

# Bedarfsnotwendigkeit des Krankenhausstandorts Zell/Mosel

---

Kurzgutachten

---

**Kontakt:**

Dr. Stefan Loos  
T +49 30 230 809 77  
Stefan.Loos@iges.com

---

**IGES Institut GmbH**

Friedrichstraße 180  
10117 Berlin

[www.iges.com](http://www.iges.com)

---

**Ergebnisbericht**

für die Verbandsgemeinde Zell/Mosel

Berlin, 19. Januar 2026

---

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Hintergrund und Ziel</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>6</b>
<b>2.1</b>	<b>Bedarfsnotwendige Kapazitäten</b>	<b>6</b>
<b>2.2</b>	<b>Bedarfsnotwendig für eine wohnortnahe Grundversorgung</b>	<b>10</b>
<b>2.3</b>	<b>Bedarfsnotwendigkeit für die allgemeine Notfallversorgung</b>	<b>13</b>
<b>2.4</b>	<b>Bedarfsnotwendigkeit für die spezielle Notfallversorgung</b>	<b>15</b>
2.4.1	Schlaganfallversorgung	15
2.4.2	Herzinfarktversorgung	18
<b>2.5</b>	<b>Besondere Verkehrsbedingungen im Mittelmoseltal</b>	<b>20</b>
<b>3.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>23</b>
	<b>Abbildungen</b>	<b>4</b>
	<b>Tabellen</b>	<b>4</b>

---

**Abbildungen**

Abbildung 1:	Ausweisung des Krankenhausstandorts Zell/Mittelmosel im Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019 bis 2025	7
Abbildung 2:	Versorgungsgebiete in der Krankenhausplanung des Landes Rheinland-Pfalz	8
Abbildung 3:	Erreichbarkeit von Standorten der Basisnotfallversorgung in Rheinland-Pfalz bei Wegfall des nächstgelegenen Standortes, 2023	14
Abbildung 4:	Erreichbarkeit von Standorten mit Stroke Unit Bezug in Rheinland-Pfalz, 2023	16
Abbildung 5:	Standorte des TemeS-Netzwerks zur telemedizinischen Versorgung von Schlaganfallpatienten in Rheinland-Pfalz	17
Abbildung 6:	Erreichbarkeit von Standorten mit der Leistungsgruppe „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ in Rheinland-Pfalz bei Wegfall des nächstgelegenen Standortes, 2023	19

**Tabellen**

Tabelle 1:	Fachabteilungen und Anzahl Planbetten am Standort Zell/Mosel und in umliegenden allgemeinversorgenden Krankenhäusern gemäß Krankenhausplan	9
Tabelle 2:	Anzahl vollstationäre Fälle am Standort Zell/Mosel und in umliegenden allgemeinversorgenden Krankenhäusern, 2023	10
Tabelle 3:	Gewährung eines Sicherstellungszuschlages am Standort Zell/Mittelmosel und in umliegenden allgemeinversorgenden Krankenhäusern	12

---

## 1. Hintergrund und Ziel

Das Krankenhaus Zell/Mosel war ein Krankenhaus der Grundversorgung. Es wurde zum 30.06.2025 geschlossen. Diese Schließung dieses Standorts wurde (und wird) in der Region ausführlich und kontrovers diskutiert. In den Diskussionen ging es – auch mit Blick auf die bundesweit angestrebte um mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeleitete Krankenhausreform – insbesondere um die Frage der Bedarfsnotwendigkeit des Krankenhausstandorts und um die Qualität und Wirtschaftlichkeit seiner Leistungserbringung. Es ging aber auch darum, ob die Auswahlentscheidung zwischen den beiden Krankenhausstandorten im Landkreis Cochem-Zell zugunsten des Standorts Cochem und zulasten des Standorts Zell im Hinblick auf regionale Krankenhausversorgung sachgerecht war.

In diesem Kurzgutachten soll es primär darum gehen zu prüfen, ob der Krankenhausstandort Zell zum Zeitpunkt seiner Schließung bedarfsnotwendig war. Für die Beurteilung der Bedarfsnotwendigkeit werden unterschiedliche Indikatoren herangezogen:

- ◆ die Inanspruchnahme der stationären Leistungen des Krankenhauses durch die Bevölkerung
- ◆ die Erforderlichkeit des Standorts für die Sicherstellung einer wohnortnahen Grundversorgung und
- ◆ die Erforderlichkeit des Standorts für die Sicherstellung einer wohnortnahen Notfallversorgung.

Für die Beurteilung der Bedarfsnotwendigkeit des Krankenhausstandorts Zell kann im Rahmen dieses Gutachtens nur auf öffentliche verfügbare Quellen zurückgegriffen werden. Abrechnungsdaten gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), wie sie insbesondere dem Krankenhausträger und der Krankenhausplanungsbehörde vorliegen, konnten ebenso wenig genutzt werden wie Daten zum Einsatzgeschehens des Rettungsdienstes in der Region, wie sie primär bei den Rettungsdienstleitstellen vorliegen. Im Gutachten wird daher darauf hingewiesen, wenn weiterführende Analysen auf Basis dieser beiden Datenkörper notwendig erscheinen.

## **2. Ergebnisse**

Zunächst wird geprüft, ob und inwiefern der Krankenhausstandort Zell insgesamt für eine bedarfsnotwendige Versorgung der Bevölkerung notwendig war. In einem zweiten Schritt wird geprüft, ob der Standort zur Sicherstellung einer wohnortnahen Grundversorgung erforderlich war. In einem dritten Schritt wird untersucht, inwiefern der Standort zur Sicherstellung einer wohnortnahen Basisnotfallversorgung erforderlich war. Anschließend wird in einem vierten Schritt auf die Bedarfsnotwendigkeit für die spezielle Notfallversorgung von Patienten mit einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt eingegangen. Der Ergebnisteil schließt mit einer Darstellung der Herausforderungen, die sich aus der besonderen topographischen Situation des Mittelmoseltals für die Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung ergeben.

### **2.1 Bedarfsnotwendige Kapazitäten**

Der Krankenhausstandort in Zell wurde in den derzeit noch gültigen Krankenhausplan 2019 bis 2025 des Landes Rheinland-Pfalz als Krankenhaus der Grundversorgung aufgenommen. Ausgewiesen werden im Plan für den Standort 86 Planbetten in der Inneren Medizin, 33 Planbetten in der Chirurgie, 30 Planbetten in der Neurologie und 10 Planbetten für die Interdisziplinäre Versorgung. Weiter wird eine Intensivmedizin / Anästhesie mit sieben Planbetten ausgewiesen (Abbildung 1).

---

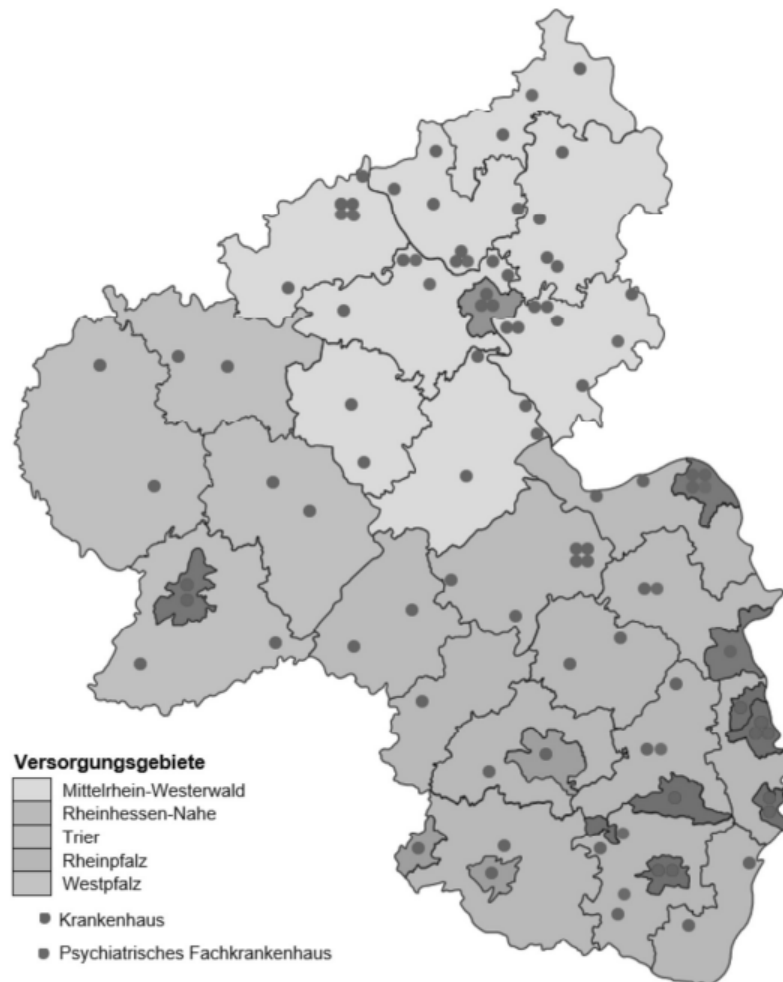
Abbildung 1: Ausweisung des Krankenhausstandorts Zell/Mittelmosel im Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019 bis 2025

Klinikum Mittelmosel / St.-Josef-Krankenhaus, Zell				
Anschrift: Barlstraße 42 56856 Zell-Barl (Mosel)				
Einrichtungstyp:		Einzelkrankenhaus		Art der Trägerschaft: fg
Versorgungsstufe	Grundversorgung			
Fachrichtung / Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am 01.01.2019			Nachrichtlich
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der in A oder C enthaltenen Betten	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	86	Palliativ 6 25 Ger		
Neurologie	30			SE (4) Frühreha (7)
Chirurgie	33			
Interdisziplinäre Versorgung: ORTH, AH, URO, GYN, HNO, Kinderheilkunde	10			
Intensivmedizin / Anästhesie			7	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>159</b>		<b>7</b>	<b>166</b>

Quelle: Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019 bis 2025 ([mwg.rlp.de/fileadmin/15/Abteilung\\_2\\_Gesundheit/Krankenhauswesen/Krankenhausplanung/Landeskrankenhausplan\\_2019-2025\\_Staatsanzeiger\\_Homepage.pdf](http://mwg.rlp.de/fileadmin/15/Abteilung_2_Gesundheit/Krankenhauswesen/Krankenhausplanung/Landeskrankenhausplan_2019-2025_Staatsanzeiger_Homepage.pdf), letzter Abruf am 21.11.2025)

Planerisch gehört der Landkreis Cochem-Zell zur Versorgungsregion Mittelrhein-Westerwald (Abbildung 2).

Abbildung 2: Versorgungsgebiete in der Krankenhausplanung des Landes Rheinland-Pfalz



Quelle: Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019 bis 2025 ([mwg.rlp.de/fileadmin/15/Abteilung\\_2\\_Gesundheit/Krankenhauswesen/Krankenhausplanung/Landeskrankenhausplan\\_2019-2025\\_Staatsanzeiger\\_Homepage.pdf](http://mwg.rlp.de/fileadmin/15/Abteilung_2_Gesundheit/Krankenhauswesen/Krankenhausplanung/Landeskrankenhausplan_2019-2025_Staatsanzeiger_Homepage.pdf), letzter Abruf am 21.11.2025)

Die Anzahl der in den Krankenhäusern aufgestellten Betten im Jahr kann den Strukturierten Qualitätsberichten entnommen werden, ebenso die Anzahl der vollstationär behandelten Fälle.

Bezüglich der Inanspruchnahme der vollstationären Versorgung durch die Bevölkerung zeigt sich, dass am Standort Zell mit 3.992 Fällen deutlich weniger Fälle behandelt wurden als am den Standorten Wittlich und Simmern, aber mehr als an den Standorten Cochem, Boppard oder Kirn.

Tabelle 1: Fachabteilungen und Anzahl Planbetten am Standort Zell/Mosel und in umliegenden allgemeinversorgenden Krankenhäusern gemäß Krankenhausplan

		<b>Planbetten (davon somatisch)</b>
Zell/Mittelmosel	IM, CHI, NEU, ITS, Interdiszipl.	166
Cochem	IM, CHI, URO, GYN/GEB, GER, ITS	143
Bernkastel-Kues	IM, URO, AUG, GYN/GEB, GER, ITS, PSM	120 (100)
Boppard	IM, CHI, HNO, ITS, PSM	141 (92)
Simmern	IM, CHI, URO, HNO, AUG, GYN/GEB, ITS, PSY	229 (171)
Daun	IM, CHI, ORT/UNF, URO, GYN/GEB, ITS	242
Wittlich	IM, CHI, NEU, HNO, GYN/GEB, KI/JU, GER, ITS, PSY	413 (363)

Quelle: IGES auf Basis des Krankenhausplans des Landes Rheinland-Pfalz 2019 bis 2025 ([mwg.rlp.de/fileadmin/15/Abteilung\\_2\\_Gesundheit/Krankenhauswesen/Krankenhausplanung/Landeskrankenhausplan\\_2019-2025\\_Staatsanzeiger\\_Homepage.pdf](http://mwg.rlp.de/fileadmin/15/Abteilung_2_Gesundheit/Krankenhauswesen/Krankenhausplanung/Landeskrankenhausplan_2019-2025_Staatsanzeiger_Homepage.pdf), letzter Abruf am 21.11.2025)

Zur Auslastung der Bettenkapazitäten kann keine Aussage getroffen werden, da die Anzahl der Belegungstage in den Kliniken nicht öffentlich ausgewiesen wird. Die öffentlich verfügbaren Daten zeigen jedoch, dass der Standort Zell bezogen auf die Anzahl der Fälle je aufgestelltes Bett mit 36 Fällen je Bett in etwa im Mittelfeld liegt: Vor allem am Standort Wittlich das Verhältnis mit 51 Fällen je Bett deutlich höher, an den Standorten Cochem, Boppard und Bernkastel-Kues deutlich niedriger. Bei gleicher mittlerer Verweildauer in den Standorten würden die Unterschiede bei Zahl der Fälle je Bett auch den Auslastungsunterschieden entsprechen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Standorte Wittlich, Simmern und Boppard und Bernkastel-Kues auch psychiatrische bzw. psychosomatische Versorgungskapazitäten vorhalten und entsprechende Leistungen erbringen. Dies dürfte einerseits dazu führen, dass die die mittleren Verweildauern – wegen der üblicherweise deutlich längeren Verweildauern in der Psychosomatik und der Psychiatrie – in diesen Kliniken über denen der anderen Standorte liegen. Andererseits bedeutet dies aber auch, dass der Standort Bernkastel-Kues im Jahr 2023 weniger Fälle im Bereich der somatischen Versorgung hatte (2002 Fälle in der Inneren Medizin und 128 Fälle in der Intensivmedizin) als der Standort Zell.

Tabelle 2: Anzahl vollstationäre Fälle am Standort Zell/Mosel und in umliegenden allgemeinversorgenden Krankenhäusern, 2023

Krankenhausstandort	Anzahl aufgestellte Betten	Anzahl vollstationäre Fälle	Fälle je Bett
Zell/Mosel	110	3.992	36
Cochem	143	3.682	26
Boppard	141	3.590	25
Simmern	246	10.076	41
Kirn	88	3.047	35
Bernkastel-Kues	209	4.025	19
Wittlich	344	17.534	51
Daun	253	8.368	33

Quelle: IGES auf Basis des Krankenhausplans des Landes Rheinland-Pfalz 2019 bis 2025 ([mwg.rlp.de/fileadmin/15/Abteilung\\_2\\_Gesundheit/Krankenhauswesen/Krankenhausplanung/Landeskrankenhausplan\\_2019-2025\\_Staatsanzeiger\\_Homepage.pdf](http://mwg.rlp.de/fileadmin/15/Abteilung_2_Gesundheit/Krankenhauswesen/Krankenhausplanung/Landeskrankenhausplan_2019-2025_Staatsanzeiger_Homepage.pdf), letzter Abruf am 21.11.2025)

Dem Strukturierten Qualitätsbericht des Standorts für das Jahr 2023 zufolge wurden die Fälle weit überwiegend (96 % alle Fälle) in der Fachabteilung Innere Medizin (mit Schwerpunkt Kardiologie und Palliativmedizin und Stroke Unit; 2.320 Fälle) sowie in der Fachabteilung für Allgemein-, Viszeral-, Unfallchirurgie und Orthopädie (1.506 Fälle) erbracht. Hinzu kamen 103 Fälle in der Fachabteilung Anästhesie und Intensivmedizin sowie 63 Fälle, die im Qualitätsbericht einer Fachabteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zugeordnet werden.

## 2.2 Bedarfsnotwendig für eine wohnortnahe Grundversorgung

Die Bedarfsnotwendigkeit des Standorts Zell/Mosel kann sich auch daraus ergeben, dass er unter Erreichbarkeitsgesichtspunkten erforderlich für eine wohnortnahe Grundversorgung ist. Ähnlich wie in anderen Bereichen (Notfallversorgung, Hilfsfrist im Rettungsdienst) gibt es auch für die Grundversorgung unterschiedliche Auslegungen dessen, was als wohnortnahe Versorgung innerhalb einer bestimmten Zeit von der Bevölkerung erreicht werden können muss. Der aktuelle Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen geht beispielsweise davon aus, „dass für 90 Prozent der Bevölkerung je Landesteil ein Krankenhaus mit internistischer und chirurgischer Versorgung mit dem Auto innerhalb von 20 Minuten erreichbar sein soll.“<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Vgl. dazu <https://mags.nrw/inkrafttreten-der-neuen-krankenhausplanung-nrw>; letzter Abruf am 08.12.2025.

Verbindliche bundesrechtliche Vorgaben zur Erreichbarkeit wurden auf Grundlage des § 136c Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definiert. Dies geschah, um die Kriterien für die Gewährung von Zuschlägen für Krankenhausstandorte zu definieren, die – so § 17 Abs. 1a Satz 1 Nr. 6 KHG – für die Versorgung der Bevölkerung notwendige Leistungen vorhalten: die sogenannten Sicherstellungszuschläge. Der G-BA hat in seinen Sicherstellungs-Regelungen<sup>2</sup> entsprechende Konkretisierungen vorgenommen.

Demnach werden gemäß § Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 der G-BA-Regelung Fachabteilungen der Inneren Medizin und chirurgische Fachabteilungen, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind, sowie die Stufe der Basisnotfallversorgung gemäß Abschnitt III der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V als bedarfsnotwendige Vorhaltungen angesehen, die für die Bevölkerung innerhalb von maximal 30 PKW-Fahrminuten erreichbar sein müssen. Damit ein Krankenhausstandort einen Sicherstellungszuschlag erhält, müssen insbesondere die folgenden zwei Kriterien erfüllt sein:

- ◆ Im Einzugsgebiet des Standorts muss es einen geringen Versorgungsbedarf geben; dies wird angenommen, wenn die Einwohnerdichte in der Region geringer als 100 Einwohner je km<sup>2</sup> ist.
- ◆ Zudem müssen bei einer Schließung des Standorts zusätzlich (d. h. im Vergleich zur Situation vor der Schließung) mindestens 5.000 Einwohner mehr als 30 Pkw-Fahrzeitminuten zum nächsten Grundversorger fahren.

Das Krankenhaus in Zell war eines von vier Krankenhäusern in der Region, die einen solchen Sicherstellungszuschlag erhalten haben.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2312/SiRe-RL\\_2020-10-01\\_iK\\_2020-12-09.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2312/SiRe-RL_2020-10-01_iK_2020-12-09.pdf) (zuletzt abgerufen am 08.12.2025).

<sup>3</sup> [Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser | Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.](#)

---

Tabelle 3: Gewährung eines Sicherstellungszuschlages am Standort Zell/Mittelmosel und in umliegenden allgemeinversorgenden Krankenhäusern

Krankenhausstandort	Sicherstellungszuschlag	Anzahl Einwohner im 30-Minuten Radius (PKW-Fahrzeit)	Anzahl betroffener Einwohner bei Schließung
Wittlich	Ja	201.579	30.034
Zell/Mittelmosel	Ja	47.436	18.463
Daun	Ja	116.964	16.724
Cochem	Ja	56.296	9.357
Simmern	Nein	176.439	45.075
Kirn	Nein	79.639	8.611
Boppard	Nein	273.688	4.438
Bernkastel-Kues*	Nein		

Quelle: Gewährung eines Sicherstellungszuschlags: <https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/stationaere-verguetung/vereinbarung-der-liste-der-krankenhaeuser/>

Erfüllung der Kriterien: IGES auf Basis von Daten des GKV-Kliniksimulators; Abruf Daten für 2025 am 23.11.2025; Abruf Daten für 2024 am 16.07.2024

Anmerkung: \*Für Bernkastel-Kues werden keine Werte ausgewiesen, da der GKV-Kliniksimulator nur Krankenhäuser der Grundversorgung ausweist und der Standort aufgrund einer fehlenden Fachabteilung für Chirurgie kein Grundversorger ist.

Die Anzahl der von einer Schließung betroffenen Personen, war in Zell mit 18.463 Personen deutlich höher als in den meisten anderen hier betrachteten Kliniken; insbesondere ist der Wert für den Standort Zell knapp doppelt so hoch wie der Wert für den Standort Cochem. Bei keiner Klinik war der Anteil der betroffenen Personen an allen Personen im Einzugsgebiet auch nur annähernd so hoch wie beim Standort Zell: Dort waren rund 39 % aller Personen im Einzugsgebiet betroffen. In Cochem würde dieser Anteil nur bei 17 % liegen.

## 2.3 Bedarfsnotwendigkeit für die allgemeine Notfallversorgung

Das Krankenhaus in Zell hat an der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) teilgenommen und die dafür erforderlichen Voraussetzungen gemäß Abschnitt III – V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA erfüllt. Zudem war die Notfallambulanz des Krankenhauses durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den vertragsärztlichen Notdienst eingebunden.<sup>4</sup> Art und Umfang der Teilnahme an der stationären Notfallversorgung lassen sich ohne Abrechnungsdaten und Daten des Rettungsdienstes nicht zuverlässig darstellen. Informationen des Landkreises Cochem-Zell zufolge wurde das Krankenhaus Zell im Jahr 2024 insgesamt 752-mal vom Rettungsdienst angefahren.<sup>5</sup>

### Erreichbarkeit

Gerade in Notfallsituationen trägt die schnelle Erreichbarkeit eines aufnahmefähigen Krankenhauses wesentlich zu besseren Überlebens- und Genesungschancen bei. Daher wird der Erreichbarkeit auch in dem aktuellen vorbereitenden Gutachten für den kommenden Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz eine besondere Aufmerksamkeit zuteil. Durch den Standort Zell wurde die Erreichbarkeit einer Basisnotfallversorgung in maximal 30 Minuten auch an der Mittelmosel sichergestellt. Durch seinen Wegfall kann das zweitnächste Standort vielfach erst in 30 bis 40 Minuten erreicht werden (Abbildung 3).

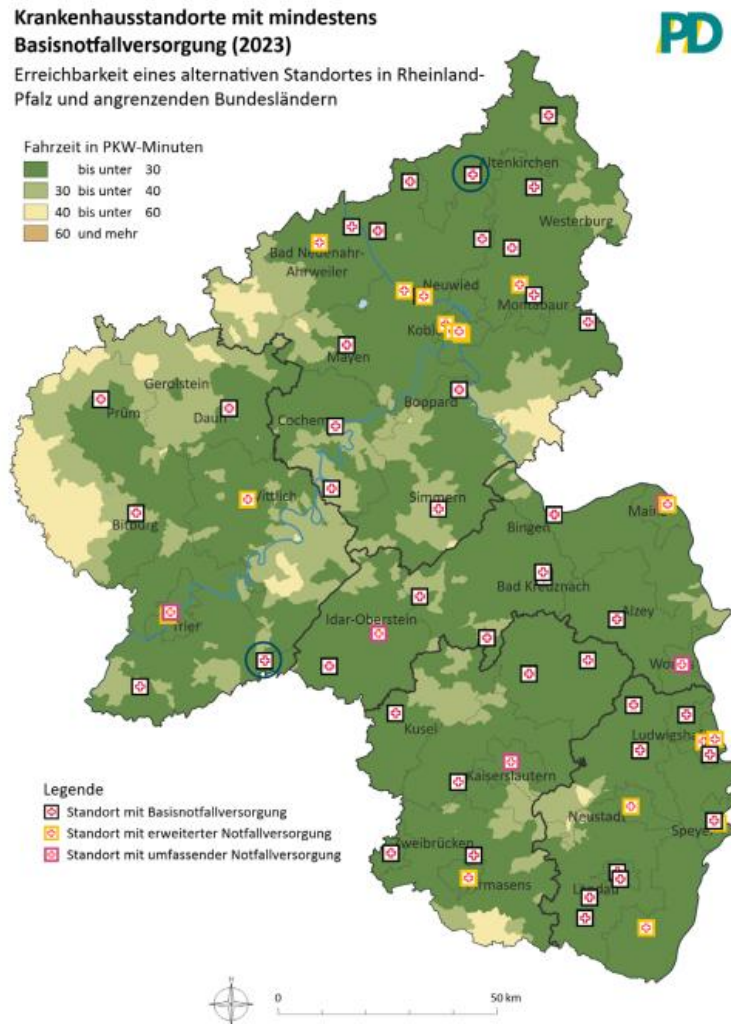
---

<sup>4</sup> Vgl. dazu SQB des Krankenhauses Zell für das Jahr 2023.

<sup>5</sup> Vgl. dazu <https://www.cochem-zell.de/aktuelles/nachrichten-aus-der-verwaltung/2025/april/notfallversorgung-im-landkreis-cochem-zell/> (letzter Abruf am 19.01.2026). Der Text auf dieser Seite legt die Schlussfolgerung nahe, dass es sich hierbei nur um Fahrten handelt, die durch die Leitstelle Koblenz disponiert wurden. In diesem Falle sollte zusätzlich geprüft werden, wie viele RTW-Fahrten zum Krankenhaus Zell durch die Leitstelle Trier disponiert wurden.

---

Abbildung 3: Erreichbarkeit von Standorten der Basisnotfallversorgung in Rheinland-Pfalz bei Wegfall des nächstgelegenen Standortes, 2023



Quelle: PD (2025) Gutachten zur Krankenhauslandschaft Rheinland-Pfalz

Gemäß dem aktuellen Gutachten zur Vorbereitung des künftigen Krankenhausplans für Rheinland-Pfalz wurde im Jahr 2023 im überwiegenden Teil des Bundeslandes die Erreichbarkeit einer (zertifizierten oder nicht zertifizierten) Stroke Unit innerhalb von 30 Minuten sichergestellt. Längere Fahrzeiten gab es jedoch ausdrücklich im Landkreis Cochem-Zell.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Darüber hinaus hauptsächlich in den Grenzregionen zu Luxemburg und in den nordwestlichen Grenzregionen des Landes Rheinland-Pfalz.

## 2.4 Bedarfsnotwendigkeit für die spezielle Notfallversorgung

Nach der allgemeinen Notfallversorgung wird nun die spezielle Notfallversorgung untersucht, das heißt hier: der Versorgung von Patienten mit einem Schlaganfall oder Herzinfarkt, der notfallmäßig erstversorgt werden muss.

### 2.4.1 Schlaganfallversorgung

Das Krankenhaus Zell verfügte im Jahr 2018 noch über eine im Krankenhausplan ausgewiesene Fachabteilung für Neurologie mit einer Stroke Unit für die Notfall- und Akutversorgung von Schlaganfallpatienten. Diese verfügte sowohl über ein CT als auch über ein MRT und ein EEG zur Diagnostik von Schlaganfällen. In dieser Fachabteilung wurden im Jahr 2018 insgesamt 922 Fälle vollstationär behandelt. Systemische Lysen (OPS 8-020.8), eine übliche Maßnahme zur Notfallbehandlung von Schlaganfällen, wurde aber nur in ganz seltenen Fällen durchgeführt. Diese Fachabteilung wurde im Laufe des Jahres 2019 geschlossen. Ab dem Jahr 2020 war die Stroke Unit gemäß dem SQB-Bericht für das Jahr 2020 an die Innere Medizin angegliedert.

Patienten mit schlaganfallspezifischen Hauptdiagnosen wurden im Jahr 2023 vergleichsweise selten behandelt: Ein Hirninfarkt (I63 ICD) wurde etwa 30-mal als Hauptdiagnose kodiert, Hirnblutungen und Hirninfarkte (I60-I64 ICD) insgesamt etwa 40-mal, eine zerebrale transitorische Ischämie sowie verwandte Syndrome (G45 ICD) 17-mal. Auf Basis der vorliegenden Daten aus dem Strukturierten Qualitätsbericht kann nicht festgestellt werden, wie häufig es sich bei diesen Fällen um Notfälle handelte.

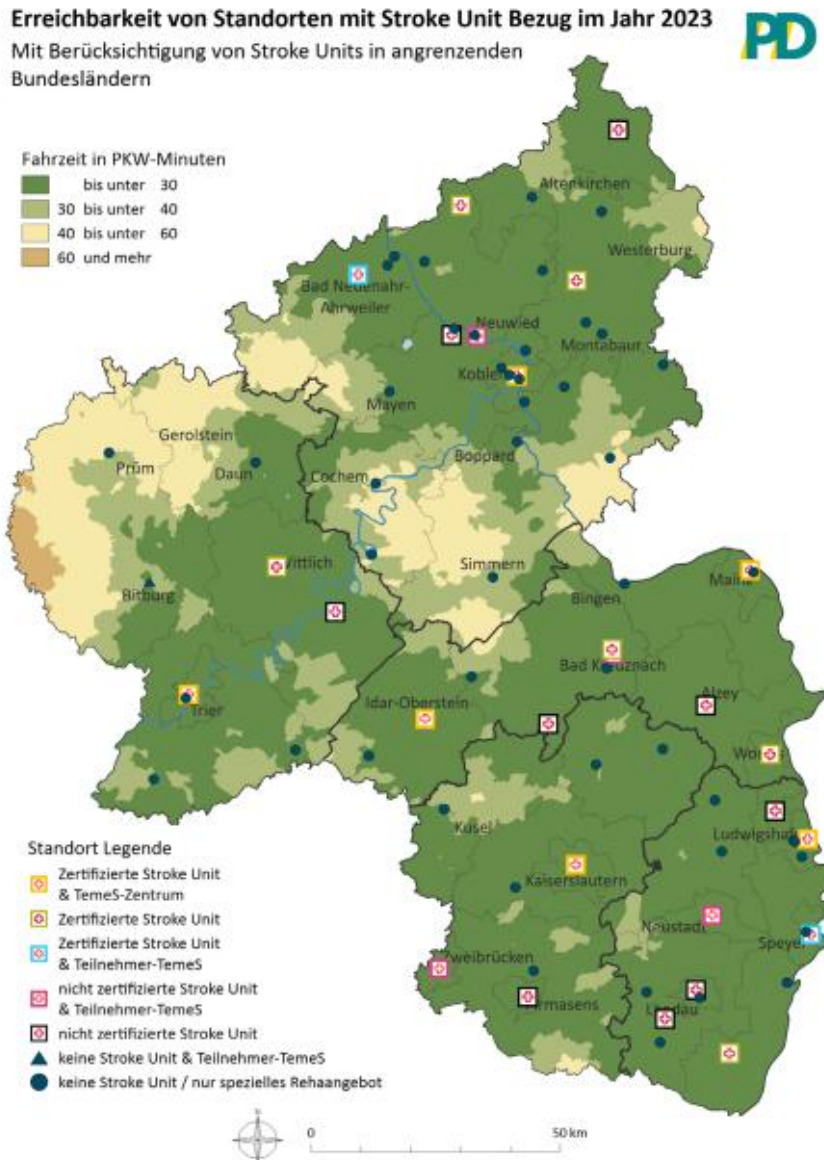
Diagnostische Maßnahmen, die auch zur Diagnostik des akuten Schlaganfalls eingesetzt werden, wurden im Jahr 2023 recht häufig kodiert: ein natives Schädel-CT rund 600-mal.

Die beiden für eine Schlaganfallversorgung spezifischen Komplexbehandlungen (OPS 8-981 - Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und 8-98b - Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) wurden im Jahr 2023 nicht kodiert. Eine systemische Lyse wurde nur sechs Mal kodiert; ohne die Daten gemäß § 21 KHEntgG kann aber nicht geprüft werden, ob und ggf. wie häufig dies bei Schlaganfallpatienten erfolgte.

#### Erreichbarkeit

Für eine Erreichbarkeit einer qualifizierten Schlaganfallversorgung in maximal 30 Minuten vor allem für Patienten aus der Region (nord-)östlich von Zell war der Standort Zell zwingend erforderlich. Ohne ihn liegt die Erreichbarkeit in dieser Region vielfach zwischen 30 und 40 Minuten (Abbildung 4).

Abbildung 4: Erreichbarkeit von Standorten mit Stroke Unit Bezug in Rheinland-Pfalz, 2023



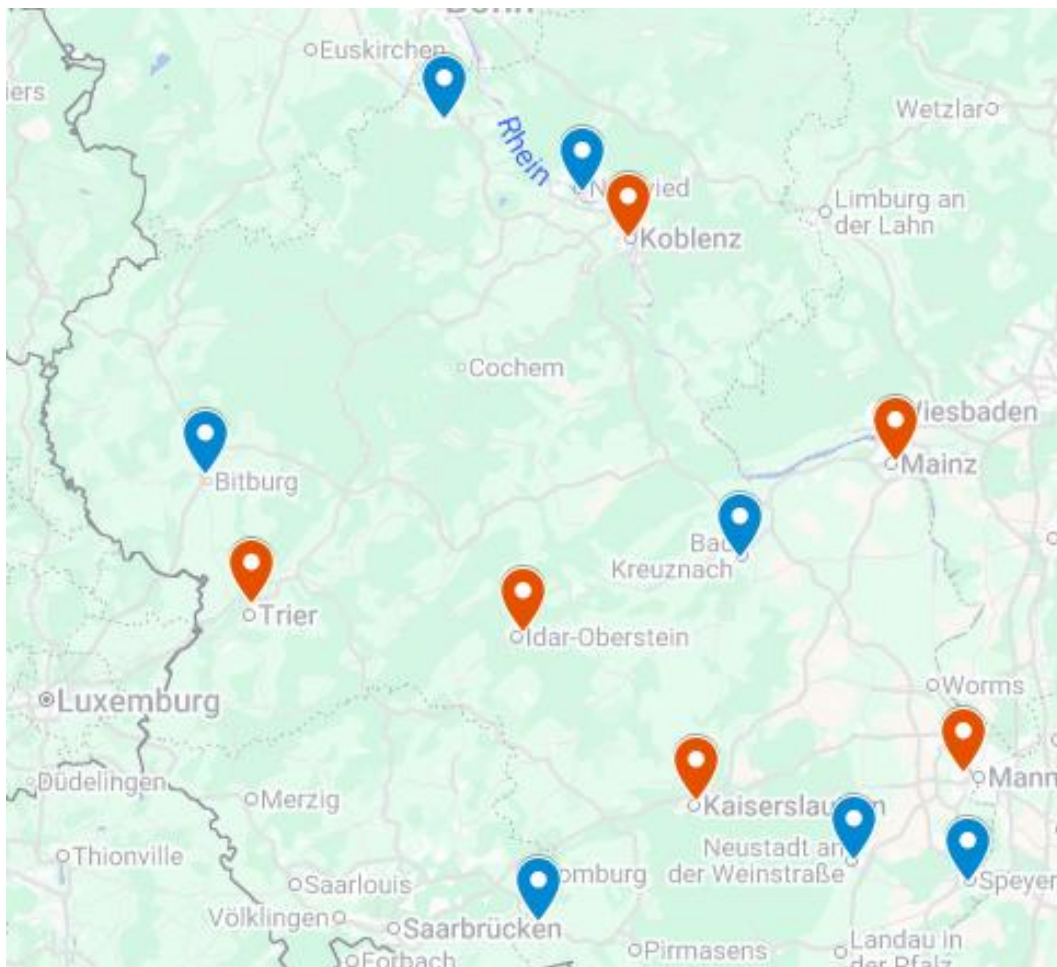
Quelle: PD (2025) Gutachten zur Krankenhauslandschaft Rheinland-Pfalz

Das vorbereitende Gutachten zur Krankenhausplanung<sup>7</sup> stellt fest, dass insgesamt 89 % der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz eine Stroke Unit in weniger als 30 Minuten erreichen könnten. Teilweise ergäben sich jedoch längere Fahrzeiten, insbesondere in ländlichen Regionen. Ausdrücklich heißt es dort: "Für diese ländlichen Regionen, wie beispielsweise den Landkreis Cochem-Zell, ist der Ausbau bzw.

<sup>7</sup> PD (2025) Gutachten zur Krankenhauslandschaft Rheinland-Pfalz; verfügbar unter [gesundheits.rlp.de/media/pages/storage/49f6f225db-1742476307/Gutachten\\_zur\\_Krankenhauslandschaft\\_Rheinland-Pfalz\\_März\\_2025.pdf](https://gesundheits.rlp.de/media/pages/storage/49f6f225db-1742476307/Gutachten_zur_Krankenhauslandschaft_Rheinland-Pfalz_März_2025.pdf) (letzter Abruf am 19.01.2026).

Anschluss an das TemeS-RLP zu prüfen.<sup>8</sup> Auch die aktuelle Darstellung auf der TemeS RLP-Seite weist auf entsprechendes Verbesserungspotenzial im Landkreis hin (Abbildung 5), da sich TemeS-Zentren (sechs überregionale Stroke Units) und TemeS-Teilnehmer (Kliniken mit Stroke Units oder in besonderen Ausnahmen auch andere Krankenhäuser, die Schlaganfallpatienten versorgen) allenfalls in umliegenden Kreisen finden.

Abbildung 5: Standorte des TemeS-Netzwerks zur telemedizinischen Versorgung von Schlaganfallpatienten in Rheinland-Pfalz



Quelle: <https://www.temes-rlp.de/netzwerk/aufbau/> (letzter Abruf am 19.01.2026)

<sup>8</sup> Vorbereitendes Gutachten, S. 109f. „Temes-RLP“ steht dabei für „Telemedizinisches Schlaganfall-Netzwerk Rheinland-Pfalz“. Dieses existiert seit dem Jahr 2016. Vgl. dazu <https://www.temes-rlp.de/>

## 2.4.2 Herzinfarktversorgung

Ein weiterer Schwerpunkt der Notfallversorgung stellt die Versorgung von Patienten mit einem akuten Herzinfarkt dar. Auch für diesen Bereich wird geprüft, inwiefern der Standort Zell diesbezüglich bedarfsnotwendig war.

### Inanspruchnahme

Der Standort Zell verfügte im Jahr 2023 über eine im Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz ausgewiesene Fachabteilung für Innere Medizin. Zum Versorgungsangebot derartiger Fachabteilungen gehört regelmäßig auch die (notfallmäßige) Versorgung von Patienten mit einem Herzinfarkt.

Ein akuter Herzinfarkt (I21 ICD) wurde im Jahr insgesamt 105-mal kodiert. Ohne Daten gemäß § 21 KHEntgG lässt sich aber nicht sagen, in wie vielen Fällen davon es sich um eine Notfallbehandlung handelte.

Eine diagnostische transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung (OPS 1-275) erfolgte insgesamt 275-mal, überwiegend (252-mal) ohne weitere Maßnahmen (1-275.0). Eine therapeutische Katheterisierung (OPS 8-837, perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen; oft als PCI abgekürzt), wie sie auch bei einem akuten Herzinfarkt angezeigt sein kann, erfolgte insgesamt 330-mal. Ohne Daten gemäß § 21 KHEntgG lässt sich aber nicht sagen, in welchen und in wie vielen<sup>9</sup> Fällen davon es sich um eine Notfallbehandlung (von Herzinfarktpatienten) handelte.<sup>10</sup> Der Strukturierte Qualitätsbericht des Krankenhauses Zell wies für das Jahr 2023 im Rahmen eines Qualitätsindikators (ID 56003) immerhin aus, wie viele Patienten mit einem akuten Herzinfarkt (ST-Hebungsinfarkt; STEMI) innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus eine notfallmäßige PCI zur Erweiterung der Herzkrankgefäße erhielten („Door-to-Balloon“-Zeit). Laut Qualitätsbericht erfolgte dies bei 15 von 17 Patienten (88,24 %).<sup>11</sup>

### Erreichbarkeit

Im Bereich der Herzinfarktversorgung (im vorbereitenden Gutachten für die Krankenhausplanung anhand der Leistungsgruppe „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ abgebildet) sah die Erreichbarkeit in der Region Mittelmosel dank eines entsprechenden Versorgungsangebots am Standort Zell noch gut aus.<sup>12</sup> Das vorbereitende Gutachten für den künftigen Krankenhausplan zeigt jedoch schon, dass sich die Erreichbarkeit durch einen Wegfall des Standorts Zell deutlich verschlechtern würde:

<sup>9</sup> Pro Fall kann eine solche Prozedur mehrfach kodiert werden.

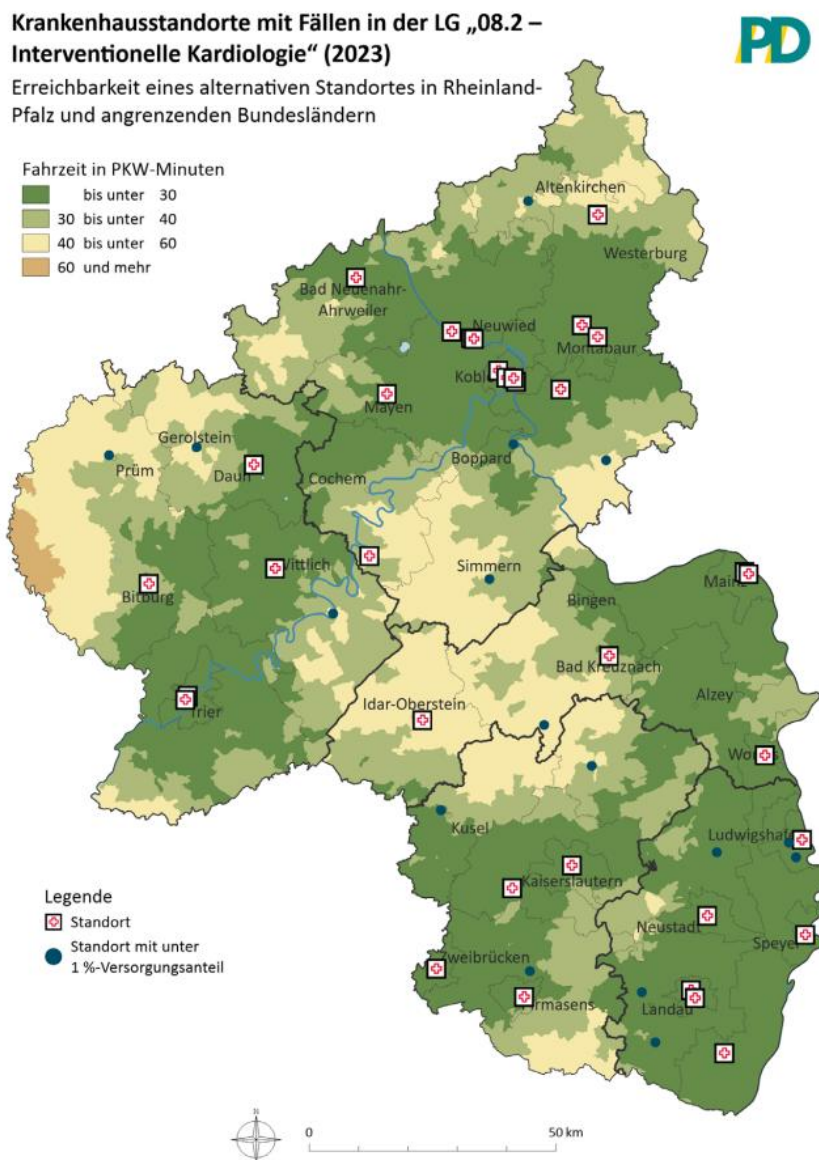
<sup>10</sup> Die oben schon zitierte Quelle des Landkreises Cochem-Zell (<https://www.cochem-zell.de/aktuelles/nachrichten-aus-der-verwaltung/2025/april/notfallversorgung-im-land-kreis-cochem-zell/>) beschreibt, dass das Krankenhaus Zell im Jahr 2024 vom Rettungsdienst insgesamt 117-mal mit Patienten angefahren wurde, bei denen der Einsatzcode „Brustschmerz oder Verdacht auf Herzinfarkt“ lautete.

<sup>11</sup> Zum Vergleich: Im St. Elisabeth-Krankenhaus Wittlich waren es im Jahr 2023 laut dem Qualitätsbericht 41 von 63 Fälle (65,08 %).

<sup>12</sup> Vgl. dazu die Abbildung 59 in dem vorbereitenden Gutachten.

Östlich von Zell wäre demnach mit Fahrzeiten zwischen 40 und 60 Minuten zum nächsten geeigneten Krankenhaus zu rechnen.<sup>13</sup> Das Gutachten weist ausdrücklich auf diese Verschlechterung der Erreichbarkeit „im südlichen Teil des Versorgungsgebiets Mittelrhein-Westerwald“ hin.<sup>14</sup>

Abbildung 6: Erreichbarkeit von Standorten mit der Leistungsgruppe „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ in Rheinland-Pfalz bei Wegfall des nächstgelegenen Standortes, 2023



Quelle: PD (2025) Gutachten zur Krankenhauslandschaft Rheinland-Pfalz, S. 147

<sup>13</sup> Vgl. dazu die Abbildung 60 in dem vorbereitenden Gutachten.

<sup>14</sup> Vorbereitendes Gutachten, S. 146.

Zu demselben Ergebnis kommt eine Analyse für Standorte mit einem Linksherzkatheterlabor, zu denen auch der Standort Zell gehörte. Auch hier weist das Gutachten ausdrücklich auf die ansteigenden Fahrzeiten in der Region Mittelrhein-Westwald und in weiten Teilen des Versorgungsgebiets Rheinhessen-Nahe hin<sup>15</sup>. Das Gutachten hält abschließend fest, dass eine Wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung von Patienten mit einem Herzinfarkt essenzielle für eine sachgerechte Versorgung sei.<sup>16</sup> Eine stärkere Zentralisierung der Versorgung wird insbesondere für Ballungsregionen wie der Region Koblenz empfohlen, nicht aber für ländliche Regionen wie die Mittelmosel.<sup>17</sup>

Ganz allgemein heißt es zu Standortkonzentrationen im vorbereitenden Gutachten: „Insbesondere in der Notfallversorgung sind längere Fahrzeiten kritisch zu betrachten. Eine verzögerte Inanspruchnahme von Behandlungen darf keine negativen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben. Die regionale Versorgung im Bereich der Notfälle bleibt von essenzieller Bedeutung.“<sup>18</sup>

## 2.5 Besondere Verkehrsbedingungen im Mittelmoseltal

Bei den Erreichbarkeitsanalysen, wie sie im GKV-Kliniksimulator und auch im vorbereitenden Gutachten für die Krankenhausplanung dargestellt werden, geht es um die Erreichbarkeit der nächstgelegenen Klinik unter normalen, d. h. durchschnittlichen Verkehrsverhältnissen.

Die besondere topographische Situation, wie sie das mittlere Moseltal darstellt, führt jedoch häufig zu Verkehrsbedingungen, die bei Durchschnittsbetrachtungen jedoch nur unzureichend berücksichtigt werden können.

Das mittlere Moseltal ist ein vergleichsweise tief eingeschnittenes Flusstal. Diese topographische Besonderheit führt zu einer starken Bündelung des Verkehrs: Mangels Alternativrouten konzentriert sich der Verkehr – lokal, regional und oft auch (siehe unten) touristisch – meist auf eine Straße (hier: die B53/B421/B49). Zudem gibt in den Ortskernen vieler Städte in der Region Engstellen und zudem kaum Ausweichmöglichkeiten, auf die sich der Verkehr bei Einschränkungen auf der Durchgangsstraße verteilen könnte. Aber auch zwischen den Ortschaften ist der zur Verfügung stehende Raum durch die Mosel einerseits und die steilen Hänge andererseits vielfach stark limitiert.

---

<sup>15</sup> Vorbereitendes Gutachten, S. 150.

<sup>16</sup> Vorbereitendes Gutachten, S. 154.

<sup>17</sup> Im Vorbereitenden Gutachten geht es im Hinblick auf Konzentrationsentscheidungen um eine Abwägung zwischen der Qualität und der Erreichbarkeit der Versorgung. Es gibt aber auch Evidenz dafür, dass in Verbindung mit kurzen präklinischen Transportzeiten schnelle innerklinische Prozesse ein besserer Indikator für eine hohe Behandlungsqualität sind als hohe Fallzahlen. Vgl. dazu Stockburger, M. (2025): Werden die Strukturvorgaben der Leistungsgruppen zu einer besseren Qualität führen? Chancen und Risiken am Beispiel der Herzinfarktversorgung in der Metropolregion Berlin/Brandenburg. Präsentation.

<sup>18</sup> Vorbereitendes Gutachten, S. 44.

---

Hinzu kommt die teils unübersichtliche Straßenführung: Straßen in Tälern wie dem mittleren Moseltal folgen oft dem gewundenen Flussverlauf und weisen daher viele Kurven auf. Dies reduziert die mögliche Fahrgeschwindigkeit, erschwert Überholmanöver und erhöht das Unfallrisiko. Auch wenn sich das mittlere Moseltal weniger stark windet als kleinere Flusstäler (z. B. Wispertal, unteres Lahntal), prägt dies dennoch die Verkehrssituation im mittleren Moseltal.

Tiefe Taleinschnitte, wie sie sich auch im mittleren Moseltal finden, haben weiter zur Folge, dass die aus dem Tal herausführenden Straßen vielfach kurvenreiche und teilweise enge Gefäll-/Steigungstrecken sind. Beispiele dafür sind etwa:

- ◆ L105 von Reil in Richtung Wittlich
- ◆ L98 von Senheim in Richtung Simmern
- ◆ L106 von Bremm in Richtung Daun
- ◆ L200/202 von Treis-Karden in Richtung Senheim

Eine weiterer, den Verkehrsfluss einschränkender Faktor ist die begrenzte Anzahl an Brücken über die Mosel. Insbesondere wenn eine der bestehenden Brücken aufgrund etwa von Bauarbeiten oder aus anderen Gründen nicht oder nur stark eingeschränkt befahren werden kann, hätte dies für die betroffene Bevölkerung einen erheblichen Einfluss auf die Fahrdauer zu einem Ziel auf der anderen Flußseite.

Mit diesen topographischen, verkehrsbeeinflussenden Besonderheiten verbunden sind weitere Einflussfaktoren: Dies sind zum einen Naturgefahren wie Hochwasser und Murenabgänge an den steilen Talhängen z. B. nach einem Starkregen. Zum anderen kann die im mittleren Moseltal vor allem in den Herbstmonaten häufige Nebenebildung zu erheblichen Sichteinschränkungen und somit Verkehrsbehinderungen führen.

Der Druck, der schon durch diese Faktoren auf den Verkehrsfluss ausgeübt wird, wird durch ein saisonal stark schwankendes Verkehrsaufkommen in den Spitzenzeiten potenziert. Ein wesentlicher Faktor hierbei ist der Tourismusverkehr.

An Wochenenden, Feiertagen und während der Ferienzeiten (etwa April bis Oktober) führt der touristische Zustrom ersten Erkenntnissen zufolge zu einer massiven Zunahme der Verkehrsdichte. Diese Spitzenlast übersteigt die Kapazität der engen, nicht erweiterbaren Straßen vor allem auch in den Ortskernen systematisch, was zu Stau und teilweisen Verkehrskollapsen führt. Darüber hinaus verändert der Tourismus üblicherweise die Zusammensetzung des Verkehrs auf eine Weise, die für die Infrastruktur besonders problematisch ist. So führen beispielsweise große und langsame Fahrzeuge wie Wohnmobile und Wohnwagengespanne auf kurvenreichen und steigungsreichen Strecken unweigerlich zu langen Fahrzeugschlangen, da Überholmöglichkeiten fehlen. Gleichzeitig erhöht ein hohes Aufkommen von Motorradtouristen (sowohl im Moseltal als auch auf den aus dem Tal herausführenden, besonders beliebten Kurven- und Steigungstrecken) und Fahrradtouristen das Konfliktpotenzial, da unterschiedliche Geschwindigkeiten und Fahrstile auf

engstem Raum aufeinandertreffen und gefährliche Situationen provozieren. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist das spezifische Fahrverhalten von Touristen. Ortsfremdheit führt oft zu zögerlichem Fahren und abrupten Bremsmanövern, während die Ablenkung durch die landschaftlich reizvolle Umgebung die Konzentration auf den Verkehr mindert. Im Gegensatz zum zielgerichteten Pendler- und Wirtschaftsverkehr ist die touristische Fahrt selbst oft Teil des Erlebnisses, was sich vielfach (Ausnahme: bestimmte Motorradtouristen) in einer deutlich langsameren Fahrweise äußert und den Verkehrsfluss zusätzlich verlangsamt. Eng mit diesen Faktoren verknüpft ist die Parkplatzproblematik, die vor allem in der Tourismussaison den Verkehr beeinträchtigt. Diese erzeugt nicht nur erheblichem Parksuchverkehr, sondern zwingt viele Besucher zum Ausweichen auf ungeeignete Flächen am Straßenrand. Dadurch wird die ohnehin schmale Fahrbahn weiter verengt, was den Verkehrsfluss behindert und die Sicherheit für alle Verkehrsteilnehmer gefährdet.

---

### 3. Zusammenfassung

Der Krankenhausstandort Zell/Mosel wurde zum 30.06.2025 geschlossen. In diesem Kurzgutachten wurde geprüft, inwieweit der Standort für die Versorgung der Bevölkerung bedarfsnotwendig war. Auf Basis der vorliegenden Informationen kann diese **Bedarfsnotwendigkeit grundsätzlich bejaht** werden.

Im Hinblick auf die Bedarfsnotwendigkeit des Standorts insgesamt zeigt sich zunächst, dass der Standort gemäß dem zum Zeitpunkt seiner Schließung (und heute noch) noch gültigen **Krankenhausplan** des Landes Rheinland-Pfalz **mit insgesamt 159 Planbetten als bedarfsnotwendig** ausgewiesen war. Davon entfielen 119 Betten auf die Grundversorgung (Innere Medizin und Chirurgie) und sieben Betten auf die Intensivmedizin/Anästhesie. Gemäß den aktuellen öffentlich verfügbaren Daten zur Leistungserbringung des Standorts Zell wurden 96 % aller Fälle in den beiden auch im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie behandelt; in geringem Umfang auch in der im Plan ausgewiesenen Fachabteilung für Anästhesie und Intensivmedizin.

Grundsätzlich kann daher festgestellt werden, dass der Standort auch **im Jahr 2023** für die Versorgung der Bevölkerung in diesen drei Fachabteilungen **bedarfsnotwendig war**. Zu den Belegungstagen liegen keine öffentlich verfügbaren Informationen vor; daher kann hier keine Aussage zum Umfang der im Jahre 2023 bedarfsnotwendigen Bettenkapazitäten getroffen werden; hier könnte der damalige Träger des Standorts oder die Krankenhausplanungsbehörde ggf. entsprechende Auswertungen zur Verfügung stellen.

Festzustellen ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Standort Zell im Jahr 2023 mehr somatische Fälle vollstationär behandelte als die benachbarten Standorte Cochem, Boppard, Kirn und Bernkastel-Kues.

Die Bedarfsnotwendigkeit des Standorts Zell kommt auch darin zum Ausdruck, dass der Standort Zell im Jahr 2023 für die Sicherstellung einer wohnortnahen Grundversorgung erforderlich war und daher einen **Sicherstellungszuschlag** erhalten hat. Seine Schließung führte dazu, dass insgesamt 18.483 Einwohner aus der Region zusätzlich mehr als 30 Minuten bis zum nächsten Grundversorger fahren müssen; bei einer Schließung des Standorts Cochem wären hingegen 'nur' 8.357 Personen betroffen.

Der Standort Zell erfüllte die Kriterien für die **Teilnahme an der Basisnotfallversorgung** und nahm auch an der Basisnotfallversorgung teil. In welchem Umfang das im Jahr 2023 geschah, kann auf Basis der öffentlich verfügbaren Daten nur unzureichend ermittelt werden. Hierzu sollten Daten sowohl beim damaligen Träger des Standorts und der Krankenhausplanungsbehörde als auch bei den beiden für das Einzugsgebiet der Klinik zuständigen Rettungsdienstleitstellen vorhanden sein.

Der Standort Zell war in der Region Mittelmosel für eine **wohnortnahe (< 30 Minuten PKW-Fahrzeit) Basisnotfallversorgung notwendig**.

---

Neben der Basisnotfallversorgung nahm der Standort Zell im Jahr 2023 auch an der speziellen **Notfallversorgung von Herzinfarktpatienten** teil. Durch seinen Wegfall hat sich die für eine erfolgreiche Behandlung so wesentliche schnelle **Erreichbarkeit in der Region verschlechtert** und liegt vor allem in der Region östlich von Zell nun zwischen 40 und 60 Minuten. Insofern war der Standort auch **für eine woh-nortnahe Notfallversorgung von Herzinfarktpatienten erforderlich**.

Laut Krankenhausplan verfügte der Standort Zell über **vier Planbetten in einer Schlaganfallereinheit**, gemäß dem Strukturierten Qualitätsbericht für das Jahr 2023 gemäß der Abteilungsbezeichnung über eine Stroke Unit. Am Standort wurden im Jahr 2023 auch Schlaganfallpatienten behandelt; aus dem Bericht geht jedoch nicht hervor, in welchem Umfang dies bei Notfallpatienten erfolgte. Auch hier könnten der ehemalige Träger, die Krankenhausplanungsbehörde und die Rettungsdienstleitstellen ggf. zusätzliche Informationen liefern.

Das vorbereitende Gutachten für den künftigen Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz hat – wie schon für die Herzinfarktversorgung – für die **Schlaganfallversorgung** in der Region eine vergleichsweise **schlechte Erreichbarkeit** konstatiert und vorgeschlagen, für einen Krankenhausstandort im Landkreis Cochem-Zell den Ausbau bzw. den Anschluss an das Telemedizinnetzwerk zur Versorgung von Schlaganfallpatienten (**TemeS-RLP**) zu prüfen. Angesichts der bestehenden Versorgungsauftrags wäre hierfür der **Standort Zell** infrage gekommen. Für eine entsprechende Fachplanung sollte geprüft werden, inwiefern dafür Daten aus der Qualitätssicherung Schlaganfall Rheinland-Pfalz genutzt werden können.

Angesichts der **besonderen topografischen Situation** des mittleren Moseltals verbunden mit einem saisonal stark unterschiedlichen Verkehrsaufkommen sollte insgesamt überprüft werden, inwiefern die vorliegenden Erreichbarkeitsanalysen die Verkehrsrealität im mittleren Moseltal abbilden. Die dafür **erforderlichen weiterführenden Erreichbarkeitsanalysen** könnten unter anderem auf Basis der detaillierten Einsatz-Fahrzeiten von RTW und ggf. auch KTW geschehen, die bei den Rettungsdienstleitstellen üblicherweise vorliegen. Für den Einsatz eines RTW gilt in Rheinland-Pfalz eine im Rettungsdienstgesetz des Landes festgelegte Hilfsfrist von 15 Minuten<sup>19</sup>, für den Krankentransport eine maximale Wartezeit von 40 Minuten. Die Fristen gelten für die Fahrt zum Einsatzort. Aber auch für die Fahrzeit vom Einsatzort bis zum Krankenhaus liegen bei Rettungsdienstleitstellen meist genaue Daten vor. Anhand dieser Daten können **Analysen zur Variation der Fahrzeiten** z. B. im Tageszeit-, Tages- und Monatsvergleich durchgeführt werden. So könnte beurteilt

---

<sup>19</sup> Inwieweit diese Frist in der Region Mittelmosel eingehalten wird, konnte im Rahmen der Gutachtenerstellung nicht eruiert werden. Gerade bei akut lebensbedrohlichen Notfällen ist dies von höchster Bedeutung; vgl. dazu z. B. Fischer et al. (2025). Eintreffzeiten des Rettungsdienstes bei außerklinischem Herz-Kreislauf-Stillstand – überlebensrelevante Unterschiede zwischen den Bundesländern in Deutschland. Die Anaesthesiologie 74: 634-645; verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-025-01592-9> (letzter Abruf am 19.01.2026).

---

werden, inwiefern Angaben zur durchschnittlichen Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung der Realität in der Region Mittelmosel entsprechen.

Diese Rettungsdienstdaten sollten auch dazu genutzt werden, um den gesamten **zeitlichen Ablauf der präklinischen Notfallversorgung** in der Region Mittelmosel zu **untersuchen**.<sup>20</sup> Damit können nicht nur Aussagen zur Einhaltung der gesetzlich geregelten Hilfsfrist und zu den Transportzeiten vom Einsatzort zum Krankenhaus, sondern auch etwaige Wartezeiten bis zur Patientenübergabe an das Krankenhaus – z. B. aufgrund einer Überlastung der Notaufnahme<sup>21</sup> oder des Katheterlabors – untersucht werden. Zusammen mit **Daten aus der Qualitätssicherung** der Krankenhäuser sollte schließlich geprüft werden, inwieweit die **in medizinischen Leitlinien vorgegebenen maximalen Behandlungsintervalle** (z. B. von der Diagnose bis zur therapeutischen Intervention) eingehalten werden können.

---

<sup>20</sup> Vgl. dazu auch Fischer et al. (2016). Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfallmedizin + Rettungsdienst 19: 387-395; verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-016-0187-0> (letzter Abruf am 19.01.2026).

<sup>21</sup> Vgl. dazu den Zeitungartikel „Notaufnahme Wittlich kämpft mit Folgen der Zeller Klinikschließung“ vom 28.10.2025; verfügbar unter [https://www.volksfreund.de/region/mosel-wittlich-hunsrueck/notaufnahme-wittlich-kaempft-mit-klinikschiessung-in-zell-v28\\_aid-137354699](https://www.volksfreund.de/region/mosel-wittlich-hunsrueck/notaufnahme-wittlich-kaempft-mit-klinikschiessung-in-zell-v28_aid-137354699) (letzter Abruf am 19.01.2026).

---