



Zweitmeinung  
zur  
Aufrechterhaltung einer stationären Notaufnahme  
am Krankenhaus Mainburg, (Notfallstufe 1)  
gem. Regelungen des  
Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Stand: 22. Mai 2024

## Inhaltsverzeichnis

1.	<b>Auftrag und Einleitung</b> .....	3
2.	<b>Datengrundlage</b> .....	4
3.	<b>Rechtliche Bewertung der Struktur- und Prozessvorgaben</b> .....	5
3.1.	Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses .....	5
3.1.1.	Allgemeine Vorgaben für alle Notfallstufen .....	6
3.1.2.	Vorgaben für die Basisnotfallversorgung Stufe 1 .....	7
3.1.3.	Finanzielle Folgen der Nichterfüllung einer Notfallstufe und mögliche Handlungsoptionen.....	10
3.2.	Vorgaben der Leistungsgruppe Notfallmedizin .....	11
3.2.1.	Leistungsgruppe Notfallmedizin.....	11
3.2.2.	Befristete Ausnahmeregelungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen.....	12
3.3.	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur – QSFFx.....	13
4.	<b>Organisatorisch-personelle Bewertung</b> .....	14
4.1.	Personalsituation Notaufnahme am Standort Mainburg.....	14
4.1.1.	Ärztliche Besetzung Notaufnahme.....	14
4.1.2.	Weiterer Personalbedarf.....	15
4.1.3.	Pflegerische Besetzung.....	15
4.2.	Fazit organisatorisch-personelle Machbarkeit .....	16
4.3.	Vergleich mit anderen Krankenhäusern .....	17
5.	<b>Wirtschaftliche Bewertung</b> .....	22
5.1.	Personalkosten .....	22
5.1.1.	Personalkosten in der Pflege.....	22
5.1.2.	Ärztliche Personalkosten .....	22
5.1.3.	Personalkosten für Funktionspersonal Notaufnahme.....	22
5.2.	Sachkosten .....	23
5.3.	Fiktive Erlösbetrachtung.....	23
6.	<b>Fazit</b> .....	24
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	26
	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	26

## 1. Auftrag und Einleitung

Den Vorgesprächen zufolge hat der Kreistag des Landkreises Kelheim die Weiterverfolgung der von PricewaterhouseCoopers GmbH (PwC) für die Region 10 vorgeschlagenen gemeinsamen standortübergreifenden Medizinstrategie basierend auf dem „Nabe & Speichen“- Modell im Sinne eines integrierten Klinikverbunds beauftragt.

Ergänzend sollte, so der Beschluss des Kreistags, im weiteren Prozess auch nochmals geprüft werden, ob die stationäre Notaufnahme im Klinikum Mainburg, Notfallstufe 1 gem. der RL des G-BA nicht doch dauerhaft aufrecht erhalten bleiben könnte.

### Hintergrund

Das Krankenhaus Mainburg bildet zusammen mit dem Krankenhaus Pfaffenhofen die Ilmtalklinik GmbH. Im Krankenhausplan des Freistaates Bayern (Stand 01.01.2024) ist der Standort Mainburg in den Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin mit 89 zugelassenen Betten ausgewiesen. Das Krankenhaus Mainburg zählt 2024 nicht zu den Sicherstellungshäusern gemäß der Liste der Krankenhäuser nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

Obwohl das Krankenhaus Mainburg, im Landkreis Kelheim, zur Planungsregion 11 gehört, wurde es im Strukturgutachten der Krankenhausversorgung in die Region 10 einbezogen, weil es zur Ilmtalklinik GmbH gehört. Aus diesem Gutachten heraus wurde eine Umwandlung des Krankenhausstandortes in Mainburg ohne Fortführung einer 24/7-Notfallversorgung (nach G-BA-Notfallstufe) empfohlen.

### Auftrag zur Angebotsabgabe

Gemäß dem o.g. Beschluss des Kreistages des Landkreises Kelheim wurde die Bayerisches Institut für Krankenhaus-Organisation und -Betriebsführung GmbH (BIK) beauftragt, ergänzend zum PwC-Gutachten eine Zweitmeinung abzugeben dazu, ob die stationäre Notaufnahme im Klinikum Mainburg (G-BA Notfallstufe 1) nicht doch dauerhaft aufrecht erhalten bleiben kann.

Als Grundlage für die Zweitmeinung sind aus Sicht der BIK GmbH hierfür Bewertungen zu folgenden Parametern vorzunehmen:

#### A) Rechtlich:

Darstellung gemäß den derzeit geltenden Struktur- und Prozessvorgaben und – soweit zum Zeitpunkt des Gutachtens einschätzbar – den künftig zu erwartenden Vorgaben, mit denen aus dem geplanten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sowie den Entwicklungen im G-BA und der angekündigten Reform der Notfallversorgung zu rechnen ist.

B) Organisatorisch-personell:

Bewertung der Machbarkeit anhand der Unterlagen aus dem PwC-Gutachten bezüglich der Notfallversorgung am Krankenhaus Mainburg, die dafür zweckgebunden zur einmaligen Verwendung zur Verfügung gestellt wurden sowie die Analyse der personellen und strukturellen Ausstattung am Standort Mainburg. Außerdem erfolgt ein Vergleich ähnlich großer Krankenhäuser.

C) Wirtschaftlich:

Zum Aspekt der Wirtschaftlichkeit wurden die Ist-Versorgungszahlen gem. den Daten nach § 21 KHEntgG, der vom Krankenhausträger hierfür zweckgebunden zur Verfügung gestellt wurde, analysiert und hinsichtlich einer modellhaften wirtschaftlichen Betrachtung des Betriebes einer stationären Notfallversorgung nach Basisnotfallstufe (G-BA) bewertet.

Ergänzend dazu erfolgte auch eine Analyse der Daten aus den öffentlich zugänglichen Qualitätsberichten verbunden mit Annahmen zur Versorgungsentwicklung und Leistungssimulation in der Zukunft<sup>1</sup>.

Die Resultate der Analysen und Bewertungen aus A) bis C) bildeten die Grundlage für die Ableitung des wirtschaftlichen Gesamtfazits.

Angebotsannahme:

Das Angebot der BIK GmbH wurde am 09.04.2024 vom Landratsamt Kelheim angenommen.

## 2. Datengrundlage

- PwC-Gutachten: Entwicklung einer standortübergreifenden Medizinstrategie für die Kliniken in Region 10 vom 15.03.2023<sup>2</sup>
- Regelung des G-BA zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), zuletzt geändert am 20. November 2020
- Gemeinsame Checkliste der Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V. (BKG) und der ARGE Krankenkassen in Bayern (ARGE).
- Referentenentwurf KHVVG, Stand 15.04.2024 einschl. der Stellungnahmen aus der Verbändeanhörung (u.a. der Unabhängigen Vorsitzenden des G-BA) sowie fachlicher Aussagen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum geplanten Gesetzestext
- Auswertung der Daten gem. § 21 KHEntgG sowie aus den Qualitätsberichten
- Analyse- und Simulation mittels Vebeto-Analyse und Bindoc-Analytics
- Auskünfte und Unterlagen der Geschäftsführung der Ilmtalkliniken GmbH

<sup>1</sup> Kostenpflichtige Nutzung des Analyse- und Simulationstools der Vebeto GmbH

<sup>2</sup> Nutzungsfreigabe am 12.04.2024

- Kontrollbericht des Medizinischen Dienstes (MD) zur Erfüllung der G-BA-Basisnotfallstufe aus dem Jahr 2021
- Bescheid des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP) zum Vollzug der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V
- Nichtärztlicher Dienstplan der Notaufnahme von April 2024

### 3. Rechtliche Bewertung der Struktur- und Prozessvorgaben

Wir befinden uns am Vorabend einer als „Revolution“ angekündigten Krankenhausreform, die die Strukturen der Krankenhäuser wesentlich und einschneidend verändern wird. Wir betrachten in unserer Zweitmeinung deshalb sowohl die aktuell gültige Rechtslage als auch den aktuellen Referentenentwurf zum KHVVG (Stand 15.04.2024). Ebenso werden fachliche Aussagen aus dem BMG zur Interpretation der geplanten KHVVG-Regelungen, insbesondere zu den Ausnahmeregelungen, berücksichtigt.

#### 3.1. Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der G-BA hat im April 2018 eine Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erlassen.<sup>3</sup> In der Regelung trifft der G-BA spezifische Vorgaben für die insgesamt 3 Notfallstufen.

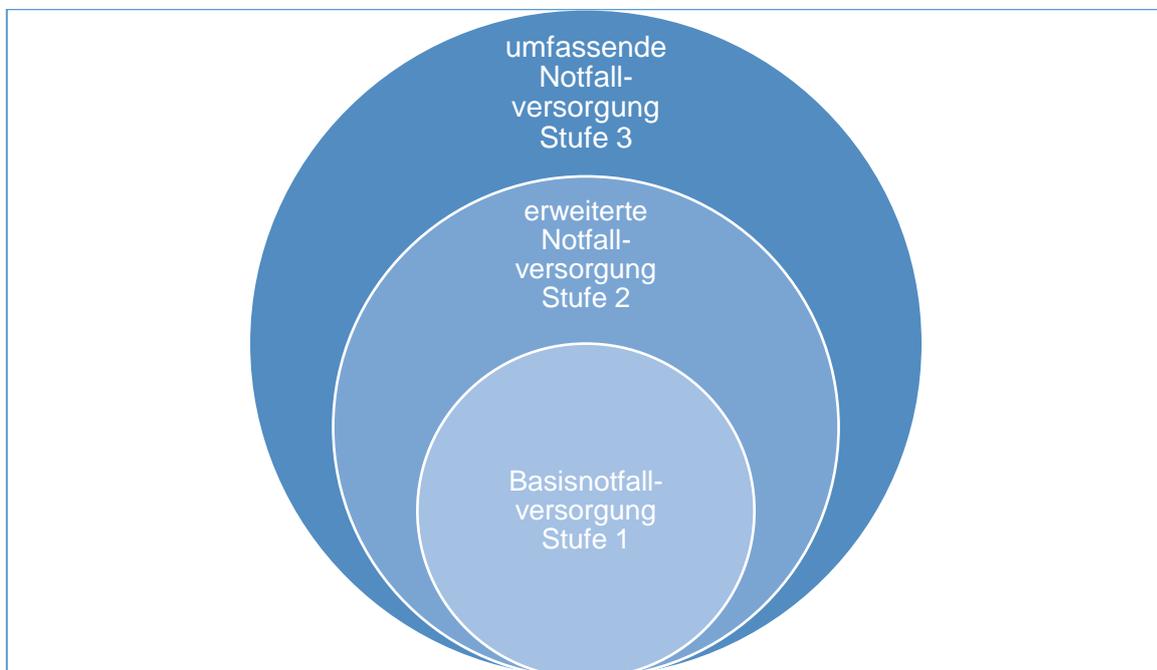


Abb. 1: Notfallstufen des G-BA (eigene Darstellung)

<sup>3</sup> <https://www.g-ba.de/richtlinien/103/> (abgerufen am 05.05.2024)

Die Anforderungen steigen von Stufe zu Stufe, wobei die Erfüllung der Anforderungen höherer Stufen immer die Erfüllung der Anforderung der niedrigeren Stufe(n) voraussetzt.

Im Rahmen dieser Zweitmeinung fokussieren wir uns auf die Anforderungen, die für alle Notfallstufen gleichermaßen gelten sowie zusätzliche auf die speziellen Anforderungen der Basisnotfallstufe.

Das Stufenmodell zur stationären Notfallversorgung enthält Vorgaben zu den folgenden Kategorien:

Art und Anzahl der Fachabteilungen
Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Personals
Kapazität zur intensivmedizinischen Versorgung
Medizinisch-technische Ausstattung
Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme

Abb. 2: Kategorien der Anforderungen an die Notfallstufen (eigene Darstellung)

### 3.1.1. Allgemeine Vorgaben für alle Notfallstufen

Grundsätzlich gilt, dass alle Vorgaben in den Kategorien zu jeder Zeit, d.h. 24 Stunden an 7 Tagen je Woche (24/7), durch das Krankenhaus erfüllt werden müssen.

Die Notfallversorgung muss überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA), die am Standort vorzuhalten ist, erfolgen. Die ZNA ist eine

- räumlich abgegrenzte,
- fachübergreifende Einheit
- mit eigenständiger, fachlich unabhängiger Leitung.
- Der Zugang zur ZNA ist grundsätzlich barrierefrei.

Das Krankenhaus soll zur Versorgung von ambulanten Notfällen eine Kooperationsvereinbarung gem. § 75b Abs. 1b Satz 2 SGB V (Altfassung)/ § 75 Abs. 1b Satz 3 SGB V (Neufassung) mit der KVB schließen. Die KVB hat die Standorte für Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern einseitig und selbständig festgelegt.

Diese Bedingung kann also nur von den durch die KVB bereits ausgewählten Krankenhäuser in Bayern erfüllt werden.

### 3.1.2. Vorgaben für die Basisnotfallversorgung Stufe 1

Zu Art und Anzahl der Fachabteilungen gelten in der Basisnotfallversorgung folgende Vorgaben:

Das Krankenhaus verfügt am Standort mindestens über die Fachabteilungen

- Chirurgie oder Unfallchirurgie
- Innere Medizin

Eine Fachabteilung liegt vor, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses.
- Angestellte Ärzte des Krankenhauses, sind der Fachabteilung zugeordnet, und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer.
- Ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist jederzeit (24/7) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.
- Das Krankenhaus hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V dies vorsieht und
- die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG haben in der Budgetvereinbarung einen Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V vereinbart.

Belegärzte sind keine angestellten Ärzte des Krankenhauses. Belegabteilungen sind im Sinne der G-BA-Regelung keine Fachabteilung und werden nicht berücksichtigt.

Zur Qualifikation des Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung gelten folgende Vorgaben:

- Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der ZNA verfügbar sind.
- Der o. g. Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ sobald die jeweiligen Qualifikationen in dem Land verfügbar ist (in Bayern seit 01.05.2020). Für den o.g. Arzt ist demnach ab 01.05.2025 diese Zusatzweiterbildung nachzuweisen.
- Die o. g. Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ sobald die Qualifikationen in dem Land verfügbar ist. Für Bayern bedeutet dies, ab 01.09.2024 ist diese Zusatzqualifikation nachzuweisen.

- Es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von max. 30 Min. am Patienten verfügbar.
- Das o. g. Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.

Zur Kapazität der intensivmedizinischen Versorgung gelten in der Basisnotfallversorgung folgende Anforderungen:

Das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mind. 6 Betten vor, von denen mind. 3 zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind.

Zur medizinisch-technischen Ausstattung am Standort gelten in der Basisnotfallversorgung folgende Vorgaben:

- Schockraum
- 24-stündig verfügbare computertomografische Bildgebung oder die 24-stündige computertomografische Bildgebung wird durch Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer sichergestellt.
- Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung eines Notfalls in ein Krankenhaus einer höheren Notfallstufe auch auf dem Luftweg, ggf. unter Nutzung eines bodengebundenen Zwischentransports.

Zu den Strukturen und Prozessen der Notfallaufnahme gelten in der Basisnotfallstufe folgende Anforderungen:

- Die Aufnahme von Notfällen erfolgt ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme
- Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfällen zur Anwendung. Alle Notfallpatienten erhalten spätestens 10 Min. nach Eintreffen eine Einschätzung der Behandlungspriorität.
- Die Patientenversorgung wird aussagekräftig dokumentiert und orientiert sich an Minimalstandards. Diese Dokumentation liegt spätestens bei Entlassung oder Verlegung des Patienten vor.

Es ist offensichtlich, dass diese Regelung des G-BA einer Überarbeitung bedarf, sofern aufgrund der Krankenhausreform Leistungsgruppen eingeführt werden und die Krankenhausplanung der Länder zukünftig auf diese abstellen muss. Wie unter 3. bereits dargestellt, ist jedoch nicht von einer Lockerung der Vorgaben auszugehen. Im Gegenteil fordern die Unabhängigen Vorsitzenden des G-BA in ihrer Stellungnahme zum KHVVG<sup>4</sup> vom 30.04.2024 sogar eine weitere Verschärfung von Personal- und Qualitätsvorgaben.

---

<sup>4</sup> [Stellungnahme \(g-ba.de\)](#) (abgerufen am 13.05.2024)

Die nachstehende tabellarische Darstellung der bisherigen Struktur- und Personalvorgaben nach den drei G-BA-Notfallstufen macht deutlich, dass bereits heute für die Versorgung spezieller Notfälle in Bezug auf die dafür vorgesehenen Leistungsgruppen die erweiterte bzw. umfassende stationäre Notfallstufe nach den G-BA-Richtlinien vorgesehen ist. Es ist sehr wahrscheinlich aufgrund der deutlich differenzierteren Leistungsgruppen gegenüber den bisherigen Fachabteilungen mit einer weiteren Steigerung der Strukturvorgaben vom G-BA bei den Notfallstufen zu rechnen.

## Gestuftes System von Notfallstrukturen

Anforderungen (ohne Module)

Vorgabe	Stufe		
	Basisnotfallversorgung	Erweiterte Notfallversorgung	Umfassende Notfallversorgung
<b>Art und Anzahl Fachabteilungen</b>	Jeweils ein Facharzt/eine Fachärztin im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar	zusätzlich 4 Fachabteilungen der Kategorien A und B*; mindestens 2 davon aus Kategorie A	zusätzlich 7 Fachabteilungen der Kategorien A und B*; mindestens 5 davon aus Kategorie A
<b>Notaufnahme</b>	Zentrale Notaufnahme (ZNA) unter anderem mit Einschätzung der Behandlungspriorität spätestens 10 Minuten nach Eintreffen (3 Jahre Übergangszeit)	zusätzlich Beobachtungsstation für Kurzlieger (maximal 24 Stunden) mit mindestens 6 Betten	
<b>Intensivkapazität</b>	Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten, davon mindestens 3 mit Beatmungsmöglichkeit	Intensivstation mit mindestens 10 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit	Intensivstation mit mindestens 20 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit
<b>Medizinisch-technische Ausstattung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schockraum</li> <li>• 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie (auch in Kooperation)</li> </ul>	wie Basisstufe plus grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) Verfügbarkeit von: <ul style="list-style-type: none"> <li>• notfallendoskopischer Intervention oberer Gastrointestinaltrakt</li> <li>• perkutaner koronarer Intervention</li> <li>• Magnetresonanztomographie</li> <li>• Primärdiagnostik Schlaganfall und Initialtherapie</li> </ul>	
<b>Transport bzw. Verlegung</b>	Möglichkeit der Weiterverlegung auch auf dem Luftweg	Hubschrauberlandestelle	
<b>Ambulant</b>	Soll-Vorgabe: Kooperation gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit Kassenärztlicher Vereinigung		

\* Kategorie A: Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
 Kategorie B: Innere Medizin und Pneumologie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkardiologie, Neonatologie, Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Urologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Abb. 3: Tabellarische Übersicht der G-BA-Notfallstufen (Website G-BA, abgerufen am 13.05.2024).

### 3.1.3. Finanzielle Folgen der Nichterfüllung einer Notfallstufe und mögliche Handlungsoptionen

- Mit der Erfüllung der Basisnotfallstufe ist aktuell ein Zuschlag von 153.000 Euro pro Jahr verbunden.
- Für Krankenhäuser, die die Basisnotfallstufe nicht erreichen, ist einen Abschlag von 60 Euro pro stationärem Fall hinzunehmen. Laut Qualitätsbericht wurden in Mainburg im Jahr 2022 4.796 stationäre Fälle behandelt, was einen Abschlag von 287.760 Euro entsprochen hätte.

Nach Ansicht des MD, der im Jahr 2021 eine Stichprobenprüfung am Standort Mainburg durchgeführt hat, erfüllte das Krankenhaus die Voraussetzungen an die Basisnotfallstufe nicht.

Hintergrund war, dass außerhalb der werktäglichen Kernarbeitszeit die Verfügbarkeit des verantwortlichen Arztes im Bedarfsfall für die ZNA nicht durch Dienstplan geregelt war. Die assistenzärztliche Versorgung von Notfällen erfolgte in dieser Zeit durch einen internistischen und/oder einen chirurgischen Hausdienst, der auch weitere Aufgaben zu erfüllen hat.

Der Freistaat Bayern hat Kriterien festgelegt, um Krankenhäuser dem Modul Spezialversorgung im Sinne des § 26 der G-BA-Regelung zuzuordnen. Damit können Krankenhäuser ohne Basisnotfallstufe von den Abschlägen befreit werden. Das StMGP hat nach Auskunft des Geschäftsführers der Ilmtalkliniken auf Antrag des Krankenhauses mit Bescheid vom 16.04.2024 das Modul Spezialversorgung für das Krankenhaus Mainburg festgestellt. Grundlage für die Entscheidung war, dass der Standort Mainburg 24 Stunden an sieben Tagen die Woche an der Notfallversorgung teilnimmt, keinen Sicherstellungszuschlag erhält und im Jahresdurchschnitt 2023 der Anteil der im Rettungsdienstbereich eingelieferten Patient:innen größer als 1,5 % war. Der Wert lag in Mainburg im Jahr 2023 bei 7,73 % und damit deutlich über dem Mindestwert.

Das Krankenhaus hat damit eine der Handlungsoptionen zur Befreiung von Abschlägen erfolgreich genutzt. Ein entsprechender Antrag ist jährlich beim StMGP zu erneuern. Wie sich der Wert von 7,73% zukünftig entwickelt kann nicht vorausgesagt werden. In den Jahren 2025 und 2026 könnte es noch denkbar sein, als Spezialversorger auch ohne Erfüllung der Basis-Notfallstufe nach G-BA an der stationären Notfallversorgung teilweise teilzunehmen.

Spätestens mit der verbindlichen Zuordnung von Leistungsgruppen (LG) ab 2027 wird bei Nicht-Erfüllung der LG Notfallmedizin vermutlich eine Fortführung der Teilnahme an der stationären Notfallversorgung kaum noch möglich sein. Spätestens dann dürfte der Anteil am Rettungsdienstaufkommen erheblich einbrechen.

Es ist zu erwarten, dass das Krankenhaus Mainburg im neuen Krankenhaus-Transparenzregister<sup>5</sup> ([www.bundes-klinik-atlas.de](http://www.bundes-klinik-atlas.de); geplanter Start 17.05.2024) aufgrund der Datenbasis aus den Qualitätsberichten zunächst als Krankenhaus mit Notfallversorgung dargestellt werden wird. Es ist aber auch zu erwarten, dass sich diese Einordnung im Laufe der Zeit ändern wird und das Krankenhaus ohne Teilnahme an der stationären Notfallversorgung gekennzeichnet werden wird, wenn die Voraussetzungen für die G-BA-Basisnotfallstufe nicht erfüllt werden.

### 3.2. Vorgaben der Leistungsgruppe Notfallmedizin

Das BMG hat einen Entwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG) vorgelegt (Stand 15.04.2024). Gegenüber den Leistungsgruppen NRW werden fünf zusätzliche Leistungsgruppen eingeführt. Dazu gehört u.a. auch die Leistungsgruppe „65 – Notfallmedizin“. Diese Leistungsgruppe soll vermutlich gemäß den Definitionen der Krankenhausversorgungsstufen im neuen § 135 d Abs. 4 SGB V Voraussetzung für das Erreichen von „Level 1n“ und aller höheren Level im Sinne des Krankenhaus-Transparenzregisters sein.

#### 3.2.1. Leistungsgruppe Notfallmedizin

Kliniken, die zukünftig die Leistungsgruppe Notfallmedizin vorhalten wollen, müssen mindestens die Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung nach der einschlägigen G-BA-Regelung erfüllen. Zusätzlich werden Struktur- und Qualitätsvorgaben definiert. Dazu gehört die Vorhaltung

- der Leistungsgruppe Intensivmedizin,
- der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin sowie
- der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie.

am Standort des Krankenhauses.

Notwendig ist weiterhin die Gerätevorhaltung von:

- Ultraschall
- Videolaryngoskopie
- Möglichkeit zur nichtinvasiven und invasiven Beatmung/Transportbeatmung
- Sauerstofftherapie
- Blutgasanalyse
- Röntgen
- CT 24/7
- Telemedizinische Behandlung
- Monitoring von EKG

Im Bereich Personal gelten weitere Vorgaben zur Qualifikation und Verfügbarkeit der Ärzte. Benötigt werden Fachärzte aus dem Gebiet der Inneren Medizin, oder dem Gebiet der Chirurgie oder Fachärzte Anästhesiologie oder Fachärzte der Neurologie. Diese Ärzte benötigen teilweise die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und

---

<sup>5</sup> [www.bundes-klinik-atlas.de](http://www.bundes-klinik-atlas.de) (abgerufen am 12.05.2024)

Notfallmedizin“. Insgesamt sind 5 Fachärzte (Vollzeitäquivalente) beschäftigt, die mindestens in Rufbereitschaft 24/7 zur Verfügung stehen. Davon müssen mindestens 3 Vollzeitäquivalente über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen. Weiterhin müssen die Fachärzte hinsichtlich der Mindestbesetzung rechnerisch zu mindestens 80% in der Notaufnahme tätig sein.

Derzeit noch unklar ist, welche Leistungen der Leistungsgruppe Notfallmedizin zugeordnet werden, da die bestehenden Leistungsgruppen NRW Leistungen enthalten, die sowohl elektiv als auch notfallmäßig erbracht werden können.

Beispielsweise ist die Abgrenzung zwischen der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ und der Leistungsgruppe „Notfallmedizin“ derzeit unklar. Eine Abschätzung der möglichen Auswirkungen der Vorhaltefinanzierung zur LG Notfallmedizin ist aufgrund der unklaren Abgrenzung ebenfalls nicht möglich, wobei der allgemeine Grundsatz gelten kann, dass auch mit der Einführung der Vorhaltefinanzierung bei gleicher Leistungsmenge (Fallzahl) die Erlöse gleichbleiben, wie Vebeto-Analysen u.a. für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gezeigt haben.

### 3.2.2. Befristete Ausnahmeregelungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen

Gemäß dem Entwurf des § 135e SGB V können die Anforderungen an Leistungsgruppen bis zum In-Kraft-Treten der Rechtsverordnung nach §135e Abs. 2 SGB V in Kooperation und Verbänden sichergestellt werden, sofern die flächendeckende Versorgung nach § 6a Abs. 2 Satz 1 bis 3 KHG gefährdet wäre.

Außerdem können nach § 6a Abs. 2 KHG von den Ländern Leistungsgruppen zugewiesen werden, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, sofern dies von der o.g. Rechtsverordnung nicht ausgeschlossen wird. Allerdings sind diese Zuweisungen von der Landesbehörde mit einer Auflage zu versehen, wonach die Vorgaben der Leistungsgruppen innerhalb von einer Frist von maximal 3 Jahren erfüllt werden müssen.

Sofern es sich um Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag handelt, können die Leistungsgruppen auch unbefristet zugewiesen werden, was allerdings für den Standort Mainburg derzeit nicht zutrifft.

Nach mündlicher Aussage aus dem BMG vom 22.04.2024 beziehen sich die Ausnahmeregelungen im KHVVG (für die Leistungsgruppen gem. § 6a Abs. 2 KHG neu) bewusst nur auf Leistungsgruppen und nicht auf Qualitätsanforderungen der G-BA-Notfallstufen. Es sei auch nicht beabsichtigt, im laufenden Gesetzgebungsverfahren Ausnahmemöglichkeiten oder Erleichterungen zur Erfüllung der Notfallstufen zu schaffen. Denkbar wäre aber, dass eine Berücksichtigung künftiger sektorenübergreifender Versorger gem. §§ 115g und 115h SGB V an einer integrierten ambulanten Notfallversorgung im Gesetzgebungsverfahren konkretisiert werden könnte.

Die am Standort beschäftigten Ärzt:innen können für bis zu drei Leistungsgruppen, die an diesem Krankenhausstandort erbracht werden, angerechnet werden. Dies gilt allerdings nicht für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, was das künftige Leistungsspektrum für kleinere Krankenhäuser noch weiter beschränken dürfte, als heute.

Daraus kann grundsätzlich abgeleitet werden, dass nach Wirksamkeit der Krankenhausreform und des KHVVG kleine Krankenhäuser künftig kaum die Chance haben werden, durch ein breiteres Leistungsangebot über weitere Leistungsgruppen mehr Fallzahlen zu erzielen, die wiederum zum sinnvollen personellen und wirtschaftlichen Betrieb einer stationären Notfallversorgung nach G-BA-Notfallstufen erforderlich wären.

Vielmehr wäre es wahrscheinlich nur möglich, ggf. die Patientenzahlen insbesondere in der Allgemeinen Inneren Medizin und der Allgemeinen Chirurgie sowie maximal drei weiterer – verwandter – Leistungsgruppen sowie im ambulanten Leistungsspektrum zu steigern. Dabei kommt erschwerend hinzu, dass die allgemeinen Leistungsgruppen künftig ein deutlich niedrigeres Leistungsspektrum erlauben werden, als die heutigen Fachabteilungen.

### 3.3. Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur – QSFFx

Die RL definiert die Anforderungen an die Versorgung von Patient:innen mit der o. g. Diagnose. Die Anforderungen sind in vielen Bereichen deckungsgleich mit den Anforderungen der RL der Notfallstrukturen.

Bei einer Nicht-Erfüllung darf die Behandlung nicht über die Erstversorgung hinaus erfolgen. Der Rettungsdienst wird dies bei einer Einweisung in der Regel berücksichtigen.

Die Nichterfüllung der Anforderungen gem. der QSFFx RL führt zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs. Maßgeblich hierfür ist der Status der Erfüllung der Mindestanforderungen zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Operation sowie der Zeitpunkt der Verlegung gemäß § 4 Absatz 7 QSFFx-RL zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung.

Personalanforderung – Notaufnahmeverfügbarkeit:

- Innere Medizin, Facharzt Chirurgie, FA für Anästhesie in 30 Minuten am Patientenbett
- Ärztl. Dienst mit Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“
- 24 h Dienst im Fachgebiet Chirurgie vor Ort, kann Weiterbildungsassistent sein, zusätzlich Facharzt ggf. auch Sicherstellung durch RBD
- Intensivstation mind. 6 Betten: Assistenzarzt im Schichtsystem, FA in RBD
- CT 24/7: Radiologisch ärztlicher Dienst, ggf. telemedizinisch, MTRA
- Pflegepersonal mit Zusatzbezeichnung „Notfallpflege“
- Für Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten

Die hüftgelenknahe Femurfraktur war in der Vergangenheit eine typische Behandlung in einem Haus der Regel- und Grundversorgung. Die auch hier gestiegenen Personal- und Strukturvorgaben werden es künftig kleineren Krankenhäusern schwerer machen, diese Leistung zu erbringen. Es ist davon auszugehen, dass die bisher stichpunktartigen Prüfungen des Medizinischen Dienstes im Rahmen dieser Richtlinie weiter verstärkt werden.

#### 4. Organisatorisch-personelle Bewertung

##### 4.1. Personalsituation Notaufnahme am Standort Mainburg

##### 4.1.1. Ärztliche Besetzung Notaufnahme

Zu den G-BA Anforderungen s. Ausführungen unter 3.1..

Die ärztliche Leitung der Notaufnahme hat sich seit der MD Prüfung 2021 geändert. Ob der neue Leiter über die Weiterbildung Klinische Notfall- und Akutmedizin verfügt, ist nicht bekannt. Sein Stellvertreter befand sich laut MD-Kontrollbericht 2021 in der Weiterbildung.

Die Verfügbarkeit des benannten „verantwortlichen Arztes“ ist im Bedarfsfall mindestens durch einen Rufbereitschaftsdienst (24/7) sicherzustellen. Es ist davon auszugehen, dass der „verantwortliche Arzt“ nicht 24/7 verfügbar sein kann. Vielmehr muss er sich auch vertreten lassen können. Es ist weiterhin strittig (und nicht abschließend rechtlich geklärt), ob eine ständige adäquate Vertretung erforderlich ist. Sicherheitshalber sollte sich daher eine Vertretung aus Dienstplänen ergeben.

Gemäß der (Muster)-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer Version 2018 können nur Fachärztinnen und Fachärzte aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ erwerben<sup>6</sup>. Während der Zeit der Übergangsbestimmungen müssen daher ebenfalls Fachärztinnen und Fachärzte aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung eingesetzt werden.

Für die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ besteht in Bayern für die RL Notfallstufe noch ein Übergangszeitraum bis 01.05.2025, für die QFFSx RL endet der Übergangszeitraum am 01.01.2026.

Im Kontrollbericht des MD aus 2021 konnte nur für die Kernarbeitszeit ein eigener Dienstplan für die Notaufnahme vorgelegt werden. An den Wochenenden und Feiertagen fehlte es an der Besetzung der Notaufnahme.

---

<sup>6</sup> Befugnis auch nach der Übergangszeit (Novelle-Starteffekt) erteilt durch die Bayerische Landesärztekammer im Umkreis von 30 km zu Mainburg ([Suche nach Weiterbildungsbefugten Ärzten | Bayerische Landesärztekammer \(blaek.de\)](#)):  
- 24 Monate (volle WB-Zeit): Krankenhaus Landshut-Achdorf LAKUMED Kliniken, Klinikum Freising gGmbH  
- 12 Monate Klinikum Landshut AdöR

Personelle ärztliche Besetzung je Fachabteilung:

Für jede erforderliche Fachabteilung (mindestens Innere Medizin und Chirurgie) ist gemäß § 5 Abs. 2 Punkt 2 ein eigenständiger fachärztlicher Dienst vorzuhalten, der innerhalb von maximal 30 min am Patienten verfügbar ist.

Um die 24/7 Sicherstellung für diese Vorgabe zu erreichen sind je Fachabteilung mindestens 6 VK erforderlich. Neben der Anzahl der benötigten Ärzt:innen ist auch die Facharztqualifikation (Facharztstandard) sicherzustellen, ggf. über RD.

Die rein ärztliche Personalvorhaltung beläuft sich daher auf die erforderliche Besetzung der Notaufnahme und der Besetzung der mindestens vorzuhaltenden zwei Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin.

*Exkurs zur Dienstform:*

*Ob Rufdienst möglich ist, was die Einsatzmöglichkeiten erweitert [durch tatsächliche Arbeitsleistung innerhalb der Rufbereitschaft kann die tägliche Höchstarbeitszeit von zehn Stunden ([§ 3 ArbZG](#)) überschritten werden ([§ 7 ArbZG](#))], hängt davon ab, ob die 30 Minuten Vorgabe der Verfügbarkeit am Patientenbett sichergestellt werden kann.*

*Laut MD ist allerdings über einen Rufbereitschaftsdienst die Sicherstellung der Anwesenheit am Patienten binnen 30 Minuten nicht plausibel.*

*Diese Option dürfte daher, insbesondere bei ländlichen Strukturen, eher ausscheiden mit der Folge, dass von Bereitschaftsdienst auszugehen ist und einen dementsprechend höheren Stellenplan, weil der Bereitschaftsdienst im arbeitsschutzrechtlichen Sinne zur Arbeitszeit gerechnet wird. D.h. der Arzt, der einen nächtlichen Bereitschaftsdienst absolviert, steht am nächsten Tag wegen Einhaltung der Ruhezeit zwischen zwei Schichten nicht zur Verfügung.*

#### 4.1.2. Weiterer Personalbedarf

Die Ausführungen unter 4.1.1 betreffen die unmittelbare personelle Besetzung der Notaufnahme. Um die G-BA RL zu erfüllen, sind weitere kollaterale Dienste in der Berechnung zu berücksichtigen, insbesondere:

- Betrieb einer Intensivstation mit mindestens 6 Betten, davon drei mit Beatmungsmöglichkeit.
- Labordiagnostik
- Sicherstellung der röntgenologischen Diagnostik inkl. CT

Auf weitere Personalanforderungen, die sich aus dem Entwurf des KHVVG in Verdingung mit den Leistungsgruppen Intensiv- und Notfallversorgung ergeben wie unter 3.2 erläutert, sei hier nur hingewiesen.

#### 4.1.3. Pflegerische Besetzung

Zu den G-BA Anforderungen s. Ausführungen unter 3.1..

Die Voraussetzungen für den Nachweis der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ gelten in Bayern ab dem 01.09.2024. Derzeit ist nicht eindeutig geklärt, ob in jeder Schicht eine Pflegefachperson nachzuweisen ist, die auch über die Zusatzweiterbildung Notfallpflege verfügt.

Die tragenden Gründe zur Notfallstufenrichtlinie lassen zwar den Schluss zu, dass die Qualifikationsanforderungen sich nur auf das jeweils leitende Personal der ZNA bezieht, woraus sich „bei gutem Willen“ ableiten ließe, dass nur die leitende Pflegekraft für alle Schichten die Qualifikation aufweisen müsse. Allerdings beziehen sich die Ausführungen der tragenden Gründe nur auf die „Benennung“ und „Zuordnung“. Das dritte Kriterium - die (24/7) Verfügbarkeit in der ZNA - wird gar nicht thematisiert. Die in den tragenden Gründen vorgenommene Fokussierung auf das „leitende“ Personal dürfte sogar – bei Berücksichtigung der 24/7 Verfügbarkeit – so weit ausgelegt werden, dass eine entsprechend qualifizierte ärztliche und pflegerische „Schichtleitung“ benannt, zugeordnet und in der ZNA verfügbar sein muss.

Daher steht mit Blick auf den Interpretationsspielraum des MD der verbindliche Wortlaut der G-BA Regelung einer krankenhausfreundlichen Interpretation entgegen.

Zur Berechnung der Mindestbesetzung für die nichtärztliche Personalvorhaltung ist die Gleichzeitigkeit bei den Leistungsabrufen, insbesondere in der Kernarbeitszeit zu berücksichtigen. Maßgeblich ist ebenfalls, ob von den Beschäftigten, bspw. der Ambulanzbetrieb (unterstützend) zu organisieren ist. Die hier genannten Aspekte sind in der folgenden Berechnung außen vor geblieben.

Der mindestens erforderliche pflegerische Stellenbedarf einer Notaufnahme ließe sich entsprechend der Mindestbesetzung nach Arbeitsplatzmethode, wie folgt kalkulieren:

2 Arbeitsplätze 24/7:

24h x 365 Tage x 2 MA = 17.520 h

Nettoarbeitszeit ca.1400 h/Jahr => VK 12,51 (Stellenplan)

Sollte in jeder Schicht eine Pflegefachperson nachzuweisen sein, die über die Weiterbildung Notfallpflege gem. der Empfehlung der DKG verfügt, ist von mindestens 75 % Pflegefachpersonen auszugehen, die diese Weiterbildung abgeschlossen haben. (in Bayern in jeder Schicht ggf. nachzuweisen ab 1. September 2024) die restliche Kapazität könnte auch mit MFA, PH oder Rettungsassistenten abgedeckt werden.

Ob während der Kernarbeitszeit zusätzliche Dienste für administrative Aufgaben wie bspw. Telefondienst und Botengänge sowie Patientenbegleitung erforderlich sind, hängt von der örtlichen Gegebenheit (Organisation Patiententransporte, Länge der Wege, Verfügbarkeit von Aufzügen, usw.) ab.

#### 4.2. Fazit organisatorisch-personelle Machbarkeit

##### Ärztliche Besetzung

Gem. dem Bericht des MD zum Prüfergebnis des Jahres 2021 konnte die ärztliche Besetzung der Notaufnahme 24/7 nicht bestätigt werden. An den Wochenenden und Feiertagen fehlte es bereits damals an dieser ärztlichen Besetzung.

Den uns vorliegenden Unterlagen zufolge ist die Situation aktuell unverändert. Nach Auskunft der Geschäftsführung wird der ärztliche Dienst der Notaufnahme für die Fachbereiche Chirurgie und Anästhesie aktuell „behelfsmäßig über Pfaffenhofen geregelt“.

*Anmerkung:*

*Die Klinik Mainburg verfügt über die Fachabteilungen Innere Medizin, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Anästhesie und Intensivmedizin.*

*Damit dürfte für die Versorgung von Notfällen am Standort Mainburg der Facharztstandard in der Allgemein- und Viszeralchirurgie nicht sichergestellt sein.*

Pflegerische Besetzung

Im Prüfbericht des MD 2021 wurde die erforderliche pflegerische Präsenz 24/7 bestätigt. Den uns vorliegenden Unterlagen zufolge ist die quantitative Mindestbesetzung auch aktuell sichergestellt.

Ob die qualitativen Anforderungen erfüllt sind, lässt sich nicht zweifelsfrei feststellen, da nicht bekannt ist, wie viele Pflegende in der Notaufnahme am Standort Mainburg über diese Weiterbildung Notfallpflege (DKG) verfügen und ungeklärt ist, ob in jeder Schicht diese Qualifikation (Bayern ab 01.09.2024) nachzuweisen ist.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass die personellen Anforderungen (s. 3.1.2) für die Basisnotfallversorgung gem. § 9 G-BA Regelung zum gestuften System von Notfallstrukturen, den uns vorliegenden Informationen zufolge, nicht erfüllt sind.

Zur sicheren Erfüllung von Struktur- und Personalvorgaben gem. der G-BA Regelung zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern auf Grundlage von § 136c Absatz 4 SGB V sind umfängliche personelle Besetzungen erforderlich, die nur ab einer ausreichenden Krankenhausgröße (Bettenzahl) und Belegung (tatsächliche Fallzahlen) erreichbar erscheinen. Die bereits in den letzten Jahren gewachsenen Anforderungen werden auch künftig vermutlich weiter steigen

#### 4.3. Vergleich mit anderen Krankenhäusern

In der nachfolgenden tabellarischen Darstellung wurde eine Gegenüberstellung der Eckdaten des Krankenhauses Mainburg sowie eines Referenzhauses mit G-BA-Basisnotfallstufe aus Bayern und auf Bundesebene anhand des Softwareanalysetools BinDoc-Analytics auf Grundlage der Qualitätsdaten 2022 vorgenommen. Auf dieser Basis wurde als durchschnittliches Krankenhaus (Median) in Bayern das Krankenhaus St. Anna zugeordnet (165 Betten) und auf Bundesebene das Krankenhaus Wermelskirchen GmbH (200 Betten). Es zeigt sich wie zu erwarten, dass das Krankenhaus Mainburg deutlich kleiner als die durchschnittlichen Krankenhäuser mit G-BA-Basisnotfallstufe ist.

Krankenhaus Eckdaten	Krankenhaus Mainburg	Bayern:	St. Anna Krankenhaus	Bund:	Krankenhaus Wermelskirchen GmbH
Trägerart	öffentlich	öffentlich		öffentlich	
Versorgungslevel	Level In (mit Notfallstufe 1)	Level In (mit Notfallstufe 1)		Level In (mit Notfallstufe 1)	
Betten	90	165		200	
Fallzahlen	<ul style="list-style-type: none"> <li>4.796 vollstationäre Fälle</li> <li>9.586 ambulante Fälle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>8.866 vollstationäre Fälle</li> <li>2.991 ambulante Fälle</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>8.373 vollstationäre Fälle</li> <li>19.229 ambulante Fälle</li> </ul>	
Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>30,5 Ärzt:innen</li> <li>79,74 Pflegekräfte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>57,31 Ärzt:innen</li> <li>188,2 Pflegekräfte</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>56,78 Ärzt:innen</li> <li>131,05 Pflegekräfte</li> </ul>	
Name der FAB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innere Medizin (3.094 Fälle)</li> <li>Allgemein- und Unfallchirurgie (1.702 Fälle)</li> <li>Frauenheilkunde (0 Fälle)</li> <li>Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie (0 Fälle)</li> <li>Abteilung für Anästhesie (0 Fälle)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie (2.666 Fälle)</li> <li>Innere Medizin Schwerpunkt Gastroenterologie (1.762 Fälle)</li> <li>Orthopädie und Unfallchirurgie (1.686 Fälle)</li> <li>Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1.669 Fälle)</li> <li>Allgemeine Chirurgie (1.083 Fälle)</li> <li>Anästhesie (0 Fälle)</li> <li>Intensivmedizin (0 Fälle)</li> <li>Zentrale Patientenaufnahme (0 Fälle)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Innere Medizin (4.836 Fälle)</li> <li>Orthopädie und Unfallchirurgie (1.612 Fälle)</li> <li>Allgemein- und Viszeralchirurgie (1.330)</li> <li>Frauenheilkunde und Geburtshilfe (445 Fälle)</li> <li>Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (150 Fälle)</li> <li>Anästhesiologie (0 Fälle)</li> <li>Radiologie (0 Fälle)</li> </ul>	

Abb. 4: Vergleich Krankenhaus Mainburg mit Referenz-Kliniken (Eigene Darstellung)

Die nachstehende Übersicht zeigt die kleinsten Krankenhäuser in Bayern mit einer Teilnahme an der Notfallversorgung mit G-BA-Notfallstufe im Jahr 2022 nach den öffentlichen Qualitätsdaten hinsichtlich Bettenzahl, stat. Fallzahl und personeller Ausstattung:

Name	PLZ	Ort	Bettenzahl	stat. Fallzahlen 2022	Ärzt:innen	Pflegende
Klinikum Seefeld	82229	Seefeld-Oberalting	72	2.779	26	61
Kreiskrankenhaus Höchstadt	91315	Höchstadt a.d. Aisch	80	2.620	24	76
Krankenhaus Mainburg	84048	Mainburg	90	4.796	33	126
Geomed-Kreisklinik	97447	Gerolzhofen	95	3.738	30	111
Klinikum Aschaffenburg-Alzenau gemeinnützige GmbH	63755	Alzenau-Wasserlos	100	4.261	30	174
Klinikum Penzberg	82377	Penzberg	100	3.958	34	96
Kliniken Nordoberpfalz AG - Krankenhaus Kemnath	95478	Kemnath	100	4.368	23	97
Sana Klinik Pegnitz GmbH	91257	Pegnitz	100	4.422	40	177
Krankenhaus Aichach	86551	Aichach	100	4.571	39	100
Klinikum St. Josef Buchloe	86807	Buchloe	100	3.918	38	96
<b>Zum Vergleich:</b>						
Kreisklinik Wörth an der Donau	93086	Wörth a. d. Donau	120	6365	54	150

Abb. 5: Kleinste Krankenhausstandorte in Bayern mit Basis-Notfallstufe (eigene Darstellung)

Das Krankenhaus Mainburg gehört zu den zehn kleinsten Krankenhäusern in Bayern bis zu 100 Betten, die laut Qualitätsberichte im Jahr 2022 die Voraussetzungen der B-GA-Notfallstufen erfüllt hatten. Das Krankenhaus hat die drittkleinste Bettenzahl und noch eine vergleichsweise etwas höhere Fallzahl, die aber nicht ausreichen dürfte, einen wirtschaftlichen Betrieb sicherzustellen (sh. Abschnitt 5). Auf eine Fallzahlhöhe zu kommen, die einen wirtschaftlichen Betrieb wirtschaftlich ermöglichen würde, wäre bei der Bettenzahl vermutlich nicht zu erwarten, weil kein Krankenhaus in dieser Größenordnung nennenswert höhere Fallzahlen erzielt. Erst das um 1/3 größere Krankenhaus Würth mit 120 Betten erzielt eine etwas höhere Fallzahl, allerdings auch mit deutlich höherer insbesondere ärztlicher Personalstärke.

Wie bereits in Abschnitt 3.1.3 dargestellt, ist das Krankenhaus Mainburg zwischenzeitlich als Spezialversorger im Sinne des § 26 der G-BA-Regelung von der Planungsbehörde des Freistaates anerkannt und daher auch ohne Basisnotfallstufe von den Diagnosis-Related Groups-Abschlägen (DRG) befreit, weil es aktiv an der Notfallversorgung teilnimmt und im Jahresdurchschnitt 2023 der Anteil der im Rettungsdienstbereich eingelieferten Patient:innen bei 7,73 % über dem Mindestwert lag.

### Regionale Versorgungsrelevanz des Krankenhauses Mainburg

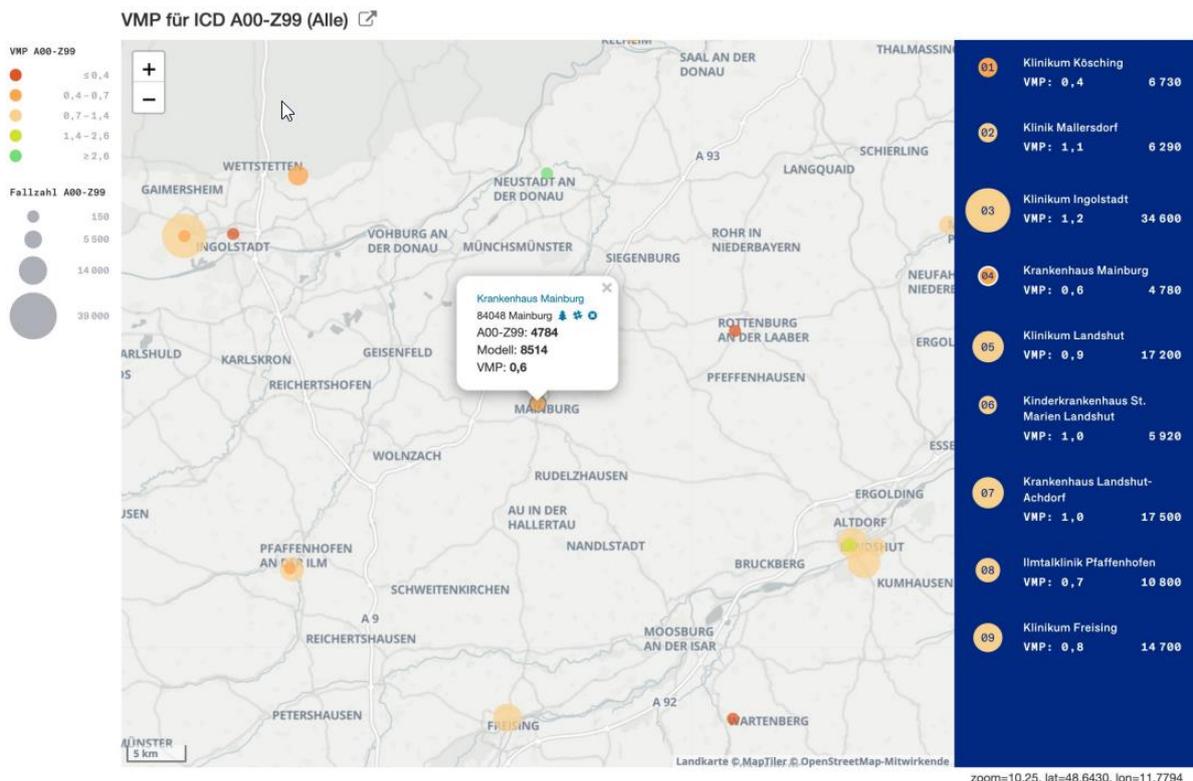


Abb. 6: Darstellung der regionalen Bedeutung des Krankenhauses Mainburg nach VMP (Vebeto-Analyse)

Das „Vielfache der modellierten Patientenzahl“ (VMP) ist ein Maß für die regionale Bedeutung eines Krankenhauses in der Versorgung einer Gruppe von Hauptdiagnosen nach dem Analysemodell von Vebeto. Es wird berechnet indem man die erwartete Patientenzahl zur tatsächlich berichteten Patientenzahl ins Verhältnis setzt. Liegt der Wert nahe 1, so behandelt ein Krankenhaus in etwa so viele Fälle, wie man laut Modell aus der Bevölkerungs- und Krankenhausedichte erwarten würde. Bei einem Wert größer als 1 hat das Haus eine erhöhte Bedeutung in der regionalen Versorgung, da die Fallzahl über das erwartete Maß hinausgeht. Bei einem niedrigeren Wert ist die regionale Versorgungsrelevanz entsprechend niedriger für die Bevölkerung.

Bezogen auf alle Leistungsbereiche erzielt das Krankenhaus Mainburg einen Wert von 0,6. Dies bedeutet, dass eine große Zahl der Menschen der Region bereits heute eher ein anderes Krankenhaus aufsuchen, auch wenn das Krankenhaus Mainburg besser erreichbar wäre.

Aufgrund der besonderen Lage in der Region dürfte es kaum zu erwarten sein, dass sich die Fallzahl in Mainburg deutlich steigern lassen könnte, weil viele Patient:innen sich bereits heute auf die größeren Kliniken, insbesondere in Ingolstadt und Landshut, fokussieren.

Die nachstehende beispielhafte Simulation für den Fall, dass in Mainburg die Allgemeine Innere Medizin mehr angeboten werden würde, zeigt eine sehr breite Streuung, wohin diese Fallzahlen in diesem Fall „wandern“ würden. Lediglich in der Immtalklinik Pfaffenhofen käme es – das bisherige Verhalten der Patientinnen und Patienten unterstellt – zu größeren Steigerungen (+ 17 % der bisherigen Fallzahl), während ansonsten mehrere unterschiedliche Kliniken in allen Himmelsrichtungen die Versorgung übernehmen würden. Umgekehrt lässt sich daraus schließen, dass nur ein vergleichsweise geringer Teil der Versorgung nach Mainburg käme, wenn eines der umliegenden Krankenhäuser eine Leistung nicht mehr anbieten würde.

Krankenhaus	VMP Allg. Innere	zusätzliche Fallzahlen Allgemeine Innere	Steigerung in %	Fahrzeit aus Mainburg in Min.
Immtalklinik Pfaffenhofen	1,3	1000	+ 17 %	30
Klinikum Freising	1,4	650	+ 7 %	35
Klinikum Ingolstadt	1,1	390	+ 3 %	40
Caritas-Krankenhaus St. Lukas Kelheim	1,3	370	+ 7 %	31
Klinikum Kösching	0,4	260	+ 6 %	36
Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg	1,3	230	+ 1 %	37
Klinikum Landshut	0,9	220	+ 2 %	38
Krankenhaus Landshut-Achdorf	0,6	190	+ 2 %	44
Universitätsklinikum Regensburg	0,5	190	+ 2 %	38
weitere 5 Kliniken mit insgesamt +500 Fällen				

Abb. 7: Simulation von Wanderungsbewegungen gem. Vebeto-Analyse (eigene Darstellung)

Die nachstehende räumliche Darstellung nach den Level-Einteilungen nach G-BA-Notfallstufen anhand Bindoc-Analytics zeigt ergänzend, dass im Umkreis von ca. 30 km mehrere „Level II“- bis „Level III“-Krankenhäuser (Klinikum Freising, Krankenhaus Landshut-Achdorf, Klinikum Ingolstadt, Klinikum Landshut gGmbH) zu erreichen sind, was einerseits hinsichtlich der Notfallversorgung besonders schwerwiegenden Erkrankungen und Verletzungen (Tracer-Diagnosen) als auch hinsichtlich der Versorgungs-Relevanz und -Attraktivität bei komplexen Behandlungen aus Patientensicht zu beachten ist.

Im Umkreis von 30 km um das Krankenhaus Mainburg finden sich zudem zwei weitere Kliniken des „Level In“ (Klinik Kösching, Ilmtalklinik GmbH Pfaffenhofen).

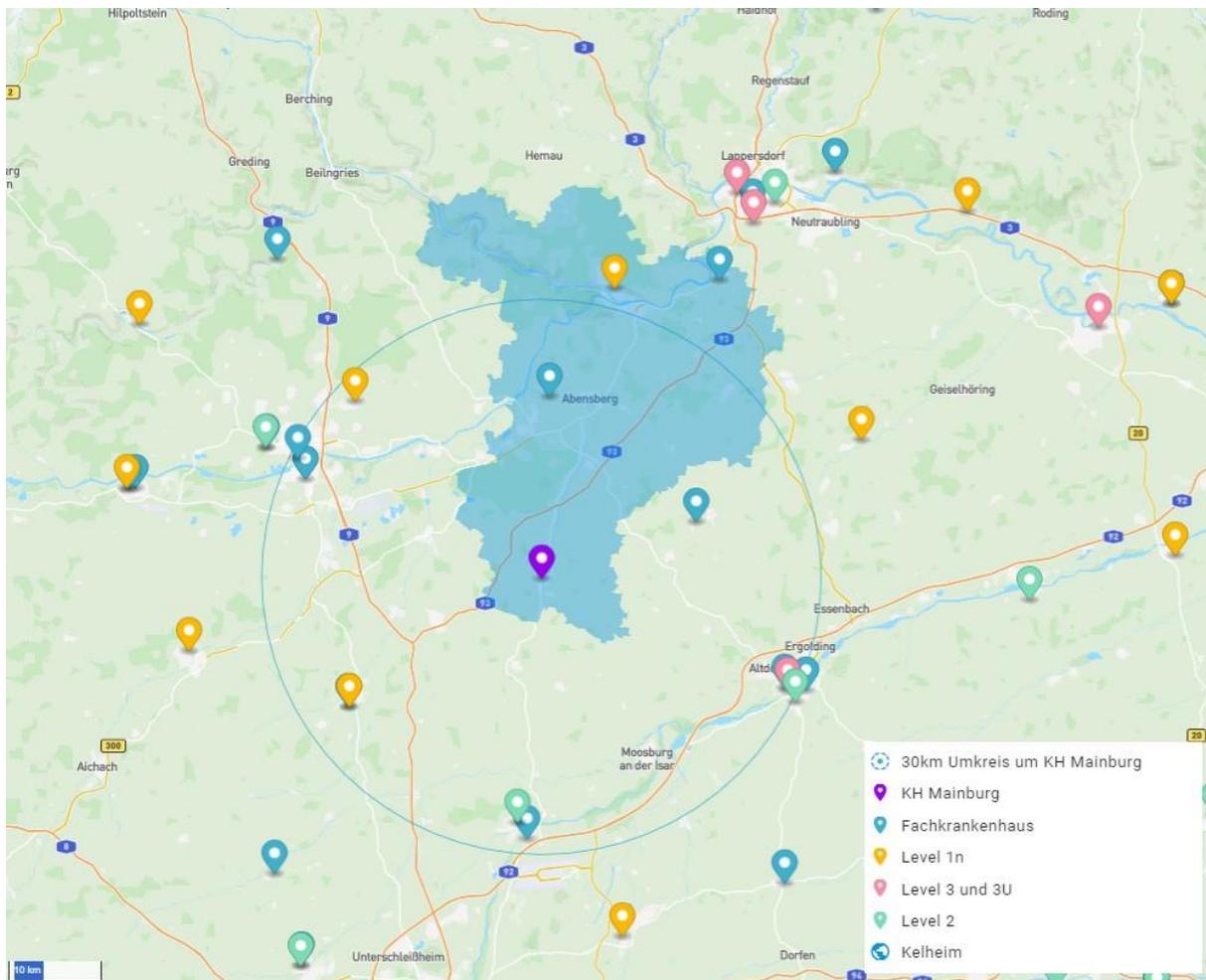


Abb. 8: regionale Krankenhausversorgung nach Level-Einteilung hinsichtlich G-BA-Notfallstufen (Bindoc-Analytics)

Ausgehend vom Vergleich mit anderen Krankenhäusern und der regionalen Versorgungssituation, die auch bereits im PWC-Gutachten für Region 10 beleuchtet worden ist, erfolgt im nächsten Abschnitt 5 die wirtschaftliche Betrachtung unter der Annahme, dass die Fallzahlen von 2022 allenfalls stabil gehalten werden könnte, aber nicht deutlich zu steigern wäre. Noch wahrscheinlicher dürfte sein, dass die Fallzahl

gegenüber 2022 weiter sinken würde aufgrund von Ambulantisierungseffekten und der Verlagerung chirurgischer Leistungen an den Standort Pfaffenhofen.

## 5. Wirtschaftliche Bewertung

Für die wirtschaftliche Bewertung werden die personelle Mindestbesetzung und weitere Funktionseinrichtungen (Röntgen/CT) einer Notaufnahme nach G-BA-Basisnotfallstufe hinsichtlich der Personal- und Sachkosten sowie der dagegenstehenden Erlöse über das DRG-System und den Notfallstufenzuschlag untersucht.

Die durchschnittlichen Erlöse je ambulanten Notfallpatienten über die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) können erfahrungsgemäß mit durchschnittlich 35 Euro kalkuliert werden und sind erfahrungsgemäß deutlich defizitär. Daher werden die Aufwände und Erlöse der ambulanten Notfallversorgung nicht in dieser Modellberechnung berücksichtigt.

### 5.1. Personalkosten

#### 5.1.1. Personalkosten in der Pflege

Pflegepersonal am Patienten auf den Stationen auch auf der Intensivstation:  
Kosten des Pflegepersonals am Bett auf Stationen werden voll über das Pflegepersonalbudget im Rahmen der Ist-kosten (Tarifkosten) finanziert und unter 5.4. nicht berücksichtigt, da insgesamt ergebnisneutral.

#### 5.1.2. Ärztliche Personalkosten

Die Vorgaben zur Mindestbesetzung für die Notaufnahme führen in der Notaufnahme, den Funktionsbereichen und den Stationen zu folgendem fiktiven Mindestpersonal im ärztlichen Bereich:

- jeweils 6 VK Facharztstandard für Innere Medizin, Chirurgie, Intensivmedizin entsprechend 18 VK
- Personalkosten Brutto Arzt (DESTATIS 2022 + PK Steigerung 2024) mit 157.000 Euro je VK
- fiktive Personalkosten Ärzte: 2.826.000 Euro

#### 5.1.3. Personalkosten für Funktionspersonal Notaufnahme

Anders als die Kosten unter 5.1.1. sind diese Kosten über das DRG-System zu erwirtschaften und nicht über das Pflegebudget abgedeckt:

- 12,51 VK Pflege/MFA Ausbildung

- Personalkosten Brutto Pflege/MFA (DESTATIS 2022 + PK Steigerung 2024) mit 76.741 Euro je VK
- fiktive Personalkosten Pflege/MFA: 960.029 Euro

## 5.2. Sachkosten

Aus den Statistischen Kostenverteilungen (Basis DESTATIS) zwischen PK (ohne Pflegepersonalbudget) und Sackkosten der Kliniken ergibt sich eine verbleibende Kostenverteilung von rund 50 % Personalkosten und rund 50 % Sachkosten.

Fiktiv wären danach 2.826.000 Euro (5.1.2) + 960.026 Euro (5.1.3) = 3.786.026 Euro aus den fiktiven Personalkosten auch als fiktive Sachkosten zu kalkulieren.

## 5.3. Fiktive Erlösbetrachtung

Die Betrachtung der fiktiven Erlöse der Klinik ist im Rahmen der Zweitbeurteilung nur sehr modellhaft und vereinfacht möglich, da differenzierte Erlös- und Kostendaten nicht ausreichend vorliegen für die Notfallversorgung. Die vereinfachte Berechnung „DRG-Erlöse bei 90 Betten“ erfolgt durch Ableitungen aus aggregierten bekannten Größen.

### **Erlöse:**

**Fallzahl x CMI 2024 Ilmtalkliniken x LBFW 2024**

4.796 Fälle x 0,73 CMI x 4.206,51 Euro = **14.727.328 Euro**

Bei der Berücksichtigung der fiktiven Personal- (5.1) und Sachkosten (5.2) mit insgesamt 7,6 Mio., kommt es bei einer Bettenzahl von knapp 90 Betten und Fallzahl von 2022 bereits zu einem **Erlösbedarf von 51,7 % alleine für die Sicherstellung der Basisnotfallstufe** von den gesamten DRG-Anteilen. Auch nach Berücksichtigung eines Zuschlages für die Basisnotfallversorgung in Höhe von 153.000 Euro verbliebe ein Bedarf von 50 % der DRG-Gesamterlöse für den Betrieb einer Notfallversorgung mit G-BA-Notfallstufe.

Bei dieser fiktiven Berechnung sind noch keine Röntgen/CT/Laborkosten oder Verwaltungskosten (Personal/Sachkosten) sowie übertarifliche Kosten (z. B. Leiharbeit) berücksichtigt.

Ausgehend von Erfahrungswerten ist anzunehmen, dass die ermittelten Mindest-/Vorhaltekosten für die Basisnotfallstufe **derzeit höchstens 33 % der DRG-Erlöse** ausmachen dürfen. Ein entsprechend hohes DRG-Erlösvolumen würde bei etwa 23.000.000 Euro liegen, wozu bei gleichbleibenden CMI **eine Fallzahl von 7.500 erforderlich** wäre. Ausgehend von einer derzeit vermutlich maximal möglichen Bettenauslastung von 80 % wären dazu 120 – 130 Betten erforderlich.

Es müsste demnach mit einem Vorhaltedefizit von etwa 1.000 Euro für jeden Behandlungsfall unter 7.500 Fällen gerechnet werden. Ausgehend von der Fallzahl im Jahr 2022 mit 4.796 Fällen (2.704 Fälle weniger) entspräche dies einem kalkulatorisch

durchschnittlich anzunehmenden **Defizit durch die G-BA-Notfallstufe 1 von derzeit etwa 2,7 Mio. Euro p.a. im Krankenhaus Mainburg.** Nicht dabei berücksichtigt ist die tatsächliche Wirtschaftlichkeit in den praktischen Betriebsabläufen und Prozessen in der Notfallversorgung im Krankenhaus Mainburg.

Es ist anzunehmen, dass die Aufwände und Personal-/Strukturvorgaben für den Betrieb der GBA-Notfallstufe weiter steigen werden. Daher dürfte mit Blick auf die Krankenhausreform ab 2027 davon auszugehen sein, dass perspektivisch eine erforderliche Fallzahl von bis zu 10.000 stationären Behandlungsfällen erforderlich sein könnte, was derzeit modellhaft eine Krankenhausgröße von etwa 170 Betten entsprechen würde. Keine Auswirkung hätte die sogenannte Vorhaltevergütung nach den Planungen des KHVVG, weil sich dadurch die Vergütung in der Summe für das Krankenhaus Mainburg nach den Simulationen von Vebeto überhaupt nicht ändern würde.

## 6. Fazit

Ergänzend zum PWC-Gutachten für die Region 10 soll in diesem Gutachten für das Krankenhaus Mainburg gemäß Kreistagsbeschlusses im Landkreis Kelheim geprüft werden, ob die stationäre Notaufnahme im Klinikum Mainburg, Notfallstufe 1 gem. der Richtlinie des G-BA, nicht doch dauerhaft aufrecht erhalten bleiben könnte. Dazu wurden in diesem Gutachten eine **rechtliche Bewertung, eine organisatorisch-personelle Bewertung und eine wirtschaftliche Bewertung** vorgenommen.

Das Krankenhaus Mainburg erfüllt bereits heute nicht mehr die Personal- und Strukturvorgaben der G-BA-Notfallstufe 1 (Basisnotfallstufe). Nach den Kriterien des Freistaates Bayern für das Notfall-Modul „Spezialversorgung“ im Sinne des § 26 der G-BA-Regelung wurde mit Bescheid vom 16.04.2024 festgestellt, dass der Standort Mainburg für die Gewährleistung der Notfallversorgung erforderlich ist. Daher erhält das Krankenhaus zwar keine Zuschläge mehr für die G-BA-Notfallstufe 1, aber ist von DRG-Abschlägen befreit und nimmt derzeit weiterhin an der stationären Notfallversorgung (2023: 7,73 % der Notfallversorgung im Rettungsdienstbereich) teil.

Es erscheint aufgrund des derzeit noch hohen Anteils an der stationären Notfallversorgung möglich, diese Regelung zur Teilnahme an der stationären Notfallversorgung über das Notfall-Modul „Spezialversorgung“ ohne Erfüllung der Vorgabe der Basisnotfallstufe ggf. bis zur Wirkung der Krankenhausreform fortführen (s. Abschnitt 3.1.3.). Allerdings ist damit zu rechnen, dass durch die Krankenhausreform und die Einführung der Leistungsgruppe Notfallmedizin die Strukturvorgaben für die Teilnahme an der Notfallversorgung weiter steigen werden und eine Fortführung der stationären Notfallversorgung „unterhalb“ der G-BA-Notfallstufen spätestens ab 2027 unwahrscheinlich wird (s. Abschnitt 3.2. in Verbindung mit Abschnitt 5.3). Auch die geplanten Ausnahmeregelungen im geplanten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und die geplante Vorhaltefinanzierung (KHVVG) werden daran aus heutiger Sicht nichts ändern.

Für den wirtschaftlichen Betrieb einer Basisnotfallstufe nach G-BA-Vorgaben wäre derzeit eine Fallzahl von 7.500 stat. Fällen bezogen auf den möglichen CMI im Krankenhaus Mainburg erforderlich.

Es müsste daher derzeit kalkulatorisch mit einem **Vorhaltedefizit von etwa 1.000 Euro für jeden Behandlungsfall unter 7.500 Fällen** gerechnet werden. Aufgrund der Größe des Krankenhauses Mainburg ist diese wirtschaftliche Mindest-Fallzahl nicht zu erreichen, weil dafür eine Krankenhausgröße von mindestens 120 Betten mit entsprechender Personalausstattung erforderlich wäre.

Perspektivisch mit Blick auf die Krankenhausreform ab 2027 erscheint es realistisch, dass eine Fallzahl von bis zu 10.000 Fällen mindestens für den wirtschaftlichen Betrieb einer G-BA-Notfallstufe erforderlich wäre, was eine Bettengröße von etwa 170 Betten entspräche.

Es ist derzeit aus wirtschaftlicher Sicht zu empfehlen, die stationäre Notfallversorgung mit der Ausnahmeregelung „Spezialversorgung“ fortzuführen und sich bereits heute darauf vorzubereiten, perspektivisch die stationäre Notfallversorgung am Standort Mainburg gänzlich einzustellen. Gleichzeitig sollte die ambulante und integrierte Versorgung am Standort Mainburg entwickelt werden. Dies sollte bezüglich der Entfernungen zu den nächstgelegenen Krankenhäusern auch eine ambulante Anlaufstelle für leichte Notfälle am Standort berücksichtigen.

## Abkürzungsverzeichnis

ArbZG	Arbeitszeitgesetz
ARGE	Bayerischen Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen
BD	Bereitschaftsdienst
BIK	Bayerisches Institut für Krankenhaus-Organisation und -Betriebsführung GmbH
BKG	Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CMI	Case Mix Index
DESTATIS	Deutsches Statistisches Bundesamt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DRG	Diagnosis-Related Groups
FA	Facharzt/Fachärztin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
H	Stunde(n)
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
LBFW	Landesbasisfallwert
LG	Leistungsgruppe
MA	Mitarbeiter:in
MD	Medizinischer Dienst
MFA	Medizinische:r Fachangestellte:r
MTRA	Medizinische/r Technologe/Technologin für Radiologie
PH	Pflegehelfer
PK	Personalkosten
PwC	PricewaterhouseCoopers GmbH
QSFFx-RL	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur
RBD	Rufbereitschaftsdienst
RL	Richtlinie
SGB V	Sozialgesetzbuch V
VK	Vollkraft
VMP	Vielfache der modellierten Patientenzahl
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WB	Weiterbildung
ZNA	Zentrale Notaufnahme
ZW	Zusatz-Weiterbildung

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Notfallstufen des G-BA

Abb. 2: Kategorien der Anforderungen an die Notfallstufen

Abb. 4: Vergleich Krankenhaus Mainburg mit Referenz-Kliniken

Abb. 5: Kleinste Krankenhausstandorte in Bayern mit Basis-Notfallstufe

Abb. 6: Darstellung der regionalen Bedeutung des Krankenhauses Mainburg nach VMP

Abb. 7: Simulation von Wanderungsbewegungen gem. Vebeto-Analyse

Abb. 8: regionale Krankenhausversorgung nach Level-Einteilung hinsichtlich G-BA-Notfallstufe