



Judith Gerlach, MdL

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention
Postfach 80 02 09, 81602 München

Präsidentin des Bayerischen Landtags
Frau Ilse Aigner, MdL
Maximilianeum
81627 München

Telefon
089 95414-0

Telefax

E-Mail
poststelle@stmgp.bayern.de

Ihr Zeichen
27.03.2024

Unser Zeichen
G24c-K9000-2022/29-418

München, 29.04.2024

Ihre Nachricht vom
P I-1312-2-4/116 G

Unsere Nachricht vom

Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Johannes Becher, Mia Goller
(BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
Zukunft des Krankenhausstandorts Mainburg

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

die Schriftliche Anfrage beantworte ich im Einvernehmen mit dem Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration (StMI) wie folgt:

1. a) *Wie schätzt die Staatsregierung die Bedeutung des Krankenhausstandorts Mainburg und seiner Notaufnahme bei der Notfallversorgung der Menschen in der Region ein?*

1. b) *Ist der Krankenhausstandort Mainburg aus Sicht der Staatsregierung verzichtbar?*

1. c) *Wenn nein, welche Maßnahmen unternimmt die Staatsregierung, um den Krankenhausstandort Mainburg dauerhaft zu sichern?*

2. *Welche Alternativen könnten aus Sicht der Staatsregierung noch geprüft werden, um den Standort zumindest in Teilen zu erhalten?*

Dienstgebäude München
Haidenauplatz 1, 81667 München
Telefon 089 95414-0
Öffentliche Verkehrsmittel
S-Bahn: Ostbahnhof
Tram 19: Haidenauplatz

Dienstgebäude Nürnberg
Gewerbemuseumsplatz 2, 90403 Nürnberg
Telefon 0911 21542-0
Öffentliche Verkehrsmittel
U 2, U3: Haltestelle Wöhrder Wiese
Tram 8: Marientor

E-Mail
poststelle@stmgp.bayern.de
Internet
www.stmgp.bayern.de

Die Fragen 1. a), 1. b), 1. c) und 2. werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine leistungsfähige und flächendeckende stationäre Versorgung ist der Staatsregierung ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen. Erfreulicherweise besteht in Bayern ein engmaschiges Netz an leistungsfähigen Krankenhäusern.

Grundsätzlich gilt: Krankenhäuser sind keine nachgeordneten Behörden des Staates und insoweit auch keinen Weisungen hinsichtlich ihres Betriebsablaufes unterworfen. Entscheidungen über die interne Organisation des Betriebsablaufes, aber auch über Standort- oder Stationsschließungen treffen die Krankenhausträger in eigener Verantwortung. Die Pflicht zur Sicherstellung der stationären somatischen Versorgung obliegt nach den gesetzlichen Vorschriften in Bayern den Landkreisen und kreisfreien Städten und beinhaltet einen grundsätzlichen Erreichbarkeitsrahmen für die Gewährleistung der Notfallversorgung. Darüber hinaus obliegt es nach den Bestimmungen des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes den Zweckverbänden für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung, die geeigneten rettungsdienstlichen Mittel auch für die angepassten Krankenhausstrukturen vorzuhalten.

Für das Krankenhaus Mainburg liegt dem Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP) derzeit kein Antrag des Trägers auf eine etwaige Herausnahme des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan des Freistaats Bayern vor. Fakt ist jedoch, dass die Stadt Ingolstadt und die Landkreise der Planungsregion 10 eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft damit beauftragt haben, ein Gutachten zur zukünftigen Ausrichtung der stationären Gesundheitsversorgung zu erstellen, das mittlerweile vorliegt und als Diskussionsgrundlage der lokalen Entscheidungsträger und Klinikgesellschaften für mögliche Umstrukturierungen dienen soll. Die Gespräche, mit

welchen Lösungen den Problemen vor Ort am besten begegnet werden kann, sind nach derzeitigem Kenntnisstand des StMGP nicht abgeschlossen. Das StMGP wird in diesem Prozess die Überlegungen zur Umstrukturierung der stationären Versorgung in der Region Kelheim weiterhin konstruktiv begleiten und die Verantwortlichen vor Ort unterstützen.

3. a) Besteht aus Sicht des Freistaates die Möglichkeit, finanzielle Unterstützung zu leisten, um den Klinikstandort Mainburg zu erhalten?

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass der Freistaat Bayern im Vergleich zu anderen Bundesländern deutlich mehr leistet, um seine Krankenhausträger zu unterstützen. Mit Gesamtausgaben von über fünf Milliarden Euro allein in den vergangenen zehn Jahren nimmt Bayern im Ländervergleich eine Spitzenposition ein. Davon profitieren gerade auch Krankenhäuser im ländlichen Raum. Auf den anhaltend hohen Investitionsbedarf reagiert die Staatsregierung umgehend. So ist im Entwurf des Doppelhaushalts 2024/2025 eine bedarfsgerechte Anhebung der Krankenhausförderung auf 800 Millionen Euro im Jahr 2024 vorgesehen. Eine entsprechende Beschlussfassung des Bayerischen Landtags vorausgesetzt, ist damit ein erster signifikanter Schritt zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag festgelegten „Krankenhausmilliarde“ realisiert. Flankierend hat die Staatsregierung zur Unterstützung kleinerer Krankenhäuser im ländlichen Raum ein Förderprogramm mit 100 Millionen Euro Gesamtvolumen für fünf Jahre aufgelegt. Damit sollen Strukturanpassungen sowie die Erstellung von Gutachten und Umsetzungskonzepten gefördert werden.

Klar ist aber auch, dass die Finanzierung der Betriebskosten von Krankenhausesellschaften in die Zuständigkeit des Bundes fällt, von dem Bayern gemeinsam mit anderen Ländern seit Monaten mit Nachdruck Sofortmaßnahmen zum finanziellen Ausgleich der seit der Pandemie nachhaltig gesunkenen Fallzahlen fordert. Erschwerend kommt hinzu, dass die aktuell

auf Bundesebene angestoßene Krankenhausreform für eine Erhöhung des Anpassungsdrucks sorgt und bereits jetzt viele Krankenhausgesellschaften zu teilweise erheblichen Restrukturierungsmaßnahmen bis hin zu Betriebs-schließungen zwingt. Hier ist die Bundesregierung gefordert, zeitnah zu handeln, damit bedarfsnotwendige Strukturen weiter aufrechterhalten werden können.

3. b) Zieht die Landesregierung in Betracht, in Regionen, in denen Krankenhäuser der Grundversorgung wegfallen, die Hilfsfrist im Rahmen des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes zu verkürzen?

3. c) Wie viele zusätzliche Rettungswägen und Notarzteinsatzfahrzeuge sind erforderlich bzw. geplant, wenn ohne den Krankenhausstandort Mainburg durch längere Fahrtzeiten die Verfügbarkeit der Einsatzfahrzeuge deutlich verringert wird?

Die Fragen 3. b) und 3. c) werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In Bayern haben die Landkreise und kreisfreien Gemeinden die Aufgabe, den öffentlichen Rettungsdienst sicherzustellen, Art. 4 Abs. 1 Satz 1 Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG). Hierzu ist das Gebiet des Freistaats Bayern in 25 Rettungsdienstbereiche eingeteilt. Die im selben Rettungsdienstbereich liegenden Landkreise und kreisfreien Städte schließen sich zu einem Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung (ZRF) zusammen, Art. 4 Abs. 3 BayRDG. Der ZRF legt – mit Ausnahme des Telenotarztes, des arztbegleiteten Patiententransports und der Luftrettung – die notwendige Versorgungsstruktur für seinen Rettungsdienstbereich nach bayernweit einheitlichen Vorgaben fest, Art. 5 Abs. 1 Satz 1 BayRDG. Er überprüft regelmäßig die Versorgungsstruktur sowie deren Notwendigkeit und entscheidet über erforderliche Änderungen unverzüglich nach Bekanntwerden der Tatsachen, die eine Änderung des rettungsdienstlichen Bedarfs begründen können, Art. 5 Abs. 1 Satz 2 BayRDG.

Dabei ermöglichen es die Trend- und Strukturanalysen im Rahmen des sog. TRUST-Projekts den ZRF, auf einer deutschlandweit einmaligen Datengrundlage Entscheidungen über eine bedarfsgerechte Vorhaltung an Rettungsmitteln zu treffen und in der Übergangszeit bis zur Umsetzung möglicher Veränderungen in der Krankenhauslandschaft die rettungsdienstlichen Strukturen bei Bedarf anzupassen. Erst im März 2023 hatte das StMI gemeinsam mit den in Bayern tätigen Sozialversicherungsträgern das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement des Klinikums der Universität München (INM) mit der Fortführung des TRUST-Projekts beauftragt. Maßgebliche Planungsgröße in der bodengebundenen Notfallrettung bleibt dabei weiterhin die 12-Minuten-Frist nach Art. 2 Abs. 1 Satz 3 AVBayRDG. Demnach sind Standort, Anzahl und Ausstattung der Rettungswachen und Stellplätze so zu bemessen, dass Notfälle im Versorgungsbereich einer Rettungswache in der Regel spätestens zwölf Minuten nach dem Ausrücken eines qualifizierten Rettungsmittels erreicht werden können.

4. a) Nachdem laut Gemeinsamem Bundesausschuss (G-BA) die PKW-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung 30 Minuten betragen soll und zu einer medizinischen Grundversorgung auch eine Basisnotfallversorgung gemäß den Notfallstufen-Regelungen des G-BAs gehört, frage ich die Staatsregierung, wie dieser Anspruch weiterhin überall sichergestellt wird, wenn das Krankenhaus Mainburg geschlossen werden würde?

4. b) Wie viele Einwohner/-innen müssen künftig mehr als 30 Minuten mit dem PKW fahren, um zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen?

4. c) Wie stellt die Staatsregierung sicher, dass eine wohnortnahe Versorgung für alle Bürger/-innen auch in Zukunft gewährleistet ist?

Die Fragen 4. a), 4. b) und 4. c) werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es gibt keine gesetzlichen Vorgaben, die eine zwingende Erreichbarkeit eines Krankenhauses innerhalb einer bestimmten Zeit vorgeben.

Im Referentenentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) finden sich Erreichbarkeitswerte in § 6a Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) n. F. Diese neu in den Entwurf aufgenommene Regelung sieht die Möglichkeit für die Krankenhausplanungsbehörde des Landes vor, „im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuzuweisen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und eine Abweichung von den Qualitätskriterien für die Leistungsgruppe nicht nach der Rechtsverordnung aufgrund § 135e Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist“ (§ 6a Abs. 2 Satz 1 KHG n. F.). Als Maßstab für die „zwingende Erforderlichkeit“ in diesem Sinne nennen § 6a Abs. 2 Sätze 2 und 3 KHG n. F. dann für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 30 PKW-Fahrtzeitminuten zum nächsten Krankenhaus, dem die jeweiligen Leistungsgruppen zugewiesen sind, sowie für weitere Leistungsgruppen eine Fahrzeit von 40 Minuten.

Bei § 6a Abs. 2 KHG n. F. handelt es sich demnach um eine Regelung, die im Interesse der Aufrechterhaltung der flächendeckenden Versorgung unter bestimmten Voraussetzungen Ausnahmen von der Einhaltung der ansonsten für die Zuweisung der Leistungsgruppe zwingend zu erfüllenden Strukturvorgaben ermöglicht. Ein zwingendes „Muss“ zum Betrieb von Allgemeiner Innerer Medizin und Allgemeiner Chirurgie innerhalb einer Erreichbarkeit von 30 PKW-Fahrtzeitminuten ist auch der neuen Regelung jedoch aus nachfolgenden Gründen nicht zu entnehmen:

Die dem Gesetzentwurf beigefügte Begründung zu § 6a Abs. 2 KHG n. F. führt explizit aus, dass es zur Beurteilung der flächendeckenden Erreichbarkeit „neben den Fahrtzeitminuten auch auf die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner [ankommt], die im Fall einer unterbleibenden Zuweisung der Leistungsgruppe von längeren Fahrtzeiten betroffen wäre. [...] Bei der Entscheidung über die Erforderlichkeit einer Zuweisung von Leistungsgruppen trotz unzureichender Strukturqualität soll die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach Möglichkeit auch verfügbare ambulante Versorgungsangebote berücksichtigen“ (Gesetzentwurf Stand 13.03.2024, Seite 135).

Gegen ein „Muss“ spricht zudem, dass nach § 6a Abs. 2 Sätze 1 bis 3 KHG n. F. eröffnete Ausnahmemöglichkeiten nach Satz 4 der Bestimmung grundsätzlich auf maximal drei Jahre zu befristen sind (nur für „in die Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes“ aufgenommene Krankenhäuser, d. h. die Kliniken mit Anspruch auf einen pauschalen Sicherstellungszuschlag, sind dauerhafte Ausnahmen möglich, § 6a Abs. 2 Satz 5 KHG n. F.).

Das bedeutet, dass die Regelung in § 6a Abs. 2 KHG n. F. nicht als Begründung angeführt werden kann, dass das Krankenhaus Mainburg deshalb erhalten bleiben müsste, weil bei Wegfall längere Fahrzeiten entstehen würden. Die Krankenhausplanungsbehörde kann den Weiterbetrieb eines Krankenhauses ohnehin nicht staatlich anordnen, sondern wie beschrieben lediglich Ausnahmen bei den Erfüllungsvoraussetzungen einzelner Leistungsgruppen zulassen, wenn ansonsten die flächendeckende Versorgung gefährdet wäre.

5. a) Wie begegnet die Staatsregierung der Sorge aus der Region, dass sich im Falle einer Schließung des Klinikstandorts Mainburg bei akuten Notfällen (Herzinfarkt, Schlaganfall, o. Ä.) der Weg ins nächstgelegene Krankenhaus deutlich verlängert und es dadurch zu negativen gesundheitlichen Auswirkungen für die Menschen in der Region kommen könnte?

Entsprechend den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) existiert ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Hierbei wird zwischen einer Basisnotfallversorgung, einer erweiterten und einer umfassenden Notfallversorgung unterschieden. Insbesondere im Falle von zeitkritischen und schweren Erkrankungs- und Verletzungsbildern (sog. Tracerdiagnosen) ist für den Rettungsdienst die schnelle Erreichbarkeit einer Klinik mit mindestens einer erweiterten Notfallversorgung anzustreben. Zu den Tracerdiagnosen zählen

- Schlaganfall,
- im EKG gesicherter Herzinfarkt (STEMI),
- Blutvergiftung (Sepsis),
- obere Magen-Darm-Blutung (obere GI-Blutung),
- Schwerstverletzte (Polytrauma),
- Schwerstschädelverletzte (schweres Schädel-Hirn-Trauma) und
- Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation).

Nach Mitteilung des ZRF Landshut ist die Ilmtalklinik Mainburg derzeit überhaupt nur bei einem Teil der Tracerdiagnosen in die Notfallversorgung eingebunden (Herzinfarkt, Blutvergiftung, obere Magen-Darm-Blutung und Herz-Lungen-Wiederbelegung). Insgesamt hat der Rettungsdienst im Jahr 2023 laut ZRF Landshut 2.285 Notfallpatientinnen und -patienten in das Krankenhaus in Mainburg transportiert. Bei lediglich 40 Zuweisungen und damit einer sehr geringen Anzahl an Notfällen handelte es sich um Tracerdiagnosen.

Demnach wird das Krankenhaus in Mainburg nicht regelhaft für die Versorgung von Tracerdiagnosen angefahren.

5. b) Welche Rolle kann der Einsatz von Rettungshubschraubern und das Verdichtungskonzept für Rettungshubschrauber aus Sicht der Staatsregierung hierfür spielen?

5. c) Unter welchen Voraussetzungen könnte in Mainburg oder der Region ein Rettungshubschrauber standardmäßig stationiert werden?

Die Fragen 5. b) und 5. c) werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Rettungsdienststandorte werden grundsätzlich unabhängig von Krankenhausstandorten festgelegt. Maßgebend für die Festlegung der Versorgungsstruktur ist vielmehr eine schnelle Erreichbarkeit des Notfallortes. Aufgrund der Hauptfunktion des Rettungstransporthubschraubers (RTH) als schneller Notarztzubringer sind Veränderungen in der Krankenhauslandschaft für die RTH-Standortplanung zunächst nicht relevant. Sie können sich allenfalls auf einen der Behandlung am Notfallort anschließenden Transport bei Tracerdiagnosen auswirken. In das Krankenhaus in Mainburg wird jedoch nur eine sehr geringe Anzahl an Notfallpatientinnen und -patienten mit einer Tracerdiagnose transportiert.

Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass RTH grundsätzlich unabhängig von Grenzen der Rettungsdienstbereiche oder auch der Ländergrenzen eingesetzt werden. Gerade die Region Mainburg weist bereits eine mehrfache flächenmäßige Abdeckung mit Leistungen der Luftrettung auf. So liegt Mainburg im unmittelbaren Einsatzbereich der RTH in Ingolstadt und in Regensburg sowie an den Grenzen des Einsatzbereichs des RTH und des Intensivtransporthubschraubers in München und des RTH in Straubing.

6. a) Wie bewertet die Staatsregierung die Empfehlungen aus dem PwC-Gutachten für die Umwandlung des Krankenhausstandorts Mainburg in ein regionales Gesundheitszentrum?

6. b) Welche Vor- und Nachteile ergeben sich daraus aus Sicht der Staatsregierung?

Die Fragen 6. a) und 6. b) werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im konkreten Fall des Krankenhauses Mainburg haben die kommunalen Krankenhausgesellschaften der Planungsregion 10 ein Gutachten zur Restrukturierung und Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung in der Region in Auftrag gegeben. Grundsätzlich sind die landkreisübergreifenden Konzentrationsbestrebungen der Träger seitens der Staatsregierung zu begrüßen, da diese zu einer erheblichen wirtschaftlichen Stabilisierung der Gesellschaften führen und somit die bedarfsnotwendige Versorgung in der Region langfristig sicherstellen können.

Auslöser der Gutachtensvergabe waren im Übrigen nach hiesiger Information keineswegs nur wirtschaftliche Aspekte, sondern auch darüberhinausgehende Schwierigkeiten in der stationären Patientenversorgung. Die Gespräche, mit welchen Lösungen diesen Problemen am besten begegnet werden kann, sind nach unserem Kenntnisstand in keiner Weise abgeschlossen.

Wie die Versorgung am Standort Mainburg nach dem Gutachten genau ausgestaltet sein soll, wird aus den Ausführungen noch nicht hinreichend ersichtlich. Insbesondere thematisiert das Gutachten nicht die nach der

Krankenhausreform des Bundes zu erwartende Möglichkeit der Umwandlung in einen sektorenübergreifenden Versorger mit stationären Basisleistungen einerseits und ambulanten und ggf. pflegerischen Angeboten andererseits. Unabhängig davon sind aus Sicht des StMGP zwischen den beteiligten Kommunen abgestimmte Leistungsangebote in jeder Hinsicht zu begrüßen. Es ist folgerichtig und unvermeidbar, dass die beteiligten Kommunen ernsthaft über Strukturstraffungen nachdenken.

6. c) Welche vergleichbaren Krankenhausstandorte wurden bereits erfolgreich in regionale Gesundheitszentren umgewandelt?

Grundsätzlich ist festzustellen, dass eine Vergleichbarkeit zwischen unterschiedlichen Krankenhausstandorten und deren Restrukturierungsbemühungen generell aufgrund der unterschiedlichen strukturellen Begebenheiten nur sehr schwer möglich ist. Dennoch hat es in den letzten Jahren einige positive Beispiele von Strukturstraffungen gegeben, die die verbliebenen Standorte gestärkt haben, ohne dabei die flächendeckende Versorgung zu beeinträchtigen. Namentlich zu nennen sind hierbei die Strukturierungsmaßnahmen in den Landkreisen Tirschenreuth (Schließung Waldsassen), Neustadt an der Waldnaab (Schließung Vohenstrauß), Neu-Ulm (Schließung Illertissen), Cham (Schließung Roding), Freyung-Grafenau (Schließung Waldkirchen) und Main-Spessart (Schließung Marktheidenfeld).

Mit freundlichen Grüßen

Judith Gerlach, MdL
Staatsministerin