

Stellungnahme zur Krankenhausbedarfsplanung in NRW bezogen auf den Kreis Soest

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte [REDACTED]

per E-Mail vom 07.06.2023 haben Sie die Verhandlungsergebnisse der regionalen Planungskonzepte zur Umsetzung des Krankenhausbedarfsplans NRW 2022 im Kreis Soest übersandt und gebeten, die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) über das Ergebnis der Verhandlungen zu informieren und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Dementsprechend hat die KGK im Kreis Soest am 28.06.2023 getagt.

Die KGK, an der zu meinem Bedauern die Vertreter der Krankenkassen nicht teilgenommen haben, hat sich in intensivem Austausch mit den vorliegenden Verhandlungsergebnissen befasst und diese aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet. Dabei haben sich verschiedene Gesichtspunkte herauskristallisiert, die ich in der folgenden Stellungnahme zusammengeführt habe.

1.) Strukturdaten und regionale Besonderheiten, die sich auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung im Kreis Soest auswirken und bei der Krankenhausbedarfsplanung zu berücksichtigen sind

Der Kreis Soest ist ein ländlich geprägter Flächenkreis, der verschiedene regionale Besonderheiten aufweist, die den Gesundheitssektor sowie die Versorgungssituation im Kreis Soest prägen. Für eine bedarfsorientierte Planung sind diese Besonderheiten entscheidend und es ist notwendig, sie bei Festlegung der Bedarfszahlen sowie bei Verhandlungen zum Leistungsangebot zu berücksichtigen:

- Entgegen demographischer Prognosen bisher haben die letzten Jahre eine Trendwende in der Bevölkerungsentwicklung gezeigt. Die Bevölkerungszahlen steigen, weil Geburtenzahlen zunehmen. Auch Zuwanderung trägt zum Bevölkerungswachstum bei, so dass in den vergangenen 10 Jahren die Bevölkerung im Kreis Soest von 294.971 (2013) auf 302.298 (2021) gewachsen ist. Gleichzeitig bleibt der hohe Anteil an älteren Menschen (65 und mehr Jahre) sowie Hochbetagten (80 und mehr Jahre), der mit einer Gruppe von

knapp 67.000 Menschen nahezu 22% der Bevölkerung im Kreis Soest darstellt. Dabei ist davon auszugehen, dass diese Gruppe durch die alternden sogenannten „Babyboomer“ weiter anwächst. Daraus resultieren mehr altersbedingte Erkrankungen, die sich in einer bedarfsorientierten Versorgungsstruktur wiederfinden müssen.

- Die Flüchtlingssituation der vergangenen Jahre hat im Kreis Soest zur Einrichtung von drei Zentralen Unterbringungseinrichtungen geführt, die rund 3.000 Plätze beinhalten. Damit hat der Kreis Soest, der als einzige Region in Nordrhein-Westfalen drei dieser Einrichtungen von insgesamt 28 aufgebaut hat, ein Alleinstellungsmerkmal, das sich auch in der gesundheitlichen Versorgung niederschlägt.
- Als Gesundheitsregion mit drei Kurorten bildet der Kreis Soest eine breite Versorgungslandschaft im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ab. Mit 12 Einrichtungen sind dies 28 % der Einrichtungen im Regierungsbezirk und sogar 9 % der Einrichtungen in ganz Nordrhein-Westfalen. Während sich in anderen Landkreisen des Regierungsbezirks keine Einrichtungen zur Rehabilitation und Vorsorge befinden, hat der Kreis Soest mit 12 Einrichtungen einen Spitzenplatz im Regierungsbezirk und sogar in NRW.
- Durch zwei große psychiatrische Fachkliniken und eine Forensik im Kreisgebiet wurden hier vor Jahrzehnten eine Vielzahl stationärer Pflegeplätze als auch Plätze in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe geschaffen. Nutzer*innen dieser Einrichtungen werden überregional in diesen Einrichtungen aufgenommen. So liegt die Anzahl der Plätze in der Eingliederungshilfe für psychische behinderte Menschen mit 1,13 je 1.000 Einwohner*innen fast 100% über dem Durchschnitt in Westfalen-Lippe (0,61 je 1.000 Einwohner*innen). Gleiches gilt für den Bereich Sucht, 0,35 je 1.000 Einwohner*innen im Kreis Soest (0,19 je 1.000 Einwohner*innen in Westfalen-Lippe).
- Im Bereich der stationären Pflege liegt die Versorgungsquote 80+ mit 17,21 fast 50 % über dem Landesschnitt bei 11,34. Dies zeigt sich auch in Daten der KVWL und KVNO zu diagnostizierten Demenzerkrankungen. Die Prävalenz liegt im Kreis Soest über der in der Region Südwestfalen, dem Regierungsbezirk Arnsberg und NRW.
- Nach Angaben der KVWL aus 03/2022 waren im Kreis Soest von insgesamt 178 Hausärzt*innen 80 mindestens 60 Jahre alt. Der Nachwuchsbedarf ist daher überdurchschnittlich. In den kommenden 5 Jahren erreichen dementsprechend voraussichtlich rd. 45 % der niedergelassenen Ärzte das Rentenalter. Da die ambulanten Nachfolgen in vielen Fällen (noch) nicht gesichert sind, spielen die Krankenhäuser in der Versorgung in der Fläche eine wichtige Rolle.
- Im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung müssen auch die Belange der Menschen mit Behinderung Berücksichtigung finden. Im Kreis Soest muss eine inklusive Versorgung entsprechend den Regelungen der UN-Behindertenrechtskonvention sichergestellt sein, bedarfsgerechte Leistungsangebote müssen weiterhin gut erreichbar bleiben.

2.) Vorbemerkungen der im Ausschuss für Gesundheit, Demografie und Daseinsvorsorge sowie in der KGK des Kreises Soest vertretenen Kreistagsfraktionen

Die KGK hat unter Federführung der politischen Vertreter*innen der Kreistagsfraktionen folgende Vorbemerkungen für die Stellungnahme zur Krankenhausbedarfsplanung erarbeitet:

„Seit Offenlegung des Terminplans für die Krankenhausbedarfsplanung NRW hat sich der Ausschuss für Gesundheit, Demografie und Daseinsvorsorge mit dem Thema und dessen Auswirkungen auf die medizinische Versorgung im Kreis Soest beschäftigt. Allerdings standen bis Anfang Juni 2023 lediglich formale Informationen zu dem Prozess zur Verfügung.“

Die Einbindung der kommunalen Ebene, auch mit wesentlichen Akteuren des Gesundheitswesens, hat der Gesetzgeber bedauerlicherweise in der ersten Runde der Ergebnisermittlung nicht vorgesehen.

Zu den jetzt vorliegenden Ergebnissen – ein nicht immer im Konsens (vorerst) abgeschlossenes Verhandlungsergebnis zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern – soll die Kreisgesundheitskonferenz unter erheblichem Zeitdruck Stellung beziehen.

Die dargestellten Verhandlungsergebnisse geben im Wesentlichen quantitative Aspekte wieder. Es gibt keine Aussagen zu Zielen der stationären/teilstationären Versorgung und deren qualitativen Umsetzungen für den Kreis Soest bzw. die Versorgungsregion. Darüber hinaus ist weiterhin unklar, wie die Bedarfe auf Basis der Jahre 2019 / 2020 tatsächlich festgelegt wurden. Inwieweit die Corona-Sondersituation 2020, in der beispielsweise Kliniken Intensivbetten aufbauen mussten und ein Teil der originären Leistungen u.a. durch Lockdown und Verschiebung von Eingriffen/Behandlungen nicht erbracht werden konnten, berücksichtigt wurde, ist nicht erkennbar.

Aussagen zu aktuellen und zukünftigen objektivierbaren Bedarfen auf Grundlage von Bevölkerungsentwicklung, Bevölkerungsstruktur und Demographie liegen für den Kreis Soest nicht vor. Insgesamt ist keine adäquate Prozesstransparenz gegeben.

Deshalb stellt die Gesundheitskonferenz des Kreises Soest für die Krankenhausbedarfsplanung des Kreises Soest grundsätzlich fest:

- Die stationäre/teilstationäre Versorgung ist das tragende Element der medizinischen Versorgung und gehört damit zur Daseinsvorsorge für die Bevölkerung einer Region. Sie muss mit der ambulanten Versorgung optimal abgestimmt sein.
- Eine solide und qualitativ hochwertige stationäre medizinische Grundversorgung, die sich am Bedarf orientiert und für die Bürger*innen zeitlich und verkehrstechnisch möglichst barrierefrei erreichbar ist, muss im ländlichen Kreis Soest sichergestellt sein. Notfall- und Rettungszeiten müssen weiterhin eingehalten werden können.
- Die Bedarfsplanung für den Kreis Soest ist so zu gestalten, dass auch die auf Bundesebene beabsichtigte Krankenhausreform im ländlichen Raum des Kreises Soest die Vielseitigkeit medizinischer Leistungsbereiche abbilden kann. Außergewöhnliche Befunde und Sonderbefunde in der stationären Versorgung sind zumutbar an spezialisierte Einrichtungen weiterzuleiten.
- Die Bedarfsplanung muss in erster Linie die Belange der Patient*innen sowie die demographische Entwicklung der Region berücksichtigen.

Gleichzeitig sollten Verschiebungen von Leistungsbereichen und die Reduzierung der Fallzahlen nicht zu einer Existenzgefährdung oder qualitativen Einschränkung der Leistungsfähigkeit und damit des Versorgungsauftrages einzelner Krankenhäuser führen.

- Bei der Bedarfsplanung sind außerdem Aspekte des Erhalts von verschiedensten Leistungsangeboten zu berücksichtigen, die strukturell die Aus-, Fort- und Weiterbildung an den Krankenhäusern sichern, um auch zukünftig für Fachkräfte im ländlichen Raum die Arbeitsplätze adäquat attraktiv zu halten.
- Wir fordern zur Krankenhausbedarfsplanung NRW für den Kreis Soest eine umfängliche und nachvollziehbare Transparenz zum bisherigen und weiteren Prozess ein.“

3.) Allgemeine Bemerkungen zu den konkreten Verhandlungsergebnissen

- Die Bedarfszahlen auf der Planungsebene sind nicht transparent und die festgelegte Bedarfszahl an sich ist in vielen Fällen nicht plausibel. Sie fußt nach den Ausführungen in der FAQ sowie Ihren ergänzenden mündlichen Angaben auf den Abrechnungszahlen aus den Jahren 2019/2020, die dem Land vom InEK vorgelegt wurden. Dieser Zeitraum ist als Referenz problematisch, da durch die pandemische Lage und Phasen des Lock-downs elektive Eingriffe verschoben bzw. nicht erbracht wurden, um Ressourcen für die stärker geforderte Intensivmedizin umzuschichten.
- An anderer Stelle wird ausschließlich von den Zahlen aus 2019 als Grundlage gesprochen bzw. in Verhandlungen wurde dies entsprechend ausgeführt. Die Datengrundlage ist daher nicht eindeutig nachvollziehbar.
- Da der zugrunde liegende Algorithmus der Fallzuordnung nicht bekannt ist, ist es nicht möglich, die Zahlen mit den von den Krankenhäusern abgerechneten Zahlen zu vergleichen. Sie stimmen nach Rücksprache mit den Geschäftsführungen der Krankenhäuser nicht mit den Erfahrungswerten der Krankenhäuser überein. Des Weiteren haben sich die Fallzahlen einiger Leistungsgruppen auch in der Pandemie verändert, so dass sich die Zahlen im Hinblick auf die Demographie heute anders darstellen. Diese Entwicklungen müssen berücksichtigt werden.
- Unklar ist, inwieweit Fallzahlen jetzt schon verbindliche Vorgaben für das spätere Verfahren bezogen auf die Budgets enthalten, so dass unter Umständen über Reduzierung von Fallzahlen bereits Budgetkürzungen ausgesprochen wurden, was für die Versorgungsqualität insbesondere in einer ländlichen Region nicht akzeptabel ist. Ohne den Kontext Budgetverhandlung ist daher eine Beurteilung in Richtung Konsens / Dissens nicht fundiert möglich. Es besteht eine große Unsicherheit, da keine Finanzierungssicherheit für die Häuser geklärt ist. Die Kürzung von Leistungsgruppen / Fallzahlen darf den wirtschaftlichen Bestand der Häuser nicht gefährden.
- Die Verteilung der Fallzahlen im Kreisgebiet auf die einzelnen Standorte/Krankenhäuser ist nicht plausibel. Beispielsweise wurden Leistungsgruppen im zweiten Schritt auf mehrere Häuser verteilt, aber völlig abweichend von den beantragten Fallzahlen (Bsp. Leistungsgruppen 14.1 Endoprothetik Hüfte, 26.1 Allgemeine Neurologie). Nicht ersichtlich ist, warum eine Reduzierung vorgenommen wurde und dabei in einzelnen Häusern unterschiedliche Anteile gekürzt wurden. Eine gleichmäßige lineare Kürzung, z.B. im Verhältnis zu den beantragten Fallzahlen, ist nicht erkennbar (Bsp. Leistungsgruppe 21.1 Allgemeine Frauenheilkunde). Dies ist aber relevant für eine verlässliche Versorgungsstruktur im Kreis Soest und daher für alle Beteiligten im Verfahren von entscheidender Bedeutung.
- Zusammenhänge von Leistungsgruppen wurden fachlich nicht vollumfänglich berücksichtigt, so dass operative Eingriffe nicht erfolgen können, weil eine erforderliche Leistungsgruppe fehlt. Strategisch war daher allein deshalb ein Dissens auszusprechen (Bsp. Leistungsgruppen 20.1 Urologie oder 21.2 Ovarial-CA insbesondere in Verbindung mit 16.5 Tiefe Rektumeingriffe oder gar der gesamten Viszeralchirurgie).
- Die Beschneidung der Leistungsbereiche gefährdet Standorte und den Versorgungsauftrag, da Spezialisierung nicht möglich ist (Bsp. 14.5 /25.2 Wirbelsäuleneingriffe oder Aufsplittung der Viszeralchirurgie). Krankenhäuser verlieren an Attraktivität, da Weiterbildung und Facharztausbildung an einem Standort nicht möglich sind. Fachkräfte zu finden und zu binden ist zudem erschwert.

Bezogen auf diese Gesichtspunkte ist es daher notwendig, Transparenz zwischen den Verhandlungspartnern herzustellen und auf einvernehmliche, für alle Seiten akzeptable Lösungen hinzuwirken, um weiterhin eine gute Versorgung der Bevölkerung im Flächenkreis Soest sicherzustellen.

4.) Fachliche Bemerkungen zu den einzelnen Leistungsgruppen

Zu den einzelnen Leistungsgruppen sind insbesondere folgende Aspekte für die Entscheidung im Kreis Soest relevant:

- Das Fachgebiet Viszeralchirurgie nicht als eigene Leistungsgruppen abzubilden und auf verschiedene Leistungsgruppen aufzuteilen ist nicht akzeptabel. Fachlich hat dies zur Folge, dass Leistungsgruppen, die in der Versorgungsstruktur als erforderlich von beiden Verhandlungspartnern angesehen und akzeptiert wurden, nicht in notwendigem Umfang umgesetzt werden können. Insbesondere die Leistungsgruppen 16.2 Lebereingriffe sowie 16.5 Tiefe Rektumeingriffe sind betroffen. Eingriffe im Bereich z.B. Ovarial-CA können nicht zu Ende geführt werden, da das Gebiet der Viszeralchirurgie nicht zugeordnet ist. Aus fachlicher Sicht ist eine Trennung von Ovarial-CA Eingriffen von den tiefen Rektumeingriffen nicht möglich. Unnötige und unwirtschaftliche Verlegungen mit gravierenden Nachteilen für die Patient*innen sind die Folge. Aktuell wird hier interdisziplinär operiert.
- Zu bedenken ist außerdem, dass die fehlende Viszeralchirurgie auch weiteren Fachkräftemangel bedingt, da Weiterbildung am Standort nicht mehr möglich ist und die Attraktivität des Standorts für Fachkräfte damit beschnitten wird. Viszeralchirurgische Eingriffe sind aber zwingend notwendig und sollten daher auch im Kreis Soest möglich sein, auch die entsprechende Weiterbildungsbefugnis sollte erhalten bleiben.
- Im Hinblick auf die Leistungsgruppe 2.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie ist für den Kreis Soest entscheidend, dass insbesondere bezogen auf die Diabetologie der Status Quo des Standorts mit hoher Leistungsqualität erhalten bleibt. Die Zuordnung sowie Abrechnung in einer anderen Leistungsgruppe sind denkbar, allerdings an den Fallzahlen nicht erkennbar. Wichtig ist, dass die Diabetologie in bisherigem Umfang weiter behandelt und abgerechnet werden kann.
- Bezogen auf die Leistungsgruppe 14.5 Wirbelsäuleneingriffe besteht nachvollziehbar weiterhin Dissens. Zwar können Notfälle grundsätzlich versorgt werden, zeigt sich aber nach der akuten vitalen Sicherstellung, dass eine operative Stabilisierung der Wirbelsäule indiziert ist, ist dieser elektive Eingriff nicht mehr möglich. Um unnötige und gefährdende Verlegungen im Interesse der Patient*innen im Kreis Soest zu vermeiden, sollten daher weiterhin in Abhängigkeit von der Unfallchirurgie entsprechende elektive Eingriffe möglich sein.
- Die Leistungsgruppe 17. Augenheilkunde auf 0 zu setzen, bedeutet für den Kreis Soest keine entsprechende Leistung mehr anbieten zu können, was bezogen auf die ländliche Region und die daraus resultierenden langen Fahrzeiten nicht sinnvoll ist, zumal die Struktur für weitere Belegbetten vorhanden ist.
- Die unter 21.4 aufgeführten Geburtenzahlen bzw. die Zuteilung der Fallzahlen innerhalb des Kreises Soest ist nicht nachvollziehbar. Die zuletzt in den Krankenhäusern registrierten Geburtenzahlen passen nicht zu den jetzt zugewiesenen Fallzahlen, da diese am Standort Lippstadt deutlich höher ausfallen.

- In der Leistungsgruppe 26.1 Allgemeine Neurologie ist die Reduzierung der Fallzahlen um rund 25 % für das Kreisgebiet nicht tragbar. Die beantragte Fallzahl von insgesamt 3.650 Fällen ist realistisch und sollte den Häusern zugestanden werden. Wichtig ist hier eine schnellstmögliche Versorgung. Leistungsstarke Abteilungen zu erhalten ist hier ein wichtiges Ziel, was auch durch die Entwicklungen der Fallzahlen untermauert wird. Eine so gravierende Reduzierung der Fallzahlen ist daher für die Region im Interesse einer guten Versorgungsstruktur für die Patient*innen nicht akzeptabel. Der besonderen demographischen und strukturellen Situation ist Rechnung zu tragen, da sich im Kreis Soest eine im Verhältnis hohe Anzahl von stationären Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationskliniken auswirken (s.o.). Die Anträge der Krankenhäuser sollten daher vollumfänglich berücksichtigt werden.
- Strukturweiterungen wurden nicht berücksichtigt. So hat nach Antragstellung zwischenzeitlich eine Anbindung der technischen Orthopädie in Geseke stattgefunden. In den Verhandlungen mit den Kassen fand diese Tatsache keine Berücksichtigung, so dass der Dissens nachvollziehbar ist. Hier hat eine Anpassung der Fallzahlen an die aktuelle Situation zu erfolgen.
- Für die Leistungsgruppen 31.1 sowie 31.2 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – voll- und teilstationär – sind die Verhandlungsergebnisse nicht nachvollziehbar. Die LWL-Kliniken stellen im Kreis Soest ein qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot bezogen auf die Leistungsgruppen sicher. Entgegen der bundesweit festgestellten Tendenzen, dass z. B. nach einer Erhebung der DAK-Gesundheit 2012 – 2022 die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen um 48 % gestiegen sind, werden die Fallzahlen in den vollstationären Leistungsangeboten in beiden Verhandlungsstufen reduziert. Der steigende Trend wird aber auch durch die Erfahrungen des sozialpsychiatrischen Dienstes vor Ort untermauert. Eine Reduzierung ist daher nicht tragbar. Angesichts der zunehmenden Erkrankungszahlen in diesem Bereich ist eher eine Ausweitung der Behandlungstage notwendig.
- Ebenso scheinen die Belegtage des bereits in Kraft gesetzten, aber noch nicht abschließend umgesetzten Feststellungsbescheids im Bereich der Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie nicht berücksichtigt.
- Zusätzlich bietet der LWL im Kreis Soest überregional genutzte Spezialangebote an, unter anderem Cannabisentzug, dieses kann dann nicht mehr aufrechterhalten werden.

5.) Belange des Rettungsdienstes des Kreises Soest

Bezogen auf die Belange des Rettungsdienstes sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

Die Kapazitäts- und Leistungsbewertung von Krankenhäusern in einem Versorgungsgebiet (hier Versorgungsgebiet 12) wird für den Rettungsdienst allein schon deshalb erschwert, weil die Zielkliniken nicht automatisch deckungsgleich mit den Versorgungsgebieten sind. Hier kommt es im Alltag regelhaft zu bereichsübergreifender Inanspruchnahme der Krankenhausressourcen (Versorgungsgebiete 9, 11, 15).

In den letzten Jahren hat es eine erhebliche Steigerung der Einsatzzahlen für den Rettungsdienst gegeben, wobei aufgrund fehlender Abgleiche der Entlassdiagnosen aus dem Krankenhaus (InEK) und den Verdachtsdiagnosen der präklinischen Daten des Rettungsdienstes keine Aussagen über Notwendigkeit bzw. Dringlichkeit gemacht werden können. Dennoch stellen die Daten eine Versorgungslage (primär im Krankenhaus) dar. So ist die Notfallrettung in 2022 auf 36.160 Einsätze (+26%; 2019: 28.600) und der Krankentransport in 2022 auf 26.600 (+37%; 2019: 19.300) gestiegen.

Bei der Vorgabe eines für 2024 geplanten Bedarfs (Vorgabe durch das MAGS) ist deshalb nicht ersichtlich, auf welcher Datengrundlage diese Vorgaben erstellt wurden. Hier fehlt die Transparenz, ob Steigerungen der letzten Jahre „eingepreist“ sind und in wieweit der dokumentierte Dissens/Konsens perspektivisch, realistisch oder planerisch begründet ist.

Beispielhaft sei eine in der Práuklinik gebráuchliche Tracer-Diagnose „Apoplex“ erwáhnt. Die Zahlen bzw. Gróúenordnung basieren auf eigenen Erhebungen. Aufgrund von standardisierten Abláufen und einer Zuweisungsstrategie (Stroke Unit) kommt es in 30% der Fálle zu einer Verbringung von Patienten auúerhalb des Kreisgebietes (in mehrere Versorgungsgebiete!) unter Inanspruchnahme der entsprechenden „Fachkliniken“ (Leistungsgruppen).

Die im Kreisgebiet verbleibenden Patienten entsprechen in etwa der beabsichtigten (Dissens, Konsens) Fallzahlen, wobei der Zufluss von externen Rettungsdiensten und die normale, nicht-rettungsdienstliche Zuweisung (mangels Zahlen) nicht bewertet werden kann. Ebenso stellt sich die Frage, ob der „Abfluss“ der Patienten nach auúerhalb ausschlieúlich fachlich und / oder zeitkritischer Natur ist.

Bei beiden Begründungen stellt sich deshalb aus rettungsdienstlicher Sicht die Sorge der ausreichenden Kapazität vor Ort.

Bei einem Fláchenkreis wie dem Kreis Soest kommt dann zusázlich auch die unterschiedliche Definition der Erreichbarkeit von Kapazitáten ins Spiel. Beispiel Geburt: Die Erreichbarkeit eines geeigneten Krankenhauses mag in der unkomplizierten Form (ohne Rettungsdienst) durchaus zeitlich im Bereich von 40 Min. planerisch liegen. Im Notfall (Rettungsdienst) wáre dies aber aus fachlicher Sicht nicht zumutbar.

Um weiterhin eine gute medizinische Versorgungsstruktur gerade in einer lándlich geprágten Region wie dem Kreis Soest sicherzustellen, ist es daher dringend erforderlich, die vorgetragenen Aspekte dieser Stellungnahme bei der weiteren Entscheidung zu berúcksichtigen.

Abschlieúend weise ich darauf hin, dass die drei Sáulen ambulante, stationáre und rettungsdienstliche (notfall-) medizinische Versorgung zusammen betrachtet werden müssen. Es bestehen unmittelbare Abhángigkeiten bzw. Wechselwirkungen. So fungieren die stationáren Krankenháuser zunehmend als „Ausfallbúrgen“ für die angespannte Versorgungslage im ambulanten Bereich. Der derzeitige Blick rein auf die stationáre Versorgung ist nicht zielführend.

