

## **Kleine Anfrage**

**des Abg. Dennis Klecker AfD**

**und**

## **Antwort**

**des Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen**

### **Auswirkungen von Krankenhaus-Schließungen auf die Rettungsdienstkapazitäten**

#### **Kleine Anfrage**

Ich frage die Landesregierung:

1. Hält sie es für notwendig oder zumindest naheliegend, dass nach dem Schließen eines Krankenhausstandortes aufgrund der längeren Strecken zu weiter entfernten Kliniken die Kapazitäten der Rettungsdienste in Bereitschaft erhöht werden müssen?
2. Kann sie aufgrund von ihr bekannten Studien und Untersuchungen bestätigen oder dementieren, dass das Schließen von Krankenhausstandorten sich auf die Rettungszeiten in der Umgebung auswirkt, da die Fahrzeuge dadurch länger unterwegs sind und somit nicht so schnell für weitere Einsätze bereitstehen?
3. In welchem Umfang wurde es in den letzten zehn Jahren nötig, die Kapazitäten der Rettungsdienste in Bereitschaft zu erhöhen, nachdem Krankenhausstandorte geschlossen wurden (bitte auflisten unter Angabe des geschlossenen Krankenhauses, des Jahres und welche Auswirkungen dies bezüglich der vorgehaltenen Notfallkapazitäten hatte)?
4. In welchem Umfang wurden Rettungsdienstkapazitäten (primär Krankenwagen und Notärzte in Bereitschaft) in der Region Heilbronn nach dem Schließen der Krankenhäuser in Brackenheim und Möckmühl aufgestockt?
5. Hält sie die (insbesondere öffentlichen) Träger von Krankenhäusern, die über eine „Konzentration“ auf weniger Standorte nachdenken, an, entsprechende Studien und Daten zu berücksichtigen, die die Auswirkungen auf die Fahrzeiten und Verfügbarkeit von Rettungswagen thematisieren?
6. Was kostet die Vorhaltung eines besetzten Einsatzwagens sowie eines Notarztes in 24-Stunden-Bereitschaft jeweils pro Monat durchschnittlich (falls kein Durchschnitt bezifferbar ist, bitte Beispiele, zum Beispiel aus dem Landkreis Heilbronn)?

7. Werden höhere Kosten für die Vorhaltung von Rettungskapazitäten bei den Einsparungen durch das Zusammenlegen oder Schließen von Krankenhausstandorten hinsichtlich der gesamtgesellschaftlichen Einspareffekte berücksichtigt?
8. Wie wird sichergestellt, dass nach dem Zusammenlegen oder Schließen von Krankenhausstandorten die verbleibenden Krankenhäuser in der Region nicht überlastet werden?

18.12.2025

Kleckner AfD

#### Antwort

Mit Schreiben vom 26. Januar 2026 Nr. IM6-5461-560/41/8 beantwortet das Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen im Einvernehmen mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration die Kleine Anfrage wie folgt:

- 1. Hält sie es für notwendig oder zumindest naheliegend, dass nach dem Schließen eines Krankenhausstandortes aufgrund der längeren Strecken zu weiter entfernten Kliniken die Kapazitäten der Rettungsdienste in Bereitschaft erhöht werden müssen?*
- 2. Kann sie aufgrund von ihr bekannten Studien und Untersuchungen bestätigen oder dementieren, dass das Schließen von Krankenhausstandorten sich auf die Rettungszeiten in der Umgebung auswirkt, da die Fahrzeuge dadurch länger unterwegs sind und somit nicht so schnell für weitere Einsätze bereitstehen?*

Zu 1. und 2.:

Die Fragen 1 und 2 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet. Die Wahrnehmung der Aufgaben der Notfallrettung einschließlich der Planung der hierfür erforderlichen Vorhaltungen ist nach dem Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg (RDG) der Selbstverwaltung aus Kosten- und Leistungsträgern übertragen worden. Nach dem RDG erfolgt die Planung auf Ebene der Rettungsdienstbereiche durch die Bereichsausschüsse. Den hierbei zu beachtenden Rahmen hat der Landesgesetzgeber im RDG vorgegeben, der dann wiederum im Rettungsdienstplan bzw. künftig in der Rettungsdienstplanverordnung oder aber auch durch Beschlüsse des Landesausschusses für den Rettungsdienst näher ausgestaltet wird. Das Land wird dabei nicht selbst operativ planerisch tätig. Daher liegen der Landesregierung keine eigenen Erkenntnisse im Sinne der Fragestellungen vor. Allgemein gilt, dass die Bereichsausschüsse nach dem RDG verpflichtet sind, die jeweiligen Bereichspläne regelmäßig zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Sofern sich durch Krankenhausschließungen Bindezeiten der Rettungsmittel erhöhen, kann dies auch dazu führen, dass neue Vorhaltungen vorzusehen sind. Darüber hinaus wird die Selbstverwaltung im Rettungsdienst zeitnah nach Inkrafttreten der Rettungsdienstplanverordnung eine landesweite Begutachtung der Vorhaltestrukturen in der bodengebundenen Notfallrettung vornehmen lassen, die auch die Standorte der Krankenhäuser berücksichtigt wird.

*3. In welchem Umfang wurde es in den letzten zehn Jahren nötig, die Kapazitäten der Rettungsdienste in Bereitschaft zu erhöhen, nachdem Krankenhausstandorte geschlossen wurden (bitte auflisten unter Angabe des geschlossenen Krankenhauses, des Jahres und welche Auswirkungen dies bezüglich der vorgehaltenen Notfallkapazitäten hatte)?*

Zu 3.:

Die Einsatzzahlen des Rettungsdienstes sind in Baden-Württemberg in den vergangenen Jahren insgesamt gestiegen, was regional zu Anpassungen und Erhöhungen der Vorhaltungen geführt hat. Die Gründe hierfür sind vielfältig und lassen sich nicht auf einzelne Faktoren reduzieren. Wie bei der Beantwortung zu den Fragen 1 und 2 bereits dargestellt, ist die Planung der Notfallrettung einschließlich der erforderlichen Vorhaltungen Aufgabe der Selbstverwaltung durch die Bereichsausschüsse auf lokaler Ebene. Diese berücksichtigen dabei auch Veränderungen der lokalen Krankenhauslandschaft, einschließlich der Schließung oder Umstrukturierung von Krankenhausstandorten, soweit dies für die Notfallrettung relevant ist. Eine landesweite zentrale Erfassung zu konkreten Vorhaltungsanpassungen erfolgt nicht. Dies vermeidet zusätzliche Bürokratie und berücksichtigt die lokalen Zuständigkeiten und baut auf die regional verantwortlichen Gremien.

*4. In welchem Umfang wurden Rettungsdienstkapazitäten (primär Krankenwagen und Notärzte in Bereitschaft) in der Region Heilbronn nach dem Schließen der Krankenhäuser in Brackenheim und Möckmühl aufgestockt?*

Zu 4.:

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass bezüglich Krankentransportwagen keine Vorhalteplanung erfolgt, sondern dass die Versorgung der Menschen im Land mit Leistungen des Krankentransports dem freien Wettbewerb unterliegt. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Formulierung „Krankenwagen“ daher auch auf „Rettungswagen“ bezieht. Ebenso wird darauf hingewiesen, dass nicht ersichtlich ist, was mit der Formulierung „Notärzte in Bereitschaft“ gemeint ist. Es wird für die weitere Beantwortung daher davon ausgegangen, dass die Frage auf die Vorhaltung von Notarzteinsetzfahrzeugen abzielt. Wie der zuständige Bereichsausschuss Heilbronn berichtet, wurde die Vorhaltung an Rettungswagen im Rettungsdienstbereich Heilbronn nach dem Schließen der Krankenhäuser in Brackenheim und Möckmühl um 24 400 Jahresvorhaltestunden erhöht. Die Vorhaltung an Notarzteinsetzfahrzeugen im Rettungsdienstbereich Heilbronn wurde nach dem Schließen der Krankenhäuser in Brackenheim und Möckmühl um 5 000 Jahresvorhaltestunden erhöht. Die Erweiterung der Vorhaltung erfolgte in mehreren Schritten seit 1. Oktober 2017 bis zum 1. Oktober 2025.

*5. Hält sie die (insbesondere öffentlichen) Träger von Krankenhäusern, die über eine „Konzentration“ auf weniger Standorte nachdenken, an, entsprechende Studien und Daten zu berücksichtigen, die die Auswirkungen auf die Fahrzeiten und Verfügbarkeit von Rettungswagen thematisieren?*

Zu 5.:

Dem Ministerium des Inneren für Digitalisierung und Kommunen und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration sind derzeit keine Studien oder Datenerhebungen bekannt, welche die Auswirkungen von Änderungen in der Kliniklandschaft auf den Rettungsdienst untersuchen.

*6. Was kostet die Vorhaltung eines besetzten Einsatzwagens sowie eines Notarztes in 24-Stunden-Bereitschaft jeweils pro Monat durchschnittlich (falls kein Durchschnitt bezifferbar ist, bitte Beispiele, zum Beispiel aus dem Landkreis Heilbronn)?*

Zu 6.:

Die Benutzungsentgelte der Notfallrettung werden nach § 43 Absatz 4 Satz 1 ff. RDG zwischen den Leistungsträgern und den Kostenträgern für jeden Rettungsdienstbereich einheitlich vereinbart. Das Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen ist weder am Zustandekommen noch am Abschluss dieser Vereinbarungen beteiligt. Die Kostenträger teilen hierzu auf Anfrage mit, dass die den Benutzungsentgelten zugrunde liegenden Gesamtkosten der Notfallrettung im Rettungsdienstbereich mit den Leistungsträgern im Rahmen der o. g. Vereinbarungen individuell verhandelt und vereinbart werden. Darüber hinaus vereinbaren die Kostenträger mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft nach § 19 Absatz 4 Satz 1 RDG die Kosten für die Gestellung der Notärztinnen und Notärzte.

Die Gesamtkosten eines Rettungsmittels umfassen im Wesentlichen Personalkosten, Sachkosten und Abschreibungskosten für Fahrzeuge und Ausstattung. Als grobe Orientierung kann davon ausgegangen werden, dass derzeit für den 24-Stunden-Betrieb eines zusätzlichen

- Rettungswagens ca. 0,8 bis 1,2 Millionen Euro und
- Notarzteinsetzfahrzeugs ca. 1,2 bis 1,4 Millionen Euro

im Jahr bzw. ein Zwölftel der genannten Kosten im Monat aufgewendet werden müssen. Die vorhalteindividuellen Kosten hängen z. B. vom anzuwendenden Tarifvertrag des Leistungsträgers, der Wochenarbeitszeit und der Infrastruktur der Rettungswache ab. Auch beinhalten die vereinbarten Kostenbudgets vorhalteunabhängige Kosten, z. B. für die Leitenden Notärztinnen und Notärzte, die Organisatorische Leitung Rettungsdienst oder die Bereichsausschüsse.

*7. Werden höhere Kosten für die Vorhaltung von Rettungskapazitäten bei den Einsparungen durch das Zusammenlegen oder Schließen von Krankenhausstandorten hinsichtlich der gesamtgesellschaftlichen Einspareffekte berücksichtigt?*

Zu 7.:

Seitens des Landes werden keine Krankenhausstandorte geschlossen oder zusammengelegt. Die Entscheidung über die Schließung eines Krankenhausstandorts bzw. die Zusammenlegung von Krankenhausstandorten und die jeweiligen Beweggründe hierzu liegen alleine in der Verantwortung des jeweiligen Krankenhausträgers. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration legt als oberste Landeskrankenhausplanungsbehörde durch den Landeskrankenhausplan unter anderem den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser fest. Der Landeskrankenhausplan sieht für einzelne Regionen keine konkreten oder vorgefertigten Maßnahmen vor. Krankenhäuser werden eigenwirtschaftlich und eigenverantwortlich von den jeweiligen Krankenhausträgern geführt. Dort müssen die maßgeblichen strukturellen Entscheidungen getroffen werden.

*8. Wie wird sichergestellt, dass nach dem Zusammenlegen oder Schließen von Krankenhausstandorten die verbleibenden Krankenhäuser in der Region nicht überlastet werden?*

Zu 8.:

Sofern Krankenhausträger die Entscheidung zur Schließung eines Krankenhausstandorts oder zur Zusammenlegung von Krankenhausstandorten treffen, wird dieser Prozess vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration krankenhaushausplanerisch begleitet. Es ist grundsätzlich wichtig, dass eine gute Vernetzung zwischen Rettungsdienst, ambulanter Ärzteschaft und Krankenhäusern erfolgt, um Patientinnen und Patienten schnell und gezielt in geeignete Krankenhäuser einzuweisen bzw. zu bringen.

Strobl

Minister des Inneren,  
für Digitalisierung und Kommunen