

Antrag

der Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration

Medizinische Versorgungsregionen in Baden-Württemberg und die grenzüberschreitende Kooperation

Antrag

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

1. welche finanzielle und planerische Rolle das Land Baden-Württemberg bei den medizinischen Versorgungsregionen spielt und wie sich dies auf die Priorisierung von Investitionen auswirken soll;
2. welche Position mit welchen Ergebnissen sie bei den Bundesratsberatungen zur Bundeskrankenhaustransformationsfonds-Verordnung, die am 21. März 2025 stattgefunden hat, eingenommen hat;
3. inwiefern in der Krankenhausplanung die Aus- und Weiterbildung von medizinischen Fachkräften und ärztlichem Personal sowie die Weiterbildungsbefugnisse der Krankenhäuser und Kliniken beeinflusst, auch in finanzieller Hinsicht, sodass auch in Zukunft ausreichende personelle Versorgung in den medizinischen Versorgungsregionen und Leistungsgruppensystematiken zur Verfügung steht;
4. inwieweit und in welcher Weise der ambulante Sektor, die betroffenen Kliniken, die Rettungs- und Luftrettungsdienste sowie die Kommunen und Landkreise in die Planungen der Zuschnitte der medizinischen Versorgungsregionen eingebunden gewesen waren;
5. inwieweit die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (u. a. im Hinblick auf bestehende Verbindungen und Verkehrsverbünde) in die Planungen der Zuschnitte der medizinischen Versorgungsregionen mitbedacht wurden;
6. welche Überlegungen und Gespräche hinsichtlich dieser Versorgungsregionen mit den Nachbarbundesländern sowie Nachbarländern getroffen und geführt wurden, um eine übergreifende, verzahnte medizinische Versorgung, auch im Hinblick auf die Einrichtung von TraumaZentren und der Unterhaltung von Stroke Units sowie weitere spezialisierte Zentren, zu gewährleisten;

Eingegangen: 30.4.2025/Ausgegeben: 3.6.2025

*Drucksachen und Plenarprotokolle sind im Internet
abrufbar unter: www.landtag-bw.de/Dokumente*

Der Landtag druckt auf Recyclingpapier, ausgezeichnet mit dem Umweltzeichen „Der Blaue Engel“.

7. wie die Aussage des Gesundheitsministers Manfred Lucha zu deuten ist, dass im Hinblick auf bestehende regionale Strukturen für die neu festgelegten Versorgungsregionen eine pragmatische Betrachtung erfolgen sollte;
8. welche Überlegungen und Gespräche hinsichtlich dieser Versorgungsregionen mit den Ländern Frankreich, Österreich und der Schweiz getroffen und geführt wurden, um eine grenzüberschreitende, verzahnte medizinische Versorgung zu gewährleisten;
9. mit welchen medizinischen Einrichtungen in (bundes-)ländergrenznähe es bereits heute Kooperationen und Arten der Zusammenarbeit gibt;
10. welche weiterführenden Überlegungen es für die Standorte gibt, die hinsichtlich der Geburtenzahlen unter 500 pro Jahr, die aufgrund der Erreichbarkeit erhalten bleiben sollen, jedoch – laut Gutachten der PD Deutschland vom 13. Januar 2025 – nicht längerfristig wirtschaftlich betrieben werden können;
11. welche Überlegungen hinsichtlich der Versorgung Gebärender in Nordwürttemberg gemacht werden, da hier die Versorgungslage u. U. als nicht ausreichend eingeschätzt werden kann;
12. inwiefern die Reform der Luftrettung mit den geplanten Versorgungsregionen gemeinsam gedacht ist, vor allem in Hinblick auf die Versorgungsregion A und die damit verbesserte medizinische Notfallhilfe sowie die Erreichbarkeit von TraumaZentren;
13. welche Ergebnisse die bereits durchgeführten regionalen Strukturgespräche erbracht haben (unter Aufschlüsselung der Teilnehmer und der jeweiligen Standorte);
14. ob sie plant, in den kommenden Jahren mit aktualisierten Zahlen ein erneutes Gutachten zur medizinischen Versorgungslage anfertigen zu lassen, um Trends und mögliche Fehlentwicklungen zu erkennen und ihnen gegenwirken zu können.

30.4.2025

Haußmann, Reith, Fischer, Bonath, Brauer, Haag,
Heitlinger, Hoher, Dr. Jung, Karrais, Dr. Schweickert FDP/DVP

Begründung

In der öffentlichen Anhörung im Sozialausschuss des Landtags von Baden-Württemberg am 2. April 2025 zum Thema der Krankenhausplanung wiesen die Landesärztekammer Baden-Württemberg sowie der Marburger Bund deutlich darauf hin, dass die Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken unterschiedlicher Fachrichtung erfolgt und dass es hier unerlässlich ist, für eine gute und ausgewogene Kliniklandschaft zu sorgen.

Der Antrag soll die Pläne der Landesregierung in Bezug auf die medizinischen Versorgungszentren in Baden-Württemberg in Erfahrung bringen, unter Betrachtung der Gutachten der PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH vom 13. Januar 2025 zur Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg sowie die Hintergründe um die bundesländerüberschreitenden Kooperationen in der Sicherstellung der medizinischen Versorgung beleuchten.

Stellungnahme

Mit Schreiben vom 27. Mai 2025 Nr. SM52-0141.5-017/8756 nimmt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration im Einvernehmen mit dem Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen, dem Ministerium für Finanzen und dem Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst zu dem Antrag wie folgt Stellung:

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

1. welche finanzielle und planerische Rolle das Land Baden-Württemberg bei den medizinischen Versorgungsregionen spielt und wie sich dies auf die Priorisierung von Investitionen auswirken soll;

7. wie die Aussage des Gesundheitsministers Manfred Lucha zu deuten ist, dass im Hinblick auf bestehende regionale Strukturen für die neu festgelegten Versorgungsregionen eine pragmatische Betrachtung erfolgen sollte;

Zu 1. und 7.:

Die Ziffern 1 und 7 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Begriff „medizinische Versorgungsregion“, der auch in den Ziffern 1, 3, 4 und 5 verwendet wird, wird seitens des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration weder verwendet noch kommuniziert. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration verwendet demgegenüber den klareren und verständlicheren Begriff der Versorgungsregion.

Versorgungsregionen sind planerische Instrumente, die dazu beitragen sollen, die Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg bedarfsgerecht weiter zu entwickeln und sie sind im Kontext mit der zukünftigen Landes-Krankenhausplanung auf Basis von Leistungsgruppen nach dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) zu sehen. Durch die geplanten Versorgungsregionen soll sichergestellt werden, dass alle Bürgerinnen und Bürger in vertretbarer Entfernung weiterhin ein gutes Versorgungsangebot erhalten. Die Versorgungsregionen dienen jedoch nur als Planungsinstrument, um dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration eine sachgerechte Verteilung der Leistungsgruppen zu ermöglichen.

Die zukünftige Krankenhausplanung soll ausdifferenziert nach Leistungsgruppen erfolgen. Dabei soll jede Leistungsgruppe einer Planungsebene zugeordnet werden. Die Zuordnung der Leistungsgruppe soll in Abwägung von Erreichbarkeit und Komplexität der Leistung erfolgen. Es sind drei Planungsebenen vorgesehen:

- Stadt- und Landkreis: Grund- und Regelversorgung,
- Versorgungsregionen: spezialisierte stationäre Versorgung,
- Land: besonders hoch spezialisierte Leistungen.

Mit der Zuordnung einer Leistungsgruppe zu einer Planungsebene wird eine Festlegung dazu getroffen, welche Leistungsgruppe auf welcher Planungsebene mindestens einmal vorgehalten werden soll. Es soll grundsätzlich keine Obergrenze geben, wie oft eine Leistungsgruppe auf einer Planungsebene vorhanden sein darf. Auf der Ebene der Versorgungsregionen sollen spezialisierte Leistungsgruppen, wie zum Beispiel Endprothetik, Kinder- und Jugendchirurgie, Onkologie oder Kardiologie vorgehalten werden. Ziel ist die Beibehaltung einer hohen Versorgungsqualität und die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung. Dabei werden die demografische Entwicklung und der Fachkräftemangel für eine möglichst effiziente Nutzung der Ressourcen berücksichtigt.

Die einzelnen geplanten Versorgungsregionen haben hinsichtlich der Anzahl der Krankenhausbetten, der Krankenhausbetten und Krankenhausstandorte sowie auch der Bevölkerungszahlen ein ausgeglichenes Gewicht. Dadurch sollen gleichwertige Lebensverhältnisse im gesamten Land gewährleistet werden. In jeder Versorgungsregion sollen alle Leistungsgruppen – abgesehen von den Leistungsgruppen die der Planungsebene „Land“ zugeordnet sind – in angemessener Zeit erreichbar sein.

Die geplanten Versorgungsregionen werden nicht die Versorgungssituation in den angrenzenden Versorgungsregionen außer Betracht lassen. Die freie Wahl eines geeigneten Krankenhauses für die Patientinnen und Patienten bleibt selbstverständlich auch weiter erhalten. Ebenso ist es auch nachvollziehbar, dass es zwischen den einzelnen Versorgungsregionen Patientenwanderungen gibt. Dies soll auch weder unterbunden noch umgesteuert werden. Ebenso sollen bestehende Kooperationen zwischen Krankenhäusern verschiedener Versorgungsregionen nicht beschnitten werden.

Wie bisher wird sich Investitionsförderung auch zukünftig am Bedarf orientieren, der sich wiederum aus der Krankenhausplanung ergibt. Eine festgelegte Priorisierung von einzelnen Versorgungsregionen oder von Kliniken innerhalb von Versorgungsregionen wird nicht stattfinden.

2. welche Position mit welchen Ergebnissen sie bei den Bundesratsberatungen zur Bundeskrankenhaustransformationsfonds-Verordnung, die am 21. März 2025 stattgefunden hat, eingenommen hat;

Zu 2.:

Die Verordnung zur Verwaltung des Transformationsfonds im Krankenhausbereich (Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung) wurde vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration im Rahmen der frühzeitigen Beteiligung auf Bundesebene sowie des Stimmnahmeverfahrens umfassend begleitet. Leider wurden nicht alle seitens der Länder adressierten Punkte vom Bund aufgegriffen. Einzelheiten können dem Plenarprotokoll des Bundesrates sowie dem Abstimmungsverhalten des Landes Baden-Württemberg entnommen werden. Dieses wird regelmäßig online unter <https://stm.baden-wuerttemberg.de/de/vertretung-beim-bund/bundesrat/bundesratsinitiativen-und-abstimmungsverhalten/> veröffentlicht. Hinsichtlich der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung lautete des Abstimmungsverhalten des Landes wie folgt: Zustimmung zur Verordnung nach Maßgabe der Drucksache 64/1/25 A, Enthaltung zu Ziffern 1, 6, 8 bis 9, 12 bis 17, 21 bis 23, 29, 31, 32, Zustimmung zur Fassung der Entschließung gemäß Drucksache 64/1/25 C, Enthaltung zu Ziffer 34 Buchstabe d) und 35 Enthaltung zum Plenarantrag Hamburg – Drucksache 64/2/25.

3. inwiefern in der Krankenhausplanung die Aus- und Weiterbildung von medizinischen Fachkräften und ärztlichem Personal sowie die Weiterbildungsbefugnisse der Krankenhäuser und Kliniken beeinflusst, auch in finanzieller Hinsicht, sodass auch in Zukunft ausreichende personelle Versorgung in den medizinischen Versorgungsregionen und Leistungsgruppensystematiken zur Verfügung steht;

Zu 3.:

Die Krankenhausplanung ist für die ärztliche Ausbildung insoweit relevant, als wesentliche Teile des Studienabschnitts „Praktisches Jahr“ in Universitätskliniken oder Lehrkrankenhäusern absolviert werden müssen. Veränderungen in den Krankenhausstrukturen können damit potenziell Auswirkungen auf die Ausbildung haben. Die ärztliche Weiterbildung ist jedoch auch im Hinblick auf die Einführung der Leistungsgruppen gewährleistet, denn die Leistungsgruppen orientieren sich an den Vorgaben der ärztlichen Weiterbildungsordnung.

Durch Zentralisierung und Ausbau von Leistungsgruppen an Standorten können Kooperationen – auch in der Aus- und Weiterbildung – eine zunehmend größere Rolle spielen. Beispielsweise wird in der Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung dazu angeregt, dass die Vernetzung von Krankenhäusern verschiede-

ner Versorgungsstufen so eng wird, dass Teile der ärztlichen Ausbildung im Rahmen der Kooperation an unterschiedlichen Standorten erbracht werden können. Die Kommission sieht positive Effekte im Hinblick auf eine umfassende ärztliche Ausbildung, wenn verschiedene Versorgungsstufen in der Ausbildung durchlaufen werden.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung noch überwiegend hypothetisch und nicht qualitativ abschätzbar. Erst nach Ablauf der vom Bund festgelegten Übergangszeiträume werden die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung quantifizierbarer werden und konkrete Überlegungen angestellt werden können, wie auf etwaige Veränderungen in den Weiterbildungsstrukturen reagiert werden muss. Gleiches gilt für die praktische Ausbildung im Rahmen des Hebammenstudiums und die Ausbildung in Gesundheitsfachberufen (z. B. Notfallsanitäter/in, Medizinische Technologie, Anästhesietechnische Assistenz, Operationstechnische Assistenz), da Teile der praktischen Ausbildung in diesen Berufen in Krankenhäusern stattfinden müssen.

4. inwieweit und in welcher Weise der ambulante Sektor, die betroffenen Kliniken, die Rettungs- und Luftrettungsdienste sowie die Kommunen und Landkreise in die Planungen der Zuschnitte der medizinischen Versorgungsregionen eingebunden gewesen waren;

Zu 4.:

Die Zuschnitte der geplanten Versorgungsregionen wurden im Rahmen des Landeskrankenhausausschusses und dessen Unterarbeitsgruppe Krankenhausplanung, unter anderem unter Beteiligung der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V. (BWKG), des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst (MWK) und des Landkreistages vorgestellt und diskutiert.

5. inwieweit die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (u. a. im Hinblick auf bestehende Verbindungen und Verkehrsverbünde) in die Planungen der Zuschnitte der medizinischen Versorgungsregionen mitbedacht wurden;

Zu 5.:

Die bisherigen Versorgungsrealitäten und Patientenströme werden durch die Schaffung von Versorgungsregionen weder angetastet noch in Frage gestellt. Insofern ergeben sich für die Patientinnen und Patienten keine Veränderungen hinsichtlich der Erreichbarkeit von Leistungserbringern. Die Prüfung der Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten erfolgt anhand von Pkw-Fahrtzeiten. Das folgt der Vorgabe in § 6 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) des Bundes, wo die Erreichbarkeiten von Leistungsgruppen ebenfalls in Fahrtzeit-Minuten „mit einem Kraftfahrzeug“ beschrieben werden. Zudem stellt das Pkw speziell in ländlichen Regionen das Hauptverkehrsmittel dar.

6. welche Überlegungen und Gespräche hinsichtlich dieser Versorgungsregionen mit den Nachbarbundesländern sowie Nachbarländern getroffen und geführt wurden, um eine übergreifende, verzahnte medizinische Versorgung, auch im Hinblick auf die Einrichtung von TraumaZentren und der Unterhaltung von Stroke Units sowie weitere spezialisierte Zentren, zu gewährleisten;

8. welche Überlegungen und Gespräche hinsichtlich dieser Versorgungsregionen mit den Ländern Frankreich, Österreich und der Schweiz getroffen und geführt wurden, um eine grenzüberschreitende, verzahnte medizinische Versorgung zu gewährleisten;

Zu 6. und 8.:

Die Ziffern 6 und 8 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es ist nicht nur geltendes Recht, sondern auch gelebte Praxis, dass Fragen der Krankenhausversorgung in Grenzregionen zu anderen Bundesländern zwischen

den zuständigen Gesundheitsressorts abgestimmt werden. Das Landeskrankenhausgesetz (LKHG) ist übereinstimmend mit den Gesetzen anderer Bundesländer gerade nicht nur auf die Versorgung der eigenen Bevölkerung mit Wohnort in Baden-Württemberg ausgerichtet, da die Krankenhausversorgung nicht an Landesgrenzen endet. Die tatsächlichen Patientenströme vor Ort werden somit bei krankenhauserplanerischen Entscheidungen stets berücksichtigt. Ferner sieht auch § 6 Absatz 2 KHG vor, dass die Krankenhausplanung zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen ist, soweit ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung hat. Auch im Gutachten des Beratungsunternehmens Partnerschaft Deutschland (PD) zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung werden eine länderübergreifende Analyse und vertiefte grenzüberschreitende Abstimmungen empfohlen.

9. mit welchen medizinischen Einrichtungen in (bundes-)ländergrenznähe es bereits heute Kooperationen und Arten der Zusammenarbeit gibt;

Zu 9.:

Dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration liegt keine umfassende Übersicht über Kooperationen zwischen Kliniken vor. Im Zuge der Umstellung der Krankenhausplanung auf Leistungsgruppen werden aber alle Kliniken über Vereinbarungen und Kooperationen mit anderen Kliniken, auch aus anderen Bundesländern, informieren müssen, sofern dies zu Erfüllung von Qualitätskriterien notwendig ist.

Das Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen weist darauf hin, dass zwischen dem Rettungsdienst und medizinischen Einrichtungen angrenzender Länder grundsätzlich keine Kooperationen bestehen. Seitens des Landes Baden-Württemberg besteht lediglich seit dem Jahr 2001 eine Vereinbarung mit dem Kanton Schaffhausen über einen grenzüberschreitenden Rettungsdienst für die Gemeinden Schleithem und Beggingen unter Einbeziehung des Deutschen Roten Kreuzes und dem Kantonsspital Schaffhausen.

10. welche weiterführenden Überlegungen es für die Standorte gibt, die hinsichtlich der Geburtenzahlen unter 500 pro Jahr, die aufgrund der Erreichbarkeit erhalten bleiben sollen, jedoch – laut Gutachten der PD Deutschland vom 13. Januar 2025 – nicht längerfristig wirtschaftlich betrieben werden können;

11. welche Überlegungen hinsichtlich der Versorgung Gebärender in Nordwürttemberg gemacht werden, da hier die Versorgungslage u. U. als nicht ausreichend eingeschätzt werden kann;

Zu 10. und 11.:

Die Ziffern 10 und 11 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Gutachten von Partnerschaft Deutschland (PD) zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung wird die Verteilung der geburtshilflichen Fälle (Jahr 2023) dargestellt. Dabei werden auch Standorte aufgeführt, die im Jahr 2023 weniger als 500 Geburten hatten. Von den Gutachtern wird darauf hingewiesen, dass es sich dabei um einen Orientierungswert handelt, aus dem sich nicht zwingend krankenhauserplanerische Maßnahmen ableiten. Es handelt sich vielmehr um einen Wert, ab dem der Betrieb einer Geburtshilfe aus organisatorischen und medizinischen Gesichtspunkten bestmöglich gewährleistet werden kann.

Die Versorgung im Bereich der Geburtshilfe ist laut PD-Gutachten in Baden-Württemberg insgesamt als sehr gut zu bewerten. Rund 95 % der Einwohnerinnen zwischen 15 und 49 Jahren können einen geburtshilflichen Versorger in weniger als 30 Minuten erreichen. In ländlichen Regionen kann es teilweise zu etwas längeren Fahrtzeiten kommen. Die Landesregierung beobachtet die weitere Entwicklung in diesem Versorgungsbereich sehr aufmerksam.

Der Förderauftrag „Lokale Gesundheitszentren mit Fokus auf geburtshilflicher Versorgung (LGZ)“ des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration fördert innovative Versorgungskonzepte, die die geburtshilfliche Situation in einer Kommune/einer Region verbessern. Als Standorte bieten sich besonders strukturschwächere Regionen, wie zum Beispiel Nordwürttemberg, an. Dabei stehen Kriterien wie multiprofessionelle Konzepte, bessere Vernetzung der an der Geburtshilfe beteiligten Akteure, Erleichterung der administrativen Aufgaben für Hebammen und weitere Akteure und das Einrichten einer Lotsenfunktion im Vordergrund. Die meisten LGZ bieten Angebote rund um Vor- und Nachsorge an, in einigen Zentren werden auch Geburten durchgeführt. Die Förderung von LGZ ist eine ergänzende Maßnahme zur Sicherstellung der geburtshilflichen Maßnahme in einer Region. Ein neuer Förderauftrag wird derzeit erarbeitet.

Für die Versorgung der Geburtshilfe werden bundesweit aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von 2023 bis einschließlich 2026 jeweils 120 Millionen Euro bereitgestellt und nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Bundesländer verteilt. Die geburtshilfliche Versorgung in den Krankenhäusern in Baden-Württemberg wird daher seit 2023 jährlich mit rund 15,65 Millionen Euro Bundesmitteln gefördert. Diese zusätzlichen Mittel sollen die Geburtshilfe unabhängig von der leistungsorientierten Fallkostenpauschale finanziell absichern und die Fachabteilungen für Geburtshilfe in den Krankenhäusern unterstützen.

12. inwiefern die Reform der Luftrettung mit den geplanten Versorgungsregionen gemeinsam gedacht ist, vor allem in Hinblick auf die Versorgungsregion A und die damit verbesserte medizinische Notfallhilfe sowie die Erreichbarkeit von TraumaZentren;

Zu 12.:

Durch die geplanten Versorgungsregionen werden die bestehenden Versorgungsrealitäten oder die Rettungswege zu Kliniken weder angetastet noch verändert, sei es am Boden oder in der Luft. Seit 2009 zertifiziert die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie die Vernetzung geprüfter Krankenhäuser in einer Region, die regelmäßig an der Versorgung von Schwerverletzten teilnehmen. Diese Netzwerke umfassen Standorte in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In Baden-Württemberg gibt es derzeit 9 TraumaNetzwerke DGU® und 63 zertifizierte TraumaZentren (Stand Juli 2024), von denen drei bundeslandübergreifend organisiert sind. Die 63 TraumaZentren sind gleichmäßig über das Land verteilt, sodass ein Großteil der Bevölkerung in maximal 30 Minuten ein Zentrum erreicht. Überregionale TraumaZentren sind in jeder Versorgungsregion mindestens einmal vertreten und verteilen sich gleichmäßig über das gesamte Land.

Die Struktur und Bedarfsanalyse der Luftrettung in Baden-Württemberg (nachfolgend: Luftrettungsgutachten) basiert auf Krankenhausdaten des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration aus dem Jahr 2018, bei der unter anderem alle damaligen Traumazentren und eine Prähospitalzeit von 60 Minuten für alle Tracerdiagnosen berücksichtigt wurden. Die Empfehlungen des Luftrettungsgutachtens bilden ein für ganz Baden-Württemberg aufeinander aufbauendes Gesamtkonzept. Tagsüber sind die Luftrettungsstandorte künftig so im Land verteilt, dass alle potenziellen Notfallorte flächendeckend innerhalb von 20 Minuten nach Alarmierung durch ein Luftrettungsmittel erreicht werden können. Nachts sind alle potenziellen Notfallorte flächendeckend innerhalb von 30 Minuten nach Alarmierung erreichbar.

Die geplante Versorgungsregion A erstreckt sich unter anderem über den Schwarzwald-Baar-Kreis, den Landkreis Lörrach, die Stadt Freiburg und den Ortenaukreis. In diesem Bereich sind in Freiburg und in Villingen-Schwenningen jeweils ein Rettungshubschrauber stationiert. Hinzu kommt ein zusätzlicher Luftrettungsstandort in Lahr, sodass tagsüber in der geplanten Versorgungsregion A planerisch jeder geeignete Notfall durch die Luftrettung in 20 Minuten erreicht werden kann.

Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass das PD-Gutachten Baden-Württemberg eine sehr gut strukturierte rettungsdienstliche Versorgung bescheinigt, die eine schnelle Versorgung schwerverletzter Personen gewährleistet.

13. welche Ergebnisse die bereits durchgeführten regionalen Strukturgespräche erbracht haben (unter Aufschlüsselung der Teilnehmer und der jeweiligen Standorte);

Zu 13.:

Zwischen dem 15. Januar 2025 und 21. Januar 2025 hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration sechs Regionalgespräche in den geplanten Versorgungsregionen Tübingen, Stuttgart, Karlsruhe, Heidelberg, Ulm und Freiburg durchgeführt. Sie hatten zum Ziel, die wichtigsten Ergebnisse des Gutachtens von Partnerschaft Deutschland zur Krankenlandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung vorzustellen und über die Systematik der zukünftigen Krankenhausplanung sowie über das geplante Leistungsgruppenzuweisungsverfahren zu informieren sowie in einen Austausch darüber einzutreten. Zu den Regionalgesprächen waren jeweils führende Vertreterinnen und Vertreter aus dem Gesundheitssektor seitens Leistungserbringer und Leistungsträger sowie Vertreterinnen und Vertreter der Kreise und der Regierungspräsidien eingeladen.

14. ob sie plant, in den kommenden Jahren mit aktualisierten Zahlen ein erneutes Gutachten zur medizinischen Versorgungslage anfertigen zu lassen, um Trends und mögliche Fehlentwicklungen zu erkennen und ihnen gegenwirken zu können.

Zu 14.:

Mittels der jährlich zur Verfügung stehenden Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu krankenhauplanerischen Zwecken ist es möglich, das aktuelle Versorgungsgeschehen einzelner Kliniken und im Land insgesamt zu analysieren. Die daraus gewonnen Erkenntnisse werden in der Krankenhausplanung berücksichtigt. Ein erneutes Gutachten ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht geplant.

Lucha

Minister für Soziales,
Gesundheit und Integration