenden Landkreis mit Blick auf die jeweilige Einwohnerzahl und deren demografische Struktur, bitte insbesondere auch auf Geburtshilfe eingehen)?*

Die Landeshauptstadt München ist nach Art. 9 Abs. 1 Satz 2 Gemeindeordnung (GO) i.V.m. Art. 51 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Landkreisordnung (LKrO) in den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit verpflichtet, die erforderlichen Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten und die Hebammenhilfe für die Bevölkerung sicherzustellen.

Die bayerische Krankenhauslandschaft ist seit geraumer Zeit in einem Prozess der Umstrukturierung. Bereits seit Jahren findet ein kontinuierlicher Strukturwandel statt, der zu einem Abbau stationärer Behandlungskapazitäten geführt hat. Die Gründe dafür sind neben dem Kostendruck durch das bundesrechtliche Vergütungssystem nach Fallpauschalen insbesondere die steigenden Anforderungen an die Qualitätssicherung und –weiterentwicklung sowie der medizinische Fortschritt, der insgesamt zu weniger und kürzeren Krankenhausaufenthalten führt, sowie nicht zuletzt das zunehmende Problem der Gewinnung ausreichenden und qualifizierten Personals. Die bundeseitig gesetzten Rahmenbedingungen zu Qualitätsvorgaben und zur Vergütung von Krankenhausleistungen werden in Zukunft tendenziell zu einer weiteren Zentralisierung in der Krankenhauslandschaft führen.

Ganz in diesem Sinne ist es für die Krankenhausträger unentbehrlich, die Standorte kontinuierlich weiterzuentwickeln und die richtigen Weichen für die Zukunft zu stellen. Die Entscheidung über den Erhalt von Krankenhausstandorten ist dabei, ebenso wie die Erarbeitung eines zukunftsweisenden medizinischen Konzepts, das Antworten auf diese Herausforderungen geben kann, grundsätzlich Aufgabe des Krankenhausträgers. Denn Krankenhäuser sind eigenständige Wirtschaftsunternehmen und keine nachgeordneten Behörden der Staatsverwaltung. Die Krankenhausträger nehmen ihre Verantwortung, eine bestmögliche und langfristig tragfähige Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen, sehr sorgfältig wahr.

*2.2. Wie soll die Aus- und Weiterbildung medizinischen Personals sowie Versorgung mit Lernmöglichkeiten ärztlicher Praxis im wachsenden Münchner Osten und Südosten sowie im München nach den Plänen des Landeskrankenhausplans sichergestellt werden (Bitte Aussagen treffen für Lehrberufe, Quereinstieg, (duale) Studienfächer und sonstige Bedarfe der Praxiszeit auf dem Weg zur Fachkraft im Medizinischen Bereich inkl. Arzt- und Hebammen-Beruf, bitte insbesondere auch auf die Geburtshilfe eingehen)?*

Das StMGP nimmt die schulaufsichtlich genehmigten Berufsfachschulen für Gesundheitsberufe nachrichtlich in den Krankenhausplan des Freistaates Bayern auf. Genauso wird die Funktion als Lehrkrankenhaus einer Universität ausgewiesen. Die aufgeworfene Frage kann demnach nur vom Träger der jeweiligen Bildungseinrichtung beantwortet werden.

*3.1. Wie kam es zur Planung des Endes der Lizenz für die Geburtsstation des Klinikums Neuperlach?*

*3.2. Wo wurde diese Entscheidung des Lizenzablaufs getroffen (bitte Gremium bzw. beteiligte Stellen angeben)?*

*3.3. Wann wurde diese Entscheidung des Lizenzablaufs getroffen (bitte zeitliche Abfolge der Vorgänge rund um den Lizenzablauf angeben)?*

Die Fragen 3.1 bis 3.3 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Über die internen Entscheidungsprozesse zur künftigen Konzentration der Fachrichtung GUG am Klinikum Harlaching liegen der Staatsregierung keine Erkenntnisse vor.

*4.1. Kann die Lizenz des Betriebs der Geburtsstation in Neuperlach auch dann über 2025 hinaus verlängert werden, wenn der Erweiterungsbau in Harlaching eröffnet ist und dort Kinder geboren wurden?*

*4.2. Falls ja, welche Voraussetzungen (wie beispielsweise der Beschluss des Münchner Stadtrats zum Betrieb des Kreißsaals Neuperlach bis 2028) müssen erfüllt sein, um einen Weiterbetrieb zu ermöglichen bzw. die Betriebslizenz zu verlängern?*

*4.3. Falls nein, wie sonst könnte der Stadtratsbeschluss des Münchner Stadtrats mit Weiterbetrieb des Kreißsaals bis 2028 im Landeskrankenhausplan abgebildet werden?*

Die Fragen 4.1 bis 4.3 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Wie zu Frage 2.1 ausgeführt, ist die Landeshauptstadt München zur Sicherstellung der stationären Versorgung verpflichtet. Die für die Förderung des Ersatzneubaus der München Klinik Harlaching entscheidungserhebliche Bedarfsfeststellung wurde antragsgemäß an die Bedingung geknüpft, dass die Geburtshilfe an der München Klinik Neuperlach aufgegeben wird. Sollte der Träger nun hiervon abweichend einen Weiterbetrieb der Geburtshilfe an der München Klinik Neuperlach anstreben, müsste der Bedarf an Planbetten der beiden Krankenhäuser überprüft werden. Der Träger müsste einen neuen Antrag stellen, der dann im Krankenhausplanungsausschuss des Freistaates beraten und entschieden würde. Welcher innerorganisatorischen Grundlagen ein solcher Antrag beim Träger bedarf, kann nur dort erfragt werden.

*5.1. Der Bayerische Landeskrankenhausplan bildet eine kommunale Grenzen übergreifende Gesamtplanung für den Freistaat ab, wie orientiert er sich an zukünftigen Bedarfen?*

Es wird auf die Vorbemerkungen des Krankenhausplans des Freistaates verwiesen, in denen die wesentlichen Faktoren der Krankenhausplanung, die die o. g. Grundsätze konkretisieren, dargestellt werden.

*5.2. Der Bayerische Landeskrankenhausplan hat die Gesamtversorgung der bayerischen Bevölkerung im Blick - wie ist die Notfallversorgung (höher als Stufe 1) im Einzugsgebiet des Klinikums Neuperlach in Zukunft nach Plänen der Staatsregierung abgesichert (bitte insbesondere auf aktuelle und künftige Fahrzeiten bei kardiologischen Notfällen eingehen. Dabei bitte*

*auch tabellarisch in Minuten Anfahrtszeiten jetzt/zukünftig für die Bevölkerung im Landkreis München, den Münchner Stadtbezirken 13, 14, 15 und 16 sowie an die angegebenen Gebiete angrenzender Raumeinheiten auf-führen)?*

In Bezug auf den Rettungsdienst ist klarzustellen, dass Rettungsdienststandorte unabhängig von Krankenhausstandorten räumlich ausgewählt werden. Nach Art. 5 Abs. 1 Satz 1 des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes (BayRDG) legen die Zweckverbände für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung (ZRF) die für die Sicherstellung des Rettungsdienstes notwendige Versorgungsstruktur für ihren Rettungsdienstbereich fest und bestimmen Standort und Anzahl der erforderlichen Rettungswachen und Stellplätze. Zentrale Planungsgröße in der Notfallrettung ist hierbei die Zwölf-Minuten-Frist. Nach § 2 Abs. 1 Satz 3 der Verordnung zur Ausführung des bayerischen Rettungsdienstgesetzes (AVBayRDG) sind Standort, Anzahl und Ausstattung der Rettungswachen und Stellplätze so zu bemessen, dass Notfälle im Versorgungsbereich einer Rettungswache in der Regel spätestens zwölf Minuten nach dem Ausrücken eines qualifizierten Rettungsmittels erreicht werden. Der Wegfall von Krankenhausstandorten führt daher nicht zu einem Wegfall von Rettungswachen und Stellplätzen.

Im Sinne einer hochwertigen Patientenversorgung ist es jedoch unabdingbar, dass der Rettungsdienst in einer angemessenen Zeit eine Klinik mit einer bestimmten Versorgungsstufe erreicht. Hierbei wird nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zwischen einer Basisnotfallversorgung, einer erweiterten und einer umfassenden Notfallversorgung unterschieden. Insbesondere im Falle von sog. Tracerdiagnosen (schwere Erkrankungs- und Verletzungsbilder wie im EKG gesicherter Herzinfarkt, Polytrauma, akuter Schlaganfall und schweres Schädel-Hirn-Trauma) ist für den Rettungsdienst die schnelle Erreichbarkeit einer Klinik mit einer mindestens erweiterten Notfallversorgung anzustreben.

Gleichwohl wirken sich Veränderungen von Klinikstandorten bzw. der dort angebotenen Leistungen auf die Transport- und somit Bindungszeiten von Rettungsmitteln aus, welche sich ggf. deutlich verlängern und damit die Verfügbarkeit von Rettungsmitteln für weitere Patientinnen und Patienten reduzieren. Die bekannten Projekte des StMI wie die Erprobung des Rettungseinsatzfahrzeugs und die kürzlich vollzogene Vernetzung der Integrierten Leitstellen mit den Vermittlungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zur Entlastung des Rettungsdienstes bei minderschweren Erkrankungs- und Verletzungsmustern werden daher weiter an Bedeutung gewinnen.

Das StMI hat darüber hinaus gemeinsam mit den in Bayern tätigen Sozialversicherungsträgern das Institut für Notfallrettung und Medizinmanagement (INM) mit der Fortführung des sog. TRUST-Projekts mit Verlängerungsoption bis März 2030 beauftragt. Die Trend- und Strukturanalysen im Rahmen des TRUST-Projekts ermöglichen es den ZRF als den Aufgabenträgern des Rettungsdienstes, auf einer deutschlandweit einmaligen Datengrundlage Entscheidungen über eine bedarfsgerechte Vorhaltung an Rettungsmitteln zu treffen. Das INM hat dabei die Möglichkeit, Auswirkungen von Veränderungen in der Krankenhauslandschaft auf das rettungsdienstliche Geschehen zu simulieren. Dies ermöglicht es dem ZRF, in der Übergangszeit bis zur Umsetzung möglicher Veränderungen in der Krankenhauslandschaft die rettungsdienstlichen Strukturen bei Bedarf anzupassen.

*5.2. Da das Klinikum Neuperlach bis 2018 für knapp 8 Millionen mit Zuschüssen des Freistaats modernisiert und 2021 für 21 Millionen Euro ebenfalls mit Zuschüssen des Freistaats erweitert, modernisiert wurde und sich laut eigener Aussage des Klinikums auf dessen Homepage in einem guten Zustand befindet, wie bewertet die Staatsregierung, dass das Klinikum Neuperlach in Zukunft trotz dieser Investitionen nur noch die Basisnotfallversorgung der Stufe 1 anbieten soll?*

Die München Klinik Neuperlach hat in den vergangenen 20 Jahren (Zeitraum 2004 bis einschließlich 2023) Krankenhausförderleistungen in Höhe von insgesamt rd. 99,1 Mio. Euro für notwendige Investitionen erhalten. Davon entfielen rd. 53,1 Mio. Euro auf Bauinvestitionen. Inwieweit sich vom Krankenhausträger beabsichtigte strukturelle Veränderungen auf geförderte Investitionen auswirken, ist derzeit nicht absehbar. Förderrechtliche Konsequenzen wären nur zu prüfen, wenn geförderte Anlagegüter nicht mehr akutstationär genutzt würden.

*6.1. Ist vor dem Hintergrund, dass die Hebammen des Kreißsaalteams Neuperlach für eine familienfreundliche Festanstellung auch in Zukunft und auch für neue Kolleginnen kämpfen, ein hybrides System (angestellte und freiberufliche Hebammen) am neuen Standort in Harlaching nach Einschätzung der Staatsregierung umsetzbar?*

Die Organisation des Personals des Kreißsaals ist Aufgabe des Trägers eines Krankenhauses.

Nach Erkenntnis des StMGP gehen viele Hebammen aufgrund der flexibleren Arbeitsgestaltung und besseren Verdienstmöglichkeiten freiwillig in die Freiberuflichkeit. Ein Großteil der Kliniken in Bayern arbeitet mit Beleghebammen. Es kann daher nicht pauschal beurteilt werden, was für die einzelne Hebamme oder die jeweilige Klinik das bessere System ist. Wichtig sollte jedem Arbeitgeber allerdings sein, dass die Hebammen sich wertgeschätzt fühlen und ihre Tätigkeit gerne ausüben.

*6.2. Ist vor dem Hintergrund, dass die Hebammen des Kreißsaalteams Neuperlach für ein familienfreundliches Feststellungsmodell auch in Zukunft und auch für neue Kolleginnen kämpfen, ein hybrides System mit angestellten und freiberuflichen Hebammen der Staatsregierung als Betriebsmodell an einem Klinikum in Deutschland bekannt?*

Ein solches ist nicht bekannt. In den anderen Ländern sind überwiegend angestellte Hebammen in Kliniken.

*6.3. Sollen laut Landeskrankenhausplan bisher nicht am Klinikum Neuperlach angebotene Leistungen in Zukunft im Klinikum Neuperlach neu angeboten werden (bitte erläutern und falls ja jeweilige angeben)?*

Dem StMGP als Krankenhausplanungsbehörde sind keine Überlegungen der München Kliniken gGmbH bekannt, zusätzliche Leistungen in Neuperlach anzubieten; entsprechender Bedarf wird bei Antragstellung des Trägers zu prüfen sein.

*7.1 Wie kann der Freistaat das Klinikum Neuperlach bzw. die MÜK unterstützen, ambulante und/oder Bereitschaftspraxis-Angebote und/oder sonstige Angebote zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung im nicht-stationären klinischen, aber auch im kassenärztlichen Bereich am Klinikum Neuperlach bzw. in Kooperation mit diesem zu schaffen?*

Investitionen, die nicht der akutstationären Versorgung dienen, können nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert werden. Außerdem erfolgt seitens des StMGP keine Unterstützung von Krankenhausträgern zum Auf- oder Ausbau von ambulanten ärztlichen Angeboten bzw. dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst.

Es wird darauf hingewiesen, dass nach dem aktuellen Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) künftig Krankenhäuser zu sektorenübergreifenden Versorgern bestimmt werden können, die wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden sollen. Zudem sollen den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen weiterreichendere Möglichkeit als bisher eingeräumt werden, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Der Ausgang des aktuell laufenden Gesetzgebungsverfahrens bleibt abzuwarten; zuletzt hat der Bundesrat mit Beschluss vom 05.07.2024 zum Entwurf des Bundeskabinetts Stellung genommen.

Zugleich wird derzeit der Entwurf eines Notfallgesetzes (NotfallG) beraten, welcher u. a. die Etablierung von sog. „Integrierten Notfallzentren“ (INZ), bestehend aus einer stationären Notaufnahme, einer vertragsärztlichen

Notdienstpraxis in unmittelbarer räumlicher Nähe sowie einer zentralen Ersteinschätzungsstelle zur Patientensteuerung vorsieht. Vorgesehen ist eine Kooperation der Krankenhäuser, die als INZ-Standort bestimmt sind, mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen. Auch hier bleibt der weitere Gang des Gesetzgebungsverfahrens abzuwarten; das Bundeskabinett hat am 17.07.2024 über den Entwurf beschlossen.

*8.1. Wird die Staatsregierung bzw. das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Regionalkonferenzen mit Bezug zur Krankenhausplanung und Gesundheitsversorgung anbieten, ähnlich wie andere Bundesländer dies bereits tun und wie es auf der Veranstaltung „Die Krankenhausreform von den Menschen her denken – für gute Arbeit und eine gute Versorgung“ der BKG und ver.di am 17. April 2024 in Haar der Amtschef des Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP), Herr Dr. Brechmann, in der Podiumsdiskussion angekündigt hat (falls ja, bitte tabellarisch Zeithorizonte bzw. bereits bekannte Termine mit Ort der jeweiligen Regionalkonferenzen angeben und Ausgestaltung dieser Regionalkonferenzen erläutern, insbesondere mit Blick auf die in den jeweiligen Planungsregionen jeweils einbezogenen Institutionen, Kliniken, Verbände sowie weiterer Organisationen und Personen, falls nein, Gründe anführen, die dagegen sprechen)?*

Mit Blick auf die regionalspezifischen Besonderheiten sollten die Umstrukturierungsüberlegungen in kleinen zugeschnittenen, passgenauen Versorgungsregionen erfolgen. Dazu können sich die Träger z. B. in regionalen Konferenzen über die vorhandenen Angebote der einzelnen Träger und beabsichtigte Veränderungen unter Zugrundelegung des regionalen Versorgungsbedarfs austauschen. Ziel ist dabei, den stationären Versorgungsbedarf sicherzustellen. Zudem sollen durch gezielte Leistungsabsprachen Synergieeffekte stärker genutzt werden. Die Sicherstellungsverpflichtung obliegt nach den Kommunalgesetzen des Freistaates Bayern den Kommunen. Die Krankenhausplanungsbehörde unterstützt und begleitet die Veränderungsprozesse vor Ort und stellt den Krankenhausträgern dabei ihre Fachexpertise zur Verfügung.

Zur Unterstützung der Klinikträger bei den erforderlichen strukturellen Anpassungen hat der Freistaat Bayern ein Förderprogramm über insgesamt 100 Mio. EUR (in den Jahren 2024 bis 2028) aufgelegt. In dessen Rahmen können u.a. regionale Strukturgutachten und Umsetzungskonzepte von kleineren Kliniken im ländlichen Raum gefördert werden. Dies ist insbesondere deshalb sinnvoll, weil die Verantwortung für die strukturellen Anpassungsprozesse in den akutstationären Versorgungsstrukturen bei den Klinikträgern liegt.

*8.2. Wie unterscheidet und entscheidet die Staatsregierung bzw. das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Krankenhausplanung und Bedarfe im Spannungsfeld von Fallzahlen (stationär/ambulant) und tatsächlichem Bedarf (beispielsweise Personen, die sich nicht in ein Klinikum begeben, aber dies müssten, oder Personen, die Klinika nutzen, ohne dass Bedarf gegeben wäre - bitte alle zur konkreten Krankenhausbedarfsplanung verwendeten Parameter tabellarisch darstellen und deren Verwendung wissenschaftlich in der Tabelle begründen.)?*

Personen, die sich trotz Bedarf nicht in ein Klinikum begeben, können nicht erfasst und berücksichtigt werden. Demgegenüber sind die Kostenträger mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassenverbände dafür zuständig, die Behandlungsfälle ohne Bedarf zu identifizieren und im Rahmen einer Qualitätskontrolle dafür zu sorgen, dass nur die Fälle behandelt bzw. abgerechnet werden, für die ein stationärer Versorgungsbedarf gesehen wird.

*8.3. Ist nach dem Entzug einer Lizenz/Genehmigung ein Weiterbetrieb erneut möglich, wenn die Neu-Genehmigung/Neu-Lizenzierung (der Weiterbetrieb) beantragt würde (bitte angeben mit Blick auf einen möglichen Weiterbetrieb der Geburtshilfe Neuperlach mit bzw. ohne Gynäkologie, bitte Folgen einer Korrektur bereits getroffener Entscheidungen erläutern)?*

Der Krankenhausträger kann – soweit er einen zusätzlichen Bedarf nachweisen kann – jederzeit die Feststellung der Fachrichtung für ein Krankenhaus beantragen. Über diesen Antrag hat dann der Krankenhausplanungsausschuss zu beraten und entscheiden. Grundsätzlich ergeht die Feststellung jeweils unter dem Vorbehalt der laufenden Überprüfung der Bedarfsnotwendigkeit und -gerechtigkeit und schließt ggf. in Zukunft erforderlich werdende Änderungen, die sich aus der Bedarfsentwicklung ergeben können, nicht aus (Art. 3 und 5 BayKrG sowie Teil I, Ziffer 3.1.2 des Krankenhausplans des Freistaates Bayern).

Mit freundlichen Grüßen

Gez.  
Judith Gerlach, MdL  
Staatsministerin