

**Zweitmeinung:
Aufrechterhaltung einer stationären
Notaufnahme am Krankenhaus Mainburg**

Kelheim, 3. Juni 2024
Roland Engehausen



Auftrag und Abgabe des Gutachtens zur Notaufnahme im Krankenhaus Mainburg

- **Anfrage Landratsamt an BIK: 13.03.2024 aufgrund Beschluss Kreistag Kelheim am 01.03.2024**
- **Angebotsabgabe BIK 29.03.2024**
- **Angebotsannahme Landratsamt 09.04.2024**
- **Zweckgebundener Erhalt PWC-Gutachten 12.04.2024**
- **Freigabe Datennutzung § 21er-Daten des Krankenhauses Mainburg 18.04.2024**
- **Finale Abgabe Gutachten an Landratsamt 22.05.2024**
- **Vorstellung bei Sitzung der Fraktionssprecher 03.06.2024**
- **Vorstellung Kreistag 12.06.2024 geplant**

Gliederung

Zweitmeinung aus Sicht BIK GmbH zum **Krankenhaus Mainburg** zu folgenden Parametern:

1. Rechtlich

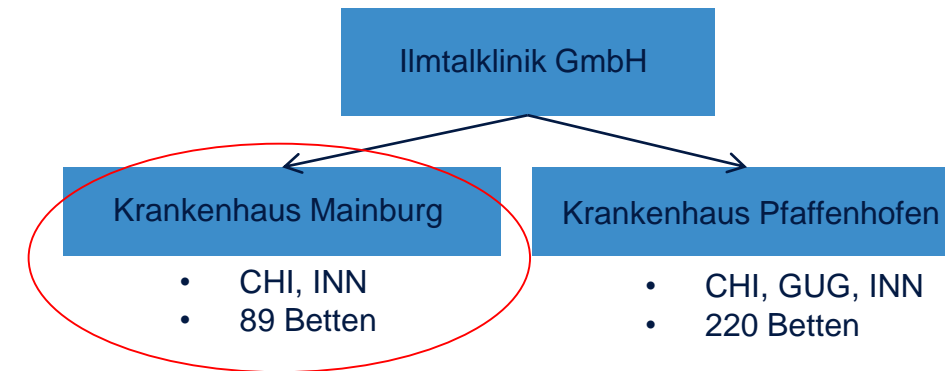
- Darstellung derzeit geltender Struktur- und Prozessvorgaben,
- Darstellung künftig zu erwartender Vorgaben aus dem KHVVG, Entwicklungen im G-BA und der angekündigten Reform der Notfallversorgung

2. Organisatorisch-personell

- Bewertung Machbarkeit anhand PwC-Gutachten
- Analyse personeller und struktureller Ausstattung am Standort Mainburg
- Vergleich des Krankenhauses Mainburg mit ähnlich großen Häusern (in Bayern und auf Bundesebene)

3. Wirtschaftlich

- Analyse der Ist-Versorgungszahlen gem. Daten nach § 21 KHEntgG
- Analyse aus Qualitätsberichten verbunden mit Annahmen zur Versorgungsentwicklung und Leistungssimulation in der Zukunft
- Vergleich mit anderen Krankenhäusern
- Wirtschaftlichkeitsberechnung mit Teilkosten-Ansatz hinsichtlich notwendiger Struktur-/Personalvorgaben zur Erfüllung der G-BA-Basisnotfallstufe



Datengrundlage

- PwC-Gutachten
- Regelung des G-BA zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V
- 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 – Anpassung auf Kabinettsentwurf KHVVG, Stand 15.05.2024 zum Abschluss des Gutachtens
- 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
- Kontrollbericht des Medizinischen Dienstes (MD) zur Erfüllung der G-BA-Basisnotfallstufe aus dem Jahr 2021
- Bescheid des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGPP) 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

Rechtliche Bewertung der Struktur- und Prozessvorgaben

Rechtliche Bewertung der Struktur- und Prozessvorgaben

Vorgaben G-BA:

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gem. § 136c Abs. 4 SGB V

Allgemeine Vorgaben zu allen Notfallstufen:

- Alle Vorgaben der Kategorien müssen zu jeder Zeit (24/7) durch das Krankenhaus erfüllt werden
- Notfallversorgung muss überwiegend in einer ZNA*, die am Standort vorzuhalten ist, erfolgen
- Das Krankenhaus soll zur Versorgung von amb. Notfällen eine Kooperationsvereinbarung gem. § 75b Abs. 1b S. 2 SGB V (Altfassung)/ § 75 Abs. 1b S. 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.

*ZNA:

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

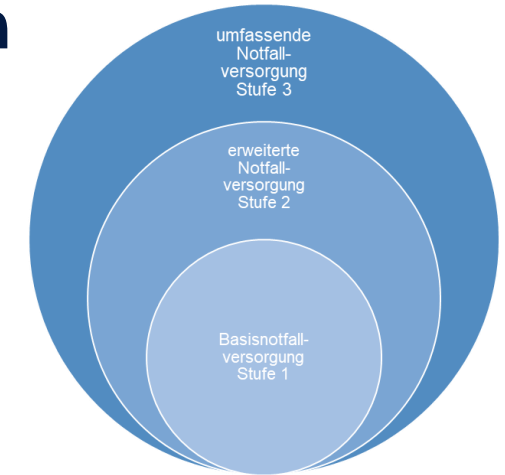


Abb.1: Notfallstufen des G-BA (eigene Darstellung)

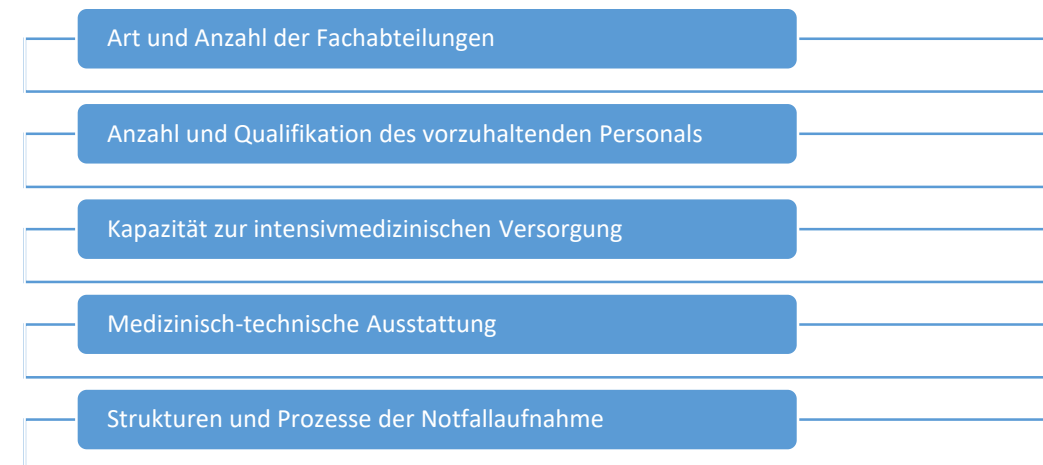


Abb.2: Kategorien der Anforderungen an die Notfallstufen (eigene Darstellung)

Rechtliche Bewertung der Struktur- und Prozessvorgaben

Vorgaben für Basisnotfallstufe 1

1. Art und Anzahl der Fachabteilungen:

- Das Krankenhaus verfügt am Standort mindestens über die Fachabteilungen (FAB)
 - Chirurgie oder Unfallchirurgie
 - Innere Medizin

2. Qualifikation des Fachpersonals

- Benennung eines für die Notfallversorgung verantwortlichen Arztes und einer Pflegekraft (fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall in der ZNA verfügbar).
- o. g. Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ (Zusatzweiterbildung für o.g. Arzt ab 01.05.2025 nachzuweisen).
- Die o. g. Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ (für Bayern ab 01.09.2024 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.

Eine FAB liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses.
 - Angestellte Ärzte des Krankenhauses, sind der FAB 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 FAB, 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 FAB-Schlüssel (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 FAB und werden nicht berücksichtigt.

Rechtliche Bewertung der Struktur- und Prozessvorgaben

Vorgaben für Basisnotfallstufe 1

3. Kapazität der intensivmedizinischen Versorgung

- Das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mind. sechs Betten vor, von denen mind. drei zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind.

4. Medizinisch-technische Ausstattung am Standort

- Schockraum
- 24h verfügbare CT-Bildgebung oder die 24h CT-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.

5. Strukturen und Prozessen der Notfallaufnahme

- Aufnahme von Notfällen erfolgt ganz überwiegend in einer ZNA
- 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.



Weitere Verschärfung von Personal- und Strukturvorgaben seitens der Unabhängigen Vorsitzenden des G-BA in ihrer Stellungnahme zum KHVVG vom 30.04.2024 gefordert!

Rechtliche Bewertung der Struktur- und Prozessvorgaben

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 grundsätzlich 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** (außerhalb werktäglicher Kernarbeitszeit war Verfügbarkeit des verantwortlichen Arztes im Bedarfsfall in der ZNA nicht geregelt)
- **Bescheid StMGPP** vom 16.04.2024: **Feststellung des Moduls Spezialversorgung** für Krankenhaus Mainburg → Befreiung von Abschlägen

Grundlage für Entscheidung:

- Standort nimmt 24/7 an Notfallversorgung teil
- Erhält keinen Sicherstellungszuschlag
- Anteil der im Rettungsdienstbereich eingelieferten Patient:innen im Jahresdurchschnitt 2023 >1,5% (Wert in Mainburg: 7,73% = dieser Anteil wird in den nächsten Jahren sinken)

?!

- Antrag auf Befreiung von Abschlägen ist jährlich zu erneuern
- Wie wird sich der Anteil der im Rettungsdienstbereich eingelieferten Patient:innen in Mainburg entwickeln?
 - Ab 2027 Zuordnung von LG: Nicht-Erfüllung der LG Notfallmedizin → Einbruch des Anteils am Rettungsdienstaufkommen wahrscheinlich

Struktur- und Prozessvorgaben nach G-BA

Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur – QSFFx

- Anforderungen in vielen Bereichen deckungsgleich mit den Anforderungen der RL der Notfallstrukturen
- Bei Nicht-Erfüllung darf die Behandlung nicht über die Erstversorgung hinaus erfolgen
- Nichterfüllung der Anforderungen gem. der QSFFx RL führt zu 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 Abs. 7 QSFFx-RL zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung

Personalanforderungen - Notaufnahmeverfügbarkeit:

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



Die auch hier gestiegenen Personal- und Strukturvorgaben werden es kleinen Häusern schwerer machen, diese Leistung zu erbringen. Es ist davon auszugehen, dass die bisher stichpunktartigen Prüfungen des MD im Rahmen dieser RL weiter verstärkt werden.

Bundesregierung beschließt am 15.05.2024 vorgelegten Entwurf zum KHVVG.



Bundesministerium
für Gesundheit

Prof. Dr. Karl Lauterbach

Bundesminister
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn

TEL +49 (0)228 99441-1003
FAX +49 (0)228 99441-4907
E-MAIL poststelle@bmg.bund.de

Referatsleiterin: Katharina Hoffmann
Bearbeitet von: Torben Andersen; Lisa Kutzner
Az.: 216-20651-12

Berlin, 14. Mai 2024

Kabinettsache

Datenblatt-Nr.: 20/15078

Chef des Bundeskanzleramtes
11012 Berlin

nachrichtlich:

Bundesministerinnen und Bundesminister

Chefin des Bundespräsidialamtes

Chef des Presse- und Informationsamtes
der Bundesregierung

Beauftragte der Bundesregierung
für Kultur und Medien

Präsident des Bundesrechnungshofes

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG)

Anlagen: - 3 -

Anlage 1

Beschlussvorschlag

Die Bundesregierung beschließt den von dem Bundesminister für Gesundheit vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG).

Der Gesetzentwurf wird für besonders eilbedürftig im Sinne von Artikel 76 Absatz 2 Satz 4 GG erklärt.

KHVVG: Ziele und wesentliche Inhalte der Reform.

Ziele:

1. Sicherung und Steigerung der **Behandlungsqualität**
2. Gewährleistung einer **flächendeckenden medizinischen Versorgung** für Patient:innen
3. **Effizienzsteigerung in der Krankenhausversorgung (neu)**
4. **Entbürokratisierung**

Festlegung von Leistungsgruppen (LG) mit Qualitätskriterien. Zuweisung erfolgt durch die Planungsbehörden der Länder

Einführung Vorhaltevergütung entsprechend der den Krankenhäusern zugewiesenen LG

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (reduziert)



Keine Reform der Notfallversorgung und auch keine Ausnahmen für Krankenhäuser im ländlichen Raum hinsichtlich G-BA-Notfallstufen geplant!

Referentenentwurf vs. Gesetzentwurf - Änderungen

- **Keine grundlegenden inhaltlichen Änderungen im Vergleich zum RefEntwurf**
- Jährlicher **Erfüllungsaufwand** höher eingeschätzt als zuvor (vorher: 514 Tsd. Euro, jetzt: 2,5 Mio. Euro)
- Einführung **medizinisch-pflegerische Versorgung** durch Versorgungseinrichtungen (neuer § 115h SGB V) **ersatzlos gestrichen**
- Von BMG einzurichtender **Ausschuss zur Weiterentwicklung der LG und Qualitätskriterien** (einschl. Kooperations- und Ausnahmemöglichkeiten) soll wie folgt besetzt werden:

„aufgrund
verfassungs-
rechtlicher
Bedenken“?



Der GKV-SV benötigt lediglich die Enthaltung einer Teilgruppe der Krankenhaus-/Berufsgruppen-/Patientenseite für eine Mehrheit

Referentenentwurf vs. Gesetzentwurf - Änderungen

Weitgehend neu formulierter § 135e Abs. 4 SGB V:

- **Übergangsregelung bis Inkrafttreten der Rechts-VO**, anhand derer LG und Qualitätskriterien weiterentwickelt werden sollen
- Bis Inkrafttreten der VO gelten die in Anlage 1 (Qualitätskriterien für bestimmte Leistungsgruppen) benannten 65 LG und Qualitätskriterien
- Am Krankenhausstandort beschäftigte **Fach**ärzt:innen können für die **Erfüllung der Qualitätskriterien für bis zu drei LG**, die am Standort erbracht werden, **angerechnet** werden.
Aber: Dies gilt **nicht** für die **LG Allg. Innere Medizin** und **Allg. Chirurgie** (diese Fachärzt:innen können keiner weiteren LG angerechnet werden)

- Bis zum Inkrafttreten der Rechts-VO können **Qualitätskriterien einer LG in Kooperation und Verbänden** mit anderen KHs oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden

• Voraussetzungen:

- **schriftlicher Kooperationsvertrag** zu inhaltlichen und organisatorischen Regelungen in Hinblick auf das jew. Qualitätskriterium (Angaben zu Kooperationspartnern und deren Eignung, Angaben zum Kooperations-/Leistungsort und -inhalt, Angaben zur zeitlichen Verfügbarkeit des jeweiligen Qualitätskriteriums sowie Angaben Kooperationsdauer) = **unterliegt der MD-Prüfung**
- In der Tabelle in **Anlage 1** (Qualitätskriterien für bestimmte Leistungsgruppen) müssen **Kooperationen ausdrücklich vorgesehen** sein (Lösungen im unmittelbaren regionalen Umfeld im Vergleich zu Kooperationen über weite Distanzen grundsätzlich zu bevorzugen)
- Wenn es zur **Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich** ist, können dem KH LG zugewiesen werden, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind
- **Regelung soll auch für Fachkrankenhäuser** gelten. Im NRW KH-Plan ist normiert, dass Fachkrankenhäuser Apparaturen, Fachärzt:innen und sonstige Struktur- und Prozesskriterien vorzuhalten haben. Die Planungsbehörde kann hier jedoch im **Einzelfall** über **Erbringung von verwandten LG in Kooperation entscheiden**

Bund-Länder-Gespräch 29.05.2024 zum KHVVG

Schreiben der Länder

Für die Länder ist es zwingend erforderlich, die Position des Bundes zur Stellungnahme der Länder vorab zu kennen. Unsere Stellungnahme ist Ihnen fristgemäß am 30. April 2024 zugegangen. Im Telefonat mit der GMK-Vorsitzenden vom 13. Mai erwähnten Sie, dass man sich in Ihrem Hause mit der Stellungnahme bereits intensiv befasst habe.

Wir bitten Sie daher, den Ländern eine detaillierte Bewertung Ihres Hauses zu unserer gemeinsamen Länderstellungnahme mit hinreichendem Vorlauf vor dem 29. Mai 2024 zur Verfügung zu stellen. Nur auf dieser Grundlage kann der Termin zu einem guten Ergebnis führen.

Wir weisen vorsorglich darauf hin, dass wir davon ausgehen, dass es keine Pressekonferenz im Anschluss an die Bund-Länder-Besprechung geben wird; eine solche wünschen wir ausdrücklich nicht.

Antwort BMG

vielen Dank für Ihr Schreiben. Nach dem Kabinettsbeschluss am 15. Mai 2024 befindet sich das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) nun im parlamentarischen Verfahren. Das Bundesministerium für Gesundheit kann diesen Beratungen nicht vorgreifen. Entsprechend ist es mir zu diesem Zeitpunkt schon prozessual nicht möglich, schriftliche Zu- oder Absagen zu einzelnen Fragestellungen zu formulieren.

Darüber hinaus entnehme ich Ihrem Schreiben, dass die Länder für eine Pressekonferenz im Anschluss an die Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform nicht zur Verfügung zu stehen. Diese Entscheidung liegt selbstverständlich im Ermessen der Länder. Ich behalte mir jedoch vor, gegebenenfalls eigene Pressearbeit zu leisten.



Mit großen Änderungen ist nicht zu rechnen

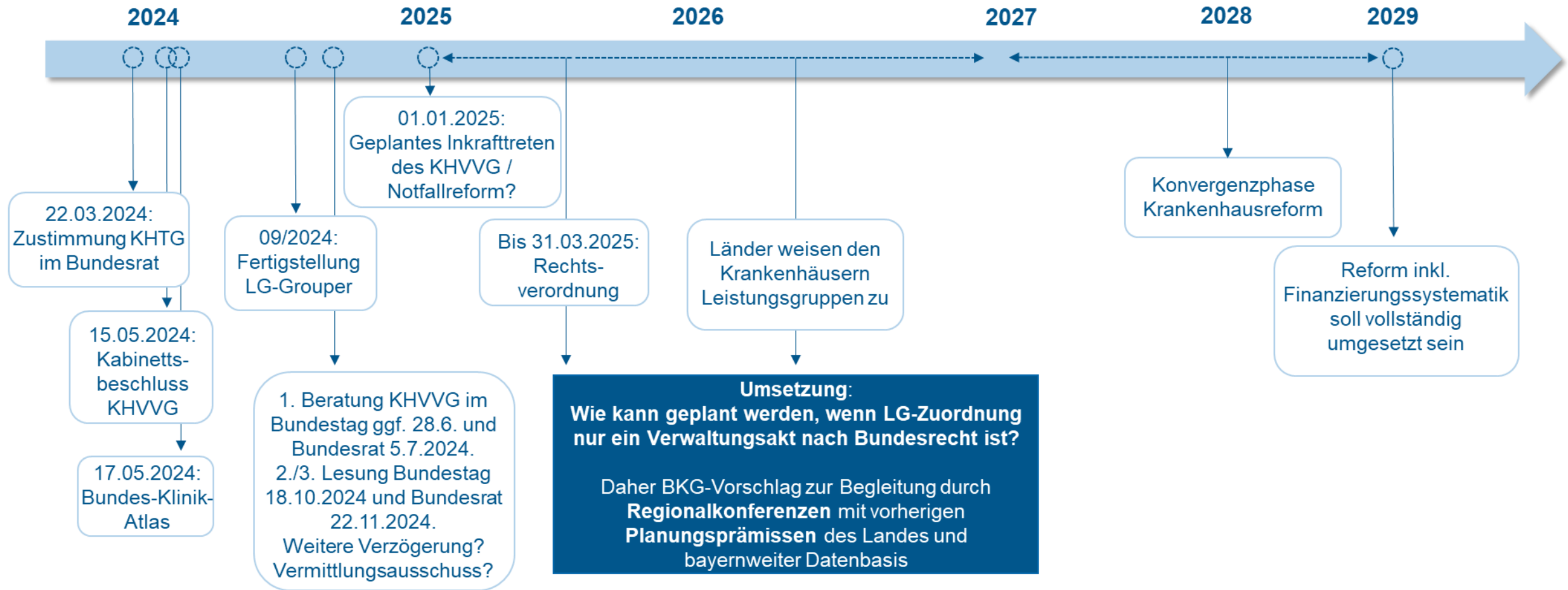
Einschätzungen BKG zum KHVVG

- Die **akute wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser wird weiterhin nicht gelöst.**
- Länder werden (derzeit) nicht verbindlich einbezogen. Aus Sicht der Krankenhäuser und Träger wäre aber wichtig: gutes Gesetz mit breitem politischem Konsens und mit langfristiger Planungssicherheit
- Kabinettsentwurf wurde nochmals komplexer → Unsicherheit der Auswirkungen steigt weiter; Ausbau bewährter Regelungen zur Förderung des Strukturwandels wäre viel wirksamer und verlässlicher gewesen
- Auswirkungen kaum einschätzbar, aber sicher scheint zu sein:
 - Bürokratie nimmt zu
 - Strukturen im ländlichen Raum werden abgebaut
 - **Vorhaltefinanzierung wirkt bei steigenden Behandlungen wie Budgetdeckel**
 - Die Krankenhausreform des Bundes würde kaum die Versorgungsprozesse ändern
- Zusammenlegung von Krankenhäusern führt nicht automatisch zu höherer Qualität und besserer Wirtschaftlichkeit → Ggf. müssen wir uns in den nächsten 10 Jahren mehr mit Bauvorhaben als mit der Patientenversorgung beschäftigen?
- **Gleichwohl: Chancen zum sinnvollen Strukturwandel bestehen**, z.B. besser gestufte Versorgung/Notfallversorgung und Fokussierung/Spezialisierung sowie ambulante Versorgungsrolle und bewährte Netzwerk-Strukturen weiter ausbauen.



**Strukturwandel aktiv durch die Krankenhausträger gestalten.
Bundes- und Landespolitik sind gefordert, den Rahmen zu schaffen!**

Weiterer Zeitplan Krankenhausreform



Struktur- und Prozessvorgaben nach KHVVG (geplant)

Vorgaben der neuen Leistungsgruppe Notfallmedizin

- Mind. Erfüllung der Basisnotfallversorgung nach der einschlägigen G-BA-Regelung
- Zusätzliche Struktur- und Qualitätsvorgaben:
 - LG Intensivmedizin,
 - LG Allgemeine Innere Medizin sowie
 - LG Allgemeine Chirurgie.am Standort des Krankenhauses.
- Gerätevorhaltung:
 - Ultraschall
 - Videolaryngoskopie
 - Möglichkeit zur nichtinvasiven und invasiven Beatmung/Transportbeatmung
 - Sauerstofftherapie
 - Blutgasanalyse
 - Röntgen
 - CT 24/7
 - Telemedizinische Behandlung
 - Monitoring von EKG

Struktur- und Prozessvorgaben nach KHVVG (geplant)

Vorgaben der Leistungsgruppe Notfallmedizin

- Personal:
 - Fachärzt:innen aus dem Gebiet Innere Medizin oder Chirurgie oder Fachärzt:innen Anästhesiologie oder Fachärzt:innen der Neurologie
 - Insgesamt fünf Fachärzte (VZÄ), die mind. in Rufbereitschaft 24/7 zur Verfügung stehen
 - Davon müssen mind. drei VZÄ über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen
 - Fachärzte müssen hinsichtlich Mindestbesetzung rechnerisch zu mind. 80% in der Notaufnahme tätig sein
- Derzeit noch unklar:
 - Zuordnung der Leistungen zur LG Notfallmedizin (bestehende NRW-LG enthalten Leistungen, die sowohl elektiv als auch notfallmäßig erbracht werden können)
 - Auswirkungen der Vorhaltefinanzierung zur LG Notfallmedizin aufgrund unklarer Abgrenzung nicht final abschätzbar

Struktur- und Prozessvorgaben nach KHVVG (neu)

Befristete Ausnahmeregelungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der LG

- Gem. Entwurf § 135e SGB V können Anforderungen an LG bis Inkrafttreten der Rechts-VO nach § 135e Abs. 2 SGB V in Kooperation und Verbänden sichergestellt werden, sofern flächendeckende Versorgung gefährdet wäre
- Gem. § 6a Abs. 2 KHG können Länder LG zuweisen, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen (sofern dies von o.g. Rechts-VO nicht ausgeschlossen wird)
→ Auflage: Vorgaben der LG müssen innerhalb einer Frist von max. 3 Jahren erfüllt werden

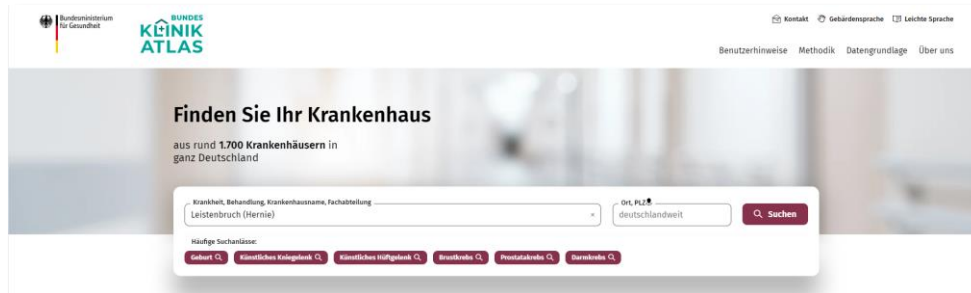
Ausnahmeregelungen beziehen sich nur auf **LG und nicht auf Qualitätsanforderungen der G-BA Notfallstufen**

→ Denkbar wäre, dass eine Berücksichtigung künftiger sektorenübergreifender Versorger an einer integrierten amb. Notfallversorgung im Gesetzgebungsverfahren konkretisiert werden könnte



Einschränkungen erschweren es den Häusern, ihr Leistungsangebot zu erweitern und weitere LG zu gewinnen, um eine Erhöhung der Fallzahlen (FZ) zu erzielen und damit die stationäre Notfallversorgung nach G-BA-Notfallstufen personell und wirtschaftlich betreiben zu können

Exkurs: Bundes-Klinik-Atlas



Quelle: [Startseite | Bundes-Klinik-Atlas](#)

Donauwörther Zeitung

Donauwörther Zeitung | 24.05.2024

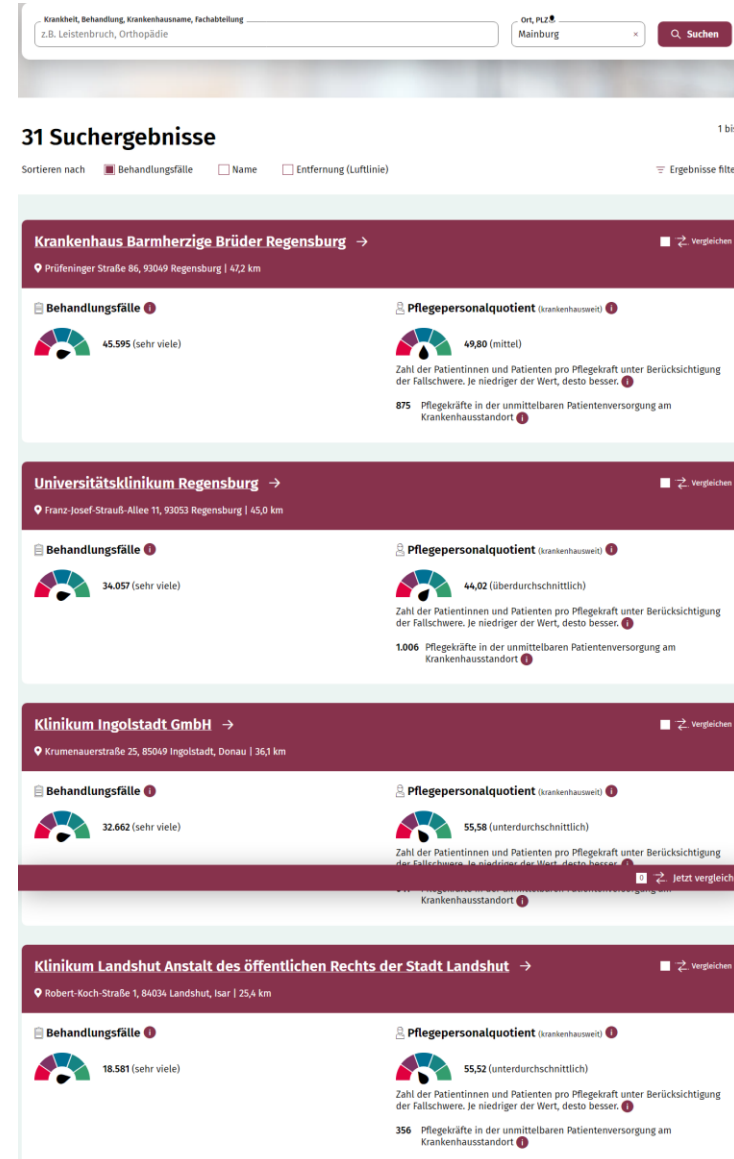
Scharfe Kritik am Bundes-Klinik-Atlas

Seit einer Woche soll der Bundes-Klinik-Atlas einen Überblick über die deutschen Krankenhäuser geben. Die hiesigen Krankenhäuser bemängeln irreführende Infos und Fehler.

DKG zu den Problemen mit dem Bundes-Krankenhausatlas

Fehler in Lauterbachs Klinik-Atlas gefährden Patienten

Berlin, 24. Mai 2024 – Eine Woche nach Start des Klinik-Atlas aus dem Bundesgesundheitsministerium verdeutlicht sich immer mehr, dass dieser „TransparenzAtlas“ zahlreiche Fehler und veraltete bzw. falsche Daten aufweist,



31 Suchergebnisse

Sortieren nach Behandlungsfälle Name Entfernung (Luftlinie) Ergebnisse filtern

Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg →

Prüfeninger Straße 86, 93049 Regensburg | 47,2 km

Behandlungsfälle 45.595 (sehr viele)

Pflegepersonalquotient (Krankenhausweit) 49,80 (mittel)

Zahl der Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft unter Berücksichtigung der Fallschwere. Je niedriger der Wert, desto besser.

875 Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung am Krankenhausstandort

Universitätsklinikum Regensburg →

Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg | 45,0 km

Behandlungsfälle 34.057 (sehr viele)

Pflegepersonalquotient (Krankenhausweit) 44,02 (überdurchschnittlich)

Zahl der Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft unter Berücksichtigung der Fallschwere. Je niedriger der Wert, desto besser.

1.006 Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung am Krankenhausstandort

Klinikum Ingolstadt GmbH →

Krumenauerstraße 25, 85049 Ingolstadt, Donau | 36,1 km

Behandlungsfälle 32.662 (sehr viele)

Pflegepersonalquotient (Krankenhausweit) 55,58 (unterdurchschnittlich)

Zahl der Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft unter Berücksichtigung der Fallschwere. Je niedriger der Wert, desto besser.

Klinikum Landshut Anstalt des öffentlichen Rechts der Stadt Landshut →

Robert-Koch-Straße 1, 84034 Landshut, Isar | 25,4 km

Behandlungsfälle 18.581 (sehr viele)

Pflegepersonalquotient (Krankenhausweit) 55,52 (unterdurchschnittlich)

Zahl der Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft unter Berücksichtigung der Fallschwere. Je niedriger der Wert, desto besser.

356 Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung am Krankenhausstandort

Organisatorisch-personelle Bewertung

Organisatorisch-personelle Bewertung

Personalsituation Notaufnahme am Standort Mainburg

Ärztliche Besetzung Notaufnahme

- Gem. MD-Bericht zum Prüfergebnis 2021 konnte die ärztliche Besetzung der Notaufnahme 24/7 nicht bestätigt werden (Wochenende und Feiertage: fehlende ärztliche Besetzung); anschließend wieder sichergestellt

Pflegerische Besetzung

- Pflegerische Präsenz 24/7 im Prüfbericht MD 2021 bestätigt
- Qualitative Anforderungen: nicht bekannt, wie viele Pflegenden in der Notaufnahme in Mainburg über die Weiterbildung Notfallpflege verfügen und ungeklärt, ob diese Qualifikation in jeder Schicht nachweisbar ist

Organisatorisch-personelle Bewertung

Vergleich mit anderen Krankenhäusern

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"> 4.796 vollstationäre Fälle 9.586 ambulante Fälle 	<ul style="list-style-type: none"> 8.866 vollstationäre Fälle 2.991 ambulante Fälle 		<ul style="list-style-type: none"> 8.373 vollstationäre Fälle 19.229 ambulante Fälle 	
Personal	<ul style="list-style-type: none"> 30,5 Ärzt:innen 79,74 Pflegekräfte 	<ul style="list-style-type: none"> 57,31 Ärzt:innen 188,2 Pflegekräfte 		<ul style="list-style-type: none"> 56,78 Ärzt:innen 131,05 Pflegekräfte 	
Name der FAB	<ul style="list-style-type: none"> Innere Medizin (3.094 Fälle) Allgemein- und Unfallchirurgie (1.702 Fälle) Frauenheilkunde (0 Fälle) Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie (0 Fälle) Abteilung für Anästhesie (0 Fälle) 	<ul style="list-style-type: none"> Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie (2.666 Fälle) Innere Medizin Schwerpunkt Gastroenterologie (1.762 Fälle) Orthopädie und Unfallchirurgie (1.686 Fälle) Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1.669 Fälle) Allgemeine Chirurgie (1.083 Fälle) Anästhesie (0 Fälle) Intensivmedizin (0 Fälle) Zentrale Patientenaufnahme (0 Fälle) 		<ul style="list-style-type: none"> Innere Medizin (4.836 Fälle) Orthopädie und Unfallchirurgie (1.612 Fälle) Allgemein- und Viszeralchirurgie (1.330) Frauenheilkunde und Geburtshilfe (445 Fälle) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (150 Fälle) Anästhesiologie (0 Fälle) Radiologie (0 Fälle) 	

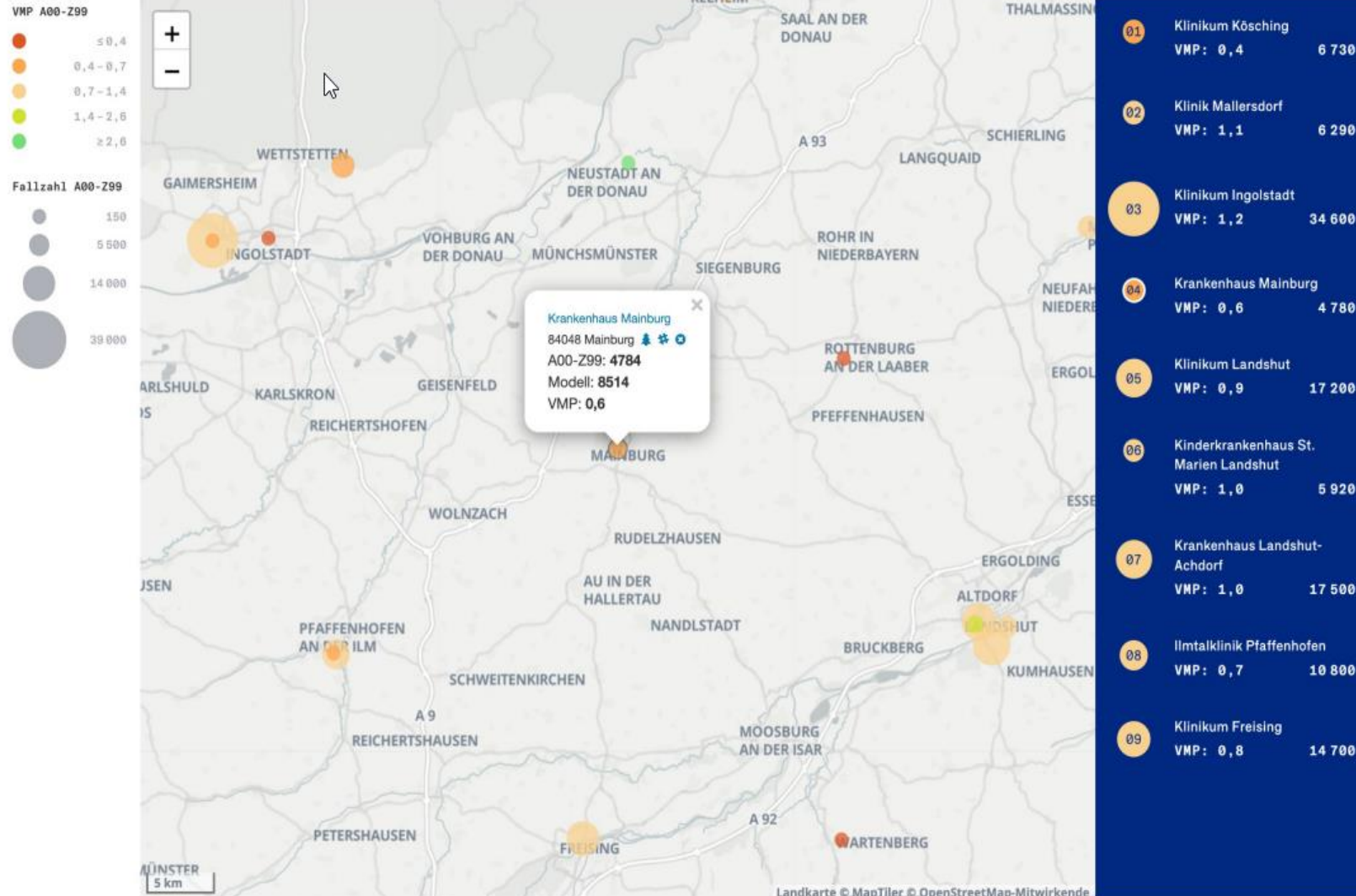
Abb.3: Vergleich Krankenhaus Mainburg mit typischer Referenz-Klinik (Median) in Bayern und auf Bundesebene (Eigene Darstellung)

Name	PLZ	Ort	Bettenzahl	stat. Fallzahlen 2022	Ärzt:innen	Pflegende
Klinikum Seefeld	82229	Seefeld-Oberalting	72	2.779	26	61
Kreiskrankenhaus Höchststadt	91315	Höchststadt 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
Zum Vergleich:						
Kreisklinik Würth an der Donau	93086	Würth a. d. Donau	120	6365	54	150

Abb.4: Kleinste Krankenhausstandorte in Bayern mit Basis-Notfallstufe; nach Bettenzahl aufsteigend sortiert (eigene Darstellung)

Organisatorisch-personelle Bewertung

VMP für ICD A00-Z99 (Alle)



Regionale Versorgungsrelevanz:

Darstellung der regionalen Bedeutung des Krankenhauses Mainburg nach "VMP"

*Vielfaches der modellierten Patientenzahl (Vebeto-Analyse)

Organisatorisch-personelle Bewertung

Krankenhaus	VMP Allg. Innere	zusätzliche Fallzahlen Allgemeine Innere	Steigerung in %	Fahrzeit aus Mainburg in Min.
Ilmtalklinik 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				

Tab.1: Simulation von Wanderungsbewegungen gem. Vebeto-Analyse

Theoretischer
Patientenstrom bei
einer Verteilung der
bisher im
Krankenhaus
Mainburg erfolgenden
Behandlungen in der
Fachabteilung
„Allgemeine Innere“

Hauptteil ginge nach
Region 10
(Pfaffenhofen,
Ingolstadt und ggf.
Kösching).

Ähnliche Anteile nach
Landshut,
Regensburg (je 2 KH)
und - etwas weniger -
nach Kelheim.

Wirtschaftliche Bewertung

Wirtschaftliche Bewertung

Personalkosten

Personalkosten (PK) Pflege

- Kosten des Pflegepersonals am Bett auf Stationen (auch Intensiv) werden voll über das Pflegepersonalbudget im Rahmen der Ist-Kosten (Tarifkosten) finanziert

Ärztliche PK

- Vorgaben Mindestbesetzung für Notaufnahme führen in der Notaufnahme, den Funktionsbereichen und Stationen zu folgendem fiktiven Mindestpersonal im ärztlichen Bereich:
 - jeweils 6 VK Facharztstandard für Innere Medizin, Chirurgie, Intensivmedizin entsprechend **18 VK**
 - PK Brutto Arzt (DESTATIS 2022 + PK Steigerung 2024) mit **157.000 Euro je VK**

↳ fiktive PK Ärzte: **2.826.000 Euro**

PK Funktionspersonal Notaufnahme

- Kosten Funktionspersonal über DRG-System zu erwirtschaften:
 - **12,51 VK Pflege/MFA Ausbildung**
 - PK Brutto Pflege/MFA (DESTATIS 2022 + PK Steigerung 2024) mit **76.741 Euro je VK**

↳ fiktive PK Pflege/MFA: **960.029 Euro**

Wirtschaftliche Bewertung

Sachkosten (SK)

- Aus statistischen Kostenverteilungen zwischen PK (ohne Pflegepersonalbudget) und SK der Kliniken ergibt sich eine Kostenverteilung von rd. 50% PK und rd. 50% SK
- Fiktiv wären danach 2.826.000 Euro (PK Ärzte) + 960.026 Euro (PK Pflege/MFA) = **3.786.026 Euro** aus den fiktiven PK auch als fiktive SK zu kalkulieren

Summe Personal- und Sachkosten zur Erfüllung G-BA-Notfallstufe: ca. 7,6 Mio. Euro

→ Hierin noch nicht berücksichtigt: Röntgen/CT/Laborkosten oder Verwaltungskosten (PK/SK) sowie übertarifliche Kosten (z.B. Leiharbeit)

Fiktive Erlösbetrachtung

Betrachtung der fiktiven Erlöse der Klinik ist im Rahmen der Zweitbeurteilung nur 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:					
FZ	x	CMI 2024 Ilmtalkliniken	x	LBFW 2024	
4.796 Fälle	x	0,73 CMI	x	4.206,51 Euro	= 14.727.328 Euro

→ Bei Berücksichtigung der fiktiven PK und SK mit insgesamt ca. 7,6 Mio. kommt es bei einer Bettenzahl von knapp 90 Betten und FZ von 4.796 (2022) bereits zu einem **Erlösbedarf von 51,7% allein für die Sicherstellung der Basisnotfallstufe** von den gesamten DRG-Anteilen

→ 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**

Wirtschaftliche Bewertung

- Ausgehend von Erfahrungswerten (validiert in Interviews):
 - Mindest-/Vorhaltekosten für die Basisnotfallstufe dürften derzeit höchstens(!) 33% der DRG-Erlöse ausmachen
 - Ein entsprechend hohes DRG-Erlösvolumen würde bei etwa 23 Mio. Euro liegen, wozu bei gleichbleibenden CMI eine **FZ 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 FZ 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 berücksichtigt ist die tatsächliche Wirtschaftlichkeit in praktischen Betriebsabläufen und Prozessen der Notfallversorgung im Krankenhaus Mainburg.



Es ist anzunehmen, dass die Aufwände und Personal-/Strukturvorgaben für den Betrieb der G-BA-Notfallstufen weiter steigen werden.

Mit Blick auf die Reform ab 2027 dürfte davon auszugehen sein, dass perspektivisch eine erforderliche FZ von bis zu 10.000 stationären Behandlungsfällen erforderlich sein könnten, was modellhaft einer Krankenhausgröße von etwa 170 Betten entsprechen würde

Fazit

Fazit

- Personal- und Strukturvorgaben der G-BA-Notfallstufe 1 werden vom Krankenhaus Mainburg schon heute nicht mehr erfüllt
- Feststellungsbescheid (vom 16.04.2024) für das Notfall-Modul „Spezialversorgung“ für den Standort Mainburg
 - Standort erhält keine Zuschläge mehr für Notfallstufe 1, ist aber von Abschlägen befreit
 - Teilnahme an der stationären Notfallversorgung über das Notfall-Modul „Spezialversorgung“ ggf. bis zur Wirkung der Krankenhausreform (teilweise) denkbar. Mit dem Wirksamwerden der Reform 2027 und der Zuteilung von LG erscheint eine Fortführung unrealistisch
 - Auch die geplanten Ausnahmeregelungen im KHVVG und die geplante Vorhaltefinanzierung werden daran aus heutiger Sicht nichts ändern
- Für den wirtschaftlichen Betrieb einer Basisnotfallstufe nach G-BA –Vorgaben wäre derzeit modellhaft 7.500 stat. Fällen bezogen auf den möglichen CMI im Krankenhaus Mainburg erforderlich
 - Derzeit kalkulatorisches Vorhaltedefizit von etwa 1.000 Euro je Behandlungsfall unter 7.500 Fällen
 - 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 und ausreichend Patient:innen nach Mainburg kommen würden, was nach den derzeitigen Patientenströmen unwahrscheinlich ist

Empfehlung aus wirtschaftlicher Sicht:

- **Fortführung stationäre Notfallversorgung mit der Ausnahmeregelung „Spezialversorgung“**
- **Vorbereitung darauf, dass perspektivisch die stationäre Notfallversorgung am Standort Mainburg gänzlich eingestellt wird**
- **Gleichzeitig: ambulante und integrierte Versorgung am Standort Mainburg weiterentwickeln. Hier zu berücksichtigen: ambulante Anlaufstelle für leichte Notfälle am Standort**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit
und gerne Diskussion!**