

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Evelyn Schötz, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke – Drucksache 21/7211 –

Krankenhausschließungen und medizinische Versorgung im ländlichen Raum in Bayern

Vorbemerkung der Fragesteller

Die stationäre medizinische Versorgung in Deutschland befindet sich seit Jahren in einem tiefgreifenden Strukturwandel. In den letzten 35 Jahren hat sich die Anzahl der Krankenhäuser um mehr als 20 Prozent verringert (vgl. Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2024, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html). Gleichzeitig ist die Anzahl privater Krankenhäuser gestiegen, sodass mittlerweile rund 40 Prozent der Krankenhäuser in privater Hand sind (ebd.). Der Abbau der stationären Versorgung betrifft insbesondere kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum. Hier kommt es vermehrt zu Schließungen von Abteilungen oder ganzen Krankenhäusern, Standortzusammenlegungen und zum Abbau medizinischer Angebote. Diese Entwicklungen können erhebliche Auswirkungen auf die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen, die Notfallversorgung sowie auf spezialisierte Versorgungsbereiche wie die Geburtshilfe und den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen haben. Die Zahl der Kreißsäle hat sich in den letzten 35 Jahren halbiert. Während im Jahr 1991 noch fast die Hälfte aller Krankenhäuser eine Geburtshilfe anboten, waren es im Jahr 2023 weniger als ein Drittel (Schulz, J. u. Valentukeviciute, L.: Kahlschlag in der Krankenhauslandschaft: Wie Schließungen und Privatisierung die medizinische Versorgung verschlechtern und was wir dagegen tun können, Rosa-Luxemburg-Stiftung, Oktober 2024, S. 41).

Bayern ist als größtes Bundesland geprägt von Disparitäten zwischen Stadt und erweiterten ländlichen Landkreisen, die die Fahrzeiten deutlich verlängern. Die sich aktuell in der Umsetzung befindliche Krankenhausreform hat weitere Zentralisierung und Spezialisierung zum Ziel und wird so weitere Krankenhausschließungen bewirken (www.deutschlandfunk.de/ministerin-war-ken-cdu-klinikschliessungen-trotz-anpassung-der-krankenhausreform-104.html). Nach Ansicht der Fragestellenden steht die Bundesregierung jedoch in der Verantwortung, eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen und Ungleichheiten zwischen städtischem und ländlichem Raum nicht weiter zu verschärfen. Mit dieser Kleinen Anfrage soll die zahlenmäßige Entwicklung von Krankenhausschließungen, die Erreichbarkeit stationärer Versorgung im ländlichen Raum und die Auswirkungen auf spezialisierte Versorgungsbereiche wie die Geburtshilfe und den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen untersucht werden.

närer Versorgung sowie die Versorgungslage im Bereich Geburtshilfe und Schwangerschaftsabbrüche in Bayern erfragt werden.

1. Wie viele Krankenhäuser in Bayern wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren geschlossen, zusammengelegt oder in ihrer Versorgungsstufe herabgestuft (bitte nach Jahren sowie den Kategorien „Landkreis“ und „kreisfreie Stadt“ aufschlüsseln und nach den Trägerschaften privat, öffentlich, freigemeinnützig, differenzieren)?
2. Wie viele Krankenhausbetten je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern standen in Bayern nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren zur Verfügung, und wie stellt sich dieser Wert im Vergleich zum Bundesdurchschnitt dar (bitte nach Jahren sowie den Kategorien „Landkreis“ und „kreisfreie Stadt“ aufschlüsseln)?
3. Wie viele der in Bayern erfolgten Krankenhausschließungen betrafen nach Kenntnis der Bundesregierung Standorte im ländlichen Raum, und wie definiert die Bundesregierung in diesem Zusammenhang „ländlichen Raum“?

Die Fragen 1 bis 3 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten stationären Versorgung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern ist Aufgabe der Länder. Zu diesem Zweck erstellt jedes Land einen Krankenhausplan und entscheidet damit über die Anzahl der erforderlichen Krankenhäuser. In ihren Krankenhausplänen haben die Länder die Versorgungsangebote im stationären Bereich unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Versorgungsbedarfs und des demografischen Wandels in den einzelnen Regionen angemessen weiterzuentwickeln.

Die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes erfasst allgemein die Anzahl der Einrichtungen sowie die Anzahl der aufgestellten Betten, einsehbar in der Tabelle der beigefügten Anlage 1*. Ob die Veränderung der Zahl der Einrichtungen aufgrund von Schließungen oder Fusionen erfolgt, kann hierbei nicht unterschieden werden. Ergebnisse unterhalb der Landesebene liegen dem Statistischen Bundesamt nicht vor. Das gilt für alle Fragen unterhalb der Landesebene und wird im Folgenden nicht wiederholt.

4. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um zu gewährleisten, dass der Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsgerechte stationäre Krankenhausversorgung erfüllt wird, und welche Maßnahmen stehen der Bundesregierung zur Verfügung, wenn die Krankenhausplanung der Länder keine flächendeckende, bedarfsgerechte Versorgung sicherstellt?
5. Welche Einschätzungen und Daten bildeten die Grundlage dafür, dass die Bundesministerin für Gesundheit, Nina Warken, Krankenhausschließungen, Krankenhauszusammenlegungen und eine Reduktion der Anzahl der Krankenhäuser als Zielsetzung der Krankenhausreform formuliert (www.zeit.de/politik/deutschland/2025-10/krankenhausreform-aenderung-nina-warken-gesundheitsministerin-bundesregierung)?
 - a) Welche Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung erwartet die Bundesregierung durch die Krankenhausschließungen infolge der Krankenhausreform?

* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 21/7631 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

- b) Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um sicherzustellen, dass aufgrund von Krankenhausschließungen entstandene Versorgungslücken, insbesondere auch bei der Notfallversorgung, geschlossen werden?

Die Fragen 4 und 5 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hat mit der Krankenhausreform umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen umgesetzt sowie bundesgesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen, damit in Deutschland auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gewährleistet werden kann.

Zentraler Bestandteil der Reform ist zunächst die Einführung einer Vorhaltevergütung – damit soll die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert werden. Hiervon profitieren auch Krankenhäuser im ländlichen Raum.

Zur Stärkung der Qualität der medizinischen Versorgung werden Leistungen der Krankenhausbehandlung in Leistungsgruppen eingeteilt, für die jeweils Qualitätskriterien gelten. Die Leistungsgruppen werden den Krankenhäusern durch die zuständigen Landesbehörden zugewiesen, wenn sie die maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllen. Die Zuweisung der Leistungsgruppen ist Voraussetzung für den Erhalt der Vorhaltevergütung. Zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung gelten hinsichtlich der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen bestimmte Ausnahmeregelungen im Rahmen der Leistungsgruppenzuweisung und Kooperationsmöglichkeiten, die den Ländern die Möglichkeit einräumen, auch im ländlichen Raum Strukturen während des Transformationsprozesses, aber auch dauerhaft, zu sichern.

Die Belange von ländlichen und strukturschwächeren Räumen wurden im Rahmen der Krankenhausreform im Übrigen dadurch berücksichtigt, dass die Zuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum um 25 Prozent erhöht wurden. Die Sicherstellungszuschläge für bedarfsnotwendige defizitäre Krankenhäuser im ländlichen Raum bleiben erhalten. Zudem erhalten die Länder die Möglichkeit, ländliche Krankenhäuser finanziell besonders zu unterstützen, indem sie im Rahmen der Leistungsgruppenzuweisung Planfallzahlen für die Vorhaltevergütung vorgeben. Im Rahmen der Vorhaltevergütung erhalten bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser zudem mit der sogenannten Sockelfinanzierung eine weitere finanzielle Verbesserung, indem unter bestimmten Bedingungen eine höhere Fallzahl als die tatsächliche Fallzahl bei der Ermittlung der Vorhaltevergütung zugrunde gelegt wird.

Im Ergebnis sollen durch die Förderung von Spezialisierungen die Patientinnen und Patienten von einer höheren Behandlungsqualität profitieren. Die Reform zielt darauf ab, den Zugang zu spezialisierten Behandlungen zu verbessern, ohne die Erreichbarkeit der Grundversorgung zu beeinträchtigen. Dabei ist es auch weiterhin die Aufgabe der Länder, im Rahmen ihrer Krankenhausplanung darauf zu achten, dass eine flächendeckende Versorgung gewährleistet bleibt.

6. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Auswirkungen von Krankenhausschließungen in Bayern auf die Notfallversorgung und Rettungsdienstzeiten vor?
7. Auf der Grundlage welcher Zahlen, Studien und Einschätzungen formulierte die Bundesgesundheitsministerin, die Gesundheitsversorgung in Deutschland sei „gut erreichbar“ (www.zeit.de/politik/deutschland/2025-10/krankenhausreform-aenderung-warken-gesundheitsministerin-bundesregierung)?
8. Wurden in Orten und Landkreisen, wo Krankenhäuser geschlossen wurden (z. B. in Weilheim-Schongau, Roding, Tirschenreuth), die Rettungsdienstkapazitäten dementsprechend aufgestockt?

Die Fragen 6 bis 8 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Krankenhausplanung liegt in der Verantwortung der Länder. Dies gilt gleichermaßen für die Rettungsdienstbedarfsplanung, für welche die Länder die organisatorische und planerische Hoheit innehaben. Fragen zu Anpassungen der Kapazitäten unterhalb der Landesebene sind entsprechend an die in Bayern zuständigen Behörden zu richten. Der Bundesregierung liegen dazu keine Erkenntnisse vor.

9. Wie viele geburtshilfliche Abteilungen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in Bayern seit 2010 geschlossen (bitte nach Jahren und Regionen sowie den Kategorien „Landkreis“ und „kreisfreie Stadt“ aufschlüsseln)?
10. Wie viele Landkreise und kreisfreie Städte in Bayern verfügen nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell über keine geburtshilfliche Abteilung?

Die Fragen 9 und 10 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Informationen über einzelne Schließungen liegen der Bundesregierung nicht vor; es können lediglich Entwicklungen abgebildet werden. Es wird auf die entsprechende Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes verwiesen, einsehbar in der Tabelle der beigefügten Anlage 2*.

Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Fragen 1 bis 3 verwiesen.

11. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Erreichbarkeit der Geburtshilfe in Bayern vom Wohnort aus und deren Entwicklung?

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2019 in Auftrag gegebenen Gutachtens zur stationären Hebammenversorgung wurden für die Erreichbarkeit der nächstgelegenen Geburtshilfe in Deutschland Erreichbarkeitsanalysen mit zwei unterschiedlichen Geschwindigkeitsmodellen (KBV-Geschwindigkeitsmodell und VRP-Geschwindigkeitsmodell) durchgeführt, vgl. Kapitel 2.2. und 5.2 des IGES-Gutachtens zur stationären Hebammenversorgung, abrufbar unter www.iges.com/sites/igesgruppe/iges/content/e2622/e2634/e8244/e8616/e8617/e8619/attr_objs8621/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf. Bei Zugrundelegung des KBV-Geschwindigkeitsmo-

* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 21/7631 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

dells beträgt die durchschnittliche Fahrzeit zur nächsten Geburtsklinik in Deutschland 17,6 Minuten bei einer durchschnittlichen Entfernung von 10,6 Kilometern. Unter Zugrundelegung eines Geschwindigkeitsmodells aus der Verkehrs- und Raumplanung mit höheren Durchschnittsgeschwindigkeiten („VRP-Geschwindigkeitsmodell“) sinken die Fahrzeiten bis zum nächstgelegenen Klinikstandort deutlich. Demnach beträgt die durchschnittliche Fahrzeit zur nächsten Geburtsklinik in Deutschland 10,2 Minuten bei einer durchschnittlichen Entfernung von 9,0 Kilometern.

Neuere Erkenntnisse liefert der Krankenhausatlas des Statistischen Bundesamtes (vgl. www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Visualisiert/krankenhausatlas.html).

12. Wie viele Kliniken in Bayern boten nach Kenntnis der Bundesregierung im Jahr 2025 Schwangerschaftsabbrüche an, und wie stellt sich diese Zahl im Vergleich zu den Jahren 2015 und 2020 dar?

Die Zahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche in Bayern in den o. g. Jahren kann der entsprechenden Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes entnommen werden, einsehbar in der Tabelle der beigegeführten Anlage 3*. Die Zahl der Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, wird statistisch nicht erfasst. Die Zahl der Meldestellen gemäß § 18 Absatz 1 Satz 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) lässt keine Rückschlüsse auf die Anzahl der Kliniken zu.

Nach § 13 Absatz 2 SchKG ist es Aufgabe der Länder, ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen und den ungehinderten Zugang zu diesen sicherzustellen. Die Bundesärztekammer führt nach § 13 Absatz 5 SchKG für den Bund eine Liste der Ärztinnen und Ärzte sowie der Krankenhäuser und Einrichtungen, die ihr mitgeteilt haben, dass sie Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 bis 3 Strafgesetzbuch (StGB) durchführen. Die Liste ist auf der Internetseite der Bundesärztekammer abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/schwangerschaftsabbruch. Die Bundesärztekammer stellt die Liste zudem dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben und den Ländern zur Verfügung. Die Eintragung in diese Liste ist freiwillig, sodass die Liste nicht vollständig ist. Zusätzlich erfasst sie neben Kliniken auch Ärztinnen und Ärzte sowie andere Einrichtungen.

13. Welche durchschnittlichen Wegstrecken bzw. Fahrzeiten müssen Frauen in Bayern nach Kenntnis der Bundesregierung für einen Schwangerschaftsabbruch zurücklegen (bitte regionale Unterschiede darstellen)?
14. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zu regionalen Versorgungsengpässen im Bereich Schwangerschaftsabbrüche in Bayern vor?

Die Fragen 13 und 14 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Innerhalb des so genannten ELSA-Projektes „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung“ (vgl. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/elsa) wurden in einer Erreichbarkeitsanalyse auf Grundlage von selbst ermittelten Adressen von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch Berechnungen angestellt über den

* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 21/7631 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

Anteil der gesamten Bevölkerung eines Bundeslandes, die mehr als 40 Minuten mit dem Auto von der nächsten Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch entfernt sind. Für Bayern wurde ein Bevölkerungsanteil von 19,2 Prozent ermittelt. Die Auswertungen zeigen, dass in Bayern eine starke Konzentration auf einzelne Einrichtungen (Meldestellen) stattfindet. Der Studie zufolge fanden 76,9 Prozent der Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2020 in Bayern in sogenannten „großen Meldestellen“ statt, in denen mehr als 250 Abbrüche im Jahr erfolgten. Weitere Daten sind dem Abschlussbericht der Studie zu entnehmen, abrufbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/elsa.

15. Welche Rolle spielen nach Kenntnis der Bundesregierung wirtschaftliche Gründe, Personalmangel oder Vorgaben der Krankenhausplanung als Ursache von Krankenhausschließungen in Bayern?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Fragen 1 bis 3 verwiesen.

16. Inwiefern ist die Aussage der Bundesgesundheitsministerin „Es werden künftig die Kliniken am Netz bleiben, die auch wirtschaftlich arbeiten können“ (www.zeit.de/politik/deutschland/2025-10/krankenhausreform-aenderung-warken-gesundheitsministerin-bundesregierung) so zu verstehen, dass die Bundesregierung der Auffassung ist, dass bedarfsnotwendige Krankenhäuser dann geschlossen werden sollen, wenn sie aufgrund des aktuellen Finanzierungssystems nicht wirtschaftlich arbeiten können?

Durch eine mit der Krankenhausreform angestrebte stärkere Konzentration in der Krankenhausversorgung soll einerseits eine größere Spezialisierung und damit eine Verbesserung der Behandlungsqualität erreicht und andererseits die wirtschaftliche Sicherung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser gewährleistet werden. Dabei werden zum Beispiel im Rahmen von Zusammenschlüssen auch Krankenhäuser schließen. Die bestehenden Sicherstellungszuschläge sowie die Zuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum, die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) um 25 Prozent erhöht worden sind, dienen dazu, die Schließung von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern zu verhindern. Die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten stationären Versorgung bleibt im Übrigen Aufgabe der Länder.

17. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über den aktuellen Stand der Zuteilung von Leistungsgruppen an die Krankenhausträger in Bayern und die Folgen der Zuteilung für die Anzahl von Krankenhausstandorten?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Fragen 1 bis 3 verwiesen. Die Bundesregierung hat keine Kenntnis über den aktuell in Bayern bestehenden Umsetzungsstand der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Krankenhausfinanzierungsgesetz durch die zuständigen Landesbehörden.

18. Welche Maßnahmen sieht die Bundesregierung vor, um eine flächendeckende stationäre Versorgung sowie den Zugang zu Geburtshilfe und Schwangerschaftsabbrüchen in Bayern dauerhaft sicherzustellen?

Die Sicherstellung der flächendeckenden stationären Versorgung liegt in der Planungshoheit der Länder. Unabhängig davon ist anzumerken, dass Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Geburtshilfe oder einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe seit dem Jahr 2023 jährlich zusätzlich 120 Mio. Euro erhalten. Die Länder verteilen die Mittel, um Geburtshilfestandorte nach bestimmten Kriterien zu fördern. Diese finanzielle Förderung wurde mit dem KHVVG verstetigt und wird fortgeführt. Ab dem Jahr 2028 erfolgt die Verteilung des Förderbetrags mit der Einführung der Vorhaltevergütung und der neuen Leistungsgruppensystematik gezielt an diejenigen Krankenhäuser, denen die Länder eine geburtshilfliche Leistungsgruppe zugewiesen haben. Die Festlegung, welche Leistungsgruppen dem geburtshilflichen Bereich zugeordnet sind, hat der Gesetzgeber den Vertragsparteien auf Bundesebene übertragen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Geburtshilfe oder einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe von der Förderung für Krankenhäuser im ländlichen Raum profitieren können. Jedes Krankenhaus, das die Vorgaben für den Erhalt eines Sicherstellungszuschlags nach § 136c Absatz 3 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt, erhält – auch ohne Vorhandensein eines Defizits – 500.000 Euro pro Jahr. Hält ein Krankenhaus mehr als zwei der basisversorgungsrelevanten Fachabteilungen vor und erfüllt die für die jeweiligen Leistungsbereiche vorgesehenen Kriterien, erhält es je weiterer basisversorgungsrelevanter Fachabteilung zusätzlich 250.000 Euro pro Jahr.

19. Welche Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds wurden in den Jahren 2016 bis 2025 für Vorhaben in Bayern bewilligt (bitte nach geförderten Vorhaben, Fördertatbeständen, Antragstellenden, Zeiträumen, Höhe der Mittel, Ergebnis aufschlüsseln)?

Nach Kenntnis der Bundesregierung wurden in Bayern im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds I nach § 12 KHG insgesamt fünf Konzentrationsvorhaben mit einem Gesamtfördervolumen von 76.864.269,69 Euro bewilligt. Die Bewilligungen erfolgten überwiegend im Jahr 2017. Zwei dieser fünf Vorhaben sind noch nicht abgeschlossen.

Nach Kenntnis der Bundesregierung wurden in Bayern im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds II nach § 12a KHG insgesamt 25 Vorhaben mit einem Gesamtfördervolumen von 124.962.485,80 Euro bewilligt. Die Bewilligungen erfolgten in den Jahren 2020 bis 2025 und umfassen 13 Vorhaben zur Verbesserung der Informationssicherheit, sieben Vorhaben zur Schaffung von Ausbildungskapazitäten, vier Konzentrationsvorhaben und ein Umwandlungsvorhaben. Der überwiegende Teil der Vorhaben ist noch nicht abgeschlossen.

Krankenhäuser und aufgestellte Bettenabsolut und je 100 000 Einwohner in Krankenhäusern in Bayern und Deutschland nach Jahren

Merkmale	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bayern											
Krankenhäuser (Anzahl)	364	360	357	354	354	347	353	351	353	352	347
Aufgestellte Betten	75 907	76 000	76 128	76 265	76 226	75 934	76 031	75 423	75 098	74 565	73 846
Krankenhäuser je 100 000 Einwohner	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6
Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner	600,2	595,3	590,7	588,3	584,7	579,6	579,0	573,2	577,5	567,4	558,9
Deutschland											
Krankenhäuser (Anzahl)	1 980	1 956	1 951	1 942	1 925	1 914	1 903	1 887	1 893	1 874	1 841
Aufgestellte Betten	500 680	499 351	498 718	497 182	498 192	494 326	487 783	483 606	480 382	476 924	472 851
Krankenhäuser je 100 000 Einwohner	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2
Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner	618,3	611,3	605,6	601,5	600,9	594,9	586,6	581,3	582,1	572,6	566,2

Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser, Statistisches Bundesamt (Destatis), 2026.

Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und dort aufgestellte Betten absolut in Krankenhäusern in Bayern und Deutschland nach Jahren

Fachabteilungen gem. KHStatV (bis 2017)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Hauptfachabteilung gem. § 301 SGB V (ab 2018)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bayern																
Anzahl Fachabteilungen																
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	154	151	149	145	142	139	138	136	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	136	132	132	127	125	122	121
darunter:									Geburtshilfe	11	12	11	10	11	10	10
Frauenheilkunde	54	58	58	58	59	59	60	59								
Geburtshilfe	35	35	35	36	34	33	32	32								
Anzahl Aufgestellte Betten																
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5 061	4 920	4 837	4 614	4 501	4 465	4 447	4 350	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4 018	3 908	3 851	3 785	3 667	3 519	3 554
darunter:									Geburtshilfe	261	279	264	294	342	330	255
Frauenheilkunde	850	864	898	809	784	789	804	784								
Geburtshilfe	620	634	631	605	614	646	662	654								
Deutschland																
Anzahl Fachabteilungen																
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	925	903	888	863	850	834	819	801	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	778	759	744	734	722	702	681
darunter:									Geburtshilfe	95	86	79	76	74	75	77
Frauenheilkunde	536	530	517	497	487	475	473	443								
Geburtshilfe	453	440	430	411	399	390	382	355								
Anzahl Aufgestellte Betten																
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	35 228	34 157	33 464	32 226	31 395	30 877	30 128	29 055	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	25 846	25 039	24 125	23 658	23 119	22 550	21 906
darunter:									Geburtshilfe	2 349	2 205	2 137	2 176	2 235	2 200	2 189
Frauenheilkunde	12 208	11 922	11 574	10 848	10 461	10 177	9 757	8 785								
Geburtshilfe	8 785	8 543	8 537	8 175	7 983	7 893	7 758	7 306								

Fachabteilungsgliederung: Durch die Reform der Krankenhausstatistik liegt ab dem Berichtsjahr 2018 eine andere Fachabteilungsgliederung zugrunde.
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2026

Anlage 3 - Tabelle zu AW auf Frage 12, Kleine Anfrage 21/7211

Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Bayern (Land, in dem der Eingriff erfolgte) für ausgewählte Zeiträume und Eingriffsort

Land, in dem der Eingriff vorgenommen wurde	Anzahl insgesamt	Anzahl mit Eingriffsort: Krankenhaus (ambulant)	Anzahl mit Eingriffsort: Krankenhaus (stationär)	Anzahl mit Eingriffsort: Praxis / OP-Zentrum
2015	11 660	667	550	10 443
2020	12 365	475	508	11 382
2025	12 455	545	450	11 465

Quelle: Statistisches bundesamt (Destatis), 2026

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.