



**LANDKREIS**  
**ERDING**

## **PROTOKOLL**

---

**öffentlich**

**Büro des Landrats**  
**BL**

Alois-Schieß-Platz 2  
85435 Erding

Ansprechpartner/in:  
Anne Herbig

Tel. 08122/581144  
anne.herbig@lra-ed.de

Erding, 06.03.2023  
Az.:  
2020-2026/KHA/19

### **19. Sitzung des Krankenhausausschusses am 08.02.2023**

#### **Anwesend und stimmberechtigt sind die Kreisräte:**

Balderanou, Sosa

Bauer, Thomas, Dr.

Dieckmann, Ulla

Els, Georg

Frank-Mayer, Ursula

Geiger, Lena

Huber, Martin

Kirmair, Ludwig

Mehringer, Rainer

Reiter, Wolfgang

Rudolf, Ludwig, Dr. med.

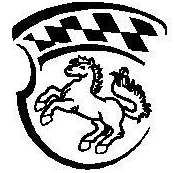
Schwimmer, Jakob

Weitere Vertretung für Frau Nicole Schley

Vertretung für Herrn Maximilian Gotz

#### **sowie als Vorsitzender:**

Bayerstorfer, Martin, Landrat



**LANDKREIS**  
**ERDING**

Büro des Landrats  
BL

**von der Verwaltung:**

Bott-Flügel, Lorenz, PD Dr.

A 6 zu TOP 1 - 12

Fuchs-Weber, Karin

Büro Landrat, Büroleitung

Güssow, Jan, Dr.

A 6 zu TOP 1 - 12

Hautmann, Markus

Büro Landrat, Pressesprecher

Herbig, Anne

Büro Landrat, Sitzungsdienst, Protokollführung

Huber, Matthias

A 1, zu TOP 10

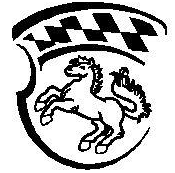
Last, Dirk, Dr.

A 6 zu TOP 1 - 12

Zylka, Michaela

A 6 zu TOP 1 - 12

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung um 14:02 Uhr. Er stellt fest, dass form- und fristgerecht geladen wurde und Beschlussfähigkeit besteht. Ergänzungs- oder Änderungswünsche werden nicht vorgetragen. Somit gilt folgende



**LANDKREIS**  
**ERDING**

Büro des Landrats  
BL

## **Tagesordnung**

### **I. Öffentlicher Teil:**

1. Leistungsentwicklung Gesamthaus 2022  
Vorlage: 2023/805
2. Mögliche Auswirkungen/Vorschläge Regierungskommission  
Vorlage: 2023/809
3. Einführung eines mobilen Monitorings auf der kardiologischen Normalstation 2 B und der Geburtshilfe 5 A  
*Beratung und Beschlussfassung*  
Vorlage: 2023/811
4. Server-Update der Intensiv-Dokumentation ICM inkl. Austausch Anästhesie-Monitore im OP  
*Beratung und Beschlussfassung*  
Vorlage: 2023/817
5. Aufrüstung der Optik am Gynäkologie-OP-Turm  
*Beratung und Beschlussfassung*  
Vorlage: 2023/819
6. Bekanntgaben aus nichtöffentlichen Sitzungen
7. Bekanntgaben und Anfragen
  - 7.1. Getätigte Investitionen im Bereich der Medizintechnik /IT  
Vorlage: 2023/818
  - 7.2. Erweiterung der Pflege- und Behandlungsdokumentation VMobil  
Vorlage: 2023/820
  - 7.3. Erweiterung Krankenhausinformationssystem medico – Automatisierter PDF-Export  
Vorlage: 2023/821
  - 7.4. 50 Jahrfeier Klinikum Erding  
Vorlage: 2023/806

## 1. Leistungsentwicklung Gesamthaus 2022 Vorlage: 2023/805



**LANDKREIS**  
**ERDING**

Der **Vorsitzende** eröffnet Tagesordnungspunkt 1 und übergibt das Wort an Herrn Dr. Dirk Last (A6).

Büro des Landrats  
BL

Herr **Dr. Last** erläutert den Sachverhalt anhand des Vorlageberichts:

Die stationären Leistungen des Klinikums Landkreis Erding haben sich von **Januar 2022 bis Dezember 2022** positiv im Vergleich zum Vorjahr entwickelt.

Dies muss jedoch vor dem Hintergrund der weiterhin bestehenden Covid-19-Pandemie gesehen werden.

In folgender Aufführung finden Sie die drei wichtigsten stationären Kennzahlen zur Leistungsmessung 2022 im Vergleich zu Plan und Vorjahr:

- **Case-Mix-Punkte**  
= Leistungswert für stationäre Patienten im DRG-System; Basis: §21-Daten
  - o **11.341,9 Case-Mix-Punkte**
    - -24,2% im Vergleich zum Plan
    - +2,6% im Vergleich zum Vorjahr
  
- **Fallzahl**  
= Anzahl der stationären Patienten
  - o **14.461 Fälle**
    - -19,4% im Vergleich zum Plan
    - +8,9% im Vergleich zum Vorjahr
  
- **Case-Mix-Index**  
= durchschnittlicher (ökonomischer) Schweregrad der stationären Patienten
  - o **0,784**
    - -6,0% im Vergleich zum Plan
    - -5,8% im Vergleich zum Vorjahr

Im Anschluss gibt Herr **Dr. Last** einen Ausblick für 2023. Im Januar konnten rund 9 % mehr Leistungen erbracht werden, als im Vorjahr.

Kreisrat **Reiter** erkundigt sich, wie sich die hohen Krankenstände in den ersten Wochen dieses Jahres entwickelt haben.

Herr **Dr. Last** antwortet hierauf, dass diese unverändert hoch sind.

Kreisrat **Els** bezieht sich auf die im Vorlagebericht genannten Kennzahlen. Er bittet um Erklärung, ob man bezüglich der doch relativ hohen Prozentsätze (Vergleich zum Plan) von Zahlen vor Corona ausgegangen ist.

Der **Vorsitzende** erklärt hierzu, dass im Jahr 2022 der Wirtschaftsplan für 2021 verabschiedet worden ist. Zu diesem Zeitpunkt wurde davon ausgegangen, dass sich dies aufgrund der Impfungen, positiv entwickeln wird.



Hauptsächliche Gründe sind aber, dass im Frühjahr 2022 noch Entschädigungen von Seiten des Bundes geflossen sind, diese aber dann weggefallen sind. Auch, dass ein Großteil des Klinikpersonals selbst infiziert wäre und somit nicht arbeiten durften.

Dadurch konnten bis Oktober/November Elektiv-Patienten nicht großartig behandelt werden.

Kreisrat **Huber** vermutet, dass aufgrund des hohen Krankenstandes das komplette Klinikum total überlastet ist und der Druck sowie die psychische Belastung beim Personal immer weiter zunimmt.

Herr **Dr. Last** merkt hierzu an, dass dies vermutlich richtig ist. Die Vermutung kann aber direkt nicht bestätigt werden.

Der **Vorsitzende** bittet hierzu Frau Sonja Panhofer (Gesamtpersonalratsvorsitzende), welche ebenfalls anwesend ist, um ihre Einschätzung.

Frau **Panhofer** bestätigt dies.

Es handelt sich schlichtweg um ein generell strukturelles Problem in der Krankenhausversorgung. Aktuell sind in ganz Bayern so viele Stellen offen, dass sämtliche Kliniken ganz aggressiv werben und auch gegenseitig abwerben.

Keine weiteren Wortmeldungen.

## **2. Mögliche Auswirkungen/Vorschläge Regierungskommission** **Vorlage: 2023/809**

Der **Vorsitzende** geht über zu Tagesordnungspunkt 2 und übergibt das Wort an Herrn Dr. Dirk Last (A6).

Herr **Dr. Last** schildert den Sachverhalt wie folgt:

Die im Dezember veröffentlichten Pläne der Regierungskommission führen derzeit in der deutschen Kliniklandschaft zu einer großen Unsicherheit. Auf Basis der durch die Regierungskommission gemachten Vorschläge soll bis Mitte des Jahres ein Gesetzesentwurf entstehen. Das Gesetz soll dann zum 01.01.2024 in Kraft treten. Noch ist nicht absehbar, wie sich die Pläne der Expertenkommission auf die Kliniklandschaft im Allgemeinen sowie auf das Klinikum Landkreis Erding mit seinen beiden Standorten auswirken werden. Sicher scheint jedoch, dass die vorgestellten Pläne nachhaltige Auswirkungen haben werden.

Das Klinikum Landkreis Erding strebt es an mit seinem Standort Erding ein Haus des Level II zu werden und in Dorfen die klinische Akutversorgung als Level In-Haus aufrecht zu erhalten. Dass dies so kommen wird, ganz abgesehen auch davon, dass bislang die Länder an dem vorgestellten Entwurf nicht beteiligt waren und die Krankenhausplanung eigentlich Ländersache ist, ist längst nicht sicher. Es besteht durchaus die „Gefahr“, dass der Standort Erding lediglich dem Level In und die Klinik Dorfen dem Level II zugeordnet werden.



**LANDKREIS**  
**ERDING**

Büro des Landrats  
BL

Des Weiteren sieht der Vorschlag der Regierungskommission vor, sogenannte Leistungsgruppen (128 Stück) zu definieren. Die den jeweiligen Leistungsgruppen zugeordneten Fälle dürfen dann nur noch erbracht und abgerechnet werden, wenn die Leistungsgruppe dem entsprechenden Level zugeordnet ist. Das bedeutet, dass Level I Häuser nur einen gewissen Anteil der definierten Leistungsgruppen behandeln dürfen. Bei Level II Häusern ist dieser Anteil größer, Level III Häuser dürfen Patienten aus sämtlichen Leistungsgruppen behandeln.

Folgt man den Plänen der Regierungskommission ist für die Zuordnung zum Level II die Notfallstufe 2 eine zwingende Voraussetzung. Derzeit hat der Medizinische Dienst (MD) dem Klinikum Landkreis Erding nur die Notfallstufe 1 anerkannt. Es sollten daher alle Bestrebungen darauf fokussiert sein, die Voraussetzungen für die Notfallstufe 2 (erweiterte Notfallversorgung) zu erlangen und aufrechtzuerhalten. Die hier geforderten strukturellen Anforderungen sind insbesondere die Vorhaltung von 10 Beatmungsplätzen auf der Intensivstation sowie eine Aufnahmestation. Beides kann das Klinikum Erding vorhalten, allerdings stellt die personelle Besetzung eine große Herausforderung dar. Die anderen Strukturvoraussetzungen für die Notfallstufe 2 werden ebenfalls erfüllt.

Ähnlich wie bei den Strukturvorgaben zur Notfallstufe gibt es inzwischen eine Reihe weiterer Anforderungen an die Strukturqualität, welche erfüllt sein müssen um gewisse Leistungen abrechnen zu können. Dies ist bereits jetzt der Fall und soll, sofern die Pläne der Regierungskommission zur Umsetzung kommen, noch weiter ausgebaut werden. Dies betrifft auch die Leistungsgruppen bei denen neben der Zuordnung zu den jeweiligen Levels gewisse Strukturvorgaben zu erfüllen sind.

Abschließend lässt sich feststellen, dass auch unabhängig von dem zum 1. Januar 2024 voraussichtlich in Kraft tretenden Gesetzes die Herausforderungen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität unmittelbar angegangen werden müssen. Ob das Klinikum Landkreis Erding auch zukünftig ein breitgefächertes stationäres Versorgungsangebot an beiden Standorten aufrechterhalten kann (dazu gehören beispielsweise auch die Brustchirurgie, die Thoraxchirurgie, die Viszeralchirurgie, die Gefäßchirurgie und, wenn auch nicht abschließend, die Schlaganfalleinheit) hängt auch mit davon ab, ob es gelingt, die bereits jetzt geforderten Strukturmerkmale zu erfüllen.

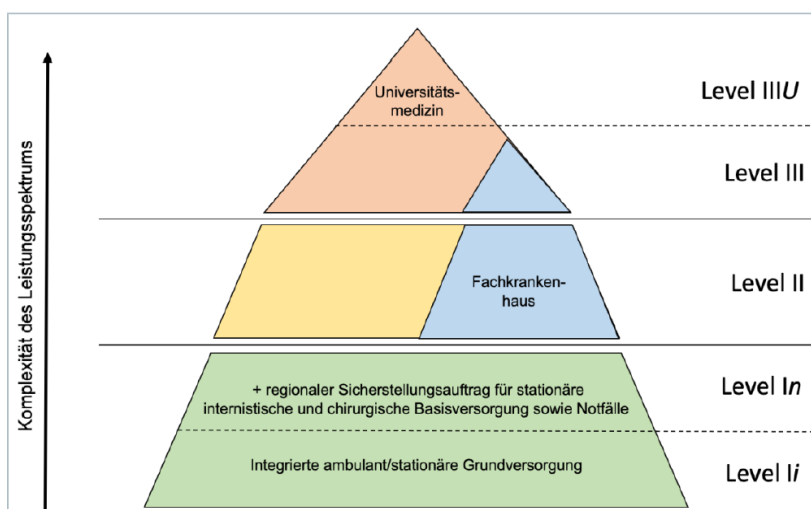
Die bis zur Strategietagung im Juli 2023 zu erarbeitende Medizinstrategie wird die Aspekte der Pläne aufgreifen und soweit es geht und mit allen derzeit noch behafteten Unsicherheiten in der Ausführung, in die strategischen Planungen mit einbeziehen.



### 3 Level (Stufen)

Grundversorgung	-	Regel- und Schwerpunktversorgung	-	Maximalversorgung
<i>lokal</i>	-	<i>regional</i>	-	<i>überregional</i>

- › Level Ii (integrierte ambulant/stationäre Versorgung)
- › Level In (mit Notfallstufe I)
- › Level II
- › Level III
- › Level IIIU (Universitätsmedizin)





Kliniken des **Level Ii** stellen Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung dar  
Schlüsselrolle auf dem Weg zu einer integrierten Gesundheitsversorgung

<b>Angebot</b>	<p><b>Medizin:</b> <u>Akutupflegebetten</u> ohne feste Fachabteilungszuordnung, Innere Medizin und/oder Chirurgie, allgemeine fachärztliche Versorgung und Allgemeinmedizin möglich</p> <p><b>Ausstattung:</b> Labor, Ultraschall, Röntgen</p> <p><b>Tagdienst:</b> Ärztliche Anwesenheit / <b>Nacht und Wochenende:</b> Fachärztl. Rufdienst, Sozialdienst</p> <p><b>Leitung</b> durch qualifizierte Pflegefachpersonen, z. B. <u>Advanced Nursing Practitioners</u> (ANP)</p>
----------------	---

<b>Vergütung</b>	<p>Keine Vorhaltebudgets, kein Pflegebudget</p> <p>Degressive <b>Tagespauschalen</b> für Akutpflege und Abrechnung der ärztlichen Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• nach EBM für <u>KV-Ärzte</u></li><li>• um ärztlichen Anteil erhöhte Tagespauschale für fest <u>am KH angestellte Ärzte</u> mit Budgetdeckelung</li></ul>	<p><b>Akutupfleystation</b> ohne Fachabteilungszugehörigkeit</p> <p><b>Pflegerische Leitung</b> mit spezifischer Qualifikation z.B. ANP</p> <p>Belegung der Betten durch KV-Ärzte</p> <p>Belegung der Betten durch Ärzte am KH</p>
------------------	---	--

Kliniken des **Level In** stellen die stationäre Grundversorgung in sehr ländlich geprägten Regionen sicher

<b>Voraussetzung</b>	Das nächstgelegene Krankenhaus des Level II oder III ist weiter als <b>30 Minuten Pkw-Fahrzeit</b> entfernt oder das Bundesland sieht einen besonderen, zu begründenden Versorgungsauftrag
<b>Angebot</b>	<p><b>Medizin</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Stationäre Betten für Basisbehandlung Innere Medizin und Chirurgie<sup>(1)</sup></li><li>• LG Basis Intensivmedizin (mindestens sechs täglich betreibbare Intensivbetten)</li><li>• Notaufnahme mit LG Basisbehandlung Notfallmedizin (Notfallstufe 1 gem. G-BA)</li></ul> <p><b>Ausstattung:</b> Telemedizinische Vernetzung mit Kliniken Stufe II oder III oder Fachkliniken in jeweiliger LG (mit telemedizinischer Entscheidungsfindung), CT, Labor, feste Kooperation mit übergeordneten Klinken<sup>(2)</sup>, Hubschrauberlandeplatz (falls nächste Level III-Klinik &gt; 30 km)</p> <p><b>Arztdienste:</b> Bereitschaftsdienst + Facharzt-Standard 24/7 für die jeweilige Leistungsgruppe, Sozialdienst</p>





Kliniken des **Level II** konzentrieren sich auf die stationäre Versorgung innerhalb einer **Region**

Angebot	<b>Medizin<sup>(1)</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mindestens drei internist. LG (1.1-1.9, in jedem Fall 1.6) und drei chirurgische LG (2.1-2.7)</li><li>• LG 3.1, 3.2, 14.1 (Stroke Unit)</li><li>• LG Allg. (erweiterte) Intensivmedizin mit min. tgl. betreibbarer Low-care-Intensivbetten <math>\geq 10</math> und High-care-Intensivbetten <math>\geq 10</math>, erweiterte Notfallmedizin LG 12.1 (Notfallstufe 2 n. G-BA)</li><li>• Weitere LG aus mindestens fünf weiteren Leistungsbereichen 3-11 und 15/16</li></ul>
	<b>Ausstattung:</b> Telemedizin. Anbindung an andere KH in jeweiligen LG, MRT, Angiographie, Endoskopie, Stroke Unit, Hubschrauberlandeplatz (falls Distanz zur nächsten Level III-Klinik > 30 km) <b>Pflege-Ausbildungsstätten,</b> Sozialdienst, Onkologie in zertifizierten Zentren <b>Arztdienste:</b> Inn., Chir., Intensiv, Notfall 24/7 + Facharzt-Standard 24/7

Kliniken des **Level III** bieten eine **überregionale** stationäre Versorgung

Angebot	Mindestens wie Stufe II
	<b>Medizin<sup>(1)</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mindestens fünf internistische und fünf chirurgische LG</li><li>• LG Komplexe (umfass.) Intensivmedizin mit min. täglich betreibbarer Low-care-Intensivbetten <math>\geq 20</math>, High-care-Intensivbetten <math>\geq 20</math>, umfassende Notfallmedizin LG 12.2 (Notfallstufe 3 gem. G-BA)</li><li>• Weitere Leistungsgruppen aus mindestens acht der zwölf weiteren Leistungsbereichen (3-11 und 15-17) am Standort</li></ul>
	<b>Ausstattung:</b> Telemed. Vernetzung mit Kliniken der Stufe I, II und Fachkliniken in jeweiligen LG, Hubschrauberlandeplatz, zertifizierte und refinanzierte Studienzentren, verpflichtender Einschluss von Patienten (etwa solchen mit NUB-Entgelten, onkologischen Patienten) in klinische Studien Umfassende <b>Pflege-Ausbildungsstätten,</b> Sozialdienst, Onkologie in zertifizierten Zentren <b>Arztdienste:</b> Inn., Chir., Intensiv, Notfall Fachärzte 24/7, übrige Bereitschaftsdienst + Facharzt-Standard 24/7



Leistungsgruppe (LG)	Maximales Leistungsspektrum			
	Mindestlevel erbringendes KH	Level I-KH	Level II-KH	Level III-KH
<b>Innere Medizin</b>				
1.0 LG Basisbehandlung Innere Medizin	I	X	X	X
1.4 LG Hämatologie und Onkologie	II		X	X
1.4.3 LG Stammzellentransplantation	III			X
<b>Chirurgie</b>				
2.0 LG Basisbehandlung Innere Medizin	I	X	X	X
2.7 LG Viszeralchirurgie	II		X	X
2.7.4 LG Große Pankreaseingriffe	III			X

Dem anwesenden Gremium wird sodann noch die Pressemitteilung des Bayerischen Landkreistag vom 08.02.2023 (Anlage) vorgelegt.

Kreisrätin **Balderanou** bittet um Erläuterung, welche Aufgaben konkret erfüllt werden müssen und mit welchen Kosten zu rechnen ist, wenn die Notfallstufe II erreicht werden möchte und ob dies bis 2024 umzusetzen ist.

Es sollte auch intern beobachtet werden, ob bezüglich der veröffentlichten Pläne die Gefahr besteht, dass aus Gründen der Angst, das Personal abwandert.

Herr **Dr. Last** merkt an, dass die Umsetzung machbar ist. Aber die größte Herausforderung dieser Strukturvorgabe ist die Personelle. Vorgegeben sind z. B. 10 Beatmungsbetten, die mit dem dafür benötigten Personal zu betreiben sind. Derzeit gibt es hierfür nicht genug eigenes Personal. Daher wird hier mit sog. Arbeitnehmerüberlassungen aufgestockt.

Abwanderungsgedanken des Personals bezüglich dieser Regierungskommission konnten noch nicht bemerkt werden. Dem Personalrat werden hierzu noch -im Rahmen des Möglichen- Informationen weitergegeben, um das Personal so gut wie möglich zu informieren.

Kreisrätin **Dieckmann** nimmt Bezug auf die letzte Sitzung des Kreistags und betont, dass sich das Gremium stark für das Klinikum vor Ort einsetzt.



**LANDKREIS**  
**ERDING**

Büro des Landrats  
BL

Auch für eine bestmögliche Ausstattung, die selbstverständlich finanzierbar ist.

Das Klinikum ist schon aus dem Grund reformbedürftig, da es schon jetzt schwer finanzierbar ist. Es ist gut, dass es nun zu einer Reform kommt.

Wenn sie richtig verstanden hat, soll sich das Gremium auch politisch dafür einsetzen. Beispielhaft als Petition oder mit einem Schreiben aus dem Kreistag an Bund/Land.

Bis diese Reform greifen wird, werden noch einige Jahre vergehen. Es ist daher wichtig, bereits jetzt an die Regierung heranzutreten, um Unterstützung zu erhalten. Ansonsten droht ein „Kaputt-Sparen“.

Der **Vorsitzende** merkt an, dass es durch die Reform vermutlich nicht besser werden wird. Zu befürchten ist das komplette Gegenteil. Mit dieser Reform sollen 50 % der Krankenhäuser geschlossen werden und die Chance auf mehr Geld ist auch nicht ersichtlich. Die Bayerische Krankenhausgesellschaft hatte vorgestellt, dass laut Experten diese Reform schlichtweg so nicht umsetzbar ist.

Beispielsweise liegt in Mecklenburg-Vorpommer die Entfernung der Krankenhäuser bei durchschnittlich über 100 km.

Einen Flächendeckungsauftrag soll es in Zukunft nicht mehr geben.

Kreisrätin **Dieckmann** ergänzt, dass zuvor lediglich ausgedrückt werden wollte, dass derzeit noch damit gerungen wird, welche die beste Lösung sein wird.

Kreisrätin **Frank-Mayer** bittet um Erklärung, warum es denn so schwierig ist, Kooperationen herbeizuführen. Dies sollte im Interesse aller liegen. Durch eine Zusammenarbeit könnten bessere Ergebnisse erzielt werden. Denkbar wäre dann auch, dass sich gegenseitig mit Personal ausgeholfen werden kann.

Der **Vorsitzende** erklärt, dass es tatsächlich Anfragen gab, mit welchen um personelle Unterstützung gebeten wurde. Aktuell ist die Situation aber nicht so, dass man sich gegenseitig aushelfen kann.

Seit Jahren ist man bezüglich möglicher Kooperationen in Gesprächen. Unter anderem wird bereits mit der Klinikkompetenz Bayern zusammengearbeitet. Dabei handelt es sich um ein Genossenschaftsmodell, in welchem aber jeder noch selbst Entscheidungen treffen kann.

Es stellt sich wohl eher die Frage, ob Kooperationen sog. Fachdisziplinen bedeuten würde.

Derartige Zusammenarbeiten können zwar angeboten werden, jedoch können die Bürger\*innen nicht verpflichtet werden, die Leistung dort oder dort anzunehmen.

Ob sich die medizinische Versorgung aufgrund von Fusionierungen verbessern würde, ist äußerst fraglich.



**LANDKREIS**  
**ERDING**

Büro des Landrats  
BL

Herr **Dr. Last** stellt anhand eines Beispiels dar, warum Kooperationen äußerst schwierig sind und anhand eines Weiteren, wie es zum Teil funktioniert.

Kreisrat **Huber** merkt an, dass in den Medien die Pläne so dargestellt wurden, dass diese ein großer Durchbruch sein werden. Heute wird jedoch klar, dass wenn die Rahmenbedingungen nicht umgesetzt werden können, die Kliniken keinerlei Chancen haben.

Ein Wegfall von 50 % der Häuser ist -vor allem im ländlichen Raum- unzumutbar.

Der Bund muss ausreichend Gelder zur Verfügung stellen, damit alle Kliniken erhalten bleiben und die personelle Struktur attraktiver gestaltet werden kann.

Herr **Dr. Last** erklärt, dass in dieser Expertenkommission 17 Experten sitzen. Dabei handelt es sich um Universitätsprofessoren. Für Universitäten, also sog. Maximalversorger, sind diese Pläne gut.

Die Krankenhäuser in der Fläche wurden hier jedoch überhaupt nicht berücksichtigt.

Der **Vorsitzende** ergänzt, dass die Vorschläge der Regierungskommission ausschließlich auf Universitätsmedizin in Ballungsräumen reduziert ist.

Kreisrat **Els** bittet um Erläuterung, wer bestimmt welches Krankenhaus in welches Level eingestuft wird und wer letztendlich definiert was „bedarfsgerecht“ ist.

Herr **Dr. Last** äußert, dass es sich zunächst um einen unabgestimmten Vorschlag der Regierungskommission handelt. Die Bundesländer wurden bislang nicht mitbeteiligt.

Kreisrat **Mehring** nimmt Bezug auf den starken demographischen Wandel und den Bevölkerungszuwachs im Landkreis. Anhand dieser Eckdaten muss die Botschaft lauten, dass ein politischer Landkreis auch ein eigenes Krankenhaus benötigt.

In der Bürgerschaft sollte sich auch einmal die Frage gestellt werden, was es dem Einzelnen wert ist, ein Krankenhaus in unmittelbarer Nähe zu haben.

Das Gremium muss sich hauptsächlich damit befassen, wie weiter durchgehalten werden kann und mit eigener Kraft versuchen, die Mitarbeiter zu binden. Hier muss sich weiter bemüht werden auch in Bezug auf bezahlbaren Wohnraum.

Der **Vorsitzende** bringt weiter ein, dass es sicherlich Beispiele bezüglich Kooperationen gibt, bei denen beide Kooperationspartner „gewinnen“. Denkbar wären Labore. Diese sind für eine Notaufnahme notwendig und müssen personell rund um die Uhr besetzt sein. Dies wäre also eine Einrichtung, welche gemeinsam genutzt werden könnte.



**LANDKREIS**  
**ERDING**

Büro des Landrats  
BL

Kreisrätin **Balderanou** bittet um Erklärung, ob Level II (Fachkrankenhaus) bedeutet, dass man sich auf einen Bereich spezialisieren muss.

Herr **Dr. Last** erklärt, dass Fachkrankenhäuser auf eine sog. Subdisziplin spezialisiert ist. Dabei handelt es sich meistens um kleine Krankenhäuser, die mit viel geplanten Elektiv-Eingriffen arbeiten oder auch Reha-Kliniken.

Dies hat nichts mit der Grund-/Regelversorgung oder Schwerpunktversorgung zu tun.

Um in Level II dieser Regierungskommission reinzukommen sind gewisse strukturelle Voraussetzungen zu erfüllen. Solche Fachkrankenhäuser können diese nicht abbilden. Andererseits passen diese aber auch nicht in Level I. Daher wird versucht solche Fachkrankenhäuser ebenfalls in Level II abzubilden.

Kreisrat **Dr. Rudolf** merkt an, dass die Motivation des Gesetzgebers natürlich im stationären Bereich liegt.

Bezüglich der Fallpauschalen gab es ein „Rattenrennen“, in dem jede Klinik so viel wie möglich anbieten wollte. Egal ob es sich gerechnet hat, oder nicht. Dieser Wegfall ist kein Verlust.

Geplante Vorhaltepauschalen sind hier wohl eine bessere Alternative.

Für die Häuser des Landkreises müssen die Leistungen klar definiert werden. Es sollte von so manchen Fantasien Abstand genommen werden. Die Konzentration sollte auf das für den Landkreis wirklich Notwendige gelegt werden.

Kreisrat **Kirmair** erkundigt sich bei Herrn Dr. Last, ob die Anzahl der Krankenhäuser in den einzelnen Level vorgegeben werden und ob der Landkreis selbst eine Aufrüstung in Level II beschließen kann.

Herr **Dr. Last** antwortet, dass das Klinikum selbst Alles versuchen kann, um als Level-II-Haus anerkannt zu werden. Dies einfach zu beschließen geht nicht, da hier auch an strukturellen Merkmalen gemessen wird. Auch der medizinische Dienst wird hier die vorgegebenen Kriterien prüfen. Wer letztendlich (Bund oder Land) darüber entscheidet ist aktuell offen.

Keine weiteren Wortmeldungen.

### **3. Einführung eines mobilen Monitorings auf der kardiologischen Normalstation 2 B und der Geburtshilfe 5 A** **Vorlage: 2023/811**

Der **Vorsitzende** ruft Tagesordnungspunkt 3 auf und übergibt das Wort an Herrn Dr. Lorenz Bott-Flügel (A6).

Herr **Dr. Bott-Flügel** geht wie folgt auf den vorliegenden Vorlagebericht ein:

Die 4 zu beschaffenden Monitore für die 2 B sind erforderlich zur Etablierung einer **Chest Pain Unit** (Brustschmerzeinheit, CPU).



**LANDKREIS**  
**ERDING**

Büro des Landrats  
BL

Diese von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zertifizierten Einheiten werden seit mehreren Jahren als Voraussetzung zur Behandlung von Patienten mit Herzinfarkt gesehen. Chest Pain Units müssen dabei bestimmte Qualitätsstandards erfüllen, die im Rahmen eines Audits genau überprüft werden. Hierzu gehören die o.a. Monitorbetten, die von der Notaufnahme oder Intensivstation getrennt ausgewiesen werden müssen. Minimal vorgeschrieben sind 4 Monitorplätze, die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) sieht weitere 1/50.000 Einwohner vor.

Seit 2019 fordert der Rettungsdienstausschuss des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren für bestimmte sog. Tracerdiagnosen ebenfalls die Vorhaltung bestimmter Qualitätsstandards. Bei der Tracerdiagnose „STEMI“ (ST-Hebungsinfarkt) ist eine Chest Pain Unit ebenso vorgesehen. Es ist zu erwarten, dass auch für die Zuordnung der Kliniken zu den neuen Versorgungsstufen die Vorhaltung einer Chest Pain Unit **ein wesentliches Kriterium für die Erlangung der Stufe 2** sein wird.

Daher ist es für das Klinikum Erding zur Erhaltung der Notfalltherapie bei Patienten mit akutem Infarkt unerlässlich, eine solche Chest Pain Unit zeitnah zu etablieren und zertifizieren zu lassen. Eine Unterbringung auf anderen Stationen, z.B. der Intermediate Care Station (IMC) wie bisher ist kapazitativ nicht möglich. Zudem muss wie oben angeführt die Chest Pain Unit ähnlich der Schlaganfalleinheit klar abgegrenzt und unter eigenständiger kardiologischer Leitung stehen.

Die CPU des Klinikums Erding soll daher im Bereich der kardiologischen Normalstation 2B etabliert werden. Die Monitore sollen dabei als mobile, Telemetrie-fähige Geräte beschafft werden, d.h. es werden keine Fixinstallationen in den Zimmern vorgenommen, das System ließe sich zukünftig sehr einfach erweitern (-> s.o. Empfehlungen der DGK zur optimalen Ausstattung).

Zusätzlich wird zur Neugeborenen-Überwachung im Kinderzimmer der Geburtshilfe ein weiterer Monitoring-Platz benötigt. Das bisher zur Überwachung vorzuhaltende Personal kann damit entlastet werden.

Der **Vorsitzende** merkt hierzu an, dass dies beispielsweise ein Vorgehen ist, um in Level II zu rutschen.

Kreisrat **Dr. Rudolph** erkundigt sich für wie viel Plätze dieses System ausgelegt ist und eine Erweiterung möglich ist.

Herr **Dr. Bott-Flügel** erklärt, dass im ersten Schritt mit vier Plätzen die Kardiologie und mit einem Platz die Geburtshilfe ausgestattet wird. Laut Zertifizierungsrichtlinien sind 4 Plätze die absolute Minimalzahl. Eine maximale Erweiterung ist wohl bis auf 30 möglich.

Nachdem sich keine weiteren Wortmeldungen ergeben, verliest der **Vorsitzende** folgenden Beschlussvorschlag:



**Beschluss: KHA/0098-26**

Das Mobile Monitoring mit 4 Plätzen auf der Station 2 B sowie einem Platz im Kinderzimmer der Station 5 A wird beschafft.

Abstimmungsergebnis: **Annahme mit 13 : 0 Stimmen**

**4. Server-Update der Intensiv-Dokumentation ICM inkl. Austausch Anästhesie-Monitore im OP**  
**Vorlage: 2023/817**

Der **Vorsitzende** eröffnet Tagesordnungspunkt 4 und übergibt das Wort an Herrn Dr. Jan Güssow (A6).

Herr **Dr. Güssow** erläutert anhand des vorliegenden Vorlageberichts:

Für die Dokumentation der Patientenaufenthalte auf der Intensivstation, der Intermediate Care sowie der Schlaganfalleinheit wird seit 15 Jahren das Patientendatenmanagementsystem ICM der Fa. Dräger genutzt. Im OP-Bereich kommt das Anästhesie-Modul von ICM zum Einsatz. Die ICM-Software läuft noch auf dem Betriebssystem Windows Server 2008 und muss auf eine aktuelle Server-Version (Windows Server 2019) migriert werden, da der Support der Fa. Microsoft mit Sicherheitspatches nun eingestellt wurde und diese Sicherheitslücke dringend geschlossen werden muss.

Die Migration auf die neue Betriebssystemversion führt dabei zu einer Inkompatibilität mit den Anästhesiemonitoren C500 im OP, welche schon seit 2015 im Einsatz sind. Die Kommunikationsprotokolle funktionieren nicht mehr einwandfrei, so dass ein gleichzeitiger Austausch vom Hersteller Fa. Dräger dringend empfohlen wird. Der Austausch der 8 Jahre alten Hardware ist damit auch Bestandteil dieser Maßnahme.

Kreisrat **Reiter** bittet um Erläuterung, ob eine solche Software dann in 8 Jahren wieder ausgetauscht werden muss oder ob diese dann länger nutzbar ist.

Herr **Dr. Güssow** erklärt, dass dies schwer zu sagen ist. Aktuell hat man doch schon sehr lange -seit 2008- mit diesem System gearbeitet. Aufgrund der fortschreitenden Technik und der immer wieder einzuspielenden Updates, ist ein Austausch jetzt notwendig.

Herr **Dr. Bott-Flügel** ergänzt, dass die Geräte vom Hersteller mit der Software so ausgestattet sind, dass diese nach spätestens 8 – 10 Jahren gar nicht mehr funktionieren.

Weitere Wortmeldungen erfolgen nicht.

Der **Vorsitzende** verliest sodann folgenden Beschlussvorschlag:



**Beschluss: KHA/0099-26**

Das ICM Server Update für Server und Clients sowie der Hardwareaustausch der 11 Anästhesie-Monitore im OP wird umgesetzt.

Abstimmungsergebnis: **Annahme mit 13 : 0 Stimmen**

**5. Aufrüstung der Optik am Gynäkologie-OP-Turm**  
**Vorlage: 2023/819**

Der **Vorsitzende** eröffnet Tagesordnungspunkt 5 und übergibt das Wort an Herrn Dr. Jan Güssow (A 6).

Herr **Dr. Güssow** schildert den Sachverhalt wie folgt:

Um die neuen Leitlinien zur Therapie eines frühen Endometriumkarzinoms umsetzen zu können, muss die Optik des bestehenden Gynäkologie-OP-Turms aufgerüstet werden. Im Rahmen der Aufrüstung werden am Turm der Kamerakopf 0°, die Kamerasteuereinheit und die Lichtquelle erneuert.

Der dabei neu eingesetzte ICG-Farb-Tracer grenzt Tumore besser ab und ist für diese Therapie als Standard anzusehen. Im Jahr 2022 wurden im Haus fast 50 solcher Erkrankungen behandelt. Diese Anzahl ist die Voraussetzung dafür, auch zukünftig behandeln und abrechnen zu dürfen. Mit der Aufrüstung soll folglich gewährleistet werden, dass diese Anzahl weiter erreicht und noch ausgebaut wird.

Hierzu erfolgen keine Fragen.

Der **Vorsitzende** verliest sodann folgenden Beschlussvorschlag:

**Beschluss: KHA/0100-26**

Die Aufrüstung des bestehenden Gynäkologie-OP-Turms wird beschlossen.

Abstimmungsergebnis: **Annahme mit 12 : 0 Stimmen**

**6. Bekanntgaben aus nichtöffentlichen Sitzungen**

Keine

**7. Bekanntgaben und Anfragen**

**7.1 Getätigte Investitionen im Bereich der Medizintechnik /IT**  
**Vorlage: 2023/818**

Der **Vorsitzende** eröffnet Tagesordnungspunkt 7.1 und übergibt das Wort an Herrn Dr. Jan Güssow (A6).





Herr **Dr. Güssow** gibt Folgendes bekannt:

Aufgrund des noch nicht genehmigten Wirtschaftsplans 2023 des Klinikums Landkreis Erding wird über folgende Investitionen, die aufgrund der Dringlichkeit bereits beauftragt werden mussten, informiert:

**LANDKREIS**  
**ERDING**

Büro des Landrats  
BL

### **1. OP-Tische**

Für die OP-Säle 1-4 wurden jeweils eine neue Säule und 2 Tischaufgaben sowie etliches Zubehör für die Lagerung als Ersatzbeschaffung beauftragt. Die Umsetzung ist für Ende Februar vorgesehen. Die dann homogene Ausstattung in diesen 4 Sälen verbessert die OP-Prozesse und reduziert sowohl Wechsel-, Ausfallzeiten als auch Reparaturkosten. Die Maßnahme wurde im KH-Ausschuss im Februar 2022 mit 350.000 € beschlossen. Der Anschaffungspreis liegt bei brutto 354.000 €.

### **2. Digitaler Röntgendetektor**

Für Sommer 2023 ist die Anschaffung eines digitalen Röntgengeräts für die Notaufnahme vorgesehen, die jetzige Röntgenanlage ist bereits 20 Jahre alt. Der dazugehörige Röntgendetektor wurde bereits vorab abgerufen, um während der anstehenden Umbaumaßnahme im Röntgenraum der Notaufnahme das vorhandene mobile Röntgengerät als Ersatz nutzen zu können. Der Anschaffungspreis für den vorgezogenen Röntgendetektor liegt bei brutto 40.100 €. Die Maßnahme ist mit insgesamt 205.000 € im Wirtschaftsplan 2023 eingestellt. Dringlichkeit bestand deshalb, weil ohne den Röntgendetektor immobile Patienten im Bett nicht mehr hätten geröntgt werden können und alle Patienten der ZANA zum Röntgengerät ins Erdgeschoss hätten gebracht werden müssen.

### **3. Software zur Spracherkennung**

Eine Spracherkennungssoftware sowie 100 Diktiergeräte wurden im Dezember 2022 bereits beschafft, das Roll-Out läuft seitdem. Die Software erleichtert Ärzten und Schreibdiensten das Erstellen von Arztbriefen und OP-Berichten und führt zu einer signifikanten Zeitersparnis. Die Investition sowie die laufenden Kosten für 3 Jahre betragen 257.000 €. Diese Maßnahme wird über das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) zu 100% gefördert. Dringlichkeit bestand, weil ohne eine zeitnahe Beauftragung die fristgerechte Umsetzung des Projekts gefährdet gewesen wäre.

### **4. Videokolposkop**

Hierbei handelt es sich um eine Ersatzbeschaffung für die Gynäkologie zur Gebärmutterhalsspiegelung. Die Lieferung ist für Februar vorgesehen. Der Anschaffungspreis liegt bei brutto 21.600 €. Die Maßnahme ist mit dieser Summe auch im Wirtschaftsplan 2023 eingestellt. Dringlichkeit bestand, weil das alte Gerät nicht mehr reparabel war und zur Versorgung der Patientinnen im Rahmen der Kolposkopieprechstunde notwendig ist. Die Finanzierung wurde mit ca. 7.000 € vom Förderverein des Klinikums Landkreis Erding unterstützt.



**LANDKREIS**  
**E R D I N G**

Büro des Landrats  
BL

#### **5. Analysegerät für Blutgerinnung**

Zur genauen und dauerhaften Bestimmung der nötigen Heparin-Gabe vor allem bei langen Herzkatheter-Untersuchungen wurde ein Analysegerät für die Blutgerinnung beauftragt. Damit soll das Risiko thrombotischer Komplikationen stark reduziert werden. Die Lieferung ist für Februar vorgesehen. Der Anschaffungspreis liegt bei brutto 11.600 €. Die Maßnahme ist im Wirtschaftsplan 2023 eingestellt. Dringlichkeit bestand, weil diese Investitionen für die Patientensicherheit essenziell ist.

#### **6. Neuausstattung Endoskopie**

Im Herbst 2022 wurde begonnen, in der Endoskopie das gesamte medizintechnische Equipment (Türme, Endoskope, Ultraschall) auszutauschen und den Hersteller zu wechseln. Die Maßnahme wurde im Januar abgeschlossen. Eine Schlussrechnung über brutto 176.000 € ist noch auszugleichen. Für diese Investition wurden Mittel in Höhe von 130.000 € im Wirtschaftsplan 2023 eingestellt, die zusätzlichen Kosten sind insb. auf zusätzliche Softwarefunktionalitäten des Endo-Sonogerätes zurückzuführen. Für die zusätzlichen Kosten wird die Maßnahme „2 neue Dampfsterilisatoren für die ZSVA“ auf 2024 verschoben. Die Zahlung muss aufgrund der Fälligkeit vorgenommen werden.

Keine Wortmeldungen.

#### **7.2 Erweiterung der Pflege- und Behandlungsdokumentation VMobil Vorlage: 2023/820**

Der **Vorsitzende** leitet über zu Tagesordnungspunkt 7.2 und übergibt das Wort an Herrn Dr. Jan Güssow (A6).

Herr **Dr. Güssow** gibt Folgendes bekannt:

**Für die Erweiterung und den Ausbau der Pflege- und Behandlungsdokumentation VMobil werden in den kommenden drei Jahren Kosten in Höhe von 176.000 € notwendig. Diese Summe wird im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) zu 100% gefördert.**

Für die Dokumentation der Patientenaufenthalte kommt seit 2016 auf den Normalstationen die digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation VMobil der Fa. Advanova bewährt zum Einsatz. Die Software ist vollständig und sehr gut in den täglichen Alltag der dokumentierenden Berufsgruppen wie Pflege und Ärzte eingebunden und stelle eine erhebliche Erleichterung dar.

Im Laufe der kommenden Monate und Jahre müssen bestehende Formulare erweitert und neue - teils auch gesetzliche Anforderungen - in der Software umgesetzt werden.



**LANDKREIS**  
**ERDING**

Büro des Landrats  
BL

Für diese Dienstleistungen und den dafür nötigen Support im laufenden Betrieb hat das Klinikum eine Förderung in Höhe von 176.000 €, basierend auf einem Angebot der Fa. Advanova für drei Jahre, beim Landesamt für Pflege im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes beantragt. Dieser Antrag wurde nun mit Bescheid vom Dezember 2022.

Keine Wortmeldungen.

### **7.3 Erweiterung Krankenhausinformationssystem medico – Automatisierter PDF-Export** **Vorlage: 2023/821**

Der **Vorsitzende** leitet über zu Tagesordnungspunkt 7.3 und übergibt das Wort an Herrn Dr. Jan Güssow (A6).

Herr **Dr. Güssow** gibt Folgendes bekannt:

**Für die Erweiterung des Krankenhausinformationssystems (KIS) medico um den automatisierten Export von PDF-Dateien in das Archivsystem ist eine Investition in Höhe von brutto 59.700 € notwendig. Diese Summe wird im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes zu 100% gefördert.**

Als führendes Informationssystem kommt in den Kliniken in Erding und Dörfen das Krankenhausinformationssystem medico der Fa. CGM flächendeckend zum Einsatz. Aufnahme, Kodierung von Diagnosen und Therapien, OP-Dokumentation, Arztbriefschreibung sowie die gesamte Abrechnung sowohl für stationäre als auch ambulante Patienten werden in diesem System durchgeführt. Es entsteht pro Patienten eine große Menge an Dokumentation, die strukturiert, lesbar und fälschungssicher („Revisi-onssicherheit“) für teilweise 30 Jahre zu archivieren ist.

Mit dem Modul „Automatisierter Export von PDF-Dokumenten“ werden die Dokumente zu einem definierten Zeitpunkt nach Entlassung automatisch in PDF-Dokumente umgewandelt und an die digitale Archivlösung weitergeleitet.

Für diese Dienstleistungen und den dafür nötigen Support im laufenden Betrieb hat das Klinikum im Rahmen des KHZG eine Förderung in Höhe von brutto 59.700 €, basierend auf einem Angebot der Fa. CGM, für drei Jahre beantragt. Dieser Antrag wurde nun mit Bescheid vom Dezember 2022 genehmigt, so dass das vorliegende Angebot nun beauftragt werden soll.

Keine Wortmeldungen.

### **7.4 50 Jahrfeier Klinikum Erding** **Vorlage: 2023/806**

Der **Vorsitzende** eröffnet Tagesordnungspunkt 7.4 und gibt Folgendes bekannt:



**LANDKREIS**  
**ERDING**

Büro des Landrats  
BL

Das Klinikum Erding feiert in diesem Jahr sein 50 –jähriges Bestehen.

Im 2.Halbjahr dieses Jahres werden dazu Veranstaltungen geplant, wie ein Festakt oder etwa ein Tag der offenen Tür am Klinikum Erding.

Sollten hierzu Vorschläge oder Anregungen bestehen, wird um Mitteilung gebeten.

Nachdem sich keine weiteren Wortmeldungen ergeben, beendet der Vorsitzende den öffentlichen Teil der Sitzung.

Vorsitzender

Protokoll

Martin Bayerstorfer  
Landrat

Anne Herbig  
Verwaltungsangestellte